

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Mirna Barros Teixeira

Políticas públicas sobre drogas: abordagem às pessoas em uso prejudicial de crack em uma perspectiva intersetorial

Rio de Janeiro
2018

Mirna Barros Teixeira

Políticas públicas sobre drogas: abordagem às pessoas em uso prejudicial de crack em uma perspectiva intersetorial

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro.

Rio de Janeiro
2018

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

T266p Teixeira, Mirna Barros.
 Políticas públicas sobre drogas: abordagem às pessoas em
 uso prejudicial de crack em uma perspectiva intersetorial /
 Mirna Barros Teixeira. -- 2018.
 196 f. : il. color. ; tab.

 Orientador: José Mendes Ribeiro.
 Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
 Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
 2018.

 1. Políticas Públicas. 2. Cocaína Crack. 3. Redução do
 Dano. 4. Colaboração Intersectorial. 5. Drogas Ilícitas. 6. Saúde
 Pública. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.298

Mirna Barros Teixeira

Políticas públicas sobre drogas: abordagem às pessoas em uso prejudicial do crack numa perspectiva intersetorial

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em 05 de março de 2018:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social

Prof^a. Dra. Marise de Leão Ramôa
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Departamento de Ciências Sociais (Orientador)

Rio de Janeiro
2018

Dedico essa tese a todos os profissionais que trabalham com pessoas em uso prejudicial de drogas e em situação de vulnerabilidade social, em especial aos profissionais do programa “de braços abertos”.

AGRADECIMENTOS

Durante esses quatro anos de aprendizado no doutorado tenho muitas pessoas a quem agradecer.

A toda minha família, aos meus amigos e aos novos amigos feitos nessa trajetória, pelo apoio imprescindível.

Ao meu marido, Eduardo, que sempre me deu muita força durante esses quatro anos e que compartilha sua vida comigo; aos meus filhos, Sophia e Thomaz, que amo mais que tudo nessa vida. Aos meus pais, que sempre foram meus guias e exemplos de vida, em particular, a minha mãe que fez uma leitura cuidadosa das várias versões dos textos me ajudando na revisão gramatical desta Tese.

A todos os profissionais e usuários do Programa “De Braços Abertos” que me inspiraram a investigar esse campo de prática a partir de um olhar acolhedor aos usuários de crack; em especial, à Angélica e à Carmem, cujas conversas foram essenciais para construir uma narrativa sobre esse campo das drogas.

A todos os amigos do grupo de Pesquisa do Papes da Fiocruz, onde nasceu a ideia de investigar o Programa de São Paulo, experiência inovadora nesse campo das drogas. Nossas reuniões teóricas, sobre o cuidado aos usuários de crack em situação de rua, me ajudaram muito a pensar sobre os argumentos desta Tese. Em especial, à minha amiga Alda, que me acompanha desde o mestrado e que, juntas, resolvemos arriscar na proposta de uma pesquisa nesse campo com populações vulneráveis.

À minha turma do doutorado, cujas conversas no grupo do *zap* “*Doutopirados*” e nas nossas festas foram fundamentais para aguentar a pressão e seguir adiante.

À Elyne, minha “chefinha” querida, que topou escrever comigo os artigos desta Tese e que me acompanha desde 2010 nos trabalhos de Gestão e Pesquisa em Saúde Pública.

À Layra pela ajuda preciosa na diagramação desta Tese.

À Ensp/Fiocruz, minha escola de coração, que sempre foi um lugar de muita reflexão dos problemas de Saúde Pública, ao programa de doutorado e a todos os professores que me ensinaram muito nessa trajetória acadêmica.

Ao meu orientador, José Mendes, que foi sempre muito generoso nas suas colocações durante as orientações me guiando nesse mundo acadêmico e me direcionando na condução desse processo acadêmico. E, aos membros da banca, que generosamente aceitaram o convite de ler e tecer considerações sobre esse trabalho.

Nessas poucas linhas não caberia citar a todos, mas tenham certeza de que cada amigo e professor foram fundamentais nessa etapa profissional na minha vida.

Tarefa dada, tarefa cumprida e vida que segue.

Um grande abraço a todos!

RESUMO

Entende-se que a questão do uso prejudicial de crack é complexa existindo, em torno de seu debate, várias abordagens em disputa na tentativa de resolvê-lo. Esta Tese defende que as políticas públicas sobre drogas (PPD), com foco no crack, devem ser formuladas e implementadas de forma intersetorial e baseadas na redução de danos (RD). Foi elaborada em formato de três artigos que tiveram por objetivo: analisar a produção acadêmica sobre crack e outras drogas em uma perspectiva nacional e internacional; analisar as PPD e os modelos de cuidado aos usuários de crack em situação de vulnerabilidade social e analisar as potencialidades, fragilidades e desafios do Programa “De Braços Abertos” (DBA), do município de São Paulo. Foi feita uma pesquisa empírica, de natureza qualitativa, no Programa DBA, tendo sido realizada 34 entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais e usuários de crack no ano de 2016. Como resultados, os estudos da literatura científica apontaram para um uso do crack mais próximo do padrão compulsivo associado à vulnerabilidade social e demonstrou a relevância dos fatores sociais e contextuais associados ao seu uso. A análise dos normativos, no período de 2000 a 2016, sobre as PPD no Brasil não identificou uma tendência linear progressista rumo ao modelo da RD e da atenção psicossocial. Percebeu-se uma alternância na ênfase da segurança pública e justiça que reafirmam o paradigma da “guerra às drogas” e na abordagem a droga como problema de saúde pública estando presente a tensão entre diferentes visões quanto às formas de cuidado aos usuários de crack. A pesquisa empírica constatou o DBA como uma experiência relevante no cuidado aos usuários de crack em vulnerabilidade social. Observou-se, como avanço, que a oferta de um pacote de direitos permitiu que as pessoas em situação de vulnerabilidade pudessem construir uma relação menos prejudicial de uso do crack investindo no seu cuidado e visando à sua reinserção social e, evidenciou-se a RD, como a abordagem mais adequada a esses usuários. Dentre os desafios apontados, a questão da sustentabilidade desse tipo de Programa com um viés progressista é relevante; é necessário que experiências como essa do DBA sejam transformadas em políticas públicas, ou seja, deixem de ser programas de governo e se transformem em Política de Estado. A gestão e o funcionamento do DBA foram feitos de forma intersetorial o que foi uma inovação no campo das drogas. Assim, conclui-se que as pessoas em uso prejudicial de crack, nas cenas de uso, conhecidas como “cracolândias”, devem ser priorizadas pelas diferentes políticas públicas, intersetoriais, por meio de uma rede de serviços robusta que promova a desconstrução do estigma dos usuários de drogas. Deve-se investir em PPD que levem em conta a liberdade e a garantia dos direitos humanos visando à promoção da saúde porque entende-se que a pessoa em uso prejudicial de drogas é alguém que precisa de cuidado e não de prisão.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Crack. Cenas de Uso. Redução de Danos. Intersetorialidade

ABSTRACT

The crack issue is a complex one, as there are several approaches around its debate, attempting to find a solution. This thesis advocates that the crack focused drugs public policies (PPD) shall be designed and implemented intersectorally, based on the harm reduction (RD). It has been elaborated in the form of three articles aiming to: assess the crack and other drugs academic production in a national and international perspective; assess the PPD and the socially vulnerable crack users care models and; assess the potentialities, weaknesses and challenges of the “With Open Arms” (DBA) program from the São Paulo municipality. A quality driven empirical research was carried out on the DBA program, where 34 semi structured interviews were performed by managers, professionals and crack users during 2016. The results from the scientific literature pointed towards a crack usage closer to the compulsive pattern linked to the social vulnerability, and showed the relevance of the social and contextual factors associated to the usage. The 2000 to 2016 legislation analysis about the PPD in Brazil has not identified a progressive linear tendency towards the RD and psychosocial care model, although this issue was predominant in the legislation. One could observe an alternation of public security and justice reaffirming the “war on drugs” paradigm, and the approach of drugs as a public health issue; still with the presence of the dispute between the different visions regarding the means of tending the crack users. The empirical research verified the DBA as an innovative experience on socially vulnerable crack users care. It has been observed progressively that the offering of a rights package allowed vulnerable persons could chose a less harmful crack consumption, investing in self-care and aiming the social reinsertion, thus the RD was evidenced as the most appropriate mean of approaching such users. Among the challenges pointed out, the progressive sustainability of this type of program is paramount; such experiences are required to become public policies, being no longer government programs, but an Estate Policy. The DBA management and operation were designed after an intersectorial fashion, an innovation in the drugs field. Therefore, the conclusion is the those peoples in the harmful crack use in the usage scenarios, as the “cracolândias”, shall be prioritized by the different public policies, intersectorial, through a sound network, promoting the deconstruction of the drugs users stigma. Investments in PPD shall be made taking into account the freedom and human rights assurance aiming the promotion of health, and not the utopian drug consumption eradication, as it has been understood that the harmful user requires care, not jail.

Keywords: Drug Policy. Crack Cocaine. Harm Reduction. Intersectorial Collaboration. Human Rights.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DBA	“De Braços Abertos”
DH	Direitos Humanos
CnaR	Consultório na Rua
CR	Consultório de Rua
GCM	Guarda Civil Metropolitana
PNAB	Política de Atenção Básica
PPD	Políticas Públicas sobre Drogas
POT	Programa Operação Trabalho
PS	Promoção da Saúde
PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SPA	Substâncias Psicoativas
SDH	Secretaria de Direitos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
UC	Usuário de Crack
UPD	Uso prejudicial de drogas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	MARCO TEÓRICO	11
2.1	<i>DROGAS E SAÚDE PÚBLICA</i>	11
2.2	<i>PARADIGMAS E MODELOS SOBRE O USO PREJUDICIAL DE CRACK E OUTRAS DROGAS</i>	14
2.3	<i>POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS</i>	21
2.4	<i>A VULNERABILIDADE ASSOCIADA AOS USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS</i>	25
2.5	<i>O ESTIGMA ATRIBUÍDO AOS USUÁRIOS DE CRACK</i>	27
2.6	<i>A AMPLIAÇÃO DO ACESSO E O CUIDADO AOS USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS</i>	32
2.7	<i>DROGAS E DIREITOS HUMANOS</i>	34
2.8	<i>A INTERSETORIALIDADE COMO UM CONCEITO ESTRUTURANTE DAS POLÍTICAS SOCIAIS</i>	36
3	METODOLOGIA	38
3.1	<i>COLETA DE DADOS DA PESQUISA EMPÍRICA</i>	40
3.2	<i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	42
3.3	<i>ANÁLISE DE DADOS</i>	43
4	RESULTADOS	45
4.1	<i>A APRESENTAÇÃO DA TESE EM FORMATO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS</i>	45
4.2	<i>CENÁRIO DA PESQUISA: O PROGRAMA “DE BRAÇOS ABERTOS”</i>	47
4.3	<i>CAPITULO 1:ARTIGO 01</i>	57
4.4	<i>CAPITULO 2: ARTIGO 02</i>	78
4.5	<i>CAPITULO 3: ARTIGO 03</i>	91
4.6	<i>CAPITULO 4: Narrativas dos atores do programa “De Braços Abertos”</i>	113
4.6.1	<i>O Programa “De Braços Abertos”:</i> Narrativa de seus atores	113
4.6.1.1	<i>Análise de contexto: funcionamento e a operacionalização do Programa DBA por eixos; o acesso e o cuidado a partir do vínculo com os usuários</i>	113
4.6.1.2	<i>Direitos Humanos, cidadania e reinserção social</i>	122
4.6.1.3	<i>Estigmas e vulnerabilidades</i>	123
4.6.1.4	<i>As potencialidades, os desafios e a sustentabilidade do Programa</i>	126
4.6.2	<i>O fluxo ou “cracolândia” de São Paulo</i>	140
4.6.2.1	<i>Relato da observação de campo</i>	141
4.6.2.2	<i>A narrativa do fluxo a partir dos múltiplos olhares dos seus gestores e dos profissionais do DBA</i>	146
4.6.3	<i>Os desafios das políticas públicas sobre drogas e da intersectorialidade</i>	156
4.6.3.1	<i>As disputas de modelos de abordagem aos usuários de crack e outras drogas em um mesmo território</i>	156
4.6.3.2	<i>A intersectorialidade como elemento estruturante de uma política pública sobre drogas</i>	161
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
5.1	<i>ANÁLISE DO DESMONTE DO PROGRAMA DBA</i>	163
5.2	<i>A GUIA DE CONCLUSÃO</i>	171
	REFERÊNCIAS	175
	APÊNDICES	180
	ANEXO	188

1 INTRODUÇÃO

Nas próximas linhas é defendida a Tese de que as políticas públicas sobre drogas, com foco no crack, devem ser formuladas e implementadas de forma intersetorial.

Uma Tese nada mais é do que a defesa de um bom argumento, da elaboração crítica de uma experiência; neste caso, de uma pesquisa teórica e empírica (ECO, 2010). Esta Tese apresenta a defesa de argumentos baseados em pressupostos pesquisados nos achados teóricos, refletidos em achados empíricos, num campo fértil de análise, em um programa que visa implementar uma política pública intersetorial.

O tema políticas públicas sobre drogas (PPD) engloba uma gama enorme de objetos e argumentos, assim recortou-se, nesse imenso rol de drogas lícitas e ilícitas, o crack para discutir os problemas associados ao debate das drogas. A maneira que considerou-se mais frutífera foi apresentá-la em forma de artigos. Foram elaborados três deles: um teórico, sobre o tema crack na literatura nacional e internacional; um de análise documental, sobre as políticas públicas sobre drogas; e o outro, uma análise da prática de um programa que trabalha com usuários de crack e outras drogas numa perspectiva intersetorial.

Esta Tese está dividida na “Introdução”, aonde é situado um breve marco teórico de pesquisa, contendo os principais conceitos e argumentos da literatura científica. Em um capítulo de “Metodologia”, aonde é apresentado o modo como foi realizada a construção desses três artigos e de toda a elaboração da pesquisa empírica. Na parte dos “Resultados”, são apresentados quatro capítulos: capítulos 1, 2 e 3, com os três artigos que compõem esta Tese; e o 4 capítulo de “Narrativas”. Considerou-se necessário acrescentá-lo, mesmo sendo esta Tese em formato de artigo, tendo em vista a enorme gama de dados coletados em campo, que não foi possível explorar no terceiro artigo referente à pesquisa empírica. Finalizou-se com as “Considerações finais”, tendo sido realizada uma análise sobre o desmonte do Programa “De Braços Abertos” (DBA) e na conclusão, a partir dos dados encontrados nesta Tese, foram identificadas as suas lacunas e seus possíveis desdobramentos para pesquisas futuras.

É apresentado a seguir um breve referencial teórico sobre o campo das drogas no âmbito da saúde pública, para introduzir o leitor nesse complexo e vasto campo das políticas públicas sobre drogas, com suas disputas e seus dissensos, mais do que consensos, cujo foco de pesquisa é a temática do crack. O Marco Teórico é dividido em sete temas: 1. Drogas e Saúde Pública. 2. Paradigmas e modelos ao uso prejudicial de crack e outras drogas. 3.

Políticas Públicas sobre drogas. 4. A vulnerabilidade associada aos usuários de crack e outras drogas. 5. O estigma atribuído aos usuários de crack. 6. A ampliação do acesso e do cuidado aos usuários de crack e outras drogas. 7. A intersetorialidade como um conceito estruturante das políticas sociais.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 DROGAS E SAÚDE PÚBLICA

O problema do uso prejudicial de drogas (UPD), lícitas ou ilícitas, na forma como definidas por Vargas (2001), deve ser considerado um problema de saúde pública multifatorial que envolve as dimensões biológicas, psíquicas, sociais e culturais, se tornando por isso um desafio para a implementação de uma política que exige uma abordagem integrada e abrangente. A partir de uma concepção sobre drogas composto pela tríade dimensão - droga, indivíduo e contexto (ZINBERG, 1984), objetiva-se compreender os fatores associados ao uso prejudicial do crack como problema de saúde pública, para subsidiar políticas públicas e intervenções mais efetivas.

Devido à polissemia do termo “droga”, optou-se usar este termo para designar qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento (CEBRID, 1987), definindo-a como substância psicoativa, ou seja, “todos os produtos cuja ação principal se faz sobre o sistema nervoso central promovendo alterações psíquicas e comportamentais (...) e como todos os produtos, naturais ou sintéticos, lícitos ou ilícitos, de uso terapêutico ou não, cujo efeito principal se dá sobre o sistema nervoso central, independentemente das consequências desses efeitos” (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014, p. 481).

Segundo dados do último relatório de drogas do *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), estima-se que cerca de um quarto de bilhão de pessoas usavam drogas e, destas, 29,5 milhões de pessoas estavam em uso prejudicial de drogas, incluindo a dependência. A droga mais prejudicial foram os opióides e representaram 70% do impacto negativo na saúde associado a distúrbios do uso de drogas em todo o mundo. No entanto, apenas um em cada seis usuários de drogas tem acesso ao tratamento havendo, portanto, restrição do acesso aos serviços para o tratamento de transtornos de uso de drogas em vários países com escassa provisão de serviços. Isso se torna um problema de saúde relevante, em termos

de prevenção, atenção e reabilitação às pessoas usuárias de drogas e suas consequências na saúde. Ainda há, mundialmente, cerca de 190.000 registros de mortes prematuras, sendo na maioria dos casos mortes evitáveis causadas por drogas, principalmente relacionadas ao uso de opióides e as consequências de um uso prejudicial como HIV, hepatite e tuberculose (UNODC, 2017).

Dentre os vários tipos de drogas ou substâncias psicoativas existentes, esta Tese foca especificamente o crack - *crack cocaine* - devido ao aumento do uso no Brasil e os aspectos relacionados ao seu consumo estarem sendo abordados atualmente em diferentes âmbitos: políticos, acadêmicos, jurídicos, institucionais, sociais. Seu uso, no Brasil, vem sendo disseminado a partir dos anos 90, na maioria dos centros urbanos, alcançando até mesmo as cidades do interior. No entanto, a partir dos anos 90 e 2000, o uso de crack alcançou dimensão internacional, tendo sido identificado um aumento no seu consumo em alguns países na Europa e, tendo sido um problema relevante em alguns centros do EUA e algumas cidades no Canadá (HART, 2014).

O termo “crack” é uma onomatopeia, e se refere ao som produzido durante a sua produção; *“cocaína e bicarbonato de sódio são dissolvidos em água e aquecidos até que se formem cristais de cocaína que produzem um característico estalido (crack) (...) muitos acreditam que o “crack” produzido quando a cocaína se cristaliza está na origem do nome da droga assim gerada”* (HART, 2014, p.163). Assim, a cocaína e o crack são qualitativamente a mesma droga; no entanto, as rotas de administração são diferentes; a cocaína em pó é cheirada e o crack é fumado; fumar cocaína evita o risco de transmissão de doenças por via sanguínea, por outro lado, leva a droga ao cérebro com maior rapidez que a droga injetável. Portanto, fumar uma pedra de crack é mais intenso quanto injetar o pó. Injetar uma droga na veia ou fumá-la se comparar a aspirá-la faz com que chegue ao cérebro mais depressa, produzindo efeito mais imediato e intenso do que ingerir pela boca embora os efeitos sejam qualitativamente semelhantes (HART, 2014).

O crack é uma droga mais barata que a cocaína em pó e isso ajudou a promover o seu uso por parte de populações mais empobrecidas e vulneráveis. Além disso, segundo Hart (2014), as pessoas mais pobres usam mais o crack porque elas contam com poucos “reforços-concorrentes”, ou seja, com menos fontes que proporcionam prazer. Assim, o uso prejudicial de drogas estaria, também, relacionado ao status socioeconômicos; *“(...) o status socioeconômico alto proporciona mais acesso a empregos e fontes alternativas de significado, propósito, poder e prazer, além de melhor acesso aos cuidados em saúde*

mental” (HART, 2014, pag. 261).

O uso do crack é menos significativo, se o compararmos com a distribuição e uso de outros tipos de drogas entre a população brasileira. No entanto, quando se foca determinados segmentos da população mais vulneráveis, como a população em situação de rua (PSR), ele assume maior relevância (FORMIGONI, 2014).

Para se estudar o crack, partiu-se de um pressuposto básico de que as drogas sempre existiram para a humanidade. Uma sociedade livre de drogas é uma falácia, uma utopia e, portanto, seu uso problemático não diz respeito a todos os indivíduos que as consomem, mas somente a alguns, que delas se tornaram dependentes (ESCOHOTADO, 1996). Segundo Hart (2014), apenas 25% dos indivíduos que experimentam qualquer tipo de substâncias psicoativas, desde as consideradas mais leves até as mais estigmatizadas, como crack e heroína, fazem uso prejudicial das mesmas.

Dentre as diversas drogas utilizadas pelas pessoas foi realizado um estudo comparativo entre os danos causados por vinte substâncias psicoativas em relação aos critérios de danos aos usuários, divididos em critérios orgânicos, psicológicos e sociais. Conclui-se que a droga mais danosa para o usuário de substância psicoativa é a heroína seguida do crack e metanfetamina, enquanto que para as demais pessoas a mais danosa é o álcool. Quando danos em diversas esferas foram combinados, o álcool foi a droga mais danosa, seguido pela heroína e depois pelo crack (NUTT; KING; PHILLIPS, 2010).

Por meio de uma análise histórica das drogas, Escotado (1996) demonstrou que a escolha pela definição de drogas lícitas ou ilícitas, ou seja, proibidas ou não, varia ao longo da nossa história; não sendo, portanto, o efeito ou a dependência desencadeado pelas drogas, os principais critérios de sua definição. Segundo Vargas (2001), essa é uma escolha moral, ou seja, uma partilha moral, e tem variado de acordo com o contexto político e social em cada época da humanidade.

A questão do uso prejudicial de substâncias psicoativas exige para sua abordagem, seja no cuidado, no tratamento ou na prevenção, ações em diferentes âmbitos ou setores, na medida em que estão envolvidos outros aspectos além do biológico sendo também necessárias ações que privilegiem o desenvolvimento socioemocional dos indivíduos envolvidos. Não há medicação que por si só trate o problema do uso prejudicial de crack; dessa forma, tanto para o tratamento e reinserção social, como para ações de prevenção é fundamental realizar ações que visem à vinculação dos usuários aos serviços sociais e de saúde e aos profissionais envolvidos nessa oferta de cuidado.

Assim, o uso prejudicial de crack deve ser entendido como um problema de saúde pública relevante em termos de prevenção, tratamento e cuidado aos usuários de crack e outras drogas e suas consequências na saúde. Desafios como a dificuldade de acesso e a desarticulação de políticas públicas foram sinalizados como barreiras ao cuidado dos usuários de crack e outras drogas (UNDOC, 2015, 2017).

2.2 PARADIGMAS E MODELOS REFERENTES AO USO PREJUDICIAL DE CRACK E OUTRAS DROGAS

No âmbito da discussão sobre drogas, existe uma tensão ou disputa em pauta sobre dois grandes paradigmas: proibicionismo *versus* antiproibicionismo (**Quadro 1**). Esse debate envolve disputas políticas, econômicas, sociais e culturais; portanto, a análise sobre o problema das drogas se encontra em um âmbito multifatorial e necessita de olhares multidisciplinares.

Quadro 1: Paradigmas em disputa das Políticas Públicas sobre Drogas.

PROIBICIONISTA	ANTIPROIBICIONISTA
Foco apenas na droga.	Tríade: o contexto, o indivíduo e a droga.
Falta de informações claras sobre os danos das drogas e o uso seguro → drogas com baixa qualidade e efeitos adversos piores.	Informações sobre as drogas e uso seguro → drogas de melhor qualidade e usuários informados sobre os efeitos danosos das drogas.
Usuário de drogas (UD) tratado como caso de polícia ou justiça → Criminalização ao UD. Aumenta o encarceramento por porte de drogas em pequenas quantidades.	UD tratado como problema de saúde pública → Descriminalização do UD. Diminuiria o encarceramento por porte de drogas.
Manutenção da “Guerra às drogas”.	Perspectivas de regulação, legalização e descriminalização das drogas.
Crack como o gerador da exclusão social e como droga mais estigmatizada.	Crack como consequência e não a causa principal da exclusão social.
Estigmatização do usuário: zumbis, falta de caráter.	Diminuição do estigma do UD.
Repressão nas cenas de uso, “cracolândia”, com a oferta de internação aos usuários de crack → marginalização do UD. Maior violência aos UD.	Acolhimento nas cenas de uso “cracolândia” com pacote de direitos (saúde, moradia, trabalho). Diminuição da violência aos UD.
Facilita o reingresso na prisão por porte de drogas, muitas vezes voltar a traficar é a alternativa encontrada por aqueles que foram encarcerados.	Facilita a promoção da reinserção social.
Restrição do cuidado e do acesso a saúde (apenas para os UD que conseguem total abstinência de drogas).	Oferta de cuidado a todos os usuários de drogas → amplia o acesso.
Internação como a oferta de cuidado em saúde (em CT ou Hospitais psiquiátricos).	Ofertas de cuidado de base comunitária e territorial → alinhados a Reforma Psiquiátrica.
UD tendem a manter uso intenso e compulsivo de crack.	Visa promover um uso controlado ou moderado de crack.
Dificulta a reinserção social dos UD, geralmente voltam a se internar.	Promove a reinserção social dos UD pós-tratamento.
Mantêm a situação de vulnerabilidade social que os UD estão submetidos.	Visa diminuir a vulnerabilidade social.
Violação dos Direitos Humanos (DH).	Respeito aos DH, reflexão do campo da bioética.

Fonte: Elaboração própria.

A partir dessa disputa foram identificados, na literatura, quatro abordagens ao uso prejudicial de crack e outras drogas que norteiam as pesquisas e as práticas junto aos seus usuários.

O primeiro modelo é o “moral criminal” (MARLATT, 1999) alinhado a abordagem da “Guerra às Drogas”, que tem como objetivo maior o combate ao tráfico de drogas e a criminalização dos usuários e dos traficantes. Seu objetivo seria um mundo hipoteticamente livre de drogas. Está associado a um discurso antidrogas, fruto de vários tratados internacionais que tinham como compromisso a prevenção do consumo e a repressão da produção e oferta (Convenção Única de Entorpecentes, 1961; Convenção de Viena sobre substâncias psicotrópicas e as Lei 5.726 de 1971 e a Lei 6.368 de 1976, conhecida como Lei dos Tóxicos, que seguiam na direção de Guerra às drogas). Com a fundação da ONU em 1945, o proibicionismo ganhou força e a principal estratégia para lidar com o problema das drogas foi a repressão ao tráfico. Em 1998 a ONU convocou uma política mundial de drogas cujo tema foi “Um Mundo livre de drogas: nós podemos fazê-lo” (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

O segundo é o “Modelo de Doença” (MARLATT, 1999). Nesse modelo, o uso de drogas é avaliado como um ato moral, onde a abstinência é o objetivo exclusivo. Os usuários são colocados em reclusão para corrigir a falha moral vinculada ao uso prejudicial de drogas, cuja medida de tratamento é o isolamento. Nessa abordagem, o hospital ou Clínicas de tratamento para uso de drogas, atualmente em debate as denominadas Comunidades Terapêuticas, são consideradas como o dispositivo mais adequado para tratar o doente cujo objetivo é à remissão dos sintomas psicopatológicos onde se tem como objeto a doença. O tratamento aos usuários de drogas visa o seu isolamento, com o objetivo de impedir seu acesso às substâncias ilícitas e desse modo interromper o seu uso. Autores críticos à esta abordagem, enfatizam que os princípios do manicomial são a institucionalização, o isolamento e a tutela tendo como principal objetivo a remissão dos sintomas numa prática de clínica médica (AMARANTE, 2007; MEDINA, NERY FILHO, FLACH, 2014).

Segundo revisão da literatura feita por McLellan et al. (2000) a dependência de drogas (incluindo o álcool) seria uma doença médica crônica e seu tratamento apropriado é semelhante ao encontrado em outras doenças crônicas como a diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e bronquite. Nessa revisão, estudos demonstraram que a dependência de drogas responde positivamente quando submetidas a intervenções breves e a triagem por parte dos médicos. Outra questão é em relação à iniciação voluntária. Existem várias outras doenças crônicas que a escolha pessoal afeta diretamente o seu início e desenvolvimento, como por exemplo, a hipertensão pelo uso do sal, pela obesidade e pelo sedentarismo. Em relação às drogas, poucas pessoas que as usam regularmente se tornam dependentes, entretanto uma

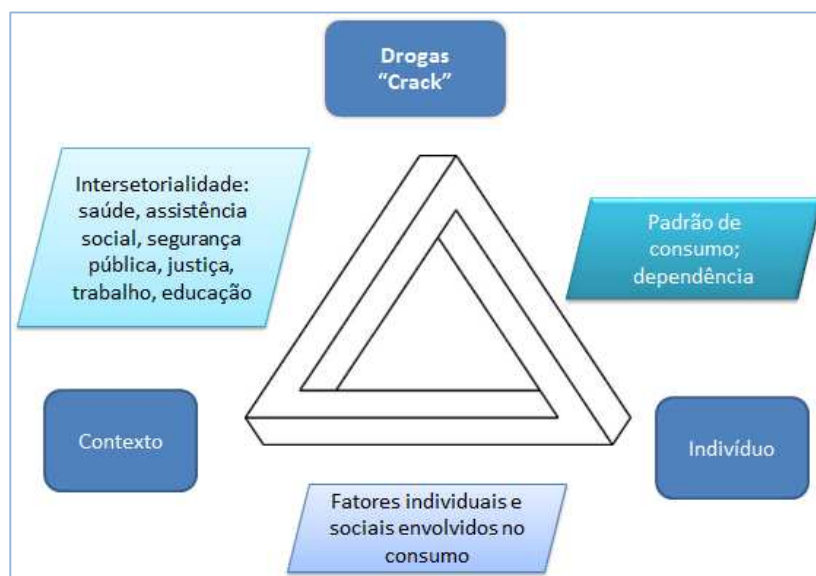
vez iniciada essa dependência, há uma patogenia previsível marcada por mudanças persistentes e significativas na função e química cerebrais. Cabe ressaltar que não é ainda possível explicar os processos fisiológicos e psicológicos que transformam o uso controlado e voluntário das drogas em dependência involuntária e sem controle; mas estudos indicam que existem fatores genéticos juntamente com escolhas pessoais e fatores ambientais claramente envolvidos na expressão da dependência. Afirma, ainda, que em termos de vulnerabilidade, começo e curso, a dependência de drogas é semelhante a outras doenças crônicas. Entretanto, em relação ao tratamento foram encontrados nos dependentes de drogas maiores problemas em relação à adesão ao tratamento com desistências e recaídas mais frequentes (MCLELLAN et al, 2000).

É também um fato que a pobreza, ausência de suporte familiar e comorbidades psiquiátricas foram fatores que influenciam a dependência de drogas. Como em outras doenças crônicas os efeitos do tratamento da dependência de drogas são otimizados quando as pessoas se mantêm num cuidado continuado e monitorado. Assim, é essencial que os profissionais de saúde adaptem o cuidado e as estratégias de monitoramento médico usados no tratamento de outras doenças crônicas ao tratamento de dependência de drogas (MCLELLAN et al., 2000).

Já o terceiro modelo é o da “atenção psicossocial/cuidado de base comunitária”. Ele ganhou força com os movimentos da luta Antimanicomial, conhecida como a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a Lei 10216, a perspectiva moral em relação aos usuários de drogas e seu discurso proibicionista, que patologizava e criminalizava o uso das drogas foi repensada em outros princípios alinhados a proposta da atenção psicossocial (BRASIL, 2001). Esta abordagem leva em conta o discurso do respeito às diferenças, à defesa da vida e ao direito à liberdade e à dignidade da pessoa, cujo objetivo visa a inclusão social e reinserção social. Tem como foco a desinstitucionalização da loucura, cujo objeto de trabalho é o sujeito em suas diversas dimensões – pessoal, social, cultural e política (AMARANTE, 2007). Esse modelo tem como principal dispositivo institucional não mais o hospital, mas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constituída por dispositivos abertos, de natureza territorial e comunitária. Seus princípios são a desinstitucionalização, a liberdade, a autonomia, a cidadania, tendo a interdisciplinaridade e a intersetorialidade como práticas da clínica ampliada (BOKANY, 2015). Nesse sentido, a toxicomania ou a dependência de drogas é vista como resultante do encontro de uma pessoa com uma droga em um dado momento sociocultural, numa tríade indivíduo-droga-contexto (ZINBERG, 1984). A abordagem as drogas deveria,

desse modo, levar em conta essa tríade dimensão de análise retirando o foco da droga, da substância em si e levando em conta o contexto, os fatores sócio culturais, as características individuais e o tipo de droga (**Figura 1**).

Figura 1: Esquema da abordagem às Drogas.



Fonte: Elaboração própria, adaptado de Zinberg (1984).

A quarta abordagem diz respeito à “Redução de Danos” que entende as drogas como uma questão de saúde pública visando uma oferta de cuidados para minimizar os danos de um uso prejudicial de drogas, tanto para o indivíduo como para a sociedade. A Redução de Danos (RD) torna-se uma estratégia norteadora do cuidado, um novo paradigma ético, clínico e político (MARLATT, 1999; BRASIL, 2015). É adotada nas mais recentes políticas públicas de drogas no Brasil, cujo foco principal de suas ações é a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso das drogas (BRASIL, 2004). A terapêutica pautada na RD é considerada de “baixa exigência” por não exigir, dos usuários, a abstinência como um requisito obrigatório, o que não significa que tal tratamento se oponha à abstinência como resultado ideal. O foco desta estratégia é minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao uso prejudicial de drogas (FORTESKI & FARIA, 2013). Assim, ela se torna uma estratégia desenvolvida também para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde. Tem como

princípio o respeito à autonomia do sujeito na perspectiva de um cuidado ampliado de saúde que se contrapõe às práticas de recolhimento dos usuários de drogas para internações em hospitais psiquiátricos ou em outros dispositivos como as comunidades terapêuticas (PASSOS & SOUZA, 2011).

Entende-se por autonomia a condição de quem determina a própria Lei. Nesse sentido, o sujeito autônomo é aquele capaz de gerar normas, ordens para a sua vida diante das adversidades que se encontra (LALANDE, 1999). Nessa perspectiva está associada à ideia de “empowerment” ou empoderamento das pessoas, visando à superação da dependência social e da dominação política. Cabe ressaltar que ninguém empodera ninguém, mas pode-se fornecer condições, estratégias para que as pessoas se empoderem num encontro gerador de autonomia (TEIXEIRA, 2002).

Existem algumas estratégias já desenvolvidas em âmbito internacional como as salas de uso seguro (ALLONI & PAIVA, 2017) e a distribuição de *kits* de uso seguro de drogas; deste modo, a abstinência não é negada, apenas não entra como a única alternativa de tratamento para uso prejudicial de drogas (HART, 2014; LANCETTI, 2015).

Outra discussão inscrita no debate atual sobre drogas é o da “Descriminalização e Legalização das drogas” que entende que o uso ou comportamento de usar drogas não deve ser considerado crime, portanto, ao usuário deve ser ofertado tratamento e cuidado e não reclusão em ambiente prisional (BOTTINI, 2015). Diferente da legalização das drogas, aonde venda, compra, uso e posse são legais; na descriminalização a compra, o uso, e a posse de drogas podem ser punidos por intimação judicial, exatamente como acontece com o tráfico. As drogas continuam sendo ilegais, mas as infrações cometidas por usuários de drogas não levem à prisão por porte de drogas no âmbito da justiça penal (ZACCONE, 2015).

No Brasil, houve um avanço com a Lei 11.343 de 2006, Lei de Drogas, que aboliu a pena de prisão no caso de posse de substâncias ilícitas para uso próprio, dando ênfase as ações de prevenção, tratamento e reinserção social e distinguiu o usuário de drogas do traficante; porém, foi mantida a proibição do uso com sanções. Apesar dos avanços, essa lei deixou como lacuna a não discriminação de parâmetros precisos de diferenciação entre usuário e traficante, abrindo brechas para interpretações de acordo com o tipo de usuário, o que na prática aumentou o encarceramento da população mais pobre por porte de drogas (BOITEUX, 2015).

Em 2017 ainda se encontra para ser votado, pelo Supremo Tribunal Federal do Brasil,

o debate da descriminalização das drogas por meio do Recurso Extraordinário - RE 635659, que pretende a declaração de inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei de Drogas (11.343/2006)¹. O RE alega que a classificação como crime do porte de drogas para uso próprio viola o direito individual à intimidade e à vida privada previsto no art. 5º inc. X, da Constituição Federal, bem como o princípio da lesividade (BOTTINI, 2015) e coloca em debate o tema da descriminalização das drogas.

O paradigma do proibicionismo tem sido bem debatido a nível global devido aos seus danos já apontados. Já a RD e as estratégias de saúde pública tem sido consideradas abordagens mais adequadas ao problema das drogas. Nos últimos 15 anos, uma nova onda de países rumou em direção ao modelo descriminalizatório das drogas, sugerindo um reconhecimento a nível global das falhas da abordagem criminalizatória, e reforçando uma vertente política em direção a uma guinada de paradigma histórica. A abertura com relação à descriminalização tem ocorrido em vários países com penas mais brandas aos usuários de drogas. Alguns países não priorizaram o policiamento ostensivo aos usuários de drogas. O recente Relatório Global de 2016 aponta que os danos provocados pela criminalização são o aumento da população prisional, o aumento de doenças infectocontagiosas e o aumento do número de mortes relacionadas às drogas que, em 2013, chegou perto de 200 mil no mundo; cita vários países que adotaram algum modelo de descriminalização como Portugal, México, Equador, República Tcheca e parte dos EUA, entre outros (EASTWOOD, FOX, ROSMARIN, 2016).

A descriminalização das drogas está em consonância com o modelo da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos porque facilitaria o encaminhamento dos usuários de drogas para tratamento diminuindo a sua estigmatização e os protegendo do impacto devastador da condenação criminal. É sinérgica à RD porque *“a descriminalização quando associada a investimentos em RD e serviços sociais e de saúde tem um extremo efeito positivo tanto em usuários de drogas quanto na sociedade como um todo”* (EASTWOOD, FOX, ROSMARIN, 2016, p. 7).

Assim, a questão das drogas não deveria estar somente focada no seu uso ou na tentativa de eliminar a sua produção, como quer a “Guerra às Drogas” e o paradigma proibicionista, mas em investir na educação com informação nítida sobre os seus efeitos, de forma

¹ Dispõe o Artigo 28: “Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”.

que os sujeitos possam usar drogas sem causar maiores danos à sua vida; e, para que aqueles que fazem uso prejudicial sejam garantidos o acesso ao cuidado no modelo da atenção psicossocial, a partir da premissa da redução de danos.

No segundo artigo elaborado como Resultado desta Tese (TEIXEIRA et al., 2017) são apresentados três modelos/abordagens aos usuários de drogas discutidos anteriormente: 1. Modelo moral/criminal, 2. Modelo de doença e 3. Modelo da Redução de Danos (MARLATT, 1999). Esses modelos representam as disputas nos campos da saúde, segurança e justiça. Marlatt (1999) aponta o modelo da RD como uma alternativa da saúde pública aos modelos moral/criminal e de doença que se sustentam em princípios e pressupostos diferenciados da RD. Percebe-se uma aproximação entre esses três modelos apresentados pelo autor e os paradigmas asilar e psicossocial, problematizados por autores do campo da Reforma Psiquiátrica. O primeiro e segundo modelos relacionados às políticas públicas sustentadas por uma lógica que aprisiona, reprime e isola o sujeito que faz uso de drogas; pautado na ideia de exclusão como forma de tratamento. E o terceiro modelo da RD que compreende a relação entre as drogas, pessoas e contextos e promove o rompimento com o modelo asilar.

A abrangência de temas relacionados ao fenômeno do crack reforça a tese das drogas como uma questão complexa onde é preciso considerar três importantes dimensões de análise para sua intervenção: as características individuais (o indivíduo), os diferentes efeitos e usos ou padrão de consumo de SPA (a droga em si) e os fatores sociais envolvidos no consumo de drogas (o contexto). Esta concepção sobre as drogas está apresentada na **Figura 1** desta Tese e deve ser entendida da seguinte forma “*não há substância nem um indivíduo como elementos universais e objetivos, mas há contextos sociais e culturais diferentes, de substâncias diferentes e realizada por indivíduos diferentes e, sem a devida atenção a essas diferenças não é possível se compreender o fenômeno*” (FIORE, 2013, p. 06).

A partir dos resultados elaborados pela revisão sistemática da literatura compilados no primeiro artigo desta Tese (TEIXEIRA, ENGSTROM, RIBEIRO, 2017) é necessário compreender o padrão de consumo do crack, as suas especificidades; os fatores individuais e sociais que estão envolvidos no seu uso, para pensar em estratégias efetivas de intervenção.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

A referência ao termo “política” geralmente aborda as ações promovidas por instituições de governo, pelos poderes executivo, legislativo ou judiciário em um dado território; “referem-se ao aparato político-governamental (aparelho estatal) e a seus representantes, assumindo uma concepção de política que se define a partir da percepção da atuação de um conjunto restrito de instituições e grupos da sociedade (governantes e interessados), que tem a função/tarefa de desenhar os rumos de um Estado a cada tempo” (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Quando se pensa em Políticas Públicas sobre Drogas (PPD) é preciso reconhecer que o Brasil vinha investindo esforços para lidar com a questão das drogas. No campo legislativo, a Lei 11.343, de 2006, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) que é o marco legal da mudança de paradigma sobre a discussão de drogas no país. Essa lei contempla uma perspectiva de intervenção integrada, incluindo desde ações de promoção da saúde até a disponibilização de serviços de atendimento, além do enfrentamento ao tráfico de drogas. No entanto, a inconstitucionalidade do artigo 28 está em debate.

Existem críticas a essa nova lei porque apesar de abrandar o tratamento penal para o usuário de drogas, ela não retira o caráter delitivo do comportamento do indivíduo. Segundo Bottini (2015), o consumo individual de drogas diz respeito à privacidade do indivíduo. Assim, defende que é possível a intervenção na intimidade do uso de drogas apenas em situação de risco de morte ou lesão corporal grave, mas jamais por meio da imposição de sanção criminal àquele que se expôs ao risco pelo uso da droga. Segundo esse autor, o usuário de droga não tem controle sobre o comportamento do traficante sendo impossível atribuir a ele o controle ou a condução do comportamento doloso do comerciante de drogas; “*a aplicação da pena com essa motivação seria punir alguém pelo ato do outro (...) aplica-se a sanção no usuário diante da dificuldade de encontrar, investigar e condenar o verdadeiro culpado pela violação à saúde pública: o comerciante de produtos ilícitos*” (pag. 27). Nesse sentido, se alguém se embriaga e comete um crime será punido pelo crime, mas não haverá sanção criminal pelo ato de embriagar-se. Desse modo, entende-se que “*a descriminalização do uso de drogas pode e deve ser substituída por uma política de redução de danos, defendida por especialistas em saúde pública como mais eficaz e útil na proteção da saúde do usuário*” (BOTTINI, 2015, p. 25).

No Brasil, a partir do início do século XXI, houve a aprovação de importantes políticas públicas que abordam o cuidado a grupos vulneráveis como as pessoas vivendo em

situação de rua, as pessoas em uso prejudicial de drogas e com transtornos mentais. No âmbito do Ministério da Saúde, a Lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001) marco legal da Reforma Psiquiátrica, garantiu aos usuários de serviços de saúde mental, incluindo as pessoas em uso prejudicial de drogas, a garantia de acesso e o direito à assistência e ao cuidado preferencial por meio dos serviços de base territorial de portas abertas, próximo às residências, sem exclusão do convívio com a sociedade.

Ainda no setor saúde, a Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004) reconheceu o uso prejudicial de álcool e outras drogas como “grave problema de saúde pública” e a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no seu enfrentamento. Nessa política, o cuidado deve se dar por meio da construção de vínculos, da corresponsabilidade e da ampliação da clínica, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento conjunto das situações correlacionadas à questão. O cuidado deve ser em rede e no território de forma integrada ao meio cultural e à comunidade, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Refere, ainda, que é a rede de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não governamentais, em interação constante, que promove a ampliação do acesso ao cuidado e permite a criação de alternativas para pessoas em uso prejudicial de drogas (BRASIL, 2004).

Nessa mesma direção, ainda no setor saúde, houve a reformulação da Política de Atenção Básica (PNAB) e a concepção de cuidado foi ampliada na medida em que reconhece, frente à heterogeneidade brasileira, a necessidade de um leque maior de modelagens de equipes de atenção básica, dentre elas, às equipes para populações vivendo em situação de rua. Dessa forma, foram criadas as equipes de Consultório *na* Rua (CnaR) como modelo de atenção primária flexível e adaptável à realidade das pessoas em situação de rua, tendo como referências as Unidades Básicas de Saúde/SUS (BRASIL, 2011), voltaremos a esse tema mais adiante quando discutiremos o cuidado aos UD.

Apesar da constatação do uso de drogas como um importante problema de saúde pública, as PPD têm-se mostrado pouco integradas. Algumas iniciativas governamentais tem sido implementadas, no sentido de garantir uma política intersetorial para o problema de drogas, ampliando para outros setores o protagonismo da abordagem ao crack. Assim, foi lançado pela Casa Civil, o “Programa Crack é Possível Vencer” (BRASIL, 2010) que programou ações de forma intersetorial, envolvendo o setor da saúde, da educação e da segurança pública por meio de três eixos de atuação: prevenção, cuidado e segurança. No âmbito do eixo do cuidado, definiu-se o papel das equipes de CnaR como equipamentos de

ampliação de oferta do acesso e atenção aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares. Atuam, ainda, como elo entre as ações da saúde e de outros setores como a assistência social e articulando com o setor do trabalho e renda. A equipe de CnaR tem papel de destaque no cuidado aos moradores de rua e usuários de crack pela potência de estar próximo das pessoas e das novas famílias que se formam nas ruas e na comunidade, nos flutuantes territórios habitados pelos mesmos (ENGSTROM & TEIXEIRA, 2016).

Devem-se levar em consideração as experiências de redução de danos adotadas em outros países, no momento em que a agenda de álcool, crack e outras drogas passou a ocupar posição central na política de saúde no Brasil, a partir de 2011. Problemas como dificuldade de acesso e desarticulação de políticas, foram sinalizados como barreiras ao cuidado dos usuários de crack e outras drogas (INGLEZ-DIAS et al., 2014). O investimento em políticas e estratégias de intervenção não pode ser visto única e exclusivamente em função de se reduzir o número de usuários dependentes e com problemas decorrentes do uso de drogas, mas deve-se investir em políticas públicas que priorizem acesso e tratamento no âmbito de uma rede de cuidado humanizada. Como relatam Bastos e Bertoni (2014), *“Deseja-se que os indivíduos, independentemente do consumo de drogas, lícitas e/ou ilícitas, possam viver em sociedade, atingindo o bem-estar social, pessoal e familiar, sendo capazes de se manter economicamente ativos e gozar de seus direitos como cidadãos brasileiros”* (p. 66).

Observou-se em pesquisas recentes que houve um aumento do uso de crack, não só no Brasil como em outros países. O aumento do crack pode ser explicado pelo baixo preço dessa droga em comparação com a heroína e cocaína injetável. A sua associação com o risco de contaminação pelo HIV e com as pessoas em situação de vulnerabilidade social se mostrou relevante, assim como sua associação com comportamentos delinquentes e com o trabalho sexual. No entanto, a ideia de epidemia, mostrada pela exploração midiática do fenômeno do crack, não se sustenta a partir do resultado da pesquisa realizada em âmbito nacional. Essa pesquisa relatou que *“as estimativas referentes aos indivíduos, residentes nas capitais do país e no Distrito Federal, que consomem crack e/ou similares de forma regular corresponde a uma proporção de, aproximadamente, 0,81%, ou seja, a população geral de todas as capitais das unidades da federação e Distrito Federal. Isso representaria cerca de 370 mil usuários regulares desses produtos em números absolutos.”* (BASTOS & BERTONI, 2014, pg. 134).

Há um esforço midiático de explorar os usuários de crack como “zumbis”, estigmatizando os usuários e gerando pânico na sociedade em geral e promovendo o

preconceito dos profissionais de saúde no cuidado a esses usuários. A questão do estigma será abordada mais adiante.

Destaca-se que o consumo de drogas é o objetivo focal de várias políticas públicas onde há uma tensão entre um discurso higienista e proibicionista visando a um mundo “livre das drogas” e um discurso contra hegemônico dentro de uma perspectiva de redução de danos, com propostas de cuidado que trazem inovações organizacionais visando à reabilitação psicossocial. No entanto, o discurso higienista ainda está muito presente, como por exemplo, no fato ocorrido no município do Rio de Janeiro, em 2012, com a retirada dos usuários de crack das ruas da cidade, por constituírem em “ameaças à sociedade” (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Nesse contexto discriminatório, Sodelli (2015) reforça que é importante investir em ações redutoras de vulnerabilidades ao uso de drogas entendendo que as pessoas não *são* vulneráveis, mas sim *estão* vulneráveis sempre a algo, em algum grau, e em um tempo e espaço definidos, ou seja, é resultante da dinâmica relação entre os componentes individuais e sociais (AYRES et al., 2005).

Neste ponto, a discussão de vulnerabilidade se torna relevante porque é um conceito aplicável a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública como o uso prejudicial de crack e outras drogas.

2.4 A VULNERABILIDADE ASSOCIADA AOS USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS

A discussão sobre vulnerabilidade veio em resposta à epidemia de HIV/Aids e ajudou a compreender o fenômeno midiático da epidemia do crack. O conceito de grupo de risco foi objeto de muitas críticas e as estratégias de abstinência e isolamento cederam lugar às estratégias de redução de risco para aids e de redução de danos para usuários de drogas (AYRES et al., 2005). Um paralelo importante nessa discussão, advinda da prevenção da aids é a compreensão de que a abordagem da prevenção ao uso de drogas não depende apenas da informação acrescida da vontade do indivíduo, mas de uma série de fatores e recursos socioeconômicos, culturais, jurídicos e até mesmo policiais. Assim, a noção de empoderamento ganha relevância como contraponto ao comportamento de risco retirando a culpabilização individual e promovendo a redução do estigma ao uso de drogas porque *“quando o comportamento do indivíduo é trazido para dentro da cena, a consequência inevitável é que se atribua à displicência pessoal, para dizer o mínimo, a eventual falha na*

prevenção” (AYRES et al., 2005, p. 121).

Dessa forma, o conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como “*o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.*” (AYRES et al., 2005, p. 123). Segundo Carvalho et al. (2005) existem diferentes mecanismos de exclusão social, discriminação e opressão, relacionados a fatores como idade, sexo, raça e sexualidade que interferem no grau de saúde das populações ao facilitar a ocorrência de alguns agravos, ou ao dificultar o acesso aos meios para a sua prevenção e cuidado. Esses fatores, relacionados ao uso de crack, foram destacados no primeiro artigo desta tese (apresentado no Capítulo 1 dos Resultados) como: desemprego, pessoas em situação de rua ou moradia instável, práticas de sexo inseguras e prostituição, entre outros.

A vulnerabilidade deve ser analisada a partir de três dimensões: a pessoal, associada a comportamentos que criam a oportunidade de adoecer; a vulnerabilidade institucional ou pragmática, que diz respeito à existência de políticas e ações organizadas para o enfrentamento de um problema. E, finalmente, a vulnerabilidade social, relacionada a aspectos sócio-políticos e culturais inter-relacionados como, por exemplo, a escolaridade e a disponibilidade de recursos. Essa dimensão diz respeito não só ao acesso à informação, mas a efetiva possibilidade de incorporá-la e promover mudanças práticas a partir dela (AYRES et al., 2005).

Agrega-se a esse debate da vulnerabilidade, o debate da bioética da proteção (SCHRAMM, 2008) que se aplica à saúde pública, aos conflitos morais envolvidos pelas práticas humanas que podem gerar consequências irreversíveis nos seres vivos, principalmente indivíduos e grupos vulneráveis. Como já foi dito, os usuários de crack podem ser caracterizados como um grupo vulnerável de pessoas. No entanto, para Schramm (2008) “vulneráveis” seriam todas as pessoas porque são passíveis de serem feridas; já os “vulnerados”, seriam todos aqueles em condição de uma vulnerabilidade específica, agravada por circunstâncias adversas a exemplo de enfermidades, pobreza, entre outras.

Considerando-se que os usuários de crack que frequentam as cenas de uso de drogas, conhecidas como fluxo ou “cracolândia” agregam diversos fatores que os colocam em uma situação de extrema vulnerabilidade como: estar em situação de rua, egressos do sistema prisional, portadores de diversos agravos de saúde (como tuberculose, feridas, doenças

sexualmente transmissíveis), rupturas familiares, baixa escolaridade e uso de crack de forma intensa. Esses conjuntos de fatores os colocariam, então, na condição de “vulnerados”, mais do que apenas “vulneráveis”. Ambos os casos precisariam de proteção, dentro do princípio da bioética da proteção; no entanto, seriam em graus diferentes, considerando-se a condição existencial de vulnerabilidade de cada grupo. Há que se ter cuidado para não se transpor os limites de proteção, incorrendo-se em um exercício paternalista e tolhendo-se o direito do exercício da autonomia pessoal. Assim, conforme Schramm (2011), a proteção justa seria proteger os não empoderados, pois eles teriam menos recursos necessários para se defenderem sozinhos contra as ameaças que prejudicam sua qualidade de vida.

A vulnerabilidade, em relação ao uso prejudicial de drogas, em contextos de territórios com as grandes cenas de uso de drogas, está relacionada às situações de extrema pobreza, doenças, desemprego, falta de moradia; o que tornam esses usuários vulnerados e, desse modo, tendo necessidade de maior proteção. Assim, devem-se oferecer a eles condições mínimas de sobrevivência como: moradia, saúde, educação, trabalho, para que eles possam fazer suas escolhas baseadas no pleno conhecimento dos riscos. Essas ofertas são, exatamente, as incluídas no pacote de direitos do Programa “De Braços Abertos”, experiência do município de São Paulo que foi o campo da pesquisa empírica desta Tese e que está descrito em artigo científico, no *Capítulo 3 dos Resultados*.

Assim, estratégias de intervenção ao uso prejudicial de crack e outras drogas não podem se basear no terror, ou seja, em slogans “não às drogas”, “as drogas matam” entre outros, mas na aposta de um diálogo entre os sujeitos envolvidos por meio de um saber interdisciplinar e uma ação intersetorial, para que se possa compreender e intervir no fenômeno do uso prejudicial de crack; “*com o terror não há o necessário diálogo entre os sujeitos; não há intersubjetividade criadora que se estabeleça; não há a politização e subjetivação dos comportamentos*” (AYRES, 2002, p. 21).

O estigma atribuído aos usuários de crack, tanto pela sociedade em geral quanto pelos próprios usuários, é um aspecto que deve ser levados em conta dentro desse contexto de vulnerabilidade a que eles estão submetidos.

2.5 O ESTIGMA ATRIBUÍDO AOS USUÁRIOS DE CRACK

Entende-se o estigma como uma construção social que representa uma marca no indivíduo, delegando a ele um status desvalorizado em relação aos demais membros da sociedade. Goffman (1988) denomina estigma social o reconhecimento da diferença, da “marca”,

somado a uma desvalorização do portador daquela “marca”. Desse modo, considera-se estigma quando há uma discrepância entre a identidade social virtual (o caráter imputado ao indivíduo) e a sua identidade social real (os atributos que o indivíduo possui na realidade). Nesse sentido, o estigma é utilizado para se referir a um atributo profundamente depreciativo; *“tal característica é um estigma, especialmente quando seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre identidade social virtual e a identidade social real”* (GOFFMAN, 1988, p. 11).

Desse modo, os termos *“cracudo, nóia, craqueiro”*, termos estigmatizantes, são muito usados pela sociedade e reforçados pela mídia, para caracterizar os usuários que frequentam as cenas de uso, ou seja, as pessoas que estão em situação de rua em uso de drogas, especialmente o crack. Esse autor relata três tipos de estigma: 1. Abominações do corpo; 2. Culpa de caráter individual e 3. Estigmas de raça, nação e religião. No caso dos usuários de crack e outras drogas, o segundo tipo se encaixa melhor, na medida em que são estigmas ligados ao caráter individual, a uma percepção de fragilidades do caráter como: vontade fraca de parar o uso da droga; vagabundos e desonestos, na medida em que são temidos pela sociedade porque são percebidos como assaltantes, embora pesquisas demonstraram que nem todos os usuários de drogas se utilizam dessas estratégias para conseguirem a droga. Na grande maioria dos casos, os principais recursos utilizados para conseguir a droga foram o garimpo e a troca de sexo por droga (BASTOS & BERTONI, 2014; RUI & TÓFOLI, 2016).

O termo *“cracolândia”*² é repleto de estigma. Além do estigma da droga, está presente também o estigma referente à população de rua, que já se encontra em extrema vulnerabilidade social. Segundo Goffman *“por definição, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida.”* (1988, p. 15).

O levantamento epidemiológico dos usuários de crack em âmbito nacional traçou o perfil dos mesmos. Conforme essa pesquisa realizada, em 2012, a estimativa do número de usuários de crack nas capitais do Brasil foi de 370 mil usuários de crack e/ou similares;

² O termo *“cracolândia”* já foi muito criticado, inclusive pelo Dr. Carl Hartz em entrevista no Brasil em 2017, por ser um termo estigmatizante. Esse termo é utilizado para referir-se as cenas de uso de drogas abertas, públicas, aonde há uma aglomeração de usuários de drogas usando crack e outros tipos de drogas. Em São Paulo a *“cracolândia”* é denominada como *“fluxo”*. O termo *“cracolândia”* aparece muito nas narrativas coletadas em campo e foi mantido no *“Capítulo 4 das Narrativas”* aonde é realizada uma análise da pesquisa de campo do Programa *“De Braços Abertos”*.

dentre os quais cerca de 14% são menores de idade, o que representa aproximadamente 50 mil crianças e adolescentes que fazem uso dessa substância, nas capitais do país. Essa estimativa do número de usuários de “crack ou similares” entendendo-se por similar o uso de pasta-base, merla e oxi, foi realizada em 26 capitais do país e no Distrito Federal. Nesses mesmos municípios, a estimativa para o número de usuários de drogas ilícitas em geral (com exceção da maconha) é de aproximadamente um milhão de usuários. Essa pesquisa ainda demonstrou que 80% dos usuários de crack fazem uso do mesmo em espaços públicos, de interação e circulação de pessoas ou em locais possíveis de serem visualizados/visitados “facilmente” por não se tratarem de espaços privados (BASTOS & BERTONI, 2014). Essa visibilidade das cenas de uso abertas acabou sendo denominada como “cracolândia” reforçando o estigma da sociedade e proporcionando um maior apelo social e político sobre o uso do crack.

O apelo social e as várias reportagens na mídia fizeram com que o governo se organizasse para dar uma resposta à sociedade em relação a droga “crack”. Assim, em maio de 2010, a Presidência da República publicou o Decreto n. 7179 instituindo o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas visando à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e, ainda, o enfrentamento do tráfico de crack. Em dezembro de 2011, em continuidade a essas ações do Governo Federal, foi lançado o Programa “Crack, É Possível Vencer”, com medidas de integração em três eixos de atuação: Prevenção, Cuidado e Autoridade (BRASIL, 2010, 2011b).

Considerando-se esse cenário político e voltando a uma análise mais sociológica sobre o crack, outro ponto importante a ser levado em conta, é que os indivíduos estigmatizados tendem a ter as mesmas crenças sobre sua identidade que a sociedade tem. Isso pode gerar um sentimento de vergonha, de que o indivíduo ficou abaixo do que realmente deveria ser. Esse sentimento de auto depreciação agrava a situação em que o usuário já se encontra, levando-o a se manter nesse contexto de vulnerabilidade. Estigmas sociais frequentemente levam à marginalização. Segundo Mullan (2007), a marginalização é o processo social de se tornar ou ser tornado marginal (relegar ou confinar a uma condição social inferior, à beira ou à margem da sociedade). Ser marginalizado significa estar separado do resto da sociedade; ser forçado a ocupar as beiras ou as margens e a não estar no centro das coisas. Pessoas marginalizadas não são consideradas parte da sociedade e a nossa sociedade, tende a marginalizar as “cracolândias”. Na cultura brasileira, o marginal refere-se a pessoas como os delinquentes, os assaltantes, os mendigos e pessoas que tem grande

pobreza e escassez de recursos e, agregam-se à esse rol, os usuários de crack em situação de rua que frequentam as “cracolândias”.

Segundo Goffman (1988) o estigmatizado pode até usar seu estigma para ganhos secundários. No caso do usuário de droga, é comum justificar o “estar em situação de rua” devido ao uso do crack, mas quando eles são questionado pelos reais fatores que os levaram a estarem naquela situação de vulnerabilidade social, outros fatores são informados como o desemprego e conflitos familiares (TEIXEIRA, ENGSTROM, RIBEIRO, 2017).

Goffman afirma que “*faltando o feedback saudável do intercambio social quotidiano com os outros, a pessoa se auto isola torna-se desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa*” (1988, pag. 22). Essa afirmação remete a uma questão: Será que as “cracolândias” se conformam como espaços de intercambio social para os usuários de droga? O que se tem observado são cenas de uso com muitas pessoas, por que eles se juntam? Goffman usa o termo “categoria” para informar que grande parte dos indivíduos que se incluem numa determinada categoria de estigma, “usuários de drogas ou usuários de crack”, por exemplo, podem se referir a totalidade dos membros pelo termo grupo ou “nossa gente”. Os membros de uma determinada categoria de estigma particular, “*cracudos*”, tendem a reunir-se em pequenos grupos sociais cujos membros derivam todos da mesma categoria, estando esses próprios grupos sujeitos a uma organização que os engloba em maior ou menor medida. A “cracolândia” é um termo usado para os espaços ou cenas de uso que agregam diversos usuários de crack e outras drogas, cujos estigmas desses usuários estão relacionados ao uso da droga, conhecida também como fluxo em São Paulo.

Outro aspecto identificado pela pesquisa empírica no fluxo em São Paulo é que os usuários se juntem para usar o crack como forma de proteção; esses achados estão apresentados no *Capítulo 4 dos Resultados* desta Tese.

Considera-se fundamental, no âmbito da saúde pública, trabalhar os estigmas dos usuários de drogas para promover o acesso ao cuidado e tratamento adequados a esses usuários.

Entendendo, portanto, que os usuários de drogas muitas vezes são alvos de estigmas que os excluem do direito ao cuidado a saúde; é preciso pensar formas de lidar com o estigma dos profissionais de saúde e dos próprios usuários quando o foco é um cuidado ampliado. Para isso, Andrade e Ronzani (2014) apresentaram ferramentas para o enfrentamento do estigma junto aos profissionais de saúde. O primeiro passo é entender que a droga em si é um objeto inanimado, portanto é preciso compreender como a pessoa se relaciona com a

droga, dentro de determinado contexto, para que seja organizada a oferta de cuidado e não pensar apenas numa intervenção sobre a droga em si. Outro passo é trazer à luz qual a visão que os profissionais têm sobre esses usuários de drogas. É preciso que eles estejam conscientes sobre suas crenças sobre esses usuários; “para enfrentar o estigma é preciso falar sobre estigma” (pag. 13); além do envolvimento familiar que é um suporte fundamental para o tratamento.

Como já foi abordado, o uso de drogas, na maioria das vezes, é visto como uma falha de caráter do indivíduo e não como um problema de saúde pública. Essa visão com conotação moralista, negativa e preconceituosa acerca das condições de saúde e do comportamento do usuário de droga ou de grupos vulneráveis, interfere diretamente no acesso e na continuidade do tratamento oferecido a esses grupos. Para o usuário, a consequência é o isolamento social, a piora da sua qualidade de vida e a perda da autoestima. Esses fatores geram o afastamento dos serviços públicos e dificultam a busca de um suporte social e de saúde agravando ainda mais a sua situação de vulnerabilidade. Já no caso dos profissionais, a imagem distorcida e estigmatizada dos usuários de drogas dificulta a sua relação, o acolhimento e o vínculo com esses usuários, impedindo-os de realizar uma intervenção mais adequada.

Assim, a estigmatização gera consequências importantes como a perda da autoestima, a diminuição das interações sociais com perspectivas limitadas de recuperação. Soma-se aos preconceitos da falta de caráter atribuída aos usuários, o medo e a percepção de que são incapazes de se recuperar gerando um ciclo vicioso do estigma: ideias negativas sobre o uso de drogas – culpabilização do usuário pelo seu problema – reações afetivas negativas – discriminação – distância social dos usuários de drogas (LINK & PHELAN, 2001).

Desse modo, no campo da saúde pública, é notório que o estigma seja um tema extremamente relevante, na medida em que interfere na adesão do usuário de drogas aos serviços de saúde e no cuidado ofertado pelos profissionais de saúde a esses usuários. Uma das estratégias mais efetivas para reduzir o estigma é o contato entre quem estigmatiza e a população estigmatizada. O contato é uma oportunidade de reduzir a generalização dos casos entre a população geral (ANDRADE & RONZANI, 2014).

O debate em torno das políticas públicas sobre drogas e a criação de novos dispositivos de cuidado como, por exemplo, o “Consultório na Rua”, são passos que visam à redução de estigmas, na medida em que proporcionam um debate em torno do tema drogas

e o cuidado às populações altamente estigmatizadas.

2.6 A AMPLIAÇÃO DO ACESSO E O CUIDADO AOS USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS

Retomando ao objeto desta Tese, as Políticas Públicas sobre Drogas em uma perspectiva intersetorial voltadas para a abordagem aos usuários de crack; considera-se necessário situar o leitor no modo como está sendo organizado o acesso e o cuidado às populações vulneráveis, como os usuários de crack e outras drogas e/ou em situação de rua.

Para a oferta de cuidado à população em situação de rua (PSR) e usuários de drogas, o Ministério da Saúde propôs, em 2009, os Consultórios de Rua (CR) como uma das estratégias do “Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS – PEAD” (BRASIL, 2009). Essa estratégia também foi incluída no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, em 2010, que teve por objetivo ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas por meio de ações de rua. Essas equipes tinham por objetivo a disponibilização de recursos para os cuidados básicos de saúde, atendendo os usuários em seus locais de permanência e encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde. Nesse sentido, a equipe atuava como ponte entre a população que está à margem do sistema de saúde e a rede de cuidados. Assim, os CR constituíram uma modalidade de atendimento extramuros, dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social, distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. As equipes ofertavam cuidados em saúde aos usuários, em seus próprios contextos de vida, com objetivo de proporcionar maior acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social; possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (BRASIL, 2010). Os CR utilizavam a abordagem da RD em relação ao consumo de SPA e a prevenção de doenças infecciosas como as hepatites virais, aids, tuberculose dentre outras. Tal dispositivo de cuidado foi reformulado pela nova Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2011a). Essa política, ao considerar o protagonismo da atenção primária em saúde e a heterogeneidade das populações e das cidades brasileiras, reconhece a necessidade de um leque maior de modelagens de equipes de atenção básica, dentre estas, às para populações específicas, como pessoas vivendo em situação de rua. Dessa forma, foram criados as equipes de “Consultório *na* Rua” (CnaR) como modelo de

atenção primária flexível e adaptável à realidade das pessoas em situação de rua, tendo como referências às Unidades Básicas de Saúde. Assim, o CnaR deve ser a principal porta de entrada de acesso, dessa população, à rede de serviços de saúde e atuar integrada às outras redes intersetoriais, como a assistência social por exemplo. Em sintonia ao modelo de atenção primária, a equipe do CnaR deve desenvolver, além do rol de ações da atenção básica, a redução de danos junto aos seus usuários (BRASIL, 2011a).

Assim, os CnaR constituíram-se como equipes da atenção básica e não mais vinculadas ao âmbito das políticas de saúde mental, como eram os CR. Aqui cabe perguntar: Por que foi feita essa reformulação política? O acesso à atenção básica não é para todos? Por que foi preciso criar um serviço específico para atendimento a essa população? Por que as equipes de atenção básica, as equipes de saúde da família, não atendem a essa população em situação de rua e muitas vezes usuárias de drogas? Talvez a estigmatização dessa população vulnerável somada à dificuldade de vínculo dos profissionais de saúde com essa população, seja uma barreira para o tratamento. Desse modo, o CnaR pode ser visto como um dispositivo de ampliação do acesso da população em situação de rua e, muitas vezes, usuárias de drogas, aos serviços de saúde e intersetoriais rompendo, assim, com uma barreira para o tratamento (ENGSTROM & TEIXEIRA, 2016).

O trabalho com estigma no campo da saúde e, especialmente, na atenção básica é muito importante, visto que deve-se configurar como uma “porta aberta” e como a principal porta de acesso aos serviços de saúde. Deve ser capaz de dar respostas positivas aos usuários independente da raça, cor e condição social. Esse acesso é mais importante, ainda, para a população em situação de rua por ser um grupo de extrema vulnerabilidade social, com agravos nas suas condições de saúde, sem domicílio e sem equipe de referência na atenção básica, muitas vezes sem documentos para formalizar seus registros nos serviços de saúde.

Em várias cidades do Brasil, os usuários das “cracolândias” são atendidos pelas equipes de Consultório na Rua que são equipes multiprofissionais com olhares e saberes plurais, que acolhem as demandas de ordem física, psíquica e social dos usuários (TEIXEIRA & FONSECA, 2015). Esses usuários, além da marca social já comentada, têm muita dificuldade em acessar e serem acessados pela rede formal de serviços, acumulando agravos de saúde importantes. A sobreposição de problemas acumulados potencializa os riscos à saúde psicossocial dessas pessoas, de maneira que a oferta de cuidado deve ser baseada na redução de danos de forma a favorecer a melhoria da qualidade de vida. A equidade, outro princípio do SUS, visa assegurar “mais aos que têm menos”, busca dar

prioridade de atenção aos grupos vulneráveis que vivem em contextos socioeconômicos mais desfavoráveis, e por isso, com as piores condições de saúde geral. Os Consultórios *de* Rua, e mais recentemente, os Consultórios *na* Rua, se caracterizam como uma oferta na perspectiva da integralidade da saúde a um dos segmentos mais fragilizados da sociedade atendendo, assim, de forma equânime estes indivíduos (BRASIL, 2010; 2011a). Os profissionais de saúde da atenção básica são fundamentais para consolidar a estratégia da inclusão, do acesso e do acolhimento a PSR. Para isso, precisam desenvolver a habilidade de ouvir, sem juízo de valores ou preconceitos, ou seja, sem estigmas. Deve levar em conta um cuidado, cujo cardápio de ofertas de serviços deve ser variado em resposta às necessidades e demandas dessas pessoas.

2.7 DROGAS E DIREITOS HUMANOS

É necessário entender que, quem faz uso prejudicial de drogas tem direitos como qualquer outra pessoa ao acesso à saúde, à moradia, à busca pelo emprego. Nesse sentido, a situação dos usuários de drogas deve ser compreendida no âmbito do debate dos direitos humanos (DH) e cidadania.

A potência da prática em DH está na problematização da violência e da exclusão social produzida pela sociedade. Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 1948, apresenta os princípios e direitos dos seres humanos; pois como dizia Hannah Arendt, a essência dos direitos humanos é o direito a ter direitos. Esses direitos foram consolidados, no Brasil, pela Constituição Federal de 1988, garantindo que todos são sujeitos de direitos incluindo a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A defesa dos DH apresenta uma abordagem que reconhece e valoriza a solidariedade e a diversidade e mantêm o repúdio à violência e ao preconceito.

Dalla Vecchia (2017) entende que as ações em prol dos DH é um caminho para se fortalecer as políticas públicas sobre drogas; *“trata-se da defesa de um conjunto de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais que podem fortalecer a construção de um horizonte de cidadania plena para sujeitos individuais e coletivos. Concebemos que não se trata de direitos naturais e já conquistados, portanto, eternamente assegurados. Compreendemos que as leis que dão visibilidade a tais direitos são expressões das lutas sociais”* (2017, p. 26). A discussão dos DH deve ser empregada, portanto, na construção de uma agenda de

trabalho que vise à oferta de ações de cuidado e proteção às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e devem ser acionados como maneira de fazer lembrar que nada é natural, tampouco o arcabouço legal e jurídico sob o qual os direitos humanos estão inscritos.

Tais direitos devem ser imaginados como potentes instrumentos a serem empregados contra a violência institucional e simbólica a que os usuários de drogas estão submetidos; contra ao não reconhecimento das pessoas usuárias de drogas como sujeitos políticos de direitos, em especial, aqueles que se encontram inseridos em realidades marcadas pela pobreza, violência, racismo e preconceitos de diferentes ordens, como as “cracolândias”. Trata-se de sujeitos que, no âmbito da nossa atual sociedade tem seu status de cidadania parcialmente reconhecido pelo Estado, não sendo, portanto, entendidos como indivíduos dignos de gozar sua liberdade e autonomia (DALLA VECCHIA et al., 2017).

Com respeito à questão do uso prejudicial de drogas, existe um grande desafio a ser conquistado na perspectiva de uma abordagem dos direitos humanos. É necessária a informação clara e destituída de preconceitos e valores, e uma atitude acolhedora e cidadã de indivíduos, famílias e comunidades.

Devem ser asseguradas as políticas públicas orientadas por um princípio de solidariedade e universalidade, nas áreas de saúde, educação, trabalho e assistência, que são muito importantes na ordem vigente. Dentro dessa perspectiva se encontram as estratégias da redução de danos, dentre as quais está a garantia de um tratamento gratuito aos usuários de drogas nas redes de saúde pública, por se basear na noção de respeito à dignidade desses usuários, sua autonomia e liberdade individual; pois os mesmos são cidadãos detentores de direitos constitucionalmente garantidos, ainda que tenham feito escolhas de vida não necessariamente saudáveis do ponto de vista individual (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

2.8 *A INTERSETORIALIDADE COMO UM CONCEITO ESTRUTURANTE DAS POLÍTICAS SOCIAIS*

A intersectorialidade corresponde à articulação entre os diversos setores de uma administração pública e consiste na articulação de saberes e experiências para alcançar resultados integrados diante de situações complexas, visando um efeito sinérgico diante de um fenômeno complexo aonde apenas o setor saúde não daria conta de forma isolada (TEIXEIRA & SILVEIRA, 2017). De acordo com Monnerat et al. (2014) com o agravamento das expressões da questão social e da insuficiência do sistema de proteção

social brasileiro em atender às demandas da população por acesso a direitos sociais, a intersetorialidade ocupa centralidade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. A ação do Estado frente às necessidades iminentes das questões sociais ainda é insuficiente, mesmo se considerando os direitos sociais positivados pela Constituição Federal de 1988.

Assim, deve-se entender a intersetorialidade como um conceito fundamental na agenda contemporânea em razão da complexidade dos fenômenos sociais aonde um setor apenas não consegue efetivamente resultados abrangentes (MONNERAT, ALMEIDA, SOUZA, 2014). Ela tem sido pensada como uma estratégia importante para a atuação em problemas estruturais da sociedade contemporânea, como a pobreza, que incidem diretamente nos determinantes sociais da saúde e na promoção da desigualdade social. A estratégia de gestão intersetorial permite a promoção das práticas mais eficazes e efeitos sinérgicos em situações complexas.

Assim, a intersetorialidade deveria ser um dos componentes que estruturam a construção de um programa social visando um olhar plural para o problema. Ela é um dos princípios da Política de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014) e pode ser compreendida como as ações planejadas e desenvolvidas em conjunto, por vários setores da atividade governamental, para a solução de problemas complexos (TEIXEIRA, 2010). Diante da vulnerabilidade e complexidade das questões sociais da população em situação de rua e dos usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social, é fundamental que as práticas voltadas a esses usuários se pautem em uma concepção ampliada de saúde; deve-se considerar a prevalência de doenças, os determinantes sociais da saúde e o contexto de vida dessas pessoas para fomentar articulações intra e intersetoriais. Assim, os programas e as políticas públicas voltadas à abordagem aos usuários de drogas, em situação de vulnerabilidade social, devem ser elaboradas de forma intersetorial de forma a conter, em seu arcabouço de intervenção, propostas mais robustas de cuidado.

Diante desse breve marco teórico apresentado, e de forma a apresentar uma síntese dos argumentos teóricos estudados para a elaboração desta Tese, foram elaborados dois artigos teóricos como resultados desta Tese e um artigo empírico: o primeiro artigo realiza uma revisão da literatura científica sobre crack e outras drogas e outro faz uma revisão dos normativos do governo federal sobre as políticas públicas sobre drogas e as abordagens de cuidado. Já o terceiro artigo, investiga um programa público voltado para os usuários de crack em situação de vulnerabilidade social, que tem a intersetorialidade como elemento estruturante.

Desse modo, esta Tese tem por objetivo geral analisar as políticas públicas sobre drogas em uma perspectiva intersetorial identificando as principais estratégias, modelos de intervenção na abordagem aos usuários em uso prejudicial de crack e outras drogas. Tem como objetivos específicos: 1. Analisar a produção acadêmica sobre crack e outras drogas numa perspectiva nacional e internacional; 2. Analisar as políticas públicas sobre drogas e os modelos de cuidado aos usuários em uso prejudicial de crack e outras drogas e em situação de vulnerabilidade social e; 3. Analisar as potencialidades, fragilidades e desafios do Programa “De Braços Abertos”, do município de São Paulo, de modo a destacar as lições aprendidas para a formulação de políticas públicas progressistas e inovadoras sobre drogas.

3 METODOLOGIA

Como se quer compreender como uma intervenção, no caso o Programa “De Braços Abertos”, que visa o cuidado aos usuários de crack funciona, os seus desafios e as potencialidades e, ainda, compreender como as políticas públicas sobre drogas induzem e norteiam as práticas de cuidado, foi preciso recorrer a técnicas e métodos qualitativos, uma vez que se quer refletir sobre o significado dos fenômenos.

O trabalho científico tem que ser claro, de forma a que outros pesquisadores possam replicá-lo. Assim, a metodologia é o caminho a ser percorrido na elaboração de uma pesquisa científica, por meio do qual o pesquisador conseguirá, a partir de uma ou mais perguntas chegar a seus resultados.

As perguntas norteadoras desta Tese foram respondidas por meio dos três artigos científicos elaborados:

1. Quais são os fatores relacionados ao uso prejudicial de crack e os aspectos relevantes para o seu enfrentamento? (artigo 01)
2. Quais as políticas públicas e as abordagens/paradigmas que existem para atenção ao uso prejudicial de crack e outras drogas? (artigo 02)
3. Como essas abordagens/paradigmas espelham ou se traduzem em políticas públicas e estratégias de intervenção ao cuidado ao uso prejudicial de crack e outras drogas? (artigo 02)
4. Como é realizada a abordagem ao uso prejudicial de crack e outras drogas na perspectiva de uma política intersetorial: experiência do Programa de Braços Abertos? (artigo 03)
5. Quais são as lições aprendidas e recomendações do Programa de Braços Abertos para as políticas públicas sobre drogas brasileiras? (artigo 03)

Para esta Tese, a metodologia utilizada foi a qualitativa. Ela se justifica porque “a pesquisa qualitativa é de particular relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas da vida” (FLICK, 2009, p. 20). Segundo Gunther, a metodologia qualitativa apresenta “a primazia da compreensão como princípio do conhecimento, que prefere estudar as relações complexas ao invés de explicá-las por meio do isolamento de variáveis” (GUNTHER, 2006, p. 222). O autor vai mais adiante, descrevendo que a “pesquisa qualitativa é uma ciência baseada em textos, ou seja, a coleta de dados produz textos que, nas diferentes técnicas analíticas, são interpretados hermeneuticamente” (idem). Segundo Flick

(2009), os textos apresentam três finalidades importantes, “*representam não apenas os dados essenciais nos quais as descobertas baseiam-se, mas também são a base de interpretações e o meio central para apresentação e a comunicação das descobertas*” (2009, p. 83).

Como os objetivos desta Tese visa analisar as políticas públicas sobre drogas e as abordagens aos usuários de crack é preciso analisar o uso do crack a partir de sua historicidade e de seu contexto, pois é preciso compreender o fenômeno das drogas como um fenômeno social, e para sua análise é necessário buscar os significados e as percepções que os agentes têm sobre o mesmo.

A pesquisa social é uma análise dos modos de concepção de mundo, mundo este socialmente construído, e dos esforços construtivos dos participantes na sua vida cotidiana (FLICK, 2009). A especificidade do social é que ele é contextual, ele se modifica, dependendo do contexto no qual está inserido o que coloca uma imprevisibilidade inerente ao fenômeno social, que por sua vez se modifica por meio de interações. E é justamente essa interação das forças, que o pesquisador tenta compreender para explicar tal fenômeno. Este é um método indutivo, aonde não se estabelece uma relação de causa e efeito, mas uma compreensão acerca de determinado fenômeno, que se insere num determinado contexto em um tempo e espaço determinados. Flick (2009) ressalta que a pesquisa qualitativa está cada vez mais indutiva, precisando cada vez mais de “conceitos sensibilizantes” para a abordagem dos contextos sociais, ao invés de partir de teorias e testá-las. Assim, o fenômeno das drogas e sua abordagem pelo campo da saúde deve ter como metodologia a compreensão dos fenômenos envolvidos. Por isso se visa nesta Tese, trabalhar com dados qualitativos a partir de um quadro de análise – categorias de análise prévias e estar atento para o surgimento de categorias empíricas no decorrer da coleta de dados. É importante também analisar os dados estatísticos disponíveis da intervenção estudada porque ajudam a caracterizar o quadro do programa a ser investigado.

Material e Métodos

A metodologia desta Tese foi realizada em três etapas:

1. Pesquisa bibliográfica: a primeira etapa diz respeito a uma pesquisa bibliográfica realizada por meio da revisão sistemática da literatura nacional e internacional na abordagem ao crack e outras drogas. Essa pesquisa está sistematizada no “*Capítulo de Resultados*”, na apresentação do primeiro artigo que compõe esta Tese.

2. Pesquisa Documental: na segunda etapa foi feita uma análise documental (CELLARD, 2010) das políticas públicas sobre drogas direcionadas às pessoas em situação de vulnerabilidade social, vinculadas ao tema do crack, no Poder Executivo Federal brasileiro, tanto no campo da saúde como em demais setores. Foi feito um levantamento documental e um balanço abrangente e analítico da emergência e do desenvolvimento das políticas públicas sobre drogas no Brasil e a sua interface com o setor saúde e demais setores do governo. Pretendeu-se, mapear e analisar os componentes mais inovadores das políticas públicas à luz da literatura internacional e dos modelos/abordagens de cuidado aos usuários de drogas. De uma forma exploratória levantou-se as políticas públicas brasileiras do ano de 2000 a 2016. Esta análise está sistematizada no “*Capítulo de Resultados*”, na apresentação do segundo artigo que compõe esta Tese.

3. Pesquisa Empírica: na terceira etapa foi realizada uma investigação empírica da experiência brasileira do Programa “De Braços Abertos” do município de São Paulo, Brasil. Optou-se pelo método de pesquisa qualitativa por permitir compreender fenômenos complexos de forma a responder as questões do tipo “como” para poder compreender as lições aprendidas pelo programa (CRESWELL, 2007; YIN, 2009). O caso do Programa DBA foi único por ser um caso típico e representativo que permitiu capturar as condições e circunstâncias de uma situação cotidiana, no caso o uso prejudicial de crack e outras drogas nas cenas de uso abertas do município de São Paulo.

3.1 COLETA DE DADOS DA PESQUISA EMPÍRICA

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: 1. Observação participante do funcionamento do programa. 2. Entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais, beneficiários do programa e usuários do fluxo ou cenas de uso abertas.

- **Observação participante do funcionamento do programa**

A observação participante pode ser considerada como um método essencial na pesquisa qualitativa, pode ser definida como “um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica (MINAYO, 2010, pag. 273). A observação das atividades do Programa e do fluxo/”cracolândia” foram essenciais para compreender melhor o funcionamento do DBA.

O trabalho de campo foi realizado no período de 30 de maio a 07 de junho de 2016,

durante esses dias permaneceu-se de 8 as 20 h, na Sede do Programa DBA, realizando entrevistas e participando das atividades do programa. Foi observado o acolhimento aos usuários do fluxo que ocorriam na Tenda, lugar de acolhimento do DBA, que fica localizada ao lado do fluxo. Foram feitos relatos de campo após a observação diária das atividades, do fluxo de pessoas, dos hotéis aonde eram hospedados os beneficiários do programa e impressões do fluxo ou cenas de uso abertas (também conhecido como a “cracolândia” da região da Luz), no período diurno e noturno. Além disso, foram realizadas idas ao fluxo em vários períodos distintos do dia, durante o período de uma semana. Foi também realizada uma visita ao “Programa Recomeço”, do governo do Estado, localizado em frente ao espaço da Tenda do DBA.

As perguntas que foram feitas para a observação das cenas de uso de drogas na Região da Luz, cena esta conhecida como fluxo ou “cracolândia: O que é a “cracolândia”? O problema realmente é o crack? Quais os elementos presentes ali, nesse território? Por que as pessoas ficam nesse espaço restrito? Quais são suas regras de funcionamento?

Essa análise da observação do campo está presente no *Capítulo dos Resultados*, aonde é apresentado o cenário de pesquisa, o *Programa “De Braços Abertos”*, descrevendo-o do ponto de vista normativo, suas diretrizes e o seu modo de funcionamento. Esse cenário apresenta, ainda, uma análise do contexto político do DBA aonde as informações foram obtidas a partir de normativos do DBA e da observação participante da operacionalização do programa durante a pesquisa empírica.

- **Entrevistas semiestruturadas**

Optou-se por realizar entrevistas para captar, por meio de perguntas, as percepções dos atores sociais sobre suas práticas e sobre o funcionamento do Programa DBA. A análise do conteúdo das narrativas das entrevistas permitiu reconhecer os conflitos que as normas silenciam e captar a experiência que esses agentes tinham sobre o assunto. Assim, foram formuladas perguntas de modo a reconstruir a teoria subjetiva dos entrevistados, de forma que expressem o quadro conceitual da tese em questão. Foram elaboradas categorias de análise com a descrição das perguntas investigativas (APÊNDICE 01). Essa análise das entrevistas é apresentada nos Resultados dessa Tese, no quarto capítulo de Narrativas.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Esta Tese foi realizada no âmbito de uma Pesquisa mais ampla “*Usuários de Crack em Situação de Rua: limites e possibilidades à constituição de redes de apoio social*”³ que tinha como campo empírico o Consultório na Rua de Manginhos e o Programa DBA.

Os roteiros de entrevista já tinham sido elaborados no âmbito dessa pesquisa acima citada, no entanto, foi acrescentado ao Roteiro mais uma categoria de análise: “Políticas Públicas sobre Drogas”, específica para a Pesquisa desta Tese, de forma que o Roteiro abrangesse tanto a pesquisa anterior quanto desta Tese (APÊNDICE 1). Foi feita uma nova submissão ao CEP da ENSP do Projeto de Doutorado, aprovada sob o CAEE 55023516.4.0000.5240.

Foram realizadas 34 entrevistas semiestruturadas: onze com gestores, dezesseis com profissionais e sete com usuários de crack, sendo quatro beneficiários do DBA e três não beneficiários e usuários de crack do fluxo que frequentavam a Tenda do Programa. O critério de inclusão dos gestores e profissionais foi serem os gestores, coordenadores e profissionais do Programa, ou seja, que tivessem algum tipo de atuação no âmbito do programa DBA e que tivesse representatividade dos diferentes setores (saúde, assistência social, trabalho, direitos humanos). Já os usuários tinham que ser beneficiários do DBA ou ser usuário de crack do fluxo e participar de alguma atividade realizada na Tenda, espaço de acolhimento do DBA.

Os onze gestores entrevistados foram: o Coordenador geral do DBA e Secretário de Segurança Urbana, o Coordenador de Saúde Mental do município, o Secretário Adjunto da Secretaria do Desenvolvimento do Trabalho e Empreendedorismo, o Assessor da Coordenação da Atenção Básica, o Coordenador de Saúde da Região do Centro, o Coordenador das Frentes de Trabalho e o Coordenador dos Direitos Humanos; além dos coordenadores dos equipamentos sociais e de saúde do território (Coordenadores da Tenda, do Consultório na Rua e dos Projetos “Oficinas” e “Casa Rodante”).

Em relação aos profissionais, foram entrevistados dezesseis profissionais de nível médio e superior: o médico, enfermeiro, agente social, psicólogo e assistência social das equipes do CnaR; os técnicos da assistência social, os técnicos de direitos humanos, os orientadores socioeducacionais do trabalho e da assistência social e o agente redutor de danos do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

³ A Pesquisa é coordenada pela pesquisadora Alda Lacerda da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz; financiada pelo Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (PAPES) e Fundação Oswaldo Cruz, PAPES VI/ Fiocruz/ CNPq, sob o CAEE número 0063.0.408.000-11.

Para atualizar as informações do Programa ocorridas até dezembro de 2016 e realizar uma análise do desmonte do programa ou “pós-DBA”, após a mudança de gestão do Prefeito, realizou-se uma nova entrevista com um ex-gestor do Programa DBA, em 10 novembro de 2017 que já tinha sido entrevistado em 2016. Essa nova entrevista permitiu compreender as mudanças ocorridas no DBA, após a eleição em janeiro de 2017, do Prefeito Dória. Essa análise do desmonte do programa está descrita nas *Considerações Finais* desta Tese.

Os dados primários coletados são compostos pelas entrevistas com os atores do DBA e pela observação participante do funcionamento do programa. Já como dados secundários foram utilizados como fontes as Atas e Documentos do Programa disponibilizados pelos gestores, durante a pesquisa empírica, e os documentos públicos disponíveis sobre o Programa DBA.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

No campo das pesquisas qualitativas, a escolha de método e técnicas para a análise de dados deve compreender um olhar multifacetado sobre a totalidade dos dados coletados no período da pesquisa de campo (*corpus*). Utilizou-se como método de análise dos dados qualitativos, a análise de conteúdo, por ser compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (GOMES CAMPOS, 2004). O discurso dos agentes sociais são formas de se ter acesso às normas sociais, portanto, sua análise é uma técnica de pesquisa porque permite criar núcleos de sentido sobre determinado tema ou assunto a ser pesquisado. Dentre os diversos tipos de análise de conteúdo, optou-se pela análise de conteúdo temática, de forma a se analisar os dados em grupos de sentido temáticos; temas estes que remetem ao nosso quadro teórico conceitual (BARDIN, 2011).

Flick chama a atenção para a coleta de dados, não como um processo linear, mas onde a interpretação está sempre presente. Para trabalhar com os textos produzidos a partir das entrevistas e da análise documental, foi utilizada a estratégia de “Codificação Teórica” que tem por objetivo a codificação do texto, “*a codificação é aqui entendida como representação das operações pelas quais os dados são fragmentados, conceitualizados e reintegrados de novas maneiras*” (FLICK, 2009, p. 277). Os conceitos ou códigos devem estar

relacionados ao material empírico. A etapa seguinte é “a categorização desses códigos, agrupando-os em torno de fenômenos descobertos nos dados que sejam particularmente relevantes para a questão da pesquisa” (idem, pag. 279).

Assim, foram criadas categorias de análise, de forma a agrupá-las por significados e núcleos de sentidos. As categorias de análise elaboradas foram: 1. Políticas públicas sobre Drogas. 2. Operacionalização do Programa “De Braços Abertos” pelos eixos da Moradia, Trabalho e Renda, Saúde e Assistência Social. 3. Intersetorialidade. 4. Redução de Danos: práticas e políticas. 5. Cuidados aos usuários de crack e o acesso pelo Consultório na Rua. 6. Estigma e vulnerabilidades. 7. Direitos Humanos e Cidadania (APÊNDICE 1). De forma a representar as categorias de análise e os conceitos teóricos desta Tese, elaborou-se uma figura em formato de uma Mandala para sistematizar o debate em torno das políticas públicas sobre drogas (APÊNDICE 2).

Após a codificação e categorização foi realizado o processo de análise que consiste em procurar o significado a compreensão dos fenômenos. Para sintetizar todas as falas coletadas em sínteses por categorias, utilizou-se o *software AtlasTi* (software para a realização de análise qualitativa) que gerou documentos com todas as falas marcadas no software por cada categoria de análise. A partir desses dados foi feita uma análise das narrativas, etapa interpretativa da pesquisa.

Diante do vasto material coletado pelas entrevistas e do material sistematizado no *software AtlasTi*, foi necessário sintetizá-lo em três macro dimensões de análise: 1. “O Programa “De Braços Abertos””: uma narrativa dos seus atores. 2. A “cracolândia” de São Paulo: uma narrativa a partir das múltiplas percepções dos gestores, profissionais e usuários. 3. Os desafios das políticas públicas sobre drogas e da intersetorialidade. A análise dessas narrativas é apresentada nesta Tese, no quarto capítulo dos resultados - “*Capítulo 4: Narrativas dos atores do programa “De Braços Abertos”*”.

4 RESULTADOS

4.1. A APRESENTAÇÃO DA TESE EM FORMATO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

Esta Tese é apresentada em formato de Artigos. Assim, foram elaborados para compô-la três artigos científicos: dois já publicados em periódicos científicos no campo da saúde coletiva e outro já com parecer aprovado pela revista, portanto, *no prelo*.

No primeiro artigo **“Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual”** é apresentado os resultados da pesquisa bibliográfica, realizada por meio de uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre crack e outras drogas, acerca do padrão de consumo do crack e os fatores a ele relacionados, com busca sistemática em bases eletrônicas no período de 2010 a 2016. Esse artigo já foi publicado no periódico científico *“Saúde em Debate”* em janeiro-março de 2017, na área da saúde coletiva.

São muitos os paradigmas que permeiam a discussão sobre políticas públicas sobre drogas, seus modelos de cuidado e seus diversos olhares de diferentes setores. No campo das políticas públicas, foi preciso compreender quais são as políticas e quais setores estão envolvidos nessa temática da droga, pois apenas o setor saúde não consegue responder. Assim, foi realizada uma pesquisa documental, a partir das políticas públicas propostas pelo Poder Executivo Federal, nos diferentes Ministérios do Governo Federal. Indagaram-se quais as políticas vigentes? Quais setores envolvidos? Quais impasses e avanços? E, como esses paradigmas espelham ou se traduzem em políticas públicas? Observou-se ainda, os diferentes modelos e estratégias de cuidado ao usuário prejudicial de crack e outras drogas. Esses achados estão sintetizados no segundo artigo desta Tese: **“Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016”**. As dimensões analisadas dos normativos foram: o ano de publicação, os atores e setores envolvidos, o modelo de abordagem aos usuários de drogas e a dimensão da intersetorialidade. Este artigo foi publicado na Revista *“Ciência & Saúde Coletiva”*, no ano de 2017, na área da saúde coletiva.

Tendo em vista esse panorama teórico apresentado pelos dois artigos, foi considerado necessário realizar uma pesquisa empírica em um programa que tivesse por objetivo realizar uma intervenção para os usuários de crack e outras drogas. Pesquisou-se sobre as experiências brasileiras em curso, durante o período do doutorado, e foi escolhido o

Programa “De Braços Abertos” (DBA) como campo empírico desta Tese devido ao seu escopo de atuação, a sua construção de forma intersetorial e por ter como campo de intervenção a maior cena de uso aberta de São Paulo, a “cracolândia” da região da Luz. Os achados empíricos dessa intervenção estão apresentados no terceiro artigo que compõe o mosaico dessa Tese: *“Potencialidades e desafios de uma política pública sobre drogas intersetorial: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil”* apresentado no **“Capítulo 03 dos Resultados”**. Analisou-se esse Programa, apontando as lições aprendidas e as recomendações para as Políticas Públicas sobre Drogas brasileiras, tendo como eixo de análise a intervenção de uma política pública intersetorial, voltada para o atendimento de pessoas em vulnerabilidade social em uso prejudicial de drogas. Esse artigo foi submetido à Revista Científica “Physis” (do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ), já tendo sido aprovado pelos pareceristas da revista em 05 de março de 2018, mas ainda não foi publicado.

A pesquisa empírica produziu muitas narrativas coletadas por meio das entrevistas aos atores envolvidos no programa e pela observação de campo que permitiu ter uma visão da complexidade do problema do crack, das dificuldades e desafios de uma política pública sobre drogas e da visão do que seja uma cena de uso aberta conhecida como “cracolândia” de um ângulo, no mínimo, mais aberto. Para tentar apresentar ao leitor desta Tese, uma foto desse mosaico de percepções, optou-se por acrescentar aos Resultados um quarto capítulo sobre as narrativas: *“Capítulo 04 - As Narrativas dos atores do Programa “De Braços Abertos”*.

Nesse “Capítulo 4” é apresentada uma análise das narrativas construídas a partir das falas dos diversos atores envolvidos no DBA. Essas narrativas contêm em si seus olhares plurais sobre o fenômeno da droga, seus paradigmas sobre o crack e as possibilidades e desafios de cuidado a esses usuários que apresentam demandas complexas que precisam ser respondidas de forma intersetorial. Esse “Capítulo 4” foi dividido em três subcapítulos: 4.1. **O Programa “De Braços Abertos”: uma narrativa dos seus atores**”, com a análise da narrativa do Programa “De Braços Abertos” a partir das entrevistas realizadas pelos gestores, profissionais e usuários. No subcapítulo 4.2. **“A “cracolândia” de São Paulo”**, o fluxo (denominada como “cracolândia”) é apresentado a partir de dois olhares: primeiro, o olhar do pesquisador a partir da sua observação participante realizada durante a pesquisa de campo na “cracolândia”; e o segundo olhar coletados nas entrevistas com gestores, profissionais e beneficiários do DBA e, usuários da “cracolândia”. Já o último subcapítulo apresentada as

narrativas sobre as políticas públicas e a intersetorialidade, 4.3. **“Os desafios e potencialidades das políticas públicas sobre drogas e da intersetorialidade”**. Nas *“Considerações finais”* é apresentada uma análise sobre o desmonte do Programa DBA.

4.2. CENÁRIO DA PESQUISA: *“PROGRAMA DE BRAÇOS ABERTOS”*

“O crack é o luxo no lixo”
(Usuário de crack de São Paulo, 2016)

O Programa “De Braços Abertos” é uma experiência brasileira que tem como fundamento uma política intersetorial na abordagem aos usuários de crack e outras drogas, por meio de um diálogo interdisciplinar. Tem ganhado destaque na forma de abordar o a questão do uso prejudicial do crack, levando-se em conta as condições de vulnerabilidade as quais os sujeitos estão submetidos. Este Programa foi implementado por meio do Decreto N. 55.067 de 28 de abril de 2014 pela Prefeitura de São Paulo (SÃO PAULO, 2014). Ele apresenta dois objetivos principais: 1. Promover a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de substâncias psicoativas, por meio da promoção de direitos e de ações assistenciais, de saúde e de prevenção ao uso abusivo de drogas. 2. Conjuguar esforços entre todos os entes da Federação, em consonância com a adesão do município de São Paulo ao “Programa Crack é Possível Vencer”, por meio de implementação de ações de forma progressiva, intersetorial e articulada entre as políticas municipais de saúde, direitos humanos, assistência social, trabalho, segurança urbana, educação, moradia, desporto, cultura e meio ambiente, entre outras. Embora esta iniciativa esteja vinculada a esse programa federal “Crack é Possível Vencer”, os gestores esclarecem que ela não é voltada somente para usuários de drogas, mas sim para pessoas que se encontram em estado de alta vulnerabilidade social.

O DBA tem como diretrizes promover a atenção à saúde e à reabilitação psicossocial, com políticas de redução de riscos e de danos, de prevenção do uso de drogas, de tratamento e de assistência social; o acesso a atividades ocupacionais e à renda, por meio da oferta de oportunidades de ocupação e de qualificação profissional; a promoção de alimentação, hospedagem e capacitação; o estímulo permanente e oferta de condições para emancipação e autonomia dos beneficiários; a revitalização do espaço urbano e requalificação do espaço público para exercício da cidadania; a participação da sociedade civil; a capacitação dos atores envolvidos na implementação do Programa; a disseminação de informações qualificadas relativas aos danos causados pelo uso do crack e de outras drogas e o

fortalecimento, em articulação com os órgãos estaduais de segurança pública, das ações de inteligência para enfrentamento ao tráfico de drogas (SÃO PAULO, 2014).

Apresenta como conceitos ou princípios norteadores: a moradia, a Redução de Danos, a baixa exigência ou *low threshold service* (IHRA, 2010), a promoção da cidadania, retirando o foco da droga em si e a promoção de um pacote de direitos: moradia, alimentação, trabalho e renda sendo, portanto, uma intervenção intersetorial na atenção ao uso prejudicial de crack e outras drogas (CARVALHO & PELLEGRINO, 2015).

Um dos conceitos inspiradores do DBA foi baseado em experiências como a do “*Housing First*”, ou seja, primeiro a moradia, que consiste na oferta de casa para pessoas que se encontram em situação de rua há muito tempo e usuários crônicos de álcool e outras drogas. A experiência demonstrou que as pessoas que foram morar nessas casas, onde não se exigia abstinência, diminuíram significativamente o consumo de álcool e outras drogas se comparadas com as que continuaram morando nas ruas; além da diminuição da violência (STEFANCIC & TSEMBERIS, 2007). Todos os programas de Redução de Danos se inspiraram no conceito de baixa exigência. A expressão em inglês *low threshold service* significa, literalmente, baixo limiar de entrada e disparo; “*a baixa exigência dispara processos de transformação subjetiva que funcionam de modo diferente em casa pessoa, mas que estão ancorados nos dispositivos dos programas da geração de Redução de Danos*” (LANCETTI, 2015, p. 119).

A experiência brasileira dos “Consultórios na Rua” (TEIXEIRA; FONSECA, 2015) demonstrou que o importante não é “dar sermões” ou exigir a abstinência para oferecer um cuidado, isso só aumenta a resistência à mudança e aumenta a fissura; mas é necessário desenvolver vínculos que gerem essa vontade de mudança. O conceito de baixa exigência está intimamente associado ao princípio de equidade do SUS, que consiste em priorizar os mais vulneráveis. “*O Braços Abertos é um ponto de inflexão entre as várias tentativas simplistas e higienistas que tentavam com medidas simplificadas resolver problemas de alta complexidade. É importante lembrar que essas pessoas já fizeram fracassar os protocolos clínicos e pedagógicos tradicionais. A baixa exigência é combinada com uma grande disposição de parte dos trabalhadores para sustentar vínculos continuados e relações de construção de contratualidade. No interstício da práxis vai sendo construído o sujeito-cidadão. Daí a importância do lema: nunca desistir*” (LANCETTI, 2014).

O Programa DBA teve início em janeiro de 2014 e atendeu 453 beneficiários, segundo estudos já realizados. Carvalho e Pellegrino informam que “por meio de um

contrato social assinado com um mínimo de exigências, no Programa Operação Trabalho, os inscritos recebiam bolsas mensais no valor de R\$ 1.086,00, sendo que R\$ 480,00 eram para o pagamento da moradia nos 7 hotéis da região conveniados com a Prefeitura; R\$ 181,00 eram para alimentação e R\$ 425,00 eram pagos diretamente ao beneficiário para suas despesas pessoais. Nos hotéis, eles passavam a ter um local para dormir, um lugar para guardar seus pertences e acesso a banheiros. As bolsas podem ter até dois anos de duração” (CARVALHO; PELLEGRINO, 2015, p. 10).

A seguir apresenta-se uma análise do Programa a partir da pesquisa empírica realizada em maio de 2016 e atualizada por meio de nova entrevista realizada em novembro de 2017.

No momento da coleta de campo, em maio de 2016, constavam 460 beneficiários adultos cadastrados e mais 31 crianças, filhos desses beneficiários e que moravam com os pais. O perfil dos beneficiários adultos do programa foi: sexo: 36% Feminino e 64% masculino; cor da pele: 28% negros, 49% pardos e 23% brancos; idade: 11% de 18 a 25 anos, 9% de 26 a 29 anos, 42% de 30 a 40 anos, 33% de 51 a 55 anos, 3% de 56 a 59 anos, 2% de 60 a mais de 65 anos. Existiam, ainda, 218 pessoas pré-cadastradas numa lista de espera para entrar no programa⁴. O DBA surgiu da necessidade de responder a uma demanda da denominada “cracolândia”, no centro da cidade, como é chamado o aglomerado de pessoas para uso de crack e outras drogas. A situação do uso de crack no centro de São Paulo já tinha um histórico e a “cracolândia” conhecida como fluxo reunia uma gama de pessoas em extrema vulnerabilidade social. No início em 2014 havia uma grande concentração de pessoas, em torno de 1500, com barracos construídos no meio da rua na Região da Luz.

O Modo de funcionamento do Programa DBA

O DBA implantou um espaço denominado “Tenda”, que funcionava como porta de entrada para o Programa que ficava bem próximo ao fluxo; era um espaço de acolhimento aonde acontecia o vínculo com os usuários do fluxo, aberto diariamente. Eles eram acolhidos, escutavam as suas demandas que eram predominantemente de retirada de documentação, local pra dormir, pendências jurídicas, roupa, banho, banheiro, médico e medicação. A partir dessa escuta, o usuário era encaminhado para os serviços da rede pública, tanto da

⁴ Dados fornecidos pelo sistema de informação do Programa DBA pelo Coordenador Geral do Programa aos pesquisadores durante a realização da entrevista em 30 de maio de 2017.

assistência quanto da saúde. O acolhimento era realizado pelos agentes comunitários de saúde e pelas orientadoras socioeducacionais da assistência social. Funcionava das 8 às 22 horas, todos os dias da semana. Esse espaço aberto, com a oferta de uma escuta sem julgamento, permitiu que as pessoas começassem a usar o espaço frequentarem a Tenda, e, assim, foi se construindo um vínculo com essa população do território nas cenas de uso de drogas, denominada de “fluxo” e conhecida também como “cracolândia”. Antes do DBA, os usuários não frequentavam muito o espaço da Tenda, muitos relataram ter medo porque não era reconhecido como um espaço de acolhimento para os usuários do fluxo. Então, começaram, em meados de 2013, a ofertar comida, sopa e água, e as pessoas começaram a frequentar e a serem escutadas nas suas demandas. A questão da extrema vulnerabilidade a que as pessoas estavam submetidas foram o que motivaram as ofertas de moradia e alimentação como oferta inicial do DBA.

O número de vagas no DBA foi definido em relação ao recurso que o programa tinha naquele momento. O critério de inclusão do beneficiário era ser morador de rua frequentando o fluxo naquela região central e ser usuário de crack e outras drogas. Além disso, foram priorizadas as pessoas que já tinham uma barraca no fluxo. Já o critério de exclusão não foi definido a priori, no entanto, ter relação com o crime já foi um critério de descredenciamento de alguns beneficiários. O critério de inclusão era discutido de forma coletiva, baseado na vulnerabilidade das pessoas e também no desejo de se cuidarem. Cada 25 beneficiários tinha o acompanhamento de um trio de profissionais: um agente comunitário da saúde, um do técnico do trabalho e um orientador socioeducativo da assistência social, que os acompanha diariamente. Ao entrar no Programa, o beneficiário recebia moradia, um quarto compartilhado em um Hotel, alimentação diária e era ofertada uma frente de trabalho. Nessa frente de trabalho ele recebia por dia trabalhado no final da semana. Ainda eram cadastrados pelas equipes dos Consultórios na Rua que acompanhavam a sua condição de saúde.

O Programa tinha três eixos principais de atuação onde era fornecido, aos seus beneficiários, um “pacote de direitos” composto por: 1) Moradia/alimentação, 2) Trabalho, 3) Assistência: saúde e assistência social.

1) **Moradia e alimentação:** o beneficiário só entrava no programa se tivesse vaga de moradia disponível; entendendo-se que é preciso primeiro dar condições mínimas como dormir e ter como comer antes de qualquer outra oferta. A moradia era essencial, já a oferta do trabalho era um convencimento a ser feito, mas não era obrigatória. Aos beneficiários, eram ofertadas vagas de moradias, em quartos coletivos em hotéis, a maioria deles bem perto do

fluxo. No entanto, já tinha um hotel mais afastado denominado “Freguesia do O”, aonde eram alocados os beneficiários mais autônomos ou aqueles que não queriam tanta proximidade com o acesso a droga. Um dos hotéis, o “Hotel Laíde” ficava localizado bem próximo ao fluxo⁵, na borda do fluxo. A proximidade das moradias com o território do fluxo, primeiramente, foi uma demanda dos usuários depois observou-se que alguns que já tinham ganho maior autonomia, preferiam ficar mais longe do fluxo.

2) **Frentes de Trabalho:** eram ofertadas frentes de trabalho aos beneficiários e algumas capacitações que objetivavam fornecer uma porta de saída do Programa, no sentido de ajudá-los no processo de reinserção social. As frentes de trabalho visavam promover uma forma dos beneficiários se sustentarem, de sobreviverem de algum ofício, portanto, estava relacionado, diretamente, à reinserção social desses beneficiários na sociedade, por meio da ideia de empreendedorismo e da inserção no mercado formal de trabalho, visando à emancipação daquele sujeito. O trabalho era ofertado pelo Programa Operação Trabalho (POT), que já era uma política pública municipal de São Paulo, com lei municipal, mas, cujas regras foram flexibilizadas para os beneficiários do DBA, dentro das estratégias da RD considerando a baixa exigência.

A frente de trabalho estava ligada, também, à qualificação profissional e à formação cidadã dos beneficiários. No entanto, o objetivo era pensar um em empreendedorismo social visando à reinserção social no mercado formal ou informal de trabalho. O POT iniciou apenas com a oferta de varrição de ruas, mas como havia uma baixa adesão, foram propostas outras frentes de trabalho. Além disso, foram ofertadas oficinas de qualificação, aonde o beneficiário recebia pagamento por participar. Assim, o Eixo “Trabalho e Renda” era uma oferta de frente de trabalho, associada às oficinas de qualificação profissional.

O trabalho era realizado pelos beneficiários no turno matinal, de 8 as 12 horas, mas havia flexibilidade. Os orientadores do trabalho acompanhavam os beneficiários na parte da manhã e depois se juntavam aos outros profissionais dos trios nos Hotéis. Existiam as seguintes Frentes de Trabalho em 2016:

1. Varrição de ruas;

⁵ Esse Hotel Laíde se tornou um documentário sobre a crackolândia documentado pela antropóloga Debora Diniz. Acesso disponível em: <https://youtu.be/05ZEhEEINwY>. Hotel Laíde foi um dos mais importantes hotéis sociais da política de redução de danos para os usuários de crack da maior “cracolândia” da América Latina. Um incêndio o destruiu, como em um anúncio da destruição que assombraria São Paulo com a política de prisão e internação para os usuários de crack.

2. “Caminhos da Prevenção”, um projeto da saúde, onde os beneficiários saiam com um triciclo, num roteiro previamente definido pela saúde, e faziam orientação aos usuários de drogas e população vulnerável, com a entrega de alguns insumos de RD, como preservativos, gel, folheto explicativo;
3. “Vida Verde” - trabalhava com a jardinagem e confecção de plantas ornamentais que podiam ser utilizadas em cerimoniais da própria prefeitura;
4. Reciclagem - trabalhava com os catadores, que eram os antigos carroceiros, e que faziam recolhimento de resíduos sólidos, secos, papelão, visando um espaço para que eles próprios formassem as suas cooperativas. Foram compradas carroças identificadas com o nome do Projeto. Eles saiam com um uniforme do Projeto, de forma que facilitassem conversar com os comerciantes ou com pessoas que fossem entregar o lixo;
5. Formação Cidadã - proporcionava a alfabetização de adultos e a tecnologia da informação (TI), visando à inclusão digital;
6. Costura e brechó;
7. Estética e beleza;
8. Lavanderia (na época estava previsto a instalação de uma Lavadeira dentro da Tenda);
9. Mecânica básica de bicicleta.

A construção de autonomia por meio das frentes de trabalho era importante para a criação de uma rotina. Os beneficiários passavam a cumprir horários, assinavam um termo de compromisso para que eles tivessem ciência de algumas regras, como por exemplo, que não podia carregar qualquer coisa na carroça, tinha que respeitar as regras de trânsito, entre outras. Além disso, tinham beneficiários que trabalhavam dentro da estrutura das secretarias em diversas funções.

3) **Assistência: saúde e assistência social.** Os beneficiários das moradias eram acompanhados pelas equipes de saúde, por meio de duas equipes de Consultório na Rua (CnaR) e pelas equipes da assistência social. O acesso à saúde entrava como mais uma oferta do Programa, no entanto, não era obrigatório o beneficiário se cadastrar no CnaR. Apesar disso, era alta a adesão às ações de saúde. A busca ativa dos profissionais, junto aos beneficiários, foi um diferencial no cuidado aos usuários de crack que se dava no próprio território muitas vezes, ou na sede das equipes de CnaR, que ficava localizada bem próximo a Tenda do DBA em um serviço de atenção especializada (SAE).

No Eixo da Saúde, a aquisição de duas equipes de CnaR exclusivamente para atender aos beneficiários do DBA foi uma conquista e ampliou o cuidado aos usuários de crack, tanto no âmbito da atenção básica, quanto em outros níveis da rede de saúde. Quando os beneficiários precisavam de um cuidado mais especializado, eles eram encaminhados aos serviços pelo CnaR e os agentes sociais os acompanhavam nas consultas, exames e até nas internações. Nessa época, a rede municipal de saúde era bem potente nos serviços que atendiam aos beneficiários e usuários do fluxo. Contavam com um serviço do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, conhecido como “CAPS na Rua”, quatro equipes de CnaR, um Serviço de atenção Especializada em Aids (SAE), um Programa de Redução de Danos, entre outros. A região do Centro tinha uma Coordenadoria da Saúde que era responsável pelo território do centro que cobria a região da Luz. Nesse território, tinha 30 equipamentos com 25% de cobertura de saúde da família. Na cidade de São Paulo a cobertura chegava a quase 40% (39,7%), segundo entrevista com a Assessoria da Coordenação da Atenção Básica.

Havia um monitoramento do programa para acompanhamento dos seus beneficiários. Todos os Eixos, Trabalho, Saúde e Assistência Social, tinham um acompanhamento mensal das informações, que eram digitalizadas em um *tablet* pelos profissionais. Com esse monitoramento era possível acompanhar a presença do beneficiário na frente de trabalho, nas moradias, nos hotéis e no cuidado com a saúde. Nesse sistema informatizado existiam três tipos de *status* do beneficiário. Ele poderia constar como “ativo, inativo ou excluído”. O “ativo”, era aquele que estava em atividade, apto ao trabalho; já o “inativo” era aquele beneficiário que não estava apto ao trabalho, mas, não necessariamente por questões médicas, ele, por exemplo, poderia não estar apto por ter faltado por mais do que 30 dias à frente de trabalho. Assim, quando o beneficiário deixava de comparecer por 30 dias na frente de trabalho, era lançado no sistema de monitoramento do Programa que ele estava inativo. Para ele mudar de inativo para “excluído” era realizada uma avaliação pela equipe técnica do Programa.

No âmbito dos Direitos Humanos e da cidadania, existiam dois projetos bem atuantes no fluxo que eram denominados “Casa Rodante” e “Oficinas”. Eram feitos com os usuários do fluxo um jornal local, chamado *Fanzine*, para dar voz aos usuários do que acontecia no fluxo. O projeto “Casa Rodante” tinha esse nome porque era um veículo de transporte com uma caçamba com uma casa de madeira com a finalidade de construir, com a vizinhança, uma relação menos estigmatizadora para com os usuários. Isso foi necessário, porque a vizinhança tinha muito preconceito em relação aos usuários. Assim, o objetivo desse projeto

era sensibilizar os comerciantes da região e seus moradores para a questão das drogas, minimizando o estigma dos beneficiários do Programa e dos usuários do fluxo. Havia dez técnicos que atuavam no fluxo e no território, mas eles não faziam parte do trio de orientadores do DBA. Agregados a esse projeto de Direitos Humanos existiam muitos artistas, que trabalhavam na ótica da RD, com um trabalho realizado diretamente na rua.

O debate do DH auxiliou no entendimento de que, independente do uso prejudicial de drogas, seus usuários tem direitos, como qualquer outra pessoa, ao acesso à saúde, à moradia e a busca por um emprego. Esse “pacote de direitos” ofertados pelo DBA visava, também, a reinserção social desses beneficiários. Entendendo que os DH são transversais a todos os demais setores, foi criada uma Secretaria Estratégica na prefeitura de São Paulo, a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), que atuava transversalmente com as demais secretarias e tinha um papel fundamental na articulação da intersetorialidade entre as diversas secretarias que compunham o Programa.

O DBA trabalhava na lógica da Redução de Danos, inclusive no campo da segurança urbana. O coordenador do DBA se tornou, na época, também Secretário de Segurança Urbana. Ele já tinha ampla experiência e atuava em ONGs que trabalhavam na área de Direitos Humanos e violência policial. Ter como coordenador geral do Programa, um gestor com essa visão das políticas públicas sobre drogas, permitiu qualificar a Guarda Civil Metropolitana (GCM) dentro dessa lógica de RD, para realizar as abordagens aos usuários dentro da “cracolândia”. Isso permitiu que a política de segurança pública, no período do DBA, fosse pensada a partir da premissa da RD e não da repressão.

Houve, ainda, um investimento do Programa na qualificação da GCM, porque esse trabalho junto com os usuários não era fácil, e os policiais não estavam acostumados a lidar com essa situação do fluxo ou “cracolândia”. Ainda em relação à segurança pública, muitos gestores apontaram a dificuldade de relação com o Governo do Estado, que era responsável pela atuação no combate ao tráfico de drogas e, o quanto a “cracolândia” se mantinha ali por não ter um controle eficaz da entrada das drogas naquele território.

A Intersetorialidade foi um elemento estruturante do Programa. Ela foi um princípio importante na estruturação e no funcionamento do DBA, que foi elaborado de forma intersetorial, desde a sua concepção até a sua operacionalização. Houve investimento na gestão intersetorial do Programa. O Comitê Gestor do Programa era composto pelo prefeito e vários secretários de diferentes pastas: segurança urbana, saúde, assistência social, trabalho, habi-

tação e direitos humanos, de forma a se ter uma gestão intersetorial do processo. Essa construção do DBA, de forma intersetorial, foi uma inovação nos programas voltados ao cuidado aos usuários de drogas.

A sua operacionalização também se deu de forma intersetorial: eram técnicos de três setores (saúde, assistência social e trabalho) que acompanhavam diariamente 20 beneficiários e registravam as informações num cadastro único. Esses técnicos se reuniam, semanalmente, com o colegiado gestor do Programa (que era um colegiado intersetorial); isso promoveu o monitoramento do Programa de forma matricial, com a inclusão da visão dos profissionais da ponta.

Para realizar uma análise do desmonte do programa ou “pós-DBA”, realizou-se uma entrevista com um ex-gestor para atualização das informações, em 10 de novembro de 2017. Essa análise da entrevista permitiu atualizar o campo de maio de 2016 até dezembro de 2016.

Ocorreram alguns ajustes no Programa DBA ainda no ano de 2016. Com o intercâmbio realizado com Vancouver, no Canadá, muitas estratégias que já vinham sendo discutidas no DBA ficaram mais claras, como, por exemplo, a necessidade de implantar uma equipe técnica 24 horas dentro dos hotéis para aprimoramento da gestão das moradias. Assim, a partir de agosto de 2016, foram contratados para cada hotel, quatro técnicos 24 horas, dois técnicos durante o dia e dois técnicos no período noturno, além de 02 mediadores de conflito. Os mediadores de conflito eram Guardas civis metropolitanos (GCM) descaracterizados, formados em mediação de conflitos pela Secretaria de Direitos Humanos. Eram, portanto, guardas municipais, mas que não andavam de farda. Eles atuavam nos hotéis mais afastados do fluxo; já nos hotéis mais perto do fluxo, acharam melhor não colocar os GCM porque era uma região de muito tráfico de drogas e podia ocasionar algum problema. Então, nesses hotéis, mais próximos ao fluxo, os mediadores de conflito faziam apenas uma ronda diária na frente dos estabelecimentos e os gerentes e os técnicos comunicavam a eles caso houvesse alguma ocorrência. Foram implantados mediadores de conflito em três Hotéis que não eram do Centro: Freguesia do O, Heliópolis e Parque Dom Pedro. Não colocaram no Hotel Laíde, porque a coordenação já tinha decidido descredenciá-lo porque estava difícil a mediação com o tráfico de drogas, além das questões estruturais do prédio. Assim, a coordenação conseguiu vagas, no Hotel Heliópolis, para a grande maioria dos beneficiários hospedados no Hotel Laíde e em outros hotéis considerados com estrutura inadequada. Ainda, em 2016, os hotéis passaram a ser pagos pela área da saúde, por uma organização social que venceu o

edital; antes eles eram pagos pelo POT. A orientação da coordenação era que as vagas fossem ampliadas e que a meta era atingir mil beneficiários no Programa DBA. No ano de 2016 foi reformada, também, a Tenda do DBA.

Cabe destacar que um dos desafios apontados pelos gestores do Programa, era a gestão das moradias e as vagas reduzidas, e isso avançou ao longo de 2016, no entanto, o Programa foi desmontado com a perda das eleições municipais e com a entrada do novo prefeito, Dória. O desmonte do Programa DBA já era previsto caso, o prefeito da gestão do DBA não ganhasse as eleições e entrasse em seu lugar o partido de oposição. Pois foi o que aconteceu, com a posse do novo prefeito, em janeiro de 2017, começaram a ter várias ações na “cracolândia” com violência policial baseados no discurso promovido pelas mídias de que o governo eleito em 2017 iria terminar com a “cracolândia” em São Paulo.

Nas “*Considerações finais*” desta Tese é apresentada uma análise sobre o desmonte do Programa DBA e sobre a proposta do novo modelo de cuidado aos usuários de drogas pelo Programa “Redenção” do atual governo municipal de São Paulo em 2017.

4.3 *CAPÍTULO 01*

Artigo: “Revisão sistemática da literatura sobre *crack*: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual”

Revista: Saúde em Debate, 41(112), 311-330, 2017

Revisão sistemática da literatura sobre *crack*: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual

Systematic review of the literature on crack: analysis of its harmful use in the individual and contextual dimensions

Mirna Barros Teixeira¹, Elyne Montenegro Engstrom², José Mendes Ribeiro³

RESUMO Este artigo visa investigar como se conformam, no Brasil e internacionalmente, as abordagens ao uso prejudicial do *crack* e outras drogas. Foi realizada uma revisão crítica da literatura acerca do padrão de consumo do *crack* e os fatores a ele relacionados com busca sistemática em bases eletrônicas no período de 2010 a 2016. Foram analisados 37 artigos por autor, ano, país do estudo, metodologia; padrão de consumo de *crack* e fatores individuais e contextuais relativos a esse uso. Conclui-se que a abordagem ao uso de drogas deve estar focada na perspectiva da redução de danos, na promoção da autonomia e dos direitos humanos, e não na utopia de eliminação do consumo e da produção de drogas.

PALAVRAS-CHAVE Cocaína *crack*. Redução de danos. Políticas públicas. Drogas ilícitas.

ABSTRACT *This article investigates how the approaches towards the harmful use of crack cocaine and other drugs are conformed in Brazil and worldwide. A critical revision of the literature has been made regarding the pattern of consumption of crack cocaine and its related factors through a systematic search in scientific publications electronic data bases between 2010 and 2016. 37 articles have been analyzed by author, year, country of the study, and methodology; crack cocaine consumption pattern, individual and contextual factors related to this consumption. The conclusion was that the approach towards the use of drugs should be focused on damage reduction perspective, promotion of autonomy and human rights, and not on the utopia of eliminating consumption and drugs production.*

KEYWORDS *Crack cocaine. Harm reduction. Public policies. Street drugs.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
mirna@ensp.fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
engstorm@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ribeiro@ensp.fiocruz.br

Introdução

Por muitas décadas e em vários países, as políticas e ações voltadas ao uso de drogas eram focadas principalmente pelas lentes da justiça criminal. No entanto, é preciso considerar o uso prejudicial de drogas como um problema de saúde pública por sua magnitude elevada e crescente, por sua natureza multifatorial e pelas repercussões na saúde e na vida das pessoas, famílias e comunidades. Especialmente no século XXI, consolidam-se novos paradigmas que fortalecem o protagonismo da abordagem pela saúde pública, desenvolvendo-se modelos voltados para atenção integral, psicossocial e com estratégias para a Redução de Danos (RD) devido ao uso prejudicial de drogas. Essa nova forma de olhar o problema vem gerando tensões no campo da saúde, em suas diversas abordagens do cuidado ao usuário de drogas, assim como disputas com outros setores públicos e da sociedade que historicamente advogam ações coercitivas de afastamento e isolamento, na visão de um ‘fictício mundo sem drogas’.

Estima-se que 246 milhões de pessoas usem drogas mundialmente, em uma prevalência global de 5,2%, em que um entre dez usuários sofrerá de dependência da droga (cerca de 27 milhões de pessoas), sendo metade usuários de drogas injetáveis e boa parcela com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) (UNODC, 2015). O relatório mundial sobre drogas estimou 187.100 mortes relacionadas com o uso prejudicial de drogas (UNODC, 2015). Já um estudo brasileiro recente fez uma estimativa de usuários de *crack* (UC) regulares e/ou similares em 370 mil pessoas, o que corresponde a 35% dos consumidores de drogas nas capitais do País (BASTOS; BERTONI, 2014).

Entre os vários tipos de Substâncias Psicoativas (SPA) existentes, o artigo tem como foco o uso prejudicial do *crack*, pelo uso disseminado e crescente no Brasil a partir dos anos 1990, pelo destaque na mídia e pela forte associação a aspectos de vulnerabilidade social (NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011).

O termo ‘*crack*’ é uma onomatopeia e se refere ao som produzido durante a sua produção;

cocaína e bicarbonato de sódio são dissolvidos em água e aquecidos até que se formem cristais de cocaína que produzem um característico estalido (*crack*). (HART, 2014, P. 163).

O seu surgimento no Brasil foi detectado por agentes redutores de danos que trabalhavam com drogas injetáveis. O uso do *crack* é menos significativo se comparado à distribuição e uso de vários outros tipos de drogas entre a população brasileira. No entanto, quando se foca em determinados segmentos da população mais vulneráveis, como a População em Situação de Rua (PSR), ele assume maior relevância (BRASIL, 2014).

Para estudar *crack* e outras drogas, partiu-se do pressuposto básico de que a droga sempre existiu na humanidade, que uma sociedade livre de drogas é uma falácia e que, portanto, seu uso problemático não diz respeito a todas as pessoas que as consomem (ESCOHOTADO, 1996). Segundo Hart (2014), apenas 25% das pessoas que experimentam qualquer tipo de SPA, das consideradas mais leves até as mais estigmatizadas como *crack* e heroína, fazem uso prejudicial. Na pesquisa sobre o perfil brasileiro dos UC, observou-se que a maioria consumia outras substâncias lícitas como álcool e tabaco, sendo o *crack* apenas uma das drogas consumidas em um amplo portfólio de SPA, sendo por isso denominados poliusuários. Outro achado importante é que embora nem toda população de rua seja usuário de drogas, um percentual relevante, cerca de 40% que se encontravam em situação de rua no momento em que foi realizada a pesquisa usavam *crack*. Bastos e Bertoni (2014) relataram ser o perfil geral dos UC composto na sua maioria de jovens, negros, de baixa escolaridade, vivendo em situação de rua e sem emprego fixo, apresentando-se como um grupo de extrema vulnerabilidade social. Assim, a compreensão do

uso prejudicial de *crack* como um problema social é fundamental para pensar em estratégias de intervenção.

A vulnerabilidade é um conceito aplicável a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública como, por exemplo, o uso prejudicial de *crack* e outras drogas. Reforça-se aqui que a abordagem da prevenção ao uso de drogas não depende apenas da informação acrescida da vontade do indivíduo, mas de uma série de fatores individuais, coletivos e contextuais, sendo a vulnerabilidade definida como

[...] a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. (AYRES ET AL., 2005, P. 123).

No campo do cuidado às pessoas em uso prejudicial de drogas, é importante investir em ações redutoras de vulnerabilidades a esse uso, entendendo que essas pessoas não são vulneráveis, mas estão vulneráveis a algo, em algum grau, e em um tempo e espaço definido; ou seja, a vulnerabilidade é resultante da dinâmica relação entre os componentes individuais e sociais (AYRES, 2002; SODELLI, 2015). Nesse sentido, as intervenções e políticas públicas devem levar em conta a vulnerabilidade associada ao uso prejudicial de *crack* e outras drogas.

Este artigo aborda os fatores associados ao uso prejudicial de *crack* partindo de um modelo multidimensional de drogas (ZINBERG, 1984) que reforça a tese das drogas como um problema complexo, em que é preciso considerar três importantes dimensões de análise para sua intervenção: as características individuais (o indivíduo); os diferentes efeitos e usos ou padrão de consumo de SPA (a droga) e os fatores sociais envolvidos nesse consumo (o contexto). Segundo Fiore (2013, P. 6),

[...] não há substância nem um indivíduo como

elementos universais e objetivos, mas há contextos sociais e culturais diferentes, de substâncias diferentes e realizada por indivíduos diferentes e, sem a devida atenção a essas diferenças não é possível se compreender o fenômeno.

Dessa forma, diante da complexidade da discussão sobre drogas, objetiva-se, neste artigo, analisar a literatura brasileira e internacional acerca do padrão de uso do *crack*, suas especificidades e os fatores individuais e contextuais envolvidos nesse uso, de modo a compreender os fatores de vulnerabilidade social associados e refletir acerca das estratégias de intervenção em saúde pública.

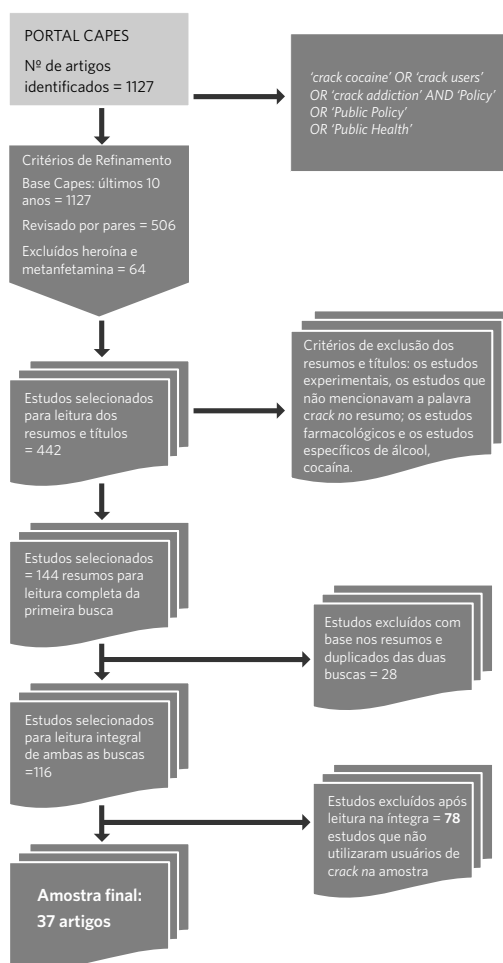
Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura sobre *crack*, que responde a uma questão norteadora usando métodos sistemáticos e explícitos para selecionar e avaliar pesquisas relevantes ao tema (SAMPAIO; MANCINI, 2007). Realizou-se busca em bases eletrônicas de publicações científicas, sendo identificadas as seguintes: Scopus; Public/Publisher Medline (PubMed); Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science; Elsevier e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). Utilizou-se o Portal de Periódicos Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) como fonte de referências, uma vez que ele oferece acesso a textos completos disponíveis em mais de 37 mil publicações periódicas, internacionais e nacionais e a diversas bases de dados. Como período de busca, utilizou-se os últimos seis anos de produção, de janeiro de 2010 a junho de 2016. Optou-se por tal período porque o debate sobre *crack* se ampliou nos últimos anos com o surgimento de novas políticas públicas como o Programa *Crack é Possível Vencer* (BRASIL, 2010). Cabe destacar, ainda, que já foi realizado um estudo similar de revisão sistemática sobre o tema pelos autores Zanotto e Buchele (2013) no período anterior de 2000 a 2010. Os descritores

e termos MeSH consultados nas buscas foram: 'Crack users'; 'crack cocaine'; 'crack addiction' no campo 'título e/ou abstract'. Em seguida, foi feita uma combinação por meio do conector booleano *and* com 'Policy'; 'Public Policy'; 'Public Health', no campo 'Título e/ou abstract' + 'keywords'. Foram eleitos artigos nos idiomas inglês, espanhol e português. Foram utilizados como critério de inclusão para seleção dos artigos: estudos que abordassem UC, publicados nas bases de dados no período definido e na língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Já como critérios de exclusão intencionais utilizou-se: os estudos experimentais, os estudos que não investigaram UC, os estudos farmacológicos e os estudos que abordaram outras drogas que não especificamente o *crack*. Para

definição dos artigos selecionados, foram feitas a leitura dos resumos e dos artigos completos por dois pesquisadores. Foi aplicado o protocolo AMSTAR (Assesment the Methodological Quality of Systematic Reviews) (SHEA ET AL., 2007) com alcance de 9 itens dentro dos 11 solicitados (apenas os itens 'não acesso a literatura cinzenta' e o 'não realização de teste de homogeneidade' não se aplicaram a esse tipo de revisão). A síntese do resultado da busca realizada nas bases pesquisadas se encontra sistematizada no fluxograma (figura 1). Ao se iniciar a leitura completa dos artigos, observou-se que 78 deles não abordavam diretamente estudos com usuários de *crack*, sendo, portanto, excluídos do estudo, ficando, assim, a análise crítica de 37 artigos completos.

Figura 1. Fluxograma



Na análise dos artigos, dois eixos temáticos foram criados como categorias emergentes: 1. Características do uso prejudicial de *crack*; 2. Fatores individuais e sociais associados ao uso prejudicial de *crack*. Cada artigo foi analisado segundo esses eixos, o ano de publicação e o país de estudo, sistematizados no *quadro 1*.

Resultados

A distribuição temporal das 37 publicações analisadas foi a seguinte: 6 artigos (2010); 9 (2011); 5 (2012); 4 (2013); 7 (2014) e 6 (2015). No que se refere aos locais do estudo, 11 foram do Canadá, 19 do Brasil, 2 dos Estados Unidos, 2 de países europeus e 1 do México. Sobre o desenho, 21 foram estudos epidemiológicos

(ensaio de campo=1; coorte=5 e inquérito=15); 13 utilizaram metodologia qualitativa e 3 estudos adotaram ambas as metodologias (inquéritos e pesquisa social) (*quadro 1*). Sobre a seleção dos participantes, 15 estudos foram de base comunitária ou populacional, 13 estudos fizeram seleção a partir de serviços de saúde ou sociais e 2 estudos incluíram participantes de ambas as localizações. Destaca-se que 6 estudos incluíram em seu universo de estudo, de forma exclusiva ou complementar a outros grupos, PSR. Apenas 1 estudo foi realizado exclusivamente em gestante UC. A grande maioria dos estudos incluiu pessoas de ambos os sexos; 6 incluíram apenas homens e 3 apenas mulheres. A faixa etária dos participantes foi principalmente composta por adultos jovens (entre 18 e 50 anos).

Quadro 1. Análise dos artigos segundo a metodologia e eixos temáticos

AUTOR ANO PAÍS, ESTADO	METODOLOGIA:		Eixo 1: Padrão de consumo de crack	Eixo 2: Fatores individuais e contextuais (sociais) relacionados ao uso de crack
	Método Quanti/qualitativo, misto	População estudada (n, sexo, idade) Critério de inclusão, Base comunitária/serviços		
WERB <i>et al.</i> (2010) Canadá, Vancouver	Quantitativo (quanti), coorte Base comunitária N = 1603 usuários de crack (UC) em situação de rua Ambos os sexos.	Poliusuário	População em Situação de Rua (PSR)/ moradia instável Prostituição	
PAQUETTE <i>et al.</i> (2010) Canadá, Montreal	Quanti, conveniência Base comunitária N = 203 Jovens UC em situação de rua Média de 19 anos Ambos os sexos.	Poliusuário (cocaína) Idade de início de uso do crack: jovem	PSR Contexto familiar conturbado (história familiar de uso de SPA)	
FICHER <i>et al.</i> (2010) Canadá, British Columbia	Misto: Quanti e Qualitativo (quali) N=148 UC Atendidos em centros comunitários sociais e de saúde	Poliusuário (álcool, maconha e opióides) Compartilhamento de apetrechos Uso em cachimbos	PSR/moradia instável Baixa renda Práticas ilícitas Comprometimento no estado de saúde	
OLIVEIRA; PONCE; NAPPO (2010) Espanha, Barcelona	Quali, etnografia, N = 30 UC na maioria homens; Média entre 20 e 40 anos Ambos os sexos	Poliusuário (álcool, heroína, opióides, metadona e ansiolítico) Baixo custo da droga Uso em cachimbos ou canudos Padrão de uso compulsivo Efeitos da droga: fases prazerosas, desagradáveis, fissura, depressão e alucinação	Baixa escolaridade Desemprego	

Quadro 1. (cont.)

ROTHERDAM- -BORUS <i>et al.</i> (2010) Estados Unidos, Los Angeles	Quanti, coorte N= 875 inicial e 425 no final UC em situação de rua inscritos em programas de Redução de Danos (RD) Ambos os sexos	Compartilhamento de apetrechos Padrão de uso compulsivo	Comportamento de risco sexual
RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO (2010) Brasil, São Paulo	Quali, análise temática N = 28 UC	Poliusuário (maconha e álcool) Padrão de uso compulsivo Tempo de uso durante a vida > 11 anos Uso coletivo (grupal) como fator protetor e em ambiente mais protegido Efeitos da droga (Fissura, paranoia) Overdose	Comportamento de risco sexual Desemprego Prostituição Práticas ilícitas
IVSINS <i>et al.</i> (2011) Canadá, Vitoria	Quali, entrevista semiestruturada Base comunitária N = 31 UC selecionados a partir de Programa de Distribuição de Kits uso seguro Ambos os sexos	Poliusuário Compartilhamento de apetrechos	Relação com a marginalidade; Comprometimento do estado de saúde (descuido no autocuidado) Percepção de insegurança pessoal e comunitária
MALCHY <i>et al.</i> (2011) Canadá, Vancouver	Quanti, 2 estudos seccional (antes e após a intervenção) Base comunitária N = 206 UC Ambos os sexos	Uso e compartilhamento de apetrechos	Comportamento de risco sexual
TI <i>et al.</i> (2011) Canadá, Vancouver	Quanti, coorte N = 503 UC Ambos os sexos	Uso e compartilhamento de apetrechos Dificuldade de aquisição de apetrechos como cachimbo Efeitos da droga: fissura	
TOBIN <i>et al.</i> (2011) Estados Unidos da América, Baltimore	Quanti, estudo seccional multicêntrico Base comunitária N =230 homens afrodescendentes; sendo 84 UC e 146 não UC; Prática homossexual nos últimos 3 meses. Sexo masculino	Poliusuário (maconha) Padrão de uso compulsivo	Comprometimento do estado de saúde Comportamento sexual de risco Identidade bissexual associada ao crack Relação com a rede social e sexual;
DIAS <i>et al.</i> (2011) Brasil, São Paulo	Quanti, coorte N =131 UC internados em hospital geral sendo N = 107 amostra final Ambos os sexos	Poliusuário (álcool, cocaína aspirada) Idade de início de uso: media 22 anos Número de pedras consumidas Padrão de uso compulsivo Abstinência após 12 anos de alta Dependência de crack	Relação com a marginalidade Maior exposição a situações de violência (óbito por homicídio)
NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA (2011) Brasil, São Paulo	Quali N = 75 mulheres UC > 14 anos Adulto jovem (média de 30 anos) Sexo feminino	Idade de início de uso: media 20 anos Uso e compartilhamento de apetrechos	Baixa escolaridade Desemprego Prostituição diariamente com 4 a 6 parceiros ao dia Gravidez e aborto Maior exposição a situações de violência Violência física (estupro) Comprometimento do estado de saúde Comportamento de risco sexual
CHAVES <i>et al.</i> (2011) Brasil, São Paulo	Quali N = 40 sendo 31 UC N = 9 ex UC > 18 anos atendidos na Rede de Saúde Adultos jovens Ambos os sexos	Padrão de uso compulsivo Número de pedras consumidas Efeitos da droga: fissura em 100% Uso coletivo (com amigos)	Baixa renda Baixa escolaridade Desemprego Prostituição Maior exposição a situações de violência

Quadro 1. (cont.)

HORTA <i>et al.</i> (2011) Brasil, Porto Alegre	Quanti; estudo seccional N = 95 UC atendidos em Caps e Capsad Sexo masculino	Poliusuário (maconha, álcool e nicotina) Idade de início de uso > 18 anos Padrão de uso compulsivo Número de pedras consumidas	Desemprego/sem ocupação regular Estigma
BISCH <i>et al.</i> (2011) Brasil	Quanti, estudo descritivo retrospectivo N=40 jovens entre 16 e 24 anos, Entrevistas com UC do Vivavoz (serviço de acolhimento telefônico do governo federal) Ambos os sexos	Poliusuário (maconha, álcool, tabaco e solventes) Padrão de uso compulsivo Consumo diário de crack Tempo de uso durante a vida (mais de 2 anos) Número de pedras consumidas	
ROY <i>et al.</i> (2012) Canadá, Montreal	Misto: Quanti e Quali Quanti: N= 387 (M/F), sendo 64 UC em situação de rua (PSR) e 323 usuários de cocaína atendidos em programas de Prevenção de HIV/HCV (serviços). Ambos os sexos	Preferência do uso do crack em relação à cocaína Efeitos da droga: efeitos mais rápido, menos marcas no corpo Baixo custo de aquisição e maior facilidade na aquisição	
HANDLOVSKY <i>et al.</i> (2013) Canadá, Vancouver	Quali N = 27 UC mulheres em um Centro Comunitário de Atenção Social e Direitos Humanos. A idade média foi de 44,9 anos (de 22 a 59,5) Sexo feminino	Padrão de uso compulsivo ou esporádico Uso e compartilhamento de apetrechos Overdose	Contexto familiar como fator protetor Comprometimento do estado de saúde (hepatite, tuberculose, HIV) Relação com a rede de apoio social
TI <i>et al.</i> (2012) Canada, British Columbia	Quanti, 2 coortes, N = 914 UC; Ambos os sexos	Compartilhamento de cachimbos, sendo maior dificuldade de acesso ao cachimbo em mulheres	Prostituição Violência (presença policial dificultou acesso a praticas seguras) Comprometimento do estado de saúde (HIV positivo, lesões bucais, nos dedos e orofaringe)
ALVES; ARAÚJO (2012) Brasil, Porto Alegre	Ensaio Clínico quase experimental; N = 30 UC internados na Unidade de Dependência Química de Hospital Psiquiátrico Média de idade: entre 18 e 50 anos de idade Sexo masculino	Poliusuário (álcool, nicotina, cannabis, cocaína em pó) A idade de início do uso: 14,07 anos Número de pedras de crack consumidas Média de 7 pedras ao dia Efeitos da droga: Fissura e ansiedade	
PAIM KESSLER <i>et al.</i> (2012) Brasil, Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador	Quanti, estudo seccional multicêntrico. N = 738: sendo 293 UC, 126 cocaína em pó e 319 outras drogas recrutados em 5 Centros de Tratamento de Drogas Ambos os sexos		Desemprego Contexto familiar conturbado Ilegalidade (atividades ilícitas e problemas judiciais) Maior exposição à situação de violência e agressão física, óbito por homicídio Comprometimento do estado de saúde Comorbidades com transtornos psiquiátricos: > taxa de DPAS em UC.
KOPETZ <i>et al.</i> (2014) EUA, Washington	Quanti, estudo seccional N = 211 UC em comunidade vulnerável e em tratamento residencial; Ambos os sexos		Baixa renda Comportamento de risco sexual principalmente em mulheres

Quadro 1. (cont.)

JORGE (2013) Brasil, Fortaleza	Quali N = 21 UC N = 15 trabalhadores do Capsad. Maioria homens, adultos jovens média 32 anos Ambos os sexos	Poliusuário Uso precedente de álcool, tabaco, maconha e cocaína em pó Padrão de uso compulsivo Busca incessante de prazer Maconha associado ao crack como redutor da fissura (RD) Compartilhamento de apetrechos Consumo em espaços públicos e privados Baixo custo de aquisição	Alternativa de consumo para população de baixa renda associado a maiores danos de saúde Relação com a marginalização social Uso em ambientes inóspitos Inibição da fome e prejuízo da alimentação Comprometimento do estado de saúde com lesões bucais Maior suscetibilidade a doenças
GABATZ <i>et al.</i> (2013) Brasil, Rio Grande do Sul	Quali N = 8 UC internados em hospital geral; Sexo masculino		Contexto familiar como fator protetor ou de risco Práticas ilícitas Maior exposição à situação de violência; Comprometimento do estado de saúde: Apoio social
a) SANTOS CRUZ <i>et al.</i> (2013a) b) SANTOS CRUZ <i>et al.</i> (2013b) Brasil, Rio de Janeiro e Salvador.	a) Quanti, inquérito, N = 160 UC jovens de 18 a 24 anos base comunitária b) Quali Grupo Focal com 16 jovens UC Base comunitária Ambos os sexos	Poliusuário	Relação com a marginalidade social e ilegalidade Práticas ilícitas Comprometimento do estado de saúde Comportamento sexual de risco
KUO <i>et al.</i> (2014) Canadá, British Columbia	Quanti, estudo seccional: clientes de 28 sites de RD Ambos os sexos	50% dos clientes eram UC Poliusuário Maconha associado ao crack como redutor da fissura	Alta taxas de PSR (desabrigados) Relação com a marginalidade social
STERK; ELIFSON; DEPADILLA (2014) EUA, Atlanta	Quanti, seccional N = 461 UC afrodescendentes adultos, Média de idade 46 anos Base comunitária Ambos os sexos	Espaços de consumo: 55% relataram usar crack somente em casa, ou casa de parentes e amigos íntimos Uso individual (14%) e coletivo Consumo em dias: menor em domicílio do que na rua e sozinho ou com amigos íntimos em relação a conhecidos Maior consumo quando há envolvimento com tráfico	PSR Moradia estável Prostituição/troca de sexo pela droga Práticas ilícitas (envolvimento com a distribuição da droga/tráfico); Maior exposição a situações de violência (violência comunitária, desordem social percebida pela comunidade)
URSIN (2014) Brasil, Salvador	Quali N = 11 UC jovens em situação de rua; Base comunitária Sexo masculino		PSR Práticas ilícitas
ZAVASCHI <i>et al.</i> (2014) Brasil, Porto Alegre	Quanti, N = 145 sendo 56 UC grávidas e 89 mulheres NUC (não usuários de crack) em estado puerperal em uma maternidade (hospital geral). Sexo feminino	Metade das grávidas UC relataram uso de crack na gestação	Baixa renda Gravidez (quase metade a gravidez foi planejada) Contexto familiar frágil (baixo suporte marital) Comprometimento do estado de saúde (HIV, hepatite C, sífilis) Comorbidades psiquiátricas com DPAS
PAULA <i>et al.</i> (2014) Brasil, Fortaleza	Quali N = 21 UC e familiares e trabalhadores em serviço especializado (Capsad)	Padrão de uso compulsivo Efeitos da droga: fissura	Práticas ilícitas Contexto familiar (atuando tanto como fator protetor como de risco) Maior exposição à situação de violência (violência familiar)

Quadro 1. (cont.)

MOURA <i>et al.</i> (2014) Brasil, Porto Alegre, São Paulo e Salvador	Quanti, estudo seccional, multicêntrico N = 771 usuários de drogas sendo 283 UC atendidos em serviços especializados de saúde Média de idade 31 anos Ambos os sexos	Poliusuário (maconha)	Contexto familiar conturbado
CRUZ <i>et al.</i> (2014) Brasil, Rio de Janeiro	Quanti, seccional, N = 111 UC jovens sendo 81 PSR (fora de tratamento) e 30 em tratamento com programa de internação	Fora de tratamento: compartilhamento de apetrechos	PSR Práticas ilícitas Relação com a marginalidade social Baixa escolaridade Sem ocupação regular (maior mendicância nos UC em situação de rua) Comportamento de risco sexual
NARVAEZ <i>et al.</i> (2014) Brasil, Pelotas	Quanti, seccional, base populacional; N = 1560 sendo 2,51% UC alguma vez na vida Base comunitária; Jovens entre 18 e 24 anos Maioria homens Ambos os sexos	Poliusuário (cocaína em pó)	Baixa renda Práticas ilícitas (porte de arma, envolvimento com tráfico de drogas) Maior exposição à situação de violência (Agressão; Violência policial, óbitos por homicídios) Mortalidade estimada em 20% Comportamento de risco sexual (uso menor de preservativos) Início da vida sexual aos 14 anos Comorbidades psiquiátricas (DPAS)
BERTONI <i>et al.</i> (2014) Brasil, Rio de Janeiro e Salvador	Quanti, seccional, N = 159 UC sendo 124 homens e 35 mulheres Base comunitária Maioria não brancos Ambos os sexos	Poliusuário (cocaína em pó) Tempo de uso de <i>crack</i> durante a vida: 4 anos para sexo M e 4,9 para sexo F Número de pedras ao dia: 10 pedras para homens e 8 para mulheres. Uso diário de <i>crack</i> : 53% dos homens relataram uso diário em relação a 68% das mulheres	PSR/Moradia instável Baixa escolaridade Sem ocupação regular/múltiplas fontes de renda (prostituição, trabalho remunerado, mendicância) Prostituição maior em mulheres/troca de sexo por drogas Maior emprego em homens Comprometimento do estado de saúde
MCNEIL <i>et al.</i> (2015) Canadá, British Columbia	Quali, N = 23 UC Idade média de 40 anos Base comunitária Ambos os sexos	Espaços de consumo: na rua, pouco acesso em espaços de uso seguro (<i>Safe Smoke Room</i>) Compartilhamento de apetrechos	PSR Baixa renda Maior exposição a violência Estigma
VALDEZ <i>et al.</i> (2015) México	Quali, N = 156 UC em situação de rua que não estão em tratamento Base comunitária Maiores de 18 anos Maioria homens Ambos os sexos	Poliusuário Espaços de consumo: ambiente privado e público Padrão de uso compulsivo e uso episódico Identificado 4 tipologias de padrão de consumo: 1. <i>Dabbler</i> : UC amador/recreativo (ocasional, fase inicial, uso em local semiprivado) 2. <i>Stable user</i> : UC estável e esporádico (ambiente privado, frequência uso intermitente, uso controlado com RD)	PSR Práticas ilícitas Sem ocupação regular, trabalho informal Contexto familiar conturbado ou fortalecido Relação com a rede social 1. <i>Dabbler</i> : rede social de não usuários; tem família inserção social 2. <i>Stable user</i> : trabalho informal, rede social de UC e não usuários 3. <i>Piedroso</i> : rede social predominante de UC e traficantes, uso crônico, envolvimento em atividades ilegais

Quadro 1. (cont.)

		3. <i>Piedroso</i> : Crack Head – UC crônico ou compulsivo (ambiente público e semi-público, uso de longo tempo, comportamentos focados na aquisição da droga) 4. <i>Old Head</i> : UC de longo tempo (uso frequente ou episódico, ambiente privado ou semipúblico)	4. <i>Old Head</i> : trabalho estável, envolvimento com atividades ilícitas, rede social de UC, poliusuário e alcoolista, longas histórias de encarceramento, obrigações sociais mínimas
GONÇALVES <i>et al.</i> (2015) Brasil, São Paulo	Quali; N = 27 sendo 20 UC N = 07 profissionais de saúde Base comunitária Idade entre 19 e 49 anos Ambos os sexos	Poliusuário (álcool; maconha, êxtase, cocaína em pó; benzodiazepínicos) Padrão de uso compulsivo Efeitos da droga: fissura e paranoia Maconha como RD: fator protetor e redução dos efeitos negativos, redução da quantidade de uso do <i>crack</i> e oferece menor estigmatização	PSR/moradia instável Baixa renda Desemprego Baixa escolaridade Contexto familiar com perda familiar Práticas ilícitas Maior exposição a situações de violência (ferimentos físicos) Estigmatização ('craqueiro')
VERNAGLIA; VIEIRA; SANTOS CRUZ (2015) Brasil, Rio de Janeiro	Quali, N = 31 UC em situação de rua Base comunitária (Manguinhos e Jacarezinho) Idade superior a 18 anos Ambos os sexos	Padrão de uso compulsivo Nas mulheres há cuidado responsável com os filhos enquanto os homens há desresponsabilização	PSR Baixa escolaridade Desemprego e trabalho informal Maior exposição a situações de violência (violência no cotidiano, agressão entre casais) Prostituição/troca de sexo por droga Gravidez planejada (a droga não seria responsável pela gestação) Sexo seguro com uso de preservativos Presença de uma rede social com compartilhamento de comida e pedra de <i>crack</i>

Fonte: Elaboração própria.

Eixo 1: Características do uso prejudicial de *crack*

Nesse eixo, serão apresentadas as subcategorias do perfil de consumo dos usuários: poliusuários (entendido uso concomitante de outras SPA); presença de padrão compulsivo; e outras características.

Metade dos estudos citou pessoas poliusuárias, 51% dos estudos, sendo o *crack* associado principalmente à maconha, álcool, heroína, cocaína. Cabe destacar que Jorge *et al.* (2013) observaram predomínio de início do uso da cocaína na forma em pó, migrando para a fumada. Paquette *et al.* (2010) ressaltam que os jovens que usavam várias substâncias tinham maior risco de iniciar o uso de *crack*, sendo que, para cada tipo adicional de substância usada, o risco de iniciar o uso de *crack*

aumentou em cerca de 84%. A maconha, ao promover um padrão menos compulsivo, foi citada como droga usada para RD em 4 estudos (GONÇALVES *ET AL.*, 2015; JORGE, 2013; KUO *ET AL.*, 2014; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Quanto ao 'padrão de consumo de *crack*', seu efeito rápido e intenso faz com que a pessoa queira repetir o consumo, levando a um padrão compulsivo e heterogêneo. Quanto à periodicidade, foram relatados usos diário, semanal ou mensal, sendo que 6 estudos descreveram o número de pedras, variando de 1 a 14 pedras/dia (média 10/dia). O uso compulsivo ou exagerado foi denominado por alguns autores como 'padrão binge de consumo' (CHAVES *ET AL.*, 2011; DIAS *ET AL.*, 2011; JORGE, 2013) e foi mencionado em 14 estudos.

Quanto à relação de consumo e custo de aquisição, observou-se que o baixo custo do

crack e o aumento do preço da cocaína em pó promoveu a disseminação do seu consumo nas camadas sociais economicamente baixas. Em 3 estudos (JORGE, 2013; NAPPO; SANCHEZ; RIBEIRO, 2012; OLIVEIRA; PONCE; NAPPO, 2010), o *crack* se tornou uma alternativa ao consumo da cocaína em populações mais carentes, vindo a ser uma droga usada por populações mais pobres e marginalizadas; enquanto a cocaína está associada ao uso de pessoas com poder aquisitivo mais elevado e como símbolo de ostentação e poder.

Os efeitos do *crack* foram destacados em 13 estudos, sendo que 90% deles demonstraram a fissura como efeito principal e 5 associaram outros efeitos, como paranoia, depressão e ansiedade. A fissura por *crack* tem um papel fundamental no aumento da sua dependência, desencadeando um modo de uso compulsivo. Segundo relato de um usuário, “não existe uma [pedra] só. [...] você nem terminou a primeira [pedra], você já está pensando como você vai fazer para pegar a segunda” (CHAVES ET AL., 2011, P. 1171). Nesses episódios, é comum os usuários passarem dias consumindo apenas *crack*, álcool e cigarro. A ansiedade em querer fumar *crack* é tão grande que o indivíduo não consegue ficar parado, pois “o corpo dói, a mente dói, o coração gela, a boca do estômago trava” uma vez que o “corpo pede [...] é uma vontade pior que a fome” (CHAVES ET AL., 2011, P. 1172). Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) também identificaram que, como consequência da fissura, os usuários desenvolvem um padrão de uso obrigatório que envolve muitas vezes envolvimento com situações de alto risco para manter o consumo da droga como comportamento sexual de risco, ferimentos físicos e agressividade aumentada na presença da fissura.

Apenas 2 estudos discutiram a questão da abstinência. Dias *et al.* (2011) relataram a abstinência em relação a 32% dos usuários; a composição de um grupo de abstenção apoia a quebra do ceticismo quanto à possibilidade de abandonar o *crack* e de sustentar sua abstinência ao longo do tempo. Já Bisch

et al. (2011) identificaram que jovens UC que usaram mais de 31 pedras por dia não conseguiram abstinência no final do atendimento. Em relação à overdose, apenas 2 estudos relataram a sua ocorrência (HANDLOVSKY ET AL., 2013; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Foram identificados espaços de consumo, tanto coletivos quanto individuais, públicos ou privados (ruas, locais públicos para consumo; casa de amigos; própria casa). Observou-se que o fator financeiro influencia nos locais de uso. Usuários com melhor poder aquisitivo fazem uso em locais mais protegidos de forma a evitar riscos de agressões e violência.

O compartilhamento de apetrechos para uso de *crack* foi apontado por 9 estudos, demonstrando um padrão de uso inseguro dos UC, facilitando, por exemplo, a transmissão de HIV/Aids (Síndrome da Imunodeficiência Humana). Três estudos abordaram programas de distribuição de kits de uso seguro nas práticas de consumo de *crack* como estratégia de RD ao risco de transmissão de doenças infecciosas (MALCHY ET AL., 2011; ROTHERAM-BORUS ET AL., 2010). Houve uma preocupação com o uso do *crack* em latas já que o alumínio aquecido pode ocasionar lesão no tecido cutâneo causando o aparecimento de bolhas e feridas na boca e língua e aumentando o risco de contaminação por DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) (JORGE, 2013). Nesse sentido, 6 estudos apontaram o uso em cachimbos como estratégia de RD. Jorge *et al.* (2013) observaram que a forma de uso mais comum é na lata ou em cachimbos, sendo a substância absorvida de forma mais intensa.

Vale destacar, ainda, o estudo de Valdez *et al.* (2010) que definiu quatro tipologias de padrão de consumo de *crack*: 1. *Dabbler* – UC amador/recreativo (ocasional, fase inicial, uso em local semiprivado); 2. *Stable user* – UC estável e esporádico (ambiente privado, frequência uso intermitente, uso controlado com RD); 3. *Piedroso* – *Crack Head* – Usuário crônico ou compulsivo (ambiente público e semipúblico, uso de longo tempo); 4. *Old*

Head – Usuários de longo tempo (uso frequente ou episódico; ambiente privado ou semipúblico). Já Medina e Flach (2014) abordaram as formas de uso como funcional e disfuncional; e os modos de consumo como: experimental, eventual, recreativo ou social e dependente; este último quando o uso é incontrolável, compulsivo e intenso, provocando prejuízos para a saúde física, profissional, familiar e social.

Eixo 2: Fatores individuais e sociais associados ao uso de crack

No que se refere às condições relacionadas com a maior vulnerabilidade pessoal e social, 11 artigos relacionaram o uso de *crack* à PSR não só no Brasil como em outros países, como o Canadá e EUA. Em um estudo no Canadá, observou-se que a iniciação ao uso de *crack* parece ser muito comum nessa população, com uma taxa de incidência de 136,6/1.000. No estudo de Paquette (2010), a taxa é ainda maior quando a análise se limita aos jovens que iniciaram o uso de drogas por uma nova via de administração de cocaína, com 205,8 casos/1.000.

Outro fator contextual importante associado aos UC é o desemprego ou a falta de uma ocupação regular. Segundo Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010), os UC ficam muitas vezes desempregados após alguns meses do uso de droga. Isso geralmente ocorre porque o usuário perde o interesse pelo trabalho ou não consegue mais obedecer às regras.

Quanto às fontes de renda dos UC, foram identificadas: o trabalho sexual, a prostituição e a mendicância. Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) identificaram a prostituição como a modalidade mais frequente usada pelas mulheres para a obtenção da droga, com risco iminente de infecção por DST/Aids.

Além das características pessoais, é plausível presumir que fatores externos, como o mercado de drogas e a rede social, podem influenciar nas escolhas que os jovens fazem

em relação ao consumo de SPA. O envolvimento dos UC com atividades ilícitas, como pequenos delitos, furtos e envolvimento com tráfico de drogas, foi outro fator social relatado nos estudos. Oliveira, Ponce e Nappo (2010) ressaltam que práticas de delitos podem estar relacionados com a fissura que o *crack* provoca. Outro fator relacionado com a ilegalidade foi a busca constante de dinheiro para a aquisição do *crack* e a marginalização social descrita em 8 estudos. Alguns deles realizados em comunidades vulneráveis, no Rio de Janeiro (SANTOS CRUZ ET AL., 2013A, 2013B), observaram que os comportamentos de riscos dos UC estão associados a pessoas economicamente marginalizadas, como a PSR. Essa relação foi vista, também, em estudo recente no Canadá, que mostrou que os UC estão entre os mais marginalizados socialmente, associados à alta taxa de desabrigados e à poliusuários, sendo o *crack* o mais prevalente; e a problemas de saúde como infecções por HIV (KUO ET AL., 2014).

O óbito por homicídio também foi a causa mais prevalente das mortes de UC segundo 3 estudos. Dias *et al.* (2011), em um estudo com UC após 12 anos de alta hospitalar, encontraram 27 ex-usuários que já haviam falecido em 107; dos que haviam falecido, 59% morreram de forma violenta, sendo a Aids a segunda maior causa de morte.

O estudo de Chaves *et al.* (2011) também ajuda a explicar o envolvimento do UC com atividades ilícitas, relatando que, uma vez que o *crack* adquiriu lugar de extrema importância na vida do indivíduo, a urgência em consumi-lo muda, muitas vezes, os valores que até então norteavam sua conduta, levando-o a realizar atividades que colocam em risco a sua integridade moral e física; pois o que está em foco é o uso de mais *crack*. Para a pessoa em fissura, perder a família, gastar altas quantias, descuidar do próprio corpo não parece tão ruim quanto não usar *crack*. Ursin (2014), em seu estudo em cenas de uso em Salvador, resalta que o *crack*, como substância, aparece como um

mediador dando coragem para roubar; mas homicídios podem ou não ocorrer.

A busca obcecada pela droga suscita comportamentos de risco que comprometem a saúde do indivíduo e suas relações sociais. Observou-se que o uso da droga pode levar a delitos, tais como furtos e outras atividades que ajudem a consegui-la (GABATZ *ET AL.*, 2013). Mais um aspecto relacionado com a ilegalidade foi a presença do tráfico de drogas na rede de relações dos UC (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010). Esses riscos são associados, principalmente, com a violência na 'boca' (lugar da venda da droga) causada por confronto com a polícia.

Kopetz (2014) encontrou resultados que sugerem que a experiência da exclusão social também pode ser um fator de risco importante relacionado com práticas de sexo inseguro, estando as mulheres mais vulneráveis.

Um outro aspecto social relevante é a estigmatização dos UC. O estigma envolvendo o uso de *crack* é bem maior que com outras drogas, devido a algumas características, como: morar na rua, usar a droga em grandes conglomerados de pessoas, estar muitas vezes sujo, com imagem associada a de um 'zumbi'. Ursin (2014) chama a atenção para a necessidade de desenvolver uma menor estigmatização, por meio de um debate público sobre o consumo de *crack*.

Outro fator social associado ao consumo de drogas foi o contexto familiar; considerado tanto como fator protetor (PAULA *ET AL.*, 2014; HANDLOVSKY *ET AL.*, 2013) quanto como fator de risco, quando o relacionamento familiar é problemático (GONÇALVES *ET AL.*, 2015; PAIM KESSLER *ET AL.*, 2012; PAQUETTE *ET AL.*, 2010). No estudo de Paquette *et al.* (2010), as pessoas que têm, no seu contexto familiar, um parente com problema de uso de SPA reduziram o risco da iniciação do *crack* em quase 50%.

Os trabalhadores de um serviço de saúde mental também associaram o uso do *crack* às relações familiares difíceis e pontuaram que a família é a principal motivadora das recaídas (PAULA *ET AL.*, 2014).

O estudo de Sterk, Elifson e Depadilla (2014) mostrou que o ambiente de desordem social percebida foi um preditor significativo para o número de dias de uso do *crack*. O envolvimento com distribuição de drogas e com o sexo também foi associado ao aumento do número de dias. A situação de gravidez e abortos em UC foi relatada em 3 estudos. Zavaschi *et al.* (2014) observaram que um grande número de UC tiveram um maior número de gestações e de partos prematuros e um QI (Quociente de Inteligência) mais baixo do que as não usuárias de *crack*. Essas UC pertenciam a uma classe social mais baixa, com etnia não branca e com frequência de uso de álcool e tabaco durante a gestação. É relevante dizer-se que 75% das UC não tiveram assistência pré-natal, por isso, apenas 25% informaram ter doenças infecciosas. 42% tiveram alguma infecção diagnosticada como HIV, hepatite C ou sífilis. Outro resultado encontrado foi que os bebês de mães UC pesavam significativamente menos do que o grupo de não usuárias. O estudo observou, ainda, que 47% relataram que a gestação foi planejada, o que levou os autores a indagar se isso poderia ser um resultado da dificuldade em fazer planos realistas na tentativa de recuperar a perda de outros filhos, já que a maioria dos bebês não ficaram com suas mães.

É esperado que os danos sociais e de saúde atinjam, de forma mais intensa, os grupos com maior vulnerabilidade (JORGE *ET AL.*, 2013). Assim, os estudos apontaram para um aumento nos fatores de risco e comprometimento no estado de saúde devido ao uso de *crack* relacionado com o comportamento de risco sexual. O relato de sexo inseguro foi descrito em 12 estudos.

Tobin *et al.* (2011), em sua pesquisa comparando as características da rede social e sexual de UC e de não usuários nos EUA, observaram que a rede sexual dos não usuários tinha um número muito maior de parceiros que usavam preservativos do que a rede de UC sendo, portanto, o uso de *crack* associado

ao aumento de risco sexual por práticas sexuais sem preservativos. Constataram, ainda, que a rede sexual dos UC é diversificada e que consiste de pessoas de ambos os sexos, levando a uma forte associação dos UC com a identidade bissexual e que 91% dos UC tiveram resultado positivo para HIV (TOBIN *ET AL.*, 2011). O *crack* também foi associado ao comportamento de risco sexual, em estudo recente realizado no sul do Brasil, no qual foi demonstrado que os UC têm maior probabilidade de não usar preservativos, apresentando, por isso, alto índice de comportamento sexual de risco com transmissão de HIV (NARVAEZ *ET AL.*, 2014). Corroborando esses achados, o estudo de Debeck *et al.* (2009), com UC que usam também drogas injetáveis, demonstrou que os fumantes diários de *crack* apresentam maior risco de soroconversão do HIV associado a comportamentos sexuais, bem como ao uso do *crack* em recipientes de vidros ou metal, que produzem ferimentos na boca e fazem com que esses usuários se tornem mais vulneráveis à transmissão do HIV. No Canadá, observou-se um grande aumento no uso de *crack* em Vancouver entre os usuários de drogas injetáveis em situação de rua (WERB *ET AL.*, 2010).

Três estudos abordaram a relação do UC com transtornos psiquiátricos, relacionando os UC com a Desordem de Personalidade Antissocial (DPAS) que pode afetar o resultado dos tratamentos. Observaram, também, que UC são mais marginalizados economicamente e apresentam comportamento sexual de risco com comprometimento em seu estado de saúde. Outro resultado importante foi a baixa utilização dos serviços sociais e de saúde de UC. Essa baixa utilização pode estar associada às dificuldades de acesso a esses serviços devido tanto à distância por causa de meios de transporte quanto ao horário de funcionamento desses serviços e ao estigma dos UC pelos profissionais de saúde (PAIM KESSLER *ET AL.*, 2012; STERK; ELIFSON; DEPADILLA, 2014; ZAVASCHI *ET AL.*, 2014).

Discussão

Em síntese, os estudos apontam para um uso do *crack* mais próximo do padrão compulsivo, associado à vulnerabilidade social, embora existam relatos de uso eventual e recreativo, contrariando a divulgação na mídia de que o *crack* é extremamente viciante e leva a morte em pouco tempo.

Observou-se, ainda, que os fatores sociais e contextuais associados ao uso de *crack* estão relacionados com a maior exposição a situações de violência, marginalização, gravidez, de estar em situação de rua e a estar mais expostos a fatores de risco para a saúde, como comportamento de sexo inseguro, compartilhamento de apetrechos para uso de *crack* e um grande número de parceiros sexuais que levam a uma maior exposição às doenças infectocontagiosas, principalmente o HIV.

Ao se considerar que a maioria dos estudos adotaram mais métodos quantitativos e menos de pesquisa social, houve evidências relevantes quanto à dimensão epidemiológica e clínica dos padrões de consumo, persistindo, ainda, lacunas no conhecimento em torno das políticas públicas sobre drogas, suas motivações políticas e seus modelos de intervenção. Por isso, talvez seja necessário investigações por parte de outros campos além da saúde pública, como a ciência política, a economia e o direito.

O cuidado aos UC e outras drogas, histórico pela área social e pela segurança pública, vem sendo marcado pela baixa integração com outros setores como o do trabalho, da educação e da saúde. Apesar da crescente assumpção do uso de drogas como um importante problema de saúde pública e da não criminalização do usuário, as políticas de atenção à saúde ao UC têm-se mostrado ainda de baixa cobertura, com barreiras de acesso a esses usuários.

Há que se pensar novos modelos de atenção, que considerem a complexidade e vulnerabilidade do cuidado a usuários de drogas, em especial aos do *crack*, haja vista

sua relação com PSR, com morbimortalidade elevada por agravos de diferentes naturezas, com violência e exposição a fatores individuais, ambientais e sociais de risco para a vida e saúde. Além disso, a ocorrência de problemas com a polícia ou a justiça; o desemprego; o envolvimento em situações de violência traduzem problemas importantes associados ao uso do *crack*, o que gera necessidades de ações intersetoriais.

No Brasil, a pesquisa nacional sobre o perfil dos UC (BASTOS; BERTONI, 2014) identificou um perfil de extrema vulnerabilidade social e exclusão, necessitando-se ações de saúde abrangentes, integrais e intersetoriais, como oferta de banho, alimentação e apoio para completar a educação e conseguir trabalho.

As políticas e práticas devem seguir na luta da ‘contrafissura’, conceito de Lancetti (2015) que aborda a discussão do tema das drogas como parte do “conjunto-droga: produção-comercialização-judicialização-repressão-cuidado-terapêuticas-exposição midiática” (LANCETTI, 2015, P. 15).

A questão do *crack* e outras drogas torna-se, a cada dia, mais complexa ao envolver os meios biológico, social, psicológico e cultural das pessoas em seu uso prejudicial. Questões como desemprego, pessoas vivendo em situação de rua e desigualdade social geram um novo cenário de vulnerabilidades que precisam ser levadas em consideração na abordagem aos usuários de drogas (ZANOTTO; BUCHELE, 2013).

A compreensão dos padrões de uso, como a compulsão e a fissura gerada pelo uso do *crack*, é importante no delineamento de ações de controle do consumo. A existência do controle da fissura sugere que o fenômeno do uso de *crack* ultrapassa seus efeitos farmacológicos e é influenciado por questões sociais, ambientais e emocionais. Essas questões poderiam ser mais bem exploradas pelos profissionais que atuam com atendimento a usuários de drogas e com elaboração de políticas públicas sobre o tema (CHAVES ET AL., 2011).

No âmbito do tratamento ou das

estratégias de intervenção, várias medidas são importantes. Horta *et al.* (2011) e Jorge (2013) recomendam como iniciativa redutora de riscos e danos facilitar o acesso de usuários de *crack* aos serviços do Sistema Único de Saúde. Pessoas com maior comprometimento social parecem não chegar às redes de saúde, o que remete à necessidade de os municípios implementarem estratégias de facilitação do acesso, com maior envolvimento de agentes comunitários de saúde; com os Programas de Redução de Danos (PRD) ou com os Consultórios na Rua, ou outras ações de aproximação entre comunidade e serviços. Estratégias promissoras no âmbito da saúde pública de RD, como a distribuição de apetrechos para uso seguro de *crack*; provisão de espaços públicos para uso supervisionado de drogas e ações educativas e de promoção de saúde estreitando o contato dos profissionais de saúde com os UC, podem ajudar a promover uma menor estigmatização (DEBECK ET AL., 2009; PAQUETTE ET AL., 2010; MALCHY ET AL., 2011; URSIN, 2014).

Os formuladores de políticas públicas brasileiras deveriam priorizar as iniciativas que promovam mudança social e ativem a cidadania, com estratégias de RD que necessitam continuar em destaque na agenda política.

Como limitações do presente estudo, pode-se destacar o tempo que ficou limitado aos últimos seis anos e a não utilização de teses, escolhas já explicitadas na seção de metodologia. Justifica-se, ainda, a não realização de análises estatísticas e a adoção de critérios quantitativos para a avaliação da qualidade dos artigos, considerando-se tratar aqui de revisão exploratória da literatura o máximo possível inclusiva, diante da complexidade do tema estudado e de sua aplicação para políticas públicas.

Considerações finais

A abordagem ao uso de drogas, em especial ao *crack*, deve estar focada na perspectiva

da RD, um modelo de saúde que defende a vida, a autonomia, os direitos e o respeito as pessoas, e não na utopia de eliminação do consumo, produção e comercialização de drogas, como advogam defensores de políticas de ‘Guerra às Drogas’ e o proibicionismo (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Considera-se que coexistem diferentes abordagens que norteiam as pesquisas e as práticas com os usuários de drogas, são elas: 1. ‘Guerra às Drogas’ ou modelo moral/criminal, que tem como objetivo maior o combate ao tráfico de drogas e a criminalização dos usuários e de traficantes, visando um mundo livre de drogas. Está associado a um discurso antidrogas, fruto de vários tratados internacionais que tem como compromisso a prevenção do consumo e a repressão da produção e oferta (MARLATT, 1999). 2. O modelo da doença (MARLATT, 1999), no qual o uso de drogas é avaliado como um ato moral, em que a abstinência é o objetivo final. Nesse modelo, o tratamento dos usuários de drogas tem a internação ou o isolamento com objetivos para impedir o acesso dos usuários à SPA visando interromper o uso. Aqui, o uso abusivo de drogas é tratado como dependência química, como uma doença crônica com indicação de internação hospitalar, visando à estabilização do quadro (DIAS ET AL., 2011; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010). 3. O modelo de atenção psicossocial que oferta um cuidado de base comunitária no território e é centrado no discurso do respeito às diferenças, à defesa da vida, ao direito à liberdade e à dignidade da pessoa humana, cujo objetivo é a inclusão social ou reinserção social, que se contrapõe às práticas de recolhimento dos usuários de drogas em abrigos à internação compulsória. Esse modelo tem como principal dispositivo institucional a rede de atenção psicossocial constituída por dispositivos abertos de natureza territorial e comunitária (AMARANTE, 2007; BOKANY, 2015). 4. A abordagem da RD, que se direciona à oferta

de cuidados que minimizem as consequências adversas do uso prejudicial de drogas, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. A terapêutica pautada na RD é considerada de ‘baixa exigência’ por não exigir dos usuários a abstinência como um requisito obrigatório, tornando-se uma estratégia desenvolvida também para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde (HART, 2014; LANCETTI, 2015; PASSOS; SOUZA, 2011). 5. Por último, têm-se o debate da descriminalização e da legalização das drogas, que compreende que o uso delas não deve ser considerado crime; assim, ao usuário deve ser ofertado tratamento e cuidado, e não reclusão em ambiente prisional (BOTTINI, 2015).

O compromisso dos profissionais e gestores da saúde é promover acesso a um cuidado integral nos moldes da atenção psicossocial e da RD. Para isso, é necessário investir-se em estratégias de cuidado emancipadoras, que incluam informação clara proporcionando autonomia aos usuários. Para pessoas que optem pelo uso de drogas, há estratégias de RD na saúde pública, que minimizam os danos à saúde e à vida.

Como contribuição para a formulação de políticas e ações de saúde pública no Brasil, pode-se concluir que o foco das ações e estratégias de intervenção não podem ter como finalidade exclusiva e principal a missão de reduzir o número de usuários dependentes e com problemas decorrentes do uso de drogas, mas sim de investir em políticas públicas que priorizem o acesso e a qualidade da atenção integral, com práticas de promoção da saúde, no âmbito de uma rede de saúde humanizada e integrada a outras ações intersetoriais, cujo objetivo principal seja a defesa da vida e da cidadania das pessoas. ■

Referências

- ALVES, G. S. L.; ARAUJO, R. B. The use of cooperative games to treat crack-dependent patients hospitalized at a detoxication unit. *Rev Bras Med Esporte*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 77-80, 2012.
- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, ago. 2002.
- AYRES, R. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 117-140.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Icict; Fiocruz, 2014.
- BERTONI, N. *et al.* Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. *Int. J. Equity Health*, Londres, v. 13, 2014.
- BISCH, N. K. *et al.* Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 31-39, mar. 2011.
- BOKANY, V. *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.
- BOTTINI, P. C. *Crime de porte de drogas para uso próprio e o Supremo Tribunal Federal*. Rio de Janeiro: Viva Rio, 2015.
- BRASIL. Ministério da Justiça. *O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1*. 7. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.
- _____. Presidência da República. Decreto no 7179. Brasil. Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010. Instituto o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>. Acesso em: 1 nov. 2016.
- CHAVES, T. V. *et al.* Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, dez. 2011.
- CRUZ, M. *et al.* Comparing key characteristics of young adult crack users in and out-of-treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Abuse Treat Prev Policy* v. 9, 2014. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1186/1747-597x-9-2>>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- DEBECK, K. *et al.* Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *CMAJ*, Quebec, v. 181, n. 9, p. 585-589, out. 2009.
- DIAS, A. C. *et al.* Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil (clinical report). *Journal of Substance Abuse Treatment*, Nova York, v. 41, n. 3, p. 273, 2011.
- ESCOHOTADO, A. *A História de las drogas*. Madri: Alianza Editorial, 1996.
- FISCHER, B. *et al.* Social, health and drug use characteristics of primary crack users in three mid-sized communities in British Columbia, Canada. *Drug-Educ. Prev. Policy*, Londres, v. 17, n. 4, p. 333-353, 2010.
- FIORE, M. *Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos*. Campinas: Unicamp, 2013.
- GABATZ, R. I. B. *et al.* Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 520-525, 2013.
- GONÇALVES, V. M. *et al.* Following up crack users

- after hospital discharge using record linkage methodology: an alternative to find hidden populations. *BioMed Research International*, Nova York, v. 2015, p. 1-5, 2015.
- HANDLOVSKY, I. E. *et al.* The process of safer crack use among women in Vancouver's Downtown Eastside. *Qual Health Res.*, Toronto, v. 23, n. 4, p. 450-462, abr. 2013.
- HART, C. *Um Preço Muito Alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas.* Rio de Janeiro: Zahar, 2014.
- HORTA, R. *et al.* Crack cocaine users who attend outpatient services. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2262-2269, 2011.
- IVSINS, A. *et al.* Uptake, benefits of and barriers to safer crack use kit (SCUK) distribution programmes in Victoria, Canada-A qualitative exploration. *Int. J. Drug Policy*, Nova York, v. 22, n. 4, p. 292-300, 2011.
- JORGE, M. Ritual de consumo de crack: aspectos socioantropológicos repercussões para a saúde do usuário. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, out. 2013.
- KOPETZ, C. *et al.* Gender and social rejection as risk factors for engaging in risky sexual behavior among crack/cocaine users. *Prev. Sci.*, Nova York, v. 15, n. 3, p. 376-384, 2014.
- KUO, M. *et al.* A drug use survey among clients of harm reduction sites across British Columbia, Canada, 2012. *Harm reduction journal*, Quebec, v. 11, n. 13, 2014.
- LANCETTI, A. *Contrafissura e plasticidade psíquica.* São Paulo: Hucitec, 2015.
- MALCHY, L. A. *et al.* Do crack smoking practices change with the introduction of safer crack kits? *Can J Public Health*, Quebec, v. 102, n. 3, p. 188-192, 2011.
- MARLATT, G. A. Redução de danos no mundo: uma breve história. In: _____. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco.* Porto Alegre: Artmed, 1999.
- MCNEIL, R. *et al.* "We need somewhere to smoke crack": an ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada. *International Journal of Drug Policy*, Nova York, v. 26, n. 7, p. 645-652, 2015.
- MEDINA, M. G.; FLACH, P. M. V. Políticas de Prevenção e Cuidado ao Uusário de Substâncias Psicoativas (SPA). In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 479-500.
- MEDINA, M. G.; NERY FILHO, A.; FLACH, P. M. V. Políticas de Prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 479-500.
- MOURA, H. *et al.* Crack/cocaine users show more family problems than other substance users. *Clinics*, São Paulo, v. 69, n. 7, p. 497-499, 2014.
- NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A. Há uma epidemia de crack entre estudantes no Brasil? Comentários sobre aspectos da mídia e da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1643-1649, set. 2012.
- NAPPO, S.; SANCHEZ, Z.; OLIVEIRA, L. Crack, AIDS, and women in Sao Paulo, Brazil. *Subst. Use Misuse*, Nova York, v. 46, n. 4, p. 476-485, 2011.
- NARVAEZ, J. C. M. *et al.* Violent and sexual behaviors and lifetime use of crack cocaine: A population-based study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Berlin, v. 49, n. 8, p. 1249-1255, 2014.
- OLIVEIRA, L. G.; PONCE, J. D. C.; NAPPO, S. A. Crack cocaine use in Barcelona: a reason of worry. *Subst. Use Misuse*, Nova York, v. 45, n. 13, 2010.
- PAIM KESSLER, F. H. *et al.* Crack Users Show High Rates of Antisocial Personality Disorder, Engagement in Illegal Activities and Other Psychosocial Problems. *American Journal on Addictions*, Washington, v. 21, n. 4, p. 370-380, 2012.

- PAQUETTE, C. *et al.* Predictors of crack cocaine initiation among Montréal street youth: A first look at the phenomenon. *Drug and Alcohol Dependence*, Dublin, v. 110, n. 1, p. 85-91, 2010.
- PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, abr. 2011.
- PAULA, M. *et al.* Crack users in treatment: experiences, meanings and senses. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 87-98, jan./mar. 2014.
- RIBEIRO, L.; SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. *BMC Public Health*, Londres, v. 10, 2010.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. *O tratamento de usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco.* São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.
- ROTHERAM-BORUS, M. *et al.* Reducing HIV risks among active injection drug and crack users: the safety counts program. *AIDS behav.*, Nova York, v. 14, n. 3, p. 658-668, 2010.
- ROY, E. *et al.* Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montréal. *Drug and Alcohol Review*, Sydney, v. 31, n. 1, p. 72-80, 2012.
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence. *Braz J Phys Ther*, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007.
- SANTOS CRUZ, M. *et al.* Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *Int J Drug Policy*, Liverpool, v. 24, n. 5, p. 432-438, 2013a.
- SANTOS CRUZ, M. *et al.* Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil. *BMC Health Services Research*, Londres, v. 13, p. 536, 2013b.
- SHEA, B. J. *et al.* Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, Londres, v. 7, n. 1, dez. 2007.
- SODELLI, M. Drogas, prevenção e as ações redutoras de vulnerabilidades. In: BOKANY, V. (Org.). *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões.* São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 223-235.
- STERK, C.; ELIFSON, K.; DEPADILLA, L. Neighbourhood structural characteristics and crack cocaine use: Exploring the impact of perceived neighbourhood disorder on use among African Americans. *Int J Drug Policy*, Liverpool, v. 25, n. 3, p. 616-623, 2014.
- TI, L. *et al.* Difficulty accessing crack pipes and crack pipe sharing among people who use drugs in Vancouver, Canada (report). *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, Londres, v. 6, p. 34, 2011.
- TI, L. *et al.* Factors associated with difficulty accessing crack cocaine pipes in a Canadian setting (report). *Drug and Alcohol Review*, Sydney, n. 7, 2012.
- TOBIN, K. E. *et al.* A Comparison of the social and sexual networks of crack-using and non-crack using african american men who have sex with men. *J Urban Health*, Carolina do Norte, v. 88, n. 6, p. 1052, 2011.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report.* Viena: OMS, 2015.
- URSIN, M. “Crack ends it all?” A study of the interrelations between crack cocaine, social environments, social relations, crime, and homicide among poor, young men in urban Brazil. *Contemp Drug Probl*, Nova York, v. 41, n. 2, p. 171-199, 2014.
- VALDEZ, A. *et al.* Emerging patterns of crack use in Mexico City. *Int J Drug Policy*, Liverpool, v. 26, n. 8, p. 739-745, 2015.
- VALDEZ, A. *et al.* Fumando la piedra: emerging patterns of crack use among latino immigrant day laborers

in New Orleans. *J Immigr Minor Health*, Nova York, v. 12, n. 5, p. 737-742, 2010.

VERNAGLIA, T. V. C.; VIEIRA, R. A. M. S.; CRUZ, M. S. Crack cocaine users living on the streets - gender characteristics. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1851, 2015.

WERB, D. *et al.* Modelling crack cocaine use trends over 10 years in a Canadian setting. *Drug Alcohol Rev*, Oxfordshire, v. 29, n. 3, p. 271-277, 2010.

ZANOTTO, D.; BUCHELE, F. Revisão sistemática sobre crack: aspectos relacionados ao uso e abuso. *Saúde*

debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. esp., p. 12-20, dez. 2013.

ZAVASCHI, M. L. S. *et al.* Socio-demographic and clinical characteristics of pregnant and puerperal crackcocaine using women: Preliminary data. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 121-123, 2014.

ZINBERG. *Drug, set and setting*. Connecticut: Yale University, 1984.

Recebido para publicação em agosto de 2016

Versão final em outubro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Financiamento: não houve

4.4 *CAPÍTULO 02*

Artigo: “Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016”

Revista: Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1455-1466, 2017

Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016

Tensions between approach paradigms in public policies on drugs:
an analysis of Brazilian legislation in 2000-2016

Mirna Barros Teixeira ¹
Marise de Leão Ramôa ²
Elyne Engstrom ¹
José Mendes Ribeiro ¹

Abstract *Brazilian public policy on drugs has been permeated by two diametrically opposing approaches: one focusing on prohibition and the other on non-prohibition. Similarly, there have been two opposing approaches to mental healthcare, one centered on hospitalization and the other psychosocial care and development. In the context of these different paradigms, this article presents an analysis of twenty-two documents sourced by the legislative rules over the last sixteen years. After the year 2000, a renewed focus by healthcare community on drugs was noticeable as was the immersion of a harm reducing approach. Following international trends, although there are still considerable divergencies between (a) psychosocial care and (b) residential care in the therapeutic communities there seems to be an alignment to anti-prohibition approaches.*

Key words *Harm reduction, Public policies, Alcohol and other drugs, Inter-sector cooperation and coordination*

Resumo *Tensões em diferentes campos perpassam a formulação de políticas públicas sobre drogas. Na Justiça/Segurança pública, controvérsias entre os paradigmas do proibicionismo e antiproibicionismo; no campo da Saúde/Assistência social, os paradigmas asilar e psicossocial norteiam, de forma divergente, práticas em saúde mental/álcool e outras drogas. O objetivo do artigo é analisar, à luz destes paradigmas, modelos que influenciaram as Políticas Públicas sobre Drogas no Executivo Federal brasileiro. Trata-se de pesquisa documental, cuja fonte são normativos publicados entre 2000-2016 e categorias analíticas: os modelos hegemônicos, as influências na organização dos serviços e a intersectorialidade. Foram analisados 22 documentos. Concluiu-se que, na saúde, a abordagem às drogas apresentou incremento e relevância a partir dos anos 2000, a redução de danos emergiu como estratégia norteadora do cuidado, um paradigma ético, clínico e político, transversal no diálogo com os campos. Identificou-se protagonismo promissor de outros setores, alinhados às novas tendências internacionais e ao antiproibicionismo, mas persistem divergências quanto ao modelo de atenção psicossocial e interação em comunidades terapêuticas.*

Palavras-chave *Redução de danos, Políticas públicas, Álcool e outras drogas, Intersectorialidade*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Mangueiras. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. mirna@ensp.fiocruz.br

² Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O uso prejudicial de drogas (UPD) é problema de saúde pública multifatorial envolvendo as dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais, constituindo-se como um desafio para a implementação de políticas integradas e abrangentes. De magnitude mundial expressiva, estima-se que 246 milhões de pessoas no mundo usem substâncias psicoativas (SPA), o que corresponde à prevalência global de 5,2% em 2013¹. No âmbito da formulação de políticas públicas sobre drogas existem tensões em diversos setores. No setor da justiça e da segurança pública dois paradigmas, o do proibicionismo e o do antiproibicionismo, se encontram em disputa. Já no campo da saúde e assistência social, os paradigmas asilar, psicossocial e de Redução de danos (RD) sustentam as práticas em saúde mental/álcool e outras drogas². O proibicionismo ou “Guerra às Drogas” tem como objetivo maior o combate ao tráfico e a criminalização de usuários e traficantes, visando um mundo livre de drogas. Está associado ao discurso antidrogas, fruto de vários tratados internacionais cujo compromisso era a prevenção do consumo e a repressão da produção e da oferta. Já o “antiproibicionismo” tem como debate principal a descriminalização e a legalização das drogas; compreende que o uso de drogas não deve ser considerado crime e às pessoas que fazem uso prejudicial de SPA deve ser ofertado tratamento e cuidado e não reclusão em ambiente prisional³.

No setor saúde, a característica básica da abordagem “asilar” é a ênfase no caráter orgânico, com a aposta central nos medicamentos como ferramenta para a cura. O indivíduo ocupa um lugar passivo em seu tratamento, sendo considerado doente, justificando, com isso, seu isolamento do meio familiar e social mais amplo. A instituição típica desse paradigma é o hospital psiquiátrico que possui somente a internação como modelo.

No modelo “psicossocial”, o desenvolvimento das práticas é decorrente de movimentos sociais e de diversos campos teóricos. As considerações desse modelo, num primeiro momento, sobre a psicose, em particular, e sobre outras formas de sofrimento, como as associadas ao uso prejudicial de drogas, são marcadas por considerações que vão além da noção de doença. Por isso, os recursos usados na atenção também precisam ir além dos medicamentos. Parte-se da contextualização de um dado fenômeno, com base na fenomenologia de Husserl, citado por Basaglia⁴, quando se propõe colocar a doença entre parênteses para

ver o sujeito do processo do adoecimento com seus determinantes econômicos, sociais e políticos. O cuidado se dá na perspectiva de Redes de Atenção territorializadas, sendo a integralidade considerada tanto em relação ao ambiente, quanto ao ato terapêutico com o indivíduo, no qual seus efeitos não visam à supressão sintomática e a necessária abstinência e sim à redução de riscos e danos. Esse modelo de cuidado centra-se no respeito às diferenças, à defesa da vida e ao direito à liberdade e à dignidade da pessoa, cujo objetivo é inclusão e reinserção social, e a toxicomania ou a dependência de drogas é vista como resultante do encontro de uma pessoa com uma droga em um dado momento sociocultural, numa tríade indivíduo-droga-contexto⁵. Seus princípios são a desinstitucionalização; a liberdade; a autonomia e a cidadania, tendo a interdisciplinaridade e a intersectorialidade como práticas da clínica ampliada⁶.

Tais referências norteiam disputas nos campos da saúde, assistência social, segurança e justiça e podem ser refletidas em três modelos/abordagens aos usuários de drogas segundo Marlatt⁷:

1. No *modelo moral/criminal* o uso de algumas drogas é definido como ilícito e por isso passível de punição. Remete a políticas proibicionistas e redução da oferta, na ideia moral do prazer associado ao pecado e o indivíduo não sendo capaz de discernir o certo do errado, podendo ser submetido a medidas de suspensão de direitos individuais. Faz-se aqui a associação entre Justiça e Saúde, por meio de práticas como a Justiça Terapêutica e internações compulsórias determinadas por juízes, mas que estão previstas em Lei da Saúde, como na lei 10.216⁸, que sofreu inúmeras modificações desde o projeto de Lei nº 3657-B, da Câmara dos Deputados, de 1989. Para tal modelo a única meta é a abstinência total.

2. O *modelo de doença*⁷ vê a dependência de drogas como uma doença biológica que merece tratamento e reabilitação. O foco está no indivíduo e remete a uma abordagem de redução da demanda; seus dispositivos incluiriam as experiências de Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Modelo Minnesota. Tais abordagens não se preocupam com um mundo livre de drogas, pois partem do princípio de que apenas alguns indivíduos desenvolvem a dependência. Porém, pode-se incorrer no risco de associação ao modelo moral, quando se relaciona ao sujeito da doença a ideia de incapacidade da razão em detrimento do prazer. A única meta aceitável a partir de tal concepção é a abstinência total, inclusive como condição para o tratamento, pois

o indivíduo precisa aceitar que tem uma doença incurável, progressiva e fatal e por isso não pode estar em contato com a substância à qual seria alérgico⁹.

3. O *modelo da RD* é entendido como uma estratégia norteadora do cuidado, um paradigma ético, clínico e político^{10,11}. Segundo Marlatt⁷, a RD parte de pressupostos filosóficos do Pragmatismo e dos Direitos Humanos; rompe com a ideia de uso abusivo de drogas, afirma que o mesmo pode ou não ser prejudicial. Torna-se uma estratégia também para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde. Tem como princípio o respeito à autonomia dos sujeitos na perspectiva de um cuidado ampliado de saúde que se contrapõe às práticas de recolhimento dos usuários em abrigos ou para a internação compulsória. Marlatt⁷ aponta a RD como uma alternativa da saúde pública aos modelos moral/criminal e de doença, que se sustentam em princípios e pressupostos diferenciados da RD.

Os primeiro e o segundo modelos têm sintonia com o paradigma proibicionista enquanto o terceiro tem a ver com o paradigma antiproibicionista. Percebe-se certa aproximação entre os modelos de políticas públicas apresentados por Marlatt⁷ e os paradigmas asilar e psicossocial, que foram problematizados por autores do campo da Reforma Psiquiátrica e que podem manter as políticas públicas sustentadas em uma lógica que aprisiona, reprime e isola o sujeito que faz uso de drogas a um modelo pautado na ideia de exclusão como forma de tratamento e de suposto cuidado e um outro modelo que se sustenta na relação entre as drogas e os contextos e promove rompimento com estigmas, que é o modelo da RD e psicossocial.

As políticas públicas têm se mostrado pouco integradas e com barreiras de acesso, acentuando as inequidades para as pessoas que fazem UPD e que se encontram em extrema vulnerabilidade social. A ampliação e a reorientação de políticas públicas que priorizem acesso e tratamento no âmbito de uma rede de cuidado humanizada e intersetorial, com práticas orientadas por valores e princípios de participação, de intersetorialidade e de equidade, fundamentos do Sistema de Saúde Brasileiro (SUS) e do movimento internacional da promoção da saúde (PS)¹² mostram-se promissoras e vêm conquistando espaços no campo das drogas no Brasil. O objetivo do artigo é analisar à luz dos paradigmas existentes os modelos e

as abordagens que permearam o desenvolvimento das Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil no âmbito do poder Executivo Federal no século XXI.

Metodologia

Trata-se de pesquisa documental que teve como fonte de dados, as políticas, os decretos e as demais normativas publicados entre 2000-2016. A escolha deste período justificou-se por estar este século marcado pelo destaque dado à temática das drogas em diversos setores governamentais e da sociedade, com mudanças na configuração de políticas e atores públicos envolvidos com o acirramento de conflitos entre os mesmos e por haver uma vasta publicação nacional a ser explorada. *A pesquisa documental permite acrescentar a dimensão de tempo à compreensão do social relacionada às fases do ciclo das políticas neste período*¹³. Dessa forma, procurou-se conhecer, caracterizar, analisar e elaborar sínteses sobre documentos escritos e publicados pelas diversas instâncias do Executivo Federal, relativos às políticas direcionadas às drogas no Brasil. Realizou-se buscas eletrônicas do tema para identificar normativas de interesse utilizando as bases “SAUDE LEGIS e SENAD”¹⁴, com seleção do material por pares, pelos autores.

A sistematização dos documentos foi organizada considerando o ano de publicação (temporalidade), os setores governamentais protagonistas envolvidos (atores) e sua relação com a temática da droga. *Foram excluídos os documentos não normatizados em portarias ou leis/decretos*. Como categoria analítica foi realizada a identificação da tipologia dos modelos segundo Marlatt⁷ e suas respectivas influências na organização dos serviços de saúde (Quadro 1). Analisou-se ainda, a perspectiva da intersetorialidade, categoria relevante se considerado à complexidade da abordagem ao UPD, a compreensão ampliada de saúde e de seus determinantes, dilemas que necessitam abordagens sistêmicas e integradas entre os setores. Analisou-se nos normativos a dimensão da intersetorialidade classificadas em três tipos: inexistente; incipiente e robusta (Quadro 2).

Resultados

Do total de 22 documentos identificados acerca do tema, foram selecionados 18 para a presente análise *que atenderam aos critérios de elegibilidade*. Embora com os normativos distribuídos ao

Quadro 1. Sistematização dos normativos acessados sobre drogas na legislação brasileira no período de 2000 a 2016.

Normativos	Ano e Setor	Relação com temática das drogas e a organização dos serviços	Modelos*
Lei 10.216 de 06 de abril de 2001	2001. Ministério da Saúde	Marco da Reforma Psiquiátrica; novo modelo de atenção em saúde mental; desospitalização, serviços de base territorial, portas abertas, sem exclusão do convívio com a sociedade. Define três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, solicitada pelo paciente e involuntária.	(3)
Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101 de 30 de maio de 2001 (revogada pela RDC 29 de 2011)	2001. Ministério da Saúde. Anvisa	Regulamento Técnico sobre o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas (CT).	(2)
Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002.	2002. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)	Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Apresenta o prefixo <i>anti</i> drogas, que denota uma posição proibicionista visando uma <i>sociedade livre do uso de drogas</i> ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas embora já aponte para programas de redução de demanda e danos considerando os determinantes sociais de saúde.	(1)
Portaria nº 2197 de 14 de outubro de 2004.	2004. Ministério da Saúde	Estabelece que o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (AD). Considera as determinações do documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de AD” de 2003 do MS. Adota a Redução de Danos (RD) como estratégia de intervenção prioritária. É contrária a internação de usuários AD em hospitais psiquiátricos normatizando as internações hospitalares de curta permanência; propõe integração entre os serviços e níveis de atenção à saúde.	(3)
Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005.	2005. Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)	Institui a Política Nacional Sobre Drogas substituindo o prefixo “anti” para “sobre” drogas, refletindo nova compreensão técnica-política para o problema em uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.	(3)
Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005.	2005. Ministério da Saúde	Regulamenta ações que visam à RD decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência definindo as ações de RD com disponibilização de insumos para prevenção de HIV e hepatites.	(3)
Lei de Drogas 11.343 de 23 de agosto de 2006.	2006. Presidência da República. Casa Civil	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e as redes de serviços. Estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes, distingue usuário de traficante e suas respectivas penas, porém mantém a criminalização e a penalização por uso de drogas.	(1)
Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007.	2007. Presidência da República	Institui a Política Nacional sobre o Álcool com medidas para redução do seu uso indevido e sua associação com a violência e criminalidade. Propõe a ampliação e fortalecimento das redes locais de atenção integral na lógica de território e de RD.	(3)
Portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009.	2009. Ministério da Saúde.	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). Normatiza os Consultórios de Rua (CR) como uma das estratégias do plano na área de saúde mental, visa diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção e tratamento por meio de respostas intersetoriais efetivas.	(3)

continua

longo do período estudado, houve um incremento a partir de 2009 (Quadro 1). Os setores governamentais envolvidos foram o Ministério da Saúde (MS), Presidência da República, Gabinete

Quadro 1. continuação

Normativos	Ano e Setor	Relação com temática das drogas e a organização dos serviços	Modelos*
Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.	2009. Presidência da República, Casa Civil	Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula isenção de contribuições para a seguridade social às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos e inclui as CT em tal categoria.	(2)
Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010	2010. Presidência da República, Casa Civil	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC) e cria o seu Comitê Gestor. Esse Plano deu origem ao Programa “Crack é Possível Vencer” em 2011 apresentando três eixos de atuação: Prevenção, Cuidado e Autoridade com a finalidade de promover a prevenção, o tratamento e a reinserção social de usuários; além do enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Visa integrar as ações de saúde e reinserção social de usuários AD com as ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), além da ampliação dos dispositivos da rede de atenção.	(2 e 3)
RDC 29 de 30 de junho de 2011.	2011. Ministério da Saúde. Anvisa	Estabelece requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes de SPA em regime de residência. Revoga a RDC de 2001 e apresenta atividades supostamente desenvolvidas nas CT sem nomeá-las como tal. Não há o rigor anterior da RDC 101 quanto aos critérios de elegibilidade do residente e mantém o critério de permanência voluntária. Não define número máximo de leitos (que era de 30 na RDC 101) e o responsável não tem mais que ser necessariamente da área de saúde, mas apenas de nível superior.	(2)
Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011	2011. Ministério da Saúde.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Revê a organização da Atenção Básica e seus atributos essenciais e derivados. Incorpora a RD na Atenção Básica e cria as equipes de Consultório na Rua (eCnaR).	(3)
Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011.	2011. Ministério da Saúde.	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS) para ampliação do acesso à atenção psicossocial aos pontos de atenção da rede e incluindo às urgências. Institui as CT, as eCnaR e Centro de Atenção Psicossocial para AD (CAPS AD) como seus dispositivos.	(3)
Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012.	2012. Ministério da Saúde.	Institui incentivo financeiro de custeio para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CT no âmbito da RAPS. Define 30 leitos como número máximo por serviço (que já constava na RDC 101). Para recebimento do incentivo os serviços deverão integrar Região de Saúde que conte com componentes da RAPS. Apresenta normas mais rígidas de credenciamento para os serviços residenciais.	(2 e 3)
Portaria nº 10, de 28 de fevereiro de 2014.	2014. Ministério da Justiça. SENAD.	Acrescenta modelo de relatório de fiscalização das CT. Define CT como entidade que presta serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA. Explicita que há um número de vagas contratadas pela SENAD, órgão fiscalizador das CT utilizando parâmetros da RDC 29/2011. Define como direito do acolhido a Laborterapia que emprega o trabalho como forma de recuperação. Propõe modelo de acolhimento em que não há privação de liberdade.	(2)

continua

da Segurança Institucional (Secretaria Nacional sobre Drogas - SENAD; Conselho Nacional sobre Drogas - CONAD e Casa Civil); Ministério da Justiça (SENAD). A maioria dos documentos

Quadro 1. continuação

Normativos	Ano e Setor	Relação com temática das drogas e a organização dos serviços	Modelos*
Resolução nº 01 de 19 de agosto de 2015.	2015. Presidência da República. CONAD.	Regulamenta, no âmbito do Sisnad, as entidades caracterizadas como CT, sem prejuízo da RDC nº 29. Afirma que as CT não são estabelecimentos de saúde, mas de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social. Estabelece o acolhimento por até 12 meses o que se diferencia de uma abordagem psicossocial com vistas a desinstitucionalização. O programa de acolhimento ainda permite incluir a realização de desenvolvimento da espiritualidade como parte do método de recuperação.	(2)
Portaria 834 de 26 de abril de 2016.	2016. Ministério da Saúde	Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde (CEBAS) e considera entidade beneficente de assistência social na área de saúde aquela que atue diretamente na atenção à saúde. A CT definida como entidade de saúde poderá receber o CEBAS, porém não há definição de critérios quanto ao que se caracteriza “entidade de saúde”. Informa ainda excepcionalmente, para receber a CEBAS as CT que comprovem a aplicação de apenas 20% de sua receita bruta em ações de gratuidade.	(2)

*Legenda: Modelos de abordagem aos usuários de drogas: 1) Moral/criminal/proibicionista; 2) Doença/asilar; 3) Redução de danos e/ou modelo de atenção psicossocial/antiproibicionista.

(n = 10) foi publicada pela Saúde, 07 pela Presidência da República e 01 pela Justiça.

Sobre a tipologia dos modelos/abordagens, houve uma predominância do modelo da RD e/ou modelo de atenção psicossocial/antiproibicionista, com 08 documentos; seguido do modelo de doença/asilar com 06 documentos. Identificou-se apenas 02 documentos no modelo moral/criminal/proibicionista (nos anos 2002 e 2006) e 02 normativos compostos por mais de um tipo de modelo, nesses casos expondo ainda mais uma disputa de modelos.

Com destaque no início da série temporal estudada, a Lei 10216⁸, de 2001, foi um marco da Reforma Psiquiátrica, por legislar sobre o novo modelo de atenção em saúde mental (psicossocial), com serviços de base territorial de portas abertas em substituição aos manicômios psiquiátricos. Essa lei, embora não abordasse especificamente a temática das drogas, definiu 3 tipos de internações: 1) voluntária, solicitada pelo paciente; 2) involuntária, pedida por terceiro; e a 3) compulsória, “aquela determinada pela Justiça”. Somente em 2003, o tema das drogas, seu uso prejudicial, entrou na agenda da saúde de forma mais efetiva, com a publicação da “Política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas/MS”. Esta foi normatizada no ano seguinte (Portaria nº 2.197)¹¹, em convergência

à atenção psicossocial ao evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos e reconhecer o UPD como grave problema de saúde pública, apresentando a RD como estratégia de intervenção prioritária, modelo que se fortaleceu de forma crescente nos anos seguintes. Em 2005, as ações de RD foram regulamentadas pela Portaria nº 1.028/MS¹⁰, apostando num modelo direcionando à oferta de cuidados que minimizassem as consequências adversas do UPD para o indivíduo e a sociedade; reduzindo riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo de drogas.

De forma convergente à tendência observada na Saúde, neste mesmo período outros setores experimentaram mudanças na abordagem às drogas rumo ao antiproibicionismo, expressas no realinhamento do título de políticas e setores governamentais afins: de Política Nacional Antidrogas (2002) para a Política Nacional *sobre* Drogas (2005)¹⁵; de Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e da Política Nacional Antidrogas (PNAD), com a expressão *anti* alterada para *sobre* drogas, expressam a construção de uma nova identidade na abordagem ao tema, movimento consolidado com o Conselho Nacional de Políticas *sobre* Drogas (CONAD). Um primeiro resultado desta mudança pode ser observado em 2006, com a Lei 11.343¹⁶, que extinguiu a pena

Quadro 2. Análise da dimensão da Intersetorialidade.

Intersetorialidade	
Não explicitada ou não existente:	Os documentos não abordam a intersetorialidade, cada setor é visto individualmente sem apontar a integração com os demais setores. 03 Documentos: RCD 101 de 2001; Resolução nº 01/2015 CONAD; Portaria nº 834 de 2016.
Incipiente:	Os normativos apresentam uma articulação entre saúde, assistência social e direitos humanos, porém ainda pouco integrada com os demais setores ou abordam a intersetorialidade de forma implícita. 09 Documentos: Lei 10216/2001; Decreto nº 4345/2002; Portaria nº 2197/2004; Portaria nº 1028/2005; Lei 12101/2009; RDC 29/2011; Portaria nº 2488/2011; Portaria nº 3088/2011; Portaria nº 131/2012,
Robusta:	Os documentos apresentam a intersetorialidade como um “modus operandis” tendo a articulação entre os diversos setores como elemento norteador da política/normativa. 06 Documentos: Resolução nº3/GSIPR/CH/Conad/2005; Lei de Drogas nº 11.343/2006; Decreto nº 6117/2007; Portaria nº 1190/2009; Decreto nº 7179/2010; Portaria nº 10/2014.

de prisão no caso de posse de substâncias ilícitas para uso próprio, mantendo, porém, a proibição do uso com sanções distinguindo o usuário do traficante e deu ênfase as ações de prevenção, tratamento e reinserção social. No entanto, essa lei deixou como lacuna a não discriminação de parâmetros precisos de diferenciação, como entre usuário e traficante, abrindo brechas para interpretações quanto ao tipo de usuário, o que na prática aumentou o encarceramento por porte de drogas³.

A Política Nacional sobre o Álcool¹⁷, embora focalizada, apresentou uma formulação inovadora por contemplar a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, associados ao consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade ligadas ao uso prejudicial do álcool, em uma abordagem intersetorial. Ampliando o escopo da atenção à saúde às pessoas com UPD, em 2010 o MS reconheceu a lacuna assistencial e lançou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS-PEAD¹⁸, em perspectiva intersetorial em seus distintos eixos de intervenção.

Na ampliação do modelo da RD na atenção à saúde, há que se ressaltar sua incorporação à Política Nacional de Atenção Básica¹⁹ (revista em 2011), ao recomendar tal estratégia nos cuidados primários e instituir uma nova modalidade de equipe de saúde da família, os Consultórios na Rua, para o cuidado à população em situação de rua e usuários de drogas. Como capilaridade deste modelo em outros setores, em 2016, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em colaboração do MJ/SENAD lançou o Cader-

no de Orientações Técnicas do SUAS²⁰ no campo AD, no qual reconheceu a multicausalidade do consumo de drogas, as sérias consequências nas vidas das pessoas e suas famílias, as vulnerabilidades associadas ao uso de crack e a necessidade de integração territorializada em Redes (Saúde e Assistência Social).

De forma paradoxal ao fortalecimento do modelo da RD e da atenção psicossocial, evidenciando controversas e disputas, no final da década 2000, observou-se normativas que reforçam o modelo centrado na doença, especialmente por meio das Comunidades Terapêuticas (CT). Em 2009, a Lei nº 12.101²¹ certificou as entidades beneficentes de assistência social, incluindo as CT. Em 2011, a Anvisa apresentou a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 29²² que definiu os *requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA* em regime de residência, mas não as denomina de CT. Ainda em 2011, o MS instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento, transtorno mental e necessidades associadas ao uso de crack, álcool e outras drogas – RAPS (Portaria 3.088)²³ e incluiu as CT como um dos dispositivos dessa rede. Em 2012, o próprio MS instituiu esforço para regulamentar as CT nos moldes das Unidades de Acolhimento, lançando a Portaria 131²⁴ que definiu critérios para credenciamento das CT no âmbito da RAPS. Um deles foi o respeito à orientação religiosa do residente. Em 2013, a Nota Técnica/MS²⁵ trouxe esclarecimentos sobre a RDC 29 e a sua aplicabilidade nas CT, apresentando-as como instituições não governamentais, da sociedade

civil, para lacunas assistenciais do SUS. Nessa tensão política, as CT passaram a ser financiadas pela SENAD, por meio do Ministério da Justiça, em 2014²⁶. Em 2015, a Resolução nº 1/2015 do CONAD²⁷ regulamentou, no âmbito do Sisnad, as entidades que realizavam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao UPD, aí, sim, caracterizadas como CT. Estas não seriam estabelecimentos de saúde, mas entidades de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social, sendo, desta forma, vinculadas ao MJ e fiscalizadas pela SENAD. No entanto, em 2016, contrariando tal vinculação, a responsabilidade sobre as CT retornam à Saúde, com procedimentos do MS normatizando a certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde – CEBAS (Portaria 834)²⁸. Essa definiu que as instituições reconhecidas na legislação, como serviços de atenção em regime residencial e transitório (incluídas as CT) prestadoras de serviços ao SUS, poderiam ser certificadas, desde que qualificadas como entidades de saúde e com prestação de serviços comprovada por declaração do gestor do SUS. Contudo, estabeleceu-se dualidade acerca do financiamento às CT, possível tanto pela SENAD/Justiça como pelo MS.

Em relação às políticas específicas acerca do crack, estas foram mais evidentes a partir de 2010, coincidindo com a profusão na mídia sobre a suposta epidemia do crack. Na perspectiva de intervenções integradas entre setores, foi lançado em 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas²⁹ que deu origem ao “Programa Crack é Possível Vencer” em 2011, este com investimento financeiro substancial e com ações que envolveram diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública e educação, trazendo como diretriz, a integração das ações dos eixos cuidado, autoridade e educação.

A perspectiva intersetorial dos documentos foi melhor explorada no presente estudo com as tipologias sistematizadas no Quadro 2. Evidenciou-se que a maioria dos documentos abordou a intersetorialidade de forma ainda incipiente (08); 06 de forma robusta e apenas 03 inexistente, já sendo, portanto, uma dimensão relevante de análise de políticas públicas.

Esta categoria é relevante não apenas pela possibilidade de ampliar as alianças intersetoriais no desenvolvimento de projetos, mas também em compreender as competências necessárias para implementar as ações, lidar com disputas políticas e pessoais por espaços de poder, novas

competências e habilidades para trabalhar com novos saberes e práticas, em uma leitura transversal sobre os problemas fundantes de uma política¹². Segundo Buss e Carvalho³⁰, a intersetorialidade não pode se restringir às intencionalidades retóricas nem em frágeis acordos, devendo estar sistematizada em “programas concretos dirigidos a populações concretas (...) submetidas a procedimentos de avaliação que permitam dimensionar seus impactos sobre a saúde e a qualidade de vida”.

Cabe destacar que, em 2002, a Política Nacional Antidrogas³¹ apresentou, embora insipiente, uma perspectiva ampliada entre saúde e assistência social. Em 2005, com o realinhamento da política, a integração setorial se torna mais robusta. Com a Política Nacional sobre o Alcool¹⁷, em 2007, a intersetorialidade e a integralidade de ações têm maior visibilidade e em 2011, o Programa “Crack é possível vencer” fez uma indução à intersetorialidade ao propor o trabalho integrado por meio de Comitês intersetoriais.

Discussão

A formulação de políticas públicas relacionadas à temática das drogas no período estudado no Brasil não identificou uma tendência linear progressista rumo ao modelo da RD/psicossocial, embora tenha predominado nas normativas. Há alternância na ênfase da segurança pública e justiça, que reafirmam o paradigma da “guerra às drogas” e na abordagem as drogas como problema de saúde pública³². No entanto, em todos esses setores o modelo de RD vem ganhando protagonismo principalmente, a partir de 2005, com realinhamento da Política Nacional *sobre Drogas*³³.

O uso de práticas de RD como estratégia importante para a saúde e o modelo de atenção psicossocial, de forma diferenciada ao modelo de doença, tem beneficiado pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade por serem intervenções que se baseiam num forte compromisso com a saúde pública e os direitos humanos³⁴, cujo foco principal de suas ações é a oferta de cuidado integral reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso das drogas. A RD torna-se, assim, uma estratégia norteadora do cuidado, um paradigma ético, clínico e político mostrando-se mais resolutiva para os usuários de crack e outras drogas. Esta terapêutica é considerada

de “baixa exigência” por não exigir a abstinência como um requisito obrigatório. Ela não é negada, apenas não entra como a única alternativa de tratamento para uso prejudicial de drogas⁹.

Tensões evidenciadas na presente análise têm como foco o modelo de doença abordado pelas CT para dependentes de drogas. Esse modelo tenta romper com a concepção de falha de caráter atribuída até então aos dependentes de álcool, a partir da concepção de doença, pois na sociedade do século XVIII comportamentos classificados como vício eram considerados sinais de fraqueza e de falha moral⁹. O Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP)³⁵ apresentou posicionamento contrário às práticas implementadas por estas entidades diante da identificação de várias violações de direitos humanos³⁵. A partir dos documentos da “Saúde Mental em Dados 12” do MS³⁶ e do Censo de Comunidades terapêuticas³⁷ observou-se que os dispositivos de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial para AD (CAPS-AD) tiveram menor investimento do que as CT. Em 2011 existiam 277 CAPS-AD em comparação a 1179 CT.

No campo jurídico, mesmo a partir da lei 11.343¹⁶ que supostamente fez distinção entre usuários de drogas e traficantes, não há descriminalização, nem despenalização de qualquer droga; porte para uso continua sendo crime, porém não prevê mais a pena de privação de liberdade (prisão), mas sim o cumprimento de penas alternativas: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade; medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo³⁸. Apesar dessa Lei, houve um aumento da taxa de encarceramento do País por porte de drogas. Dados do InfoPen (2013) informam 574.027 pessoas presas, sendo 146.276 devido ao tráfico de entorpecentes referente ao Art. 33 da Lei nº 11.343¹⁶ com crescimento de aproximadamente 317,9%, passando de 74 para 300,96%³⁹.

Neste artigo discutimos o processo normativo das políticas sobre drogas no Brasil no âmbito do SUS. O caráter incremental da política na direção da atenção psicossocial de base comunitária, proteção dos direitos individuais dos usuários e abordagem multidisciplinar e intersetorial é bem destacado. Não foi aqui realizada a análise do processo decisório e sim o delineamento das tendências em curso no debate e o conflito de ideias.

Entretanto, cabe ressaltar que diversas tradições teóricas orientam a análise de processos decisórios em políticas públicas. São relevantes

as ações de especialistas governamentais, de instituições de ensino e pesquisa e de grupos de defesa de setores sociais vulneráveis, como na forma de coalizões de defesa. Além disso, em contraposição, grupos de veto desempenham papel importante para os desfechos e as trajetórias das políticas. Estudos de caráter multidisciplinar têm sido utilizados para investigar mecanismos pelos quais informações são transmitidas a governos e que afetam seus processos decisórios⁴⁰ e as políticas orientadas a drogas são bastante sensíveis a fluxos de informação por especialistas e grupos de interesses neste formato.

Em instituições governamentais onde setores políticos e especialistas compartilham as arenas decisórias com lideranças e grupos de interesses ativos, Kingdom⁴¹ identifica fluxos decisórios em que atuam agentes empreendedores, os quais perante determinadas janelas de oportunidades e condições favoráveis de opinião pública podem estabelecer uma articulação conjuntural virtuosa capaz de produzir a inovação e a mudança política. Estudo recente promoveu uma importante atualização destas tradições teóricas para o caso brasileiro em termos de conceitos e métodos⁴² e que podem orientar uma vigorosa agenda de pesquisas sobre políticas de drogas no Brasil.

Em termos conjunturais, alguns eventos no plano jurídico podem afetar a trajetória da política aqui analisada. Atualmente, se encontra no Supremo Tribunal Federal o debate da descriminalização das drogas, com o Recurso Extraordinário nº 635659/2015 que ainda não foi aprovado em agosto de 2016. No entanto, encontra-se em cheque a Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, norteadas pela RD, devido as mudanças dos dirigentes dos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social. Há sinais de uma perspectiva conservadora na área de políticas de drogas, a partir de 2016, retomando o paradigma da guerra às drogas centrado na repressão da oferta e com uma política de cuidado e tratamento às pessoas com UPD baseado no modelo de doença presente nas CT, em detrimento ao modelo psicossocial da RAPS⁴³. Cabe lembrar que o Estado brasileiro é laico e democrático e, por isso, não deverá, a pretexto de tratamento, impor crença religiosa a nenhum de seus cidadãos. Compete ao Estado respeitar e promover a cidadania dos usuários, recusando todas as propostas que violem seus direitos, como a internação compulsória e a restrição da liberdade como método de tratamento. As CT, apesar de fazerem parte da RAPS não compartilham dos mesmos

critérios éticos e técnicos, pois não trabalham com a noção de território, com o conceito de saúde ampliada, nem com critérios de acolhimento pautados na lógica da RD.

Considerações finais

O Relatório global sobre Descriminalização de Drogas⁴⁴, de 2016, aponta os danos provocados pela criminalização: aumento da população prisional, aumento de doenças infectocontagiosas e contribuição para o aumento do número de mortes relacionadas às drogas que, em 2013, chegou perto de 200 mil no mundo. Devido a esses danos, o paradigma do proibicionismo tem sido bem debatido em nível global. A RD, como medida de saúde pública tem sido considerada como a abordagem mais adequada ao problema das drogas com respeito aos direitos humanos. Nos últimos 15 anos, uma nova onda de países rumou em direção ao modelo descriminaliza-

tório das drogas sugerindo um reconhecimento em nível global das falhas da abordagem criminalizatória e reforçando uma vertente política em direção a uma guinada histórica de paradigma⁴⁴. Esta abertura tem ocorrido em vários países com penas mais brandas aos usuários de drogas visando economia de custos⁴⁴. A descriminalização tem consonância com o modelo de atenção psicossocial porque auxilia o encaminhamento dos usuários de drogas para tratamento, diminuindo muito a sua estigmatização e os protege do impacto devastador da condenação criminal.

Conclui-se que as políticas sobre drogas não deveriam ter como foco somente o seu uso ou na tentativa de eliminar a sua produção como direciona a política proibicionista, mas sim, em investir na educação com informação nítida sobre seus efeitos para que os sujeitos possam usar drogas sem causar maiores danos à sua vida, e para aqueles que fazem uso prejudicial, seja garantido acesso ao cuidado no modelo da atenção psicossocial, a partir da premissa da RD.

Colaboradores

MB Teixeira, E Engstrom e ML Ramôa participaram da elaboração de todas as etapas do artigo e da redação final e JM Ribeiro participou da concepção e redação final.

Referências

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report* [Internet]. Nova York: United Nations; 2015. [cited 2016 Jul 27]. Available from: http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf
2. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 20ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Bottini PC. *Crime de porte de drogas para uso próprio e o Supremo Tribunal Federal*. Rio de Janeiro: Viva Rio; 2015.
4. Basaglia F. Corpo e instituição - considerações antropológicas e psicopatológicas em Psiquiatria institucional. In: Amarante P, organizador. *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. p. 73-90.
5. Zinberg NE. *Drug, set and setting*. New Haven: Yale University; 1984.
6. Bokany V. *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2015.
7. Marlatt GA. *Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed; 1999.
8. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.
9. Ramôa M. *A desinstitucionalização da Clínica na Reforma Psiquiátrica: um estudo sobre o projeto CAPSad* [tese]. Rio de Janeiro: PUC; 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. *Diário Oficial da União* 2005; 2 jul.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 15 nov.
12. Albuquerque TIP, Sá RMPE, Araújo Júnior JLAC. Perspectivas e desafios da Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):1695-706.
13. Cellard A. A Análise Documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrrière A, Mayer R, Pires AP, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 295-316.
14. Saúde Legis. Sistema de Legislação da Saúde. [acessado 2016 Jul 27]. Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA_CFM
15. Brasil. Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União* 2005; 28 out.
16. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 24 ago.
17. Brasil. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 23 maio.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União* 2009; 5 jun.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
20. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2016.
21. Brasil. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 30 nov.
22. Anvisa. RDC 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativa. *Diário Oficial da União* 2011; 1 jul.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 24 dez.

24. Brasil. Ministério da Saude (MS). Portaria 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União* 2012; 27 jan.
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). *Nota técnica nº 055/2013 - GRECS/GGTES/ANVISA. Esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas e entidades afins*. Brasília: Anvisa; 2013.
26. Brasil. Portaria nº 10, de 28 de fevereiro de 2014. Acrescenta modelo de relatório de fiscalização de comunidades terapêuticas como anexo à Portaria nº 70, de 18 de outubro de 2013. *Diário Oficial da União* 2014; 7 mar.
27. Brasil. Resolução nº 1/CONAD, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. *Diário Oficial da União* 2015; 20 ago.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 834, de 26 de abril de 2016. Redefine os procedimentos relativos à certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde. *Diário Oficial da União* 2016; 27 abr.
29. Brasil. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial da União* 2011; 9 dez.
30. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Cien Saude Colet* 2009; 14(6):2305-2316.
31. Brasil. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD). *Diário Oficial da União* 2002; 27 ago.
32. Medina MG, Nery Filho A, Von Flach PM. Políticas de Prevenção e Cuidado ao Usuário de Substâncias Psicoativas (SPA). In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 479-500.
33. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD). *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília: MJ; 2010.
34. Internacional de Redução de Danos (IHRA). "Briefing: O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)" [Internet]. Londres; 2010. [cited 2016 Jul 27]. Available from: www.ihra.net
35. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. [Internet]. Brasília: CFP; 2011. [cited 2016 Jul 27]. Available from: Disponível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf
36. Brasil. Ministério da Saude (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*. Brasília: MS; 2015.
37. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Centro de Ecologia. Censo das Comunidades Terapêuticas, 2011. - Pesquisa Google [Internet]. 2011. [cited 2016 Jul 27]. Available from: https://www.google.com.br/search?q=SENAD%2C+CPDA%2FHCPA%2FLABGEO%2FUFGRS+%E2%80%93+Censo+das+Comunidades+Terap%C3%AAuticas%2C+2011.&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=awqZV7zWOO2p8wemyK64B-w#q=Censo+das+Comunidades+Terap%C3%AAuticas%2C+2011.
38. Brasil. Ministério da Justiça. Atuação policial na proteção dos direitos humanos de pessoas em situação de vulnerabilidade: cartilha [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 25]. Available from: https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/seguranca-publica/cartilhas/a_cartilha_policial_2013.pdf
39. Conectas. Mapa das Prisões. [Internet]. Conectas; 2014. [cited 2016 Jun 28]. Available from: Disponível em <http://www.conectas.org/pt/noticia/25378-mapadas-prisoesh>.
40. Ribeiro JM, Inglez-Dias A. Ribeiro JM, Inglez-Dias A. Policy analysis and governance innovations in the federal government. In: *Policy Analysis in Brazil*. Bristol: Policy Press; 2013. p. 13-26.
41. Kingdom J. *Agendas, alternatives and public policies*. 2nd ed. Boston: Longman; 2011.
42. Vaitsman J, Lobato L, Andrade G. Professionalization of policy analysis in Brazil. In: Lobato L, Ribeiro JM, Vaitsman J, editors. *Policy Analysis in Brazil*. Bristol: Policy Press; 2013. p. 13-26.
43. PBDB. Nota do PBPD - Nota da Plataforma Brasileira de Política de Drogas sobre a política de drogas no governo interino. [Internet]. 2016. [cited 2016 Jun 20]. Available from: <http://pbpd.org.br/wordpress/?p=3959>
44. Eastwood N, Fox E, Rosmarin A. *A Quiet Revolution: drug decriminalisation across the globe*. Geneva: World Health Organization; 2016.

Artigo apresentado em 03/07/2016

Aprovado em 12/09/2016

Versão final apresentada em 01/12/2016

4.5 CAPÍTULO 03

Artigo aprovado pela revista científica “Physis” em 05 de março de 2018, no prelo.

Título: *“Potencialidades e desafios de uma política pública sobre drogas intersetorial: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil.”*

Autores: Mirna Barros Teixeira; Alda Lacerda e José Mendes Ribeiro

Introdução:

No campo das políticas públicas sobre drogas, o Programa de Braços Abertos (DBA) é uma experiência brasileira inovadora, cujo objetivo é promover reabilitação psicossocial de usuários de crack e outras drogas em situação de rua, imersas em um contexto de vulnerabilidade social, na cidade de São Paulo, Brasil. Foi implementado em abril de 2014 por meio do Decreto n. 55.067 (SÃO PAULO, 2014) como resposta ao aglomerado de usuários nas cenas de uso de drogas - denominadas de “cracolândia” ou “fluxo” - no território da Luz no centro da cidade. Suas principais diretrizes incluem a atenção à saúde com políticas de redução de riscos e danos, de prevenção do uso de drogas, de tratamento e de assistência social, além da oferta de alimentação, hospedagem e acesso a atividades ocupacionais e à renda por meio de frentes de trabalho e de qualificação profissional.

Inspirado em iniciativas internacionais como o *Housing First* (STEFANCIC; TSEMBERIS, 2007), o DBA se pauta na lógica da Redução de Danos com baixa exigência (IHRA, 2010) e na promoção da cidadania, retirando o foco da droga e assegurando um pacote de direitos que inclui moradia, alimentação, trabalho e saúde. Ao abordar as políticas públicas sobre drogas (PPD) têm que se atentarem as disputas de modelos de cuidado aos usuários de drogas vigentes (TEIXEIRA et al., 2017). A Prefeitura da cidade de São Paulo apostou num modelo baseado na redução de danos (RD) e em uma oferta de cuidado de base comunitária e territorial, em contraponto ao modelo pautado na doença, na internação e isolamento.

O DBA se estruturou como uma política de intervenção intersetorial ao articular as diversas secretarias municipais de saúde, assistência social, trabalho, direitos humanos e segurança urbana. Teve como estratégia norteadora a intersetorialidade, fundamental na agenda contemporânea, tendo em vista que apenas um setor não consegue efetivamente dar respostas adequadas diante da complexidade dos fenômenos sociais. As estratégias de gestão intersetorial favorecem a promoção das práticas mais eficazes com efeitos sinérgicos em

situações complexas, sendo fundamentais para a atuação em problemas estruturais da sociedade, tais como a pobreza e os processos de exclusão que incidem diretamente nos determinantes sociais da saúde e na promoção das desigualdades sociais (MONNERAT; ALMEIDA; SOUZA, 2014).

A pobreza, as precárias condições de vida, as iniquidades sociais, a dificuldade de acesso à saúde foram alguns dos determinantes que motivaram assegurar a moradia e alimentação como primeira oferta do programa DBA. Entende-se que assegurar a moradia, ampliar o acesso à saúde e as ações assistenciais, garantir renda por meio da oferta de ocupação e de qualificação profissional são estratégias relevantes para a reinserção social, emancipação e autonomia dos usuários. É nessa perspectiva que o Programa oferta um pacote de direitos com objetivo de reduzir a vulnerabilidade dos usuários de crack visando romper com o ciclo de uso prejudicial de drogas e fomentar novas formas de inclusão e de reinserção social desses sujeitos à margem da sociedade.

O DBA já teve resultados importantes apontados em pesquisas anteriores como: a redução no uso do crack, 84% dos beneficiários conseguiram emitir documentos de identificação, 73% ingressaram em frentes de trabalho, 53% retomaram o contato com a família, além de alto índice de satisfação com o programa, 95% dos beneficiários consideraram que o DBA teve impacto positivo nas suas vidas (RUI; FIORE; TÓFOLI, 2016). Não obstante os resultados positivos, ainda se tem uma carência na literatura científica sobre a análise política do Programa. Desse modo, o presente artigo tem como objetivo analisar as potencialidades, fragilidades e desafios do “DBA”, de modo a destacar as lições aprendidas e recomendações para a formulação de políticas públicas progressistas e inovadoras no campo das drogas.

Metodologia:

Esse trabalho é fruto da pesquisa de doutorado em saúde pública da ENSP/Fiocruz, cuja pesquisa empírica se inseriu em uma pesquisa mais ampla denominada “Usuários de Crack em Situação de Rua: limites e possibilidades à constituição de redes de apoio social”, da Fundação Oswaldo Cruz¹. O trabalho de campo foi realizado em maio de 2016 e teve como cenário da pesquisa o Programa “De Braços Abertos” na cidade de São Paulo. Cabe lembrar que a situação do uso de crack no centro de São Paulo já tem um histórico e a “cra-colândia” também denominada de “fluxo”, reunia um aglomerado de pessoas em extrema

vulnerabilidade social no território da Luz. No início de 2014 havia uma grande concentração de pessoas morando nas ruas nesse território, com cerca de 1500 barracos onde elas faziam o uso de drogas, principalmente o crack, o que acabou se tornando uma grande cena de uso aberta, localizada em um quarteirão entre a rua Helvétia e a Alameda Dino Bueno, bem próximo à estação Júlio Prestes no Centro da cidade (Figura 01)

Figura 1: Região da cracolândia no centro de São Paulo.



Fonte: Disponibilizado pelo gestor do Programa “De Braços Abertos” em 2016.

No momento da coleta de campo, o Programa DBA tinha 460 beneficiários adultos cadastrados e 31 crianças, filhos desses beneficiários. O perfil dos beneficiários adultos era de 64% do gênero masculino e 36% do gênero feminino; 49% pardos; 28% negros e 23% brancos. Em relação à faixa etária, 11% de 18 a 25 anos, 9% de 26 a 29 anos, 42% de 30 a 40 anos, 33% de 51 a 55 anos, 3% de 56 a 59 anos, 2% de 60 a mais de 65 anos.

Foi feita uma pesquisa empírica, de natureza qualitativa, aonde foram realizadas 34 entrevistas semiestruturadas: onze com gestores, dezesseis com profissionais e sete com usuários de crack, sendo quatro beneficiários do DBA e três não beneficiários. O critério da inclusão dos gestores e profissionais nesta pesquisa era atuar na gestão técnica do Programa; já os usuários tinham que ser beneficiários do DBA ou ser usuário de crack do fluxo e participarem de alguma atividade realizada no programa.

Dentre os gestores foram entrevistados: o Coordenador geral do DBA e Secretário de Segurança Urbana, o Coordenador de Saúde Mental do município, o Secretário Adjunto da Secretaria do Desenvolvimento do Trabalho e Empreendedorismo, o Assessor da Coordenação da Atenção Básica, o Coordenador de Saúde da Região do Centro, o Coordenador

das Frentes de Trabalho e o Coordenador dos Direitos Humanos, além dos gestores dos equipamentos sociais e de saúde do território (Coordenadores da Tenda, do Consultório na Rua (CnaR) e dos Projetos “Oficinas” e “Casa Rodante”).

Em relação aos profissionais, foram entrevistados 16 sendo 08 de nível médio e 08 de nível superior, incluindo os profissionais das equipes do CnaR, os técnicos da assistência social, os técnicos de direitos humanos, os orientadores socioeducacionais do trabalho e da assistência social e um agente redutor de danos do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD).

Além disso, foi feita a observação participante das diversas atividades desenvolvidas pelo Programa no território, com ida ao fluxo/cracolândia (em vários períodos distintos do dia, durante uma semana). Foi realizada, também, uma visita ao “Programa Recomeço”, do governo do Estado, localizado em frente à Tenda que era o espaço de acolhimento do DBA.

A metodologia do estudo foi qualitativa tendo sido utilizada as seguintes dimensões de análise: 1. Garantia de um pacote de direitos/acesso aos direitos de cidadania; 2. Intersetorialidade; 3. Políticas públicas sobre Drogas (PPD), de modo a analisar as suas potencialidades, fragilidades, desafios e as estratégias de sustentabilidade do programa conforme síntese apresentada no Quadro 01. As narrativas na íntegra dos entrevistados coletadas durante a pesquisa empírica foram codificadas por uma sigla e número, sendo “G01 a G11” para os gestores, “Prof01 a Prof16” para os profissionais e “US01 a US07” para usuários garantindo, assim, o sigilo dos mesmos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz¹.

Entende-se que o problema do crack é complexo, existindo em torno de seu debate várias abordagens em disputa na tentativa de resolvê-lo. A tensão dessas abordagens pode ser representada por dois grandes paradigmas: o proibicionismo e guerra às drogas *versus* antiproibicionismo e redução de danos (TEIXEIRA, ENGSTROM, RIBEIRO, 2017). O primeiro investe em um modelo de cuidado de base asilar, com internação e afastamento total do usuário das drogas do seu contexto e o outro em um modelo da atenção psicossocial e da Redução de Danos (RD) que se sustenta em um cuidado de base comunitária, na relação entre as drogas e os seus contextos, não exigindo a abstinência das drogas para ofertar o cuidado ao usuário (MARLLATT, 1999; TEIXEIRA et al., 2017). Assim, é evidente que não existe apenas um tipo de abordagem para explicar fenômenos complexos, verificando-se disputa de diferentes modelos de intervenção na “cracolândia”. Em São Paulo, essa disputa ficou clara com o fim do mandato político do governo municipal proponente do DBA. Com a mudança de governo ocorreu uma mudança também na abordagem de cuidado aos usuários

na “cracolândia”, investindo-se novamente no modelo asilar, de internação dos usuários.

A partir da pesquisa empírica realizada no DBA, objetivou-se produzir uma análise crítica a essa abordagem em drogas que aposta num modelo de cuidado aos usuários de crack e outras drogas, de base comunitária e na perspectiva da redução de danos (RD), identificando suas potencialidades e desafios.

Resultados:

No campo das drogas, fica evidente que não existem políticas consensuais. No caso do fenômeno da “cracolândia” no território da Luz, o governo municipal do prefeito Fernando Haddad (2013-2016) investiu recursos para assegurar políticas públicas municipais para a intervenção nesse território e reduzir as condições de vulnerabilidade dos usuários. Desse modo, o Programa DBA nasceu em um ambiente político favorável às experiências inovadoras e cuja coalizão se alinhava às correntes de Saúde Mental que preconizava o problema das drogas a partir da abordagem de base comunitária e da RD.

No entanto, o investimento dos recursos nos dois anos iniciais não foi suficiente para abarcar todos os usuários da “cracolândia”. Foram incluídos 460 beneficiários com uma fila de espera de aproximadamente 218 pessoas pré-cadastradas sem previsão de entrada, restringindo o acesso aos demais usuários do fluxo ao programa. Como era um programa recente, era esperado que recursos maiores dependessem da análise de seu desempenho para ampliação de seu investimento. Assim, o DBA nasceu forte na sua abordagem progressista às drogas, no entanto, frágil na sua concepção de acesso a todos os usuários, tendo uma clara barreira de acesso.

Para selecionar os usuários mais necessitados para inclusão no Programa, foram definidos os seguintes critérios: ser morador de rua, frequentar o fluxo no território da Luz, ser usuário de crack e outras drogas, priorizando os que já tinham uma barraca no fluxo. Esses critérios foram baseados também na vulnerabilidade social dos usuários de crack e no desejo de se cuidar. Desse modo, foram selecionadas as pessoas mais vulneradas (SCHRAMM, 2008).

Na implantação do Programa foi aberta uma Tenda, local bem próximo ao fluxo, que funcionava como porta de entrada e acolhimento para os usuários. Era um espaço de acolhimento diário com escuta das demandas e necessidades que incluíam: documentação, local pra dormir, pendências jurídicas, roupa, banho, banheiro e cuidados médicos. A partir dessa escuta inicial, o usuário era encaminhado para os serviços da rede de saúde e assistência social. A Tenda era um espaço de portas abertas com a escuta sem julgamento, o

que permitiu que os usuários começassem a frequentar esse espaço de acolhimento por meio da construção de vínculos entre os profissionais e a população desse território.

O programa era composto por três eixos de atuação pela oferta de um “pacote de direitos” que incluíam: 1) Moradia/alimentação, 2) Frente de Trabalho/qualificação profissional 3) Assistência: saúde e assistência social. Um trio de técnicos da saúde, assistência social e trabalho acompanhavam diariamente 20 beneficiários e registravam as informações num cadastro único, gerando relatórios mensais de desempenho do Programa. Havia um monitoramento e avaliação dos casos por meio dos profissionais da saúde, da assistência social, do trabalho e dos Direitos Humanos (DH) que se reuniam, semanalmente, com o Colegiado Gestor, propiciando que os casos fossem monitorados de forma matricial. A partir das informações disponibilizadas pelos técnicos era realizado um monitoramento dos resultados DBA contendo informações desses diversos setores (moradia, trabalho e saúde, assistência social). Tais indicadores permitiam uma análise dos resultados do programa aumentando seu poder de *advocacy* junto à sociedade, à comunidade científica e aos gestores públicos sobre a PPD baseada em RD. A tabela 01 fornece alguns indicadores do DBA, referente ao mês de maio de 2016. Observou-se que o DBA promoveu a redução do uso de crack e outras drogas, a ampliação do acesso e melhor adesão ao tratamento em saúde e a benefícios sociais.

Tabela 1: Indicadores do Programa “De Braços Abertos”, sistema informatizado do programa de maio de 2016.

INDICADORES	Número de respondentes	%
Reduziram o uso de crack	314	87,90%
60 a 80 pedras por semana	314	12% antes do DBA e 01% depois DBA
Beneficiário por tempo de efeito da droga	361	64% “fumavam o dia todo” antes do DBA e 4% depois do DBA 32% “metade do dia” antes do DBA e 42% depois do DBA, 4% “por pouco tempo” antes do DBA e 34% depois do DBA,
Reduziram o uso de outras drogas	365	84,38%
Consumo per capita de pedras de crack	314	41 pedras antes do DBA e 17 pedras depois do DBA
Estão em tratamento de saúde	381	83,73%

Fonte: Disponibilizado pelo gestor do DBA na pesquisa empírica, maio 2016.

Discussão:

O quadro 1 apresenta a síntese das observações da pesquisa de campo e da análise das entrevistas que convergem com os argumentos teóricos apresentados neste artigo no que se referem às potencialidades, fragilidades e desafios do Programa.

(QUADRO 01 – anexo)

Potencialidades, Fragilidades e Desafios do DBA:**1. Promoção de direitos humanos e cidadania ofertada aos usuários de crack e outras drogas por meio da garantia de um pacote de direitos.**

As questões sociais, econômicas e os problemas familiares e a exclusão social são geralmente o que levam as pessoas ao uso prejudicial do crack e não o contrário, ou seja, que é o crack que leva às pessoas à situação de rua (HART, 2014; RAUPP; ADORNO, 2011; RUI, 2014). A compreensão da inversão dessa lógica é fundamental para a análise do que se passa no território do fluxo em São Paulo e da oferta do DBA. O Programa promoveu a redução da vulnerabilidade dos seus beneficiários, por meio da oferta de um pacote de direitos, representado por moradia, alimentação, frentes de trabalho, assistência social e cuidados em saúde. Como relatou um dos seus beneficiários: *“já me matricularam numa escola, então agora eu voltei a estudar, me colocaram num hotel, já me tiraram da rua, entendeu? Já tem um lugar quente pra dormir, um lugar tranquilo. O acompanhamento é isso, é você instruir qual é o caminho que a pessoa deve andar, dar a direção. Arrumar um emprego, fazer um curso profissionalizante, são essas coisas que ajudam as pessoas aqui.”* (US 03).

O uso do crack de forma compulsiva está associado à vulnerabilidade social (TEIXEIRA, ENGSTROM, RIBEIRO, 2017). Dentre os fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade dos usuários em situação de rua, destacam-se, entre outros, a maior exposição a situações de violência, a marginalização, a exposição a fatores de risco de saúde como doenças infectocontagiosas pelo comportamento de sexo inseguro, o compartilhamento de apetrechos para uso de crack e o maior número de parceiros sexuais HIV positivos; tornando-se um grupo de vulnerados que precisam de proteção (SCHRAMM, 2008).

O uso prejudicial de crack leva a um ciclo vicioso da angústia e alívio rápidoⁱⁱ, pois conforme sinalizou um dos gestores, *“é preciso criar um sentido nessa outra lógica, que é do uso de droga numa uma dinâmica do alívio imediato; eu estou angustiado, vou lá usar droga, uso e alívio. Como é que a gente pensa um pouco, em ampliar o repertório de alívios e, poder pensar que algumas construções levam mais tempo do que um alívio imediato.”*

(G9). Nesse sentido, o investimento do programa era justamente tirar o foco da droga criando outras oportunidades de prazer no cotidiano da vida dessas pessoas que não apenas o uso da droga.

Uma das potencialidades do Programa foi essa oferta de um pacote de direitos, onde as pessoas que antes não tinham compromisso com a rotina e cujo foco era apenas o uso de droga, começaram a ter compromisso com o trabalho, com o autocuidado ao tomar banho todos os dias, com o cuidado e limpeza de sua moradia, rompendo, assim, o ciclo vicioso da droga-vulnerabilidade. Nessa perspectiva evidenciou-se a promoção dos direitos humanos e cidadania desses usuários de crack; pois “*ao se cadastrar no programa, essa população específica passou a dormir sob um teto, fazer três refeições por dia e ter acesso a cuidados médicos e oportunidades de trabalho remunerado*” (RUI, FIORE, TÓFOLI, 2016, p. 26). Outro aspecto que promoveu a cidadania foi a aquisição de documentação pessoal, já que muitas vezes a política de repressão policial no fluxo levava os pertences dos usuários e muitos ficam sem seus documentos.

Para o beneficiário entrar no programa era preciso ter disponibilidade de vaga de moradia conforme preconizam experiências internacionais como *Housing First* (STEFANCIC & TSEMBERIS, 2007), tendo em vista que é preciso dar condições mínimas, como dormir e comer, antes de qualquer outra oferta. As vagas de moradias eram em quartos coletivos em hotéis, a maioria deles bem perto do fluxo, tendo apenas um hotel mais afastado para aqueles que não queriam proximidade com a cena de uso e estavam tentando evitar o acesso à droga.

A oferta de moradia promoveu a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários pela garantia de poder “*dormir com os dois olhos fechados*” (G03), já que eles saíam da situação de rua e podiam descansar em sua residência no quarto de hotel. No entanto, apesar da oferta de moradia ser uma grande potencialidade do Programa ela também foi uma das suas maiores fragilidades devido a essa oferta ser em quartos coletivos, sem infraestrutura adequada e muito próxima ao fluxo. Assim, um dos principais desafios identificados pela gestão foi a necessidade de melhorar a estrutura dessas moradias visando investir em hotéis mais distantes do fluxo e com quartos individuais ou duplos.

Conforme sinalizado, a experiência do uso prejudicial de crack está diretamente associada à exclusão social. Considerando-se que eram pessoas que estavam à margem da sociedade, um dos desafios do DBA era atuar diante desse cenário e reverter o estigma associado ao usuário de crack como o tipo psicossocial de agente desviante; o tipo social do *crackeiro*, denominado por Souza de “outsider da Ralé” (SOUZA, 2016). Essa tipologia lhe

é atribuída por ser da classe social de baixa renda, a maioria de negros ou pardos, com baixa escolaridade, com desvios comportamentais; perfil este ratificado pela Pesquisa Nacional do Crack no Brasil (BASTOS & BERTONI, 2014). Nessa pesquisa, Bastos & Bertoni (2014), identificaram a exclusão social como a principal característica das pessoas em uso prejudicial de crack nas cenas de drogas; a maioria era homens jovens, “não brancos”, com baixa escolaridade, 40% vivendo em situação de rua, 65% com trabalho informal, onde 7,46% relataram o sexo em troca de dinheiro/drogas, com tempo médio do uso de crack e/ou similares de aproximadamente 8 anos. Nesse sentido, uma das potencialidades do DBA foi atuar diretamente na redução da vulnerabilidade dessas pessoas pela oferta de cuidado ampliado.

Devido ao estigma associado ao uso do crack, a maioria dos usuários que estava no fluxo não acessava os serviços de saúde, antes da criação do DBA. Com o cadastramento dos usuários pelas equipes de Consultório na Rua (CnaR), a oferta da saúde foi ampliada promovendo o acesso à rede de saúde e a melhoria do autocuidado. Assim, a assistência social e o acesso ao cuidado em saúde foram grandes potencialidades do DBA. Os beneficiários eram acompanhados pelas equipes de CnaR e por técnicos e orientadores socioeducacionais da assistência social. O acesso à saúde era mais uma oferta, mas não era condição obrigatória ter o cadastro na saúde para continuar no programa. A busca ativa dos profissionais junto aos beneficiários foi um diferencial no cuidado dos usuários de crack no território. As equipes de CnaR atendiam tanto as pessoas beneficiárias quanto as pessoas que estavam no fluxo e que não eram ainda cadastradas no DBA.

Outro elemento de sucesso do DBA foi a construção de um vínculo próximo entre os profissionais e os beneficiários, conforme sinalizado nas diversas entrevistas era importante “*não desistir de ninguém*”(G05). Cada pessoa que conseguia se inserir socialmente e se reestruturar era um resultado importante conquistado pelo programa. No entanto, um desafio permanente foi a promoção da autonomia sem focar apenas no assistencialismo estimulando o empoderamento individual pelo aumento da capacidade de decisão dos beneficiários. Para isso, o Programa investiu na formação cidadã dessas pessoas por meio da oferta de debates com temas transversais e intersetoriais como violência, convivência no ambiente de trabalho e RD no uso de drogas, entre outros.

A inclusão no Programa foi modificando a relação dos beneficiários com alguns comerciantes ou moradores locais favorecendo uma maior interação social. Um dos gestores lembra o relato de um usuário que disse: “*antigamente, eu andava na rua, ia pedir uma água num bar, o cara me expulsava. Hoje, eu estou passando, varrendo, ele me chama para tomar café.*” (G4).

Não obstante a diminuição do estigma, os profissionais relataram a necessidade de se enfrentar o preconceito de setores conservadores da sociedade que achavam que o DBA estimulava a vagabundagem, não levando em conta o potencial dessas pessoas em situação de fragilidade. Outro resultado importante obtido pelo Programa foi a redução do uso de crack, com a mudança de um perfil compulsivo para um uso mais controlado e seguro. Segundo um dos gestores, *“o que mais impactou é que 88% reduziram o consumo de crack (...) de 45, 50 pedras por semana para em média 17 pedras por semana. Tem beneficiário que chegou ao programa consumindo 20, 30 pedras por dia. Hoje ele consome uma pedra por semana”* (G2).

A construção de uma porta de saída do Programa, por meio da reinserção social, foi um dos seus maiores desafios: *“o beneficiário não precisa para entrar no programa estar em abstinência do crack. Ele entra no programa fumando 30 pedras e a convivência com atividade laboral, tendo uma moradia com acompanhamento e o cuidado, gradativamente ele reduz o consumo. Ele passa a ter outras perspectivas que não só ali no fluxo, porque no fluxo ele só tem essa droga, né?”* (G2). Ficou evidenciado que, apesar da reinserção social via trabalho formal não ser um objetivo explícito do DBA, ela era uma consequência esperada e almejada.

A oferta das frentes de trabalho eram feitas por meio do Programa Operação Trabalho (POT) que já era uma política pública municipal de São Paulo, cujas regras foram flexibilizadas para os beneficiários do DBA. Considerando as estratégias da RD levando-se em conta a baixa exigência, as frentes de trabalho eram por um tempo de 4 horas diárias e os beneficiários recebiam pelo dia trabalhado. Seguindo a baixa exigência, as frentes de trabalho criavam rotinas de maneira que os beneficiários passassem a cumprir horários com ciência das regras, mas pela análise da pesquisa de campo observou-se que isso não era de fácil implementação na prática. Havia problemas de absenteísmo, dificuldade de cumprimento de regras e de assumir tarefas rotineiras por parte dos beneficiários, além do estigma da sociedade para contratação dos mesmos. Tudo isso afetava o resultado do Programa.

O POT iniciou com uma única oferta: a “varrição de rua”, mas como teve baixa adesão dos beneficiários foram propostas outras ofertas de frentes de trabalho, além de oficinas de qualificação, onde o beneficiário também recebia para participarⁱⁱⁱ. Os beneficiários cadastrados no Eixo Trabalho eram acompanhados diariamente e seus dados de frequência alimentavam um sistema de informação. Eles podiam ter três status no sistema de informação: ativo, inativo ou excluído. O que foi observado era que havia pouca exclusão do Programa visto que a maioria dos beneficiários estava ativo ou inativo. A adesão dos mesmos

às frentes de trabalho se mostrou como um desafio, porque muitos deles não conseguiam se adequar às regras cotidianas de trabalho, tendo um índice de absenteísmo relevante. No entanto, em consonância com a baixa exigência os beneficiários recebiam pelo dia trabalhado não sendo excluídos do Programa quando faltavam às atividades em menos de 30 dias.

Segundo os profissionais, um efeito importante das frentes de trabalho foi permitir que os usuários utilizassem uma parte do seu pagamento para comprar drogas, promovendo, desse modo, um uso mais seguro, já que eles não precisavam mais se envolver em situações de risco, como se prostituir sem uso de preservativo, furtar ou estar em situações que os colocassem em maior vulnerabilidade para conseguir recursos para o uso da droga. Além disso, houve diminuição da violência e dos furtos no entorno do território do fluxo “(...) às vezes eles começam a fazer reflexões com o dinheiro; o dinheiro conseguido pedido no semáforo é o dinheiro pro uso imediato de drogas. Com o trabalho é um dinheiro que eles param e pensam o que eu vou fazer com isso? Começa a trazer brechas, nesse imediatismo do pego e uso; num cotidiano que é automático de funcionamento que não tem muito dia de hoje e de amanhã.” (G9). No entanto, ainda era um grande desafio operar nessa lógica da RD, diante da tensão existente entre visões conservadora *versus* progressista. Haja vista, a dificuldade da sociedade em aceitar uma política que garanta o direito de pessoas que estão à margem da sociedade.

As ofertas das frentes de trabalho e capacitações visavam à construção de uma porta de saída do Programa, ao ajudar os beneficiários a obterem uma forma de se sustentar por meio de algum ofício. Essa emancipação dependia da reinserção social desses beneficiários na sociedade, mas o que se observou foi que, embora a ideia de empreendedorismo e inserção no mercado formal de trabalho fossem metas do Programa, elas ainda não tinham sido concretizadas na prática de uma forma geral, se tornando um desafio do DBA.

Trabalhar na ótica dos Direitos Humanos que traz em si uma concepção intersetorial é também um desafio no campo das políticas públicas. Segundo relato de um dos profissionais “o problemático do uso de drogas está com a quebra dos direitos humanos do sujeito, se a gente não pensar em como restaurar esses direitos (...). No jurídico, ele é um criminoso ou um doente, e ele não é nenhum dos dois muitas vezes. Nós precisamos pensar em restaurações de direito, em políticas de transferência de renda, educação tem que estar junto, trabalho tem que estar junto e a gente pensar também em políticas de destituir o preconceito, essas marcas que a população tem.” (Prof4)”. Essas pessoas, ainda, são vistas a partir do olhar da patologização pelo campo da saúde, ou da criminalização pelo campo jurídico; ou seja, o usuário de droga ou é doente ou é criminoso. Sair desse foco é um grande desafio, o

que implica em um olhar plural a partir de diversos setores, ou seja, numa abordagem inter-setorial.

2. Intersetorialidade:

A gestão e o funcionamento do DBA foram feitos de forma intersetorial, envolvendo vários atores que já trabalhavam naquele território, desde sua concepção até sua operacionalização; o que foi uma inovação no campo das drogas. A gestão intersetorial formou um Colegiado Gestor composto pelo prefeito e vários secretários de diferentes pastas: Segurança Urbana, Saúde, Assistência Social, Trabalho, Habitação e DH. Desse modo, a intersetorialidade foi um componente estruturante na construção do DBA, onde os beneficiários eram acompanhados cotidianamente por um trio de profissionais representado pelos setores da saúde, assistência social e trabalho.

Havia, ainda, a gestão coletiva dos Hotéis para a organização do seu funcionamento e dos conflitos gerados nas moradias coletivas. Essa gestão compartilhada dos beneficiários possibilitou à rede de serviços funcionar de forma mais integrada; segundo um dos gestores *“quando você fala em políticas públicas, eu não vejo só na área da saúde, vejo de uma forma geral. A gente não consegue ver o cidadão em pedacinhos(G6)”*.

O DBA promoveu a formação permanente dos trabalhadores de forma intersetorial, discutindo temas transversais, de forma a promover uma visão comum na abordagem às drogas e fortaleceu a articulação intersetorial entre os trabalhadores. Segundo relato, *“nós fizemos muita educação continuada, voltada pra saúde, onde eu fui me qualificando, e hoje eu me qualifiquei na área social, nos direitos deles a entrarem nos lugares públicos, até mesmo no banco, porque hoje em dia, quem é beneficiário, eles vão até a Caixa Econômica, até a lotérica. Então, a gente faz com que o direito deles seja reconhecido, dele poder entrar e sair normalmente como qualquer outro cidadão”*(Prof 2). No entanto, fazer uma gestão compartilhada com diferentes interesses políticos e disputas de poder em jogo objetivando o compartilhamento de conhecimento, ainda é um grande desafio.

Conforme observado, as próprias circunstâncias sociais e sanitárias a que estavam submetidos os usuários de drogas no fluxo os colocam em situações de extrema vulnerabilidade. Essa situação impôs a intervenção de políticas públicas intersetoriais e inovadoras, na medida em que precisam atuar sobre esses fatores complexos desse território; conforme Monnerat et al. *“o ponto forte da proposta da intersetorialidade é a possibilidade de se construir uma visão de complexidade dos problemas tendo como requisito o aporte de dife-*

rentes acúmulos setoriais. Trata-se, pois, de construir objeto e objetivos comuns, o que difere das propostas que se traduzem na mera sobreposição ou justaposição de ações setoriais” (2014, p. 50).

O acompanhamento pelas áreas da saúde, da assistência social e do trabalho permitiu um olhar plural para o fenômeno da “cracolândia”, tornando a intersetorialidade uma das potencialidades do DBA, *“porque independente de ser “Braços Abertos”, o caminho para o SUS é isso, é trabalho compartilhado, intersecretarial, somar esforços, ver que a integralidade na saúde não dá conta sozinha.”* (G7).

Um setor importante envolvido na gestão intersetorial foi o da segurança urbana. O DBA ter tido como coordenador geral o Secretário de Segurança Urbana, com uma visão progressista da política de drogas, permitiu um investimento na qualificação da Guarda Civil Metropolitana (GCM) em políticas de RD para atuar diretamente no fluxo. Essa qualificação fomentou uma intervenção nas cenas de uso sem fazer uso de abordagens repressivas da polícia. No entanto, ficou evidente a tensão entre diferentes visões das políticas públicas sobre drogas (PPD) na “cracolândia”: o combate direto ao tráfico de drogas, que era responsabilidade do governo do Estado, se tornou um dos grandes desafios do programa.

3. Políticas públicas sobre Drogas:

Em relação ao uso de crack, São Paulo tem um indicador muito particular, que é a situação da “cracolândia” ou fluxo. E é ali que se confrontam as forças políticas em torno à discussão da abordagem ao crack, *“é aquela coisa que eu falei do “corpo matável”, você tem nas periferias de São Paulo um lugar de intervenção extremamente absurdo da Polícia Militar sobre o discurso de combate às drogas e quem realmente sofre com isso é a população preta, pobre e jovem. É a que mais morre na periferia, sobre o discurso de combate às drogas.”* (Prof4). O usuário de crack ainda é visto pela sociedade como aquele que pode ser “matável”, destituído de valor simbólico e de direitos humanos.

Essa disputa entre a visão conservadora *versus* progressista é evidente. Há muita dificuldade da sociedade em aceitar uma política que ofereça um direito às pessoas marginalizadas e estigmatizadas como os usuários de crack (TEIXEIRA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017). Segundo um dos profissionais *“existia um mantra aqui que a galera dizia muito, os policiais diziam: “-Olha, usuário de droga você tem igreja, caixão ou prisão.”* (Prof4). Observou-se que a política de repressão, de forma higienista, ainda atuava no fluxo com intervenção policial militar repressora, o que dificultava a construção do vínculo entre profissionais e usuários.

Observou-se, também, que havia no fluxo uma disputa de agendas políticas acerca da oferta de modelos de cuidado aos usuários de drogas propostos pela Prefeitura e pelo governo do Estado. O governo municipal investiu no programa “De Braços Abertos”, já o governo do Estado investiu no programa “Recomeço” (SÃO PAULO, 2013) baseado no modelo de doença e com a oferta de cuidado por meio da internação com o afastamento da pessoa do seu território, na maioria das vezes, em Comunidades Terapêuticas (CT). Ambos trabalhavam com os usuários de crack no fluxo, mas com modelos bem distintos de cuidado (TEIXEIRA et al., 2017).

Como a Tenda, espaço de acolhimento do DBA, não tinha banheiro com chuveiro, muitas vezes os usuários do fluxo tomavam banho no “Programa Recomeço” e, como relataram os profissionais, eles sabiam muito bem o que esperar dos dois programas e utilizavam os espaços de acordo com suas necessidades.

Em visita ao Programa “Recomeço”, durante esta pesquisa de campo, observou-se a necessidade de se fazer um cadastro para entrar nesse programa, ou seja, o acesso não era irrestrito. Como muitos usuários eram egressos do sistema prisional, muitos deles tinham receio de fornecer seus dados e acabavam não tendo acesso ao programa. A oferta do “Recomeço” era de internação nas CT exigindo do usuário de crack a total abstinência da droga, o que já excluía vários usuários.

As CT promoviam um espaço com cama, comida, banho e atividades laborais para o usuário de droga conseguir se manter abstinente; no entanto, é preciso pensar em como manter o usuário em um uso não prejudicial, no contexto de vida da pessoa, fora dessa internação. A crítica a esse modelo se deve a falta de um trabalho de reinserção social pós-internação porque entende-se que a pessoa, ao voltar para sua vida cotidiana, vai se deparar com as questões emocionais e sociais que a levaram àquela condição de antes da internação; *“a gente não pode cair no desespero junto com eles, a gente precisa ajudar a entender que milhares de demandas estão ali naquele pedido de internação, e desconstruir de que a internação, que tá fora dele, que é um lugar para onde ele vai, vai resolver demandas que são da vida dele.”* (G9). A internação em locais fechados, geralmente, distantes do contexto de vida dos usuários, as desterritorializam; desse modo, ao voltarem ao seu território, elas tendem a ter contato com as questões da vida cotidiana, gerando recaídas e a voltar ao uso prejudicial de droga.

Em uma política pública sobre drogas progressista se aposta em um cuidado baseado na RD, que produz redução do uso ao promover uma melhoria da qualidade de vida para os usuários em uso prejudicial de drogas: *“aí pensando no 'De Braços abertos', ele olha para*

a população usuária de crack, tirando o crack do centro da questão e pensando que são pessoas numa situação de vulnerabilidade social que tão fazendo o uso sim intenso e abusivo de crack, mas que a gente precisa cuidar das demandas de trabalho, moradia, de documentação, de agravos de saúde, então ele é um programa de redução de danos, vem numa lógica de pensar o que é possível com cada sujeito.” (G9). Segundo os gestores do DBA, as PPD para os usuários de crack, tem que trabalhar de forma aberta e não com internação compulsória, dentro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica com serviços de base comunitária, cujo objetivo é promover a garantia de direitos, apostando no modelo de cuidado baseado na RD que seja inclusivo, sem estigmatizar o usuário.

A relação com o tráfico de drogas foi apontado como um grande desafio do DBA. Alguns gestores relataram que no início do Programa, o fluxo diminuiu bastante, mas logo depois começou a aumentar, com outra configuração de venda de drogas; *“a gente tem obrigação como Estado de construir uma política pública para dar uma resposta; a gente tem uma dificuldade muito grande na relação com o governo do Estado de que é o responsável pelo combate ao tráfico e que assim, aquele fluxo ele só se amplia e se sustenta, porque alguém sustenta os traficantes usarem aquilo ali como mercado.” (G10).* Antigamente, era mais um micro tráfico de drogas e depois ampliou-se a venda de drogas dentro do próprio fluxo.

Em termos de PPD, um dos maiores desafios do DBA, relatado pelos gestores, seria em relação à sua sustentabilidade, frente à mudança de gestão do governo diante de novas eleições. A continuidade do Programa estava diretamente ligada a ele se tornar uma política pública de Estado e não só de governo. Para isso, seria necessário a sua institucionalização por meio da criação de uma Lei ou um marco regulatório, de forma que não ficasse à mercê de partidos políticos na possível mudança de gestão municipal; *“você tem toda uma série de forças que lutam aqui dentro. Veja que a política de RD, na qual estamos inseridos e a qual defendemos, radicalmente, é uma força política que nós encontramos várias barreiras. Porque a visão clássica do ‘nóia’ da cracolândia é, que pra cidade, a única forma de intervenção é através da força, onde você prende o cara retira ele da sua visão, mas você não pensa a questão é muito mais complexa.” (Prof4).*

A ideia da Coordenação do Programa era transformá-lo em uma Lei municipal, já que era mantido apenas por decreto municipal. Com essa brecha da Lei, e dependendo apenas da vontade política, quando houve a mudança de partido do governo, na eleição municipal de 2017, o novo Prefeito eleito realizou ações que desmontaram o DBA. Em seu lugar

criou o Programa “Redenção” – programa anticrack^{iv}, semelhante aos princípios do Programa “Recomeço” do governo do Estado, visando à internação dos usuários e o fim da “cracolândia”. Isso demonstrou como a disputa política por modelos de cuidado aos usuários de crack ainda é presente, mesmo diante de resultados empíricos observados em experiências como o DBA. Apesar do seu desmonte, analisar o DBA, empiricamente foi fundamental, pois ele é uma referência de modelo de política pública de cuidado aos usuários de crack e outras drogas em vulnerabilidade social a ser implementado em outros territórios brasileiros.

Considerações finais:

Com as novas eleições municipais em São Paulo houve, novamente, por parte da política pública, o investimento no modelo de internação em consonância com a proposta do governo do Estado. Com uma megaoperação policial realizada na cena de uso ou “cracolândia” em 21 de maio de 2017, o novo Prefeito eleito de São Paulo, do partido de oposição ao anterior, encerrou as atividades do programa DBA, noticiada em várias mídias^v. A forma de encerramento do Programa teve um movimento intenso nas redes sociais, em repúdio às ações violentas realizadas na “cracolândia” em SP^{vi}.

Apesar do DBA ter tido o apoio externo de entidades internacionais, como a *Open Society Foundation* (RUI, FIORE, TÓFOLI, 2016) e o apoio de organismos não governamentais como a Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas^{vii}, ainda existe um contexto político repressivo quando se fala em políticas públicas sobre drogas com viés progressista. Entende-se, que a criminalização dos usuários de drogas é nociva, gerando um encarceramento de pessoas vulneradas e fomentando processos de exclusão social.

Pensar sobre a questão da sustentabilidade desse tipo de Programa como o DBA é fundamental para que essas experiências exitosas no campo das drogas tenham continuidade e, que sejam transformadas em políticas públicas, ou seja, deixem de ser programas de governo e se transformem em Política de Estado.

A complexidade do fenômeno das drogas, em contextos de vulnerabilidade social, requer uma rede de serviços robusta, com profissionais comprometidos, atuando com uma ética de cuidado inclusiva, que promovam a autonomia e a desconstrução do estigma dos usuários de drogas. Deve-se investir em políticas públicas sobre drogas que levem em conta a liberdade e a garantia dos direitos humanos, baseadas nas estratégias da RD, visando a promoção da saúde, o respeito aos direitos de cidadania. É necessário fomentar a integração de políticas intersetoriais que incluam ações sinérgicas entre os diferentes setores da saúde, assistência social, trabalho, educação, esporte e cultura. Com isso, é esperado que o usuário

possa fazer um uso menos prejudicial de drogas, com uma redução do uso prejudicial, investindo no seu cuidado e visando à sua reinserção social. Esses seriam os indicadores de sucesso, de um programa voltado para o cuidado de usuários de crack e outras drogas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BASTOS, F.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** [s.l.] ICICT, Fiocruz, 2014.
- HART, C. **Um Preço Muito Alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas.** 1 ed. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.
- IHRA. **“Briefing: O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)”**. Londres: Grãbretanha: IHRA, 2010.
- MCLELLAN, A. T. et al. **Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation.** JAMA, v. 284, n. 13, p. 1689–1695, 4 out. 2000.
- MARLLATT, G. A. **Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco.** Porto Alegre: ARTMED, 1999.
- MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (EDS.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais.** 1a edição ed. Campinas: Papel Social, 2014.
- RAUPP, L.; ADORNO, R. DE C. F. Crack usage circuits in the downtown area of the city of São Paulo (SP, Brazil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2613–2622, 2011.
- SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, 2008.
- RUI, T. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção.** São Paulo - SP: Terceiro Nome, 2014.
- RUI, T.; FIORE, M.; TÓFOLI, L. F. **“Pesquisa preliminar de avaliação do Programa ‘De Braços Abertos’”. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)**. São Paulo: Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), 2016.
- SÃO PAULO. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Decreto n.59.164, de 09.05.2013. *Institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas.* Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2013/decreto-59164-09.05.2013.html>>. Acesso em: 25 jul. 2017.
- SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. Decreto nº 55.067, DE 28 DE ABRIL DE 2014. Regulamenta Programa de Braços Abertos, abril de 2014.
- SOUZA, J. (ED.). **Crack e exclusão social.** Ministério da Justiça e Cidadania, 2016.

STEFANCIC, A.; TSEMBERIS, S. Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention. **The Journal of Primary Prevention**, v. 28, n. 3–4, p. 265–279, 17 jul. 2007.

TEIXEIRA, M. B. et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1455–1466, maio 2017.

TEIXEIRA, M. B.; ENGSTROM, E. M.; RIBEIRO, J. M. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 311–330, mar. 2017.

Notas:

- ⁱ Esse artigo é fruto da pesquisa de doutorado: “Políticas públicas sobre drogas: abordagem às pessoas em uso prejudicial de crack numa perspectiva intersetorial” de Mirna Barros Teixeira, pela ENSP/Fiocruz, aprovada pelo CEP sob o CAAE: 55023516.4.0000.5240, cuja pesquisa de campo fez parte da pesquisa mais ampla: “Usuários de Crack em Situação de Rua: limites e possibilidades à constituição de redes de apoio social” financiada pelo Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (PAPES) e Fundação Oswaldo Cruz, PAPES VI/ Fiocruz/ CNPq, coordenado pela Pesquisadora Alda Lacerda.
- ⁱⁱ Ciclo vicioso: situações de extrema vulnerabilidade social → aumento da angústia e do sofrimento → leva ao uso da próxima pedra → que o deixa exposto a ações de violência e de agravos de saúde → aumenta a vulnerabilidade → aumenta a angústia e sofrimento → aumenta o uso prejudicial de drogas.
- ⁱⁱⁱ Existiam várias frentes de trabalho como: Varrição; Caminhos da Prevenção; Vida Verde (jardinagem); Reciclagem; Formação Cidadã, Costura e Brechó; Estética e beleza; Lavanderia e Mecânica básica de bicicleta.
- ^{iv} <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/07/1905863-alvo-de-reclamacoes-clinicas-de-acao-anticrack-de-doria-sao-vistoriadas.shtml>
- ^v Reportagens na internet: <http://revistatrip.uol.com.br/trip/existe-saida-para-a-cracolandia>; <http://pbpd.org.br/mp-sp-instaura-inquerito-civil-para-apurar-intervencoes-da-prefeitura-na-cracolandia/>,
- ^{vi} Foram escritas diversas cartas em repúdio às ações violentas na “cracolândia” em São Paulo realizadas em 21 de maio de 2017 abordando essa disputa de modelos de cuidado. Em destaque a “Carta Rio” assinada por diversas instituições, gestores, profissionais e ativistas do campo das drogas. Disponível em <https://www.facebook.com/CartaRioemDefesaDBA/>.
- ^{vii} A Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas é uma rede de organizações que visa debater e promover políticas de drogas fundamentadas nas garantias de direitos humanos e na RD. Disponível em <http://pbpd.org.br/>, acesso em 05 de janeiro de 2015.

QUADRO 01: Síntese das Potencialidades, fragilidades e desafios do DBA

Dimensões de análise	POTENCIALIDADES	FRAGILIDADES	DESAFIOS
1. Garantia de um pacote de direitos/ acesso aos direitos de cidadania	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Redução da vulnerabilidade dos usuários de drogas pela oferta de um pacote de direitos e pelo rompimento do ciclo de uso prejudicial de droga: <ul style="list-style-type: none"> Promoveu que os beneficiários dormissem com tranquilidade sem medo da violência. Aumento do acesso ao cuidado em saúde e melhoria do cuidado dos beneficiários. Aquisição de documentação pessoal. Autonomia dos usuários de drogas. Retorno ao contato familiar. ✓ Gestão coletiva das moradias ou hotéis por um trio de profissionais das três áreas: saúde, assistência social e trabalho. ✓ Diminuição do estigma dos usuários que são beneficiários do programa pela comunidade do entorno da “cracolândia”. ✓ Diminuição dos furtos e da violência no território do centro com a implantação do programa. ✓ Promoção da formação cidadã dos beneficiários visando o fortalecimento da cidadania. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Moradias coletivas muito perto do fluxo e sem infraestrutura adequada. ✓ Dificuldade na gestão das moradias. ✓ Necessidade de manejo dos conflitos entre os beneficiários. Dificuldade de adesão dos usuários às frentes de trabalho. ✓ Muitos usuários perderam sua documentação pela política de repressão que acontece na “cracolândia”. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grande estigma dos usuários de crack e outras drogas pela sociedade. ✓ Perfil de grande vulnerabilidade das pessoas que estão na “cracolândia”: baixa escolaridade, vínculos familiares rompidos, egressos do sistema prisional, baixa formação profissional. ✓ A ação de limpeza urbana três vezes por dia no fluxo é vista como uma ação contra a Redução de Danos (RD), no entanto ela é feita no âmbito do DBA. ✓ Necessidade da construção de uma porta de saída do programa por meio da reinserção social e investimento em cooperativas de trabalho, em trabalho apoiado promovendo o aumento da autonomia dos usuários de drogas. ✓ Muitos usuários da “cracolândia” são egressos do sistema prisional e não tem para onde ir quando saem da prisão e acabam indo para a “cracolândia”.

2. Intersetorialidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intersetorialidade como componente estruturante do programa permite um olhar plural para o fenômeno das drogas. ✓ Formação permanente dos trabalhadores em conjunto para discutir temas transversais, temas do mundo do trabalho, sobre violência, temas interseoriais. ✓ Existe uma supervisão técnica dos profissionais contínua, com espaço de discussão de casos de forma sistemática. ✓ Gestão compartilhada dos casos entre os setores para a formação de uma rede de serviços atuante ✓ Inserção de ações do setor da cultura e do esporte nas atividades do DBA. 	Dificuldade de se trabalhar com diferentes setores com interesses distintos e com disputas de poder entre os setores.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desafio de exercer uma gestão compartilhada, com diferentes interesses políticos nos setores, disputas de poder e de compartilhamento de conhecimento.
3. Políticas públicas sobre drogas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabalhar baseado nos preceitos da Reforma Psiquiátrica com serviços de base comunitária cujo objetivo é promover a garantia de direitos. ✓ Ter como base as estratégias da RD e baixa exigência permite um vínculo e adesão dos beneficiários às atividades do programa. ✓ Há a avaliação permanente do programa pela implantação de um cadastro único dos diferentes setores (moradia, trabalho e saúde, assistência social) com monitoramento dos indicadores. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ DBA está institucionalizado apenas por Decreto Municipal. ✓ Atuação repressiva da policia militar no território da “cracolândia”. ✓ Duas logicas de ofertas de cuidado opostas atuando no mesmo território: a lógica da RD e cuidado de base comunitária pelo “DBA” e a lógica da abstinência/doença pelo programa “Recomeço”. ✓ Dificuldade da sociedade aceitar uma política progressista que garante o direito de 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Institucionalizar o programa em Lei municipal para aumentar sua sustentabilidade. ✓ As PPD progressistas ainda são contra hegemônicas. Há uma disputa entre visões conservadora versus progressista. ✓ Aumento do tráfico de drogas no território com a inserção de novas drogas na “cracolândia” e da oferta constante de drogas no território. ✓ Há uma dificuldade da relação com o governo do Estado responsável pela repressão

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de pesquisa e avaliação externa com produção de indicadores do DBA permitindo a demonstração dos seus resultados à sociedade e como parte do advocacy de uma política progressista no campo das drogas. ✓ Guarda Civil Metropolitana (GCM) que atua direto na “cracolândia” precisa ser qualificada nos princípios da RD. ✓ Avanço dentro da concepção de uma política de direitos humanos, permitindo que a sociedade conheça os benefícios do programa para a vida das pessoas que estão sendo beneficiadas. 	<p>pessoas que estão à margem da sociedade, como os usuários da “cracolândia”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A política de repressão, higienista atua ainda no fluxo, o que dificulta a construção do vínculo com os usuários. 	<p>ao tráfico de drogas com dificuldade no manejo do fluxo diante da entrada constante de drogas na “cracolândia”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atuar no enfrentamento ao tráfico de drogas na região da “cracolândia”. ✓ Manter a autoridade diante da questão do comércio da droga, sem recorrer à institucionalização da força como resposta.
--	---	--	--

4.6 *CAPÍTULO 4: Narrativas dos atores do programa “De Braços Abertos”*

Este Capítulo apresenta a análise das narrativas dos atores do Programa “De Braços Abertos” coletada na pesquisa empírica realizada em maio de 2016. Está subdividido em três subcapítulos de narrativas:

4.6.1 *O Programa “De Braços Abertos”: uma narrativa de seus atores*

4.6.2 *O fluxo ou “cracolândia” de São Paulo*

4.6.3 *Os desafios das Políticas Públicas sobre Drogas e da Intersetorialidade*

As narrativas dos entrevistados coletadas nas entrevistas foram codificadas por G01 a G11 (gestores), Prof01 a Prof16 (profissionais) e US01 a US07 (usuários). As intervenções que se encontram entre colchetes [...] nas citações são referentes às intervenções do entrevistador.

4.6.1 *O Programa “De Braços Abertos - DBA”: uma narrativa dos seus atores*

Este subcapítulo apresenta uma análise da narrativa do Programa “De Braços Abertos” (DBA), a partir, das narrativas coletadas nas entrevistas realizadas com os gestores, os profissionais e os usuários. Essa análise das narrativas do DBA foi dividida em quatro subtítulos:

4.6.1.1 *A análise de contexto: o funcionamento e a operacionalização do Programa DBA por Eixo; o acesso e o cuidado a partir do vínculo com os usuários;*

4.6.1.2 *Direitos Humanos, cidadania e reinserção social;*

4.6.1.3 *Estigmas e vulnerabilidades;*

4.6.1.4 *As potencialidades, os desafios e a sustentabilidade do Programa.*

Narrativas

4.6.1.1 *Análise de contexto: funcionamento e a operacionalização do Programa DBA por eixos; o acesso e o cuidado a partir do vínculo com os usuários*

✓ **Funcionamento do Programa por Eixo (Moradia, Trabalho e Assistência):**

O DBA surgiu a partir da necessidade de intervenção na “cracolândia” em São Paulo. Inicialmente, foi feita uma escuta dos usuários que estavam lá na “cracolândia”, para pensar suas principais demandas. Assim, foram pensadas as ofertas do Programa:

“(...) a gente começou a conversar com a rede, quem tinha interesse e montamos uma equipe que

ficou lá no centro escutando as pessoas. Então a gente ia lá, avaliada, ficava escutando os usuários. E os usuários falavam aquilo que eles achavam que era importante para eles, aquilo que eles sentiam necessidade. Eles falavam assim: “- quando a gente trabalha e a gente ganha dinheiro e a gente está muito cansado, a gente pega os hotéis aqui para dormir, então a gente queria os locais onde a gente pudesse dormir”, - “quando a gente consegue dinheiro, a gente vai no Bom Prato e come um prato lá; a gente quer comida, entendeu?”. Eles começaram a falar que queriam um lugar pra tomar banho, eram coisas assim, muito simples. Nesse momento a gente já tinha muito mapa do que era aquela população. Era um emaranhado de cerca de 1500 pessoas, mas dessas 1500 pessoas a gente estimava que 500 não saíam de lá, as outras flutuavam, vinham, usava droga dois, três dias, iam embora, voltava depois para o seu município, entendeu? (...) Aí a gente começou tentar a pensar nessa proposta de oferecer para eles, que era comida, que era o lugar para dormir, tomar banho, ter banheiro, tomar banho e dar comida para eles.” (G01)

O nome do DBA foi inspirado em uma fala feita pelo prefeito na abertura do curso de qualificação da Rede Sampa, com a presença de mais de 1500 trabalhadores de diversos setores:

“Tinha um espaço, eles chamavam Tenda, não tinha nome eu acho. Aí a gente viu que tinha uma necessidade de colocar o nome no programa. E aí chamamos os usuários. Nessa altura a gente já tinha muita relação. Já era 2013. Eles que deram o nome. Aí tinha a sugestão, eu falei assim, “-olha, lembra da fala do prefeito, que os nossos técnicos tem que estar sempre de braços abertos? Então que tal a gente colocar De Braços Abertos? E, aí, foi colocado e o De Braços Abertos (DBA) ganhou, foi isso, mas eles que votaram no nome. Tinha outro nome que foi bastante bem votado que era “Espaço para todos, mas o que ganhou mesmo foi o De Braços Abertos, DBA” (G01).

A Tenda era um espaço público que já existia, mas que não havia, ainda, a adesão dos usuários ao espaço. Esse espaço foi reativado colocando-se profissionais para acolhimento dos usuários daquele território do fluxo/“cracolândia”; funcionava como porta de entrada para o Programa DBA.

“Quando nós chegamos aqui, isso aqui era uma favela, essa rua. Cheia de barracos, pessoas que não tomavam banho, tinha uma pessoa que não tomava banho há 10 anos; não sabia o que era chuveiro. Começaram a olhar tudo muito assustadoramente pra nós, o que eles vieram fazer. E antigamente essa tenda não era aberta, vazada como é, era fechada, com lonas azuis. Então, eles não sabiam o que tinha pro lado de lá porque eles nunca tinham entrado” (G06)

“Eles achavam que iria ter um ônibus que eu ia colocar as pessoas ali, mandar pro alto mar, matar, internar, eram diversas coisas que rolavam no meio. Eu falava ‘meu deus, olha que criatividade’, nós abrimos o portão, mas eles não entravam, e aí, eu e o doutor J.C. na rua andando e pensando ‘-o que nós vamos fazer?’ aí o doutor JC falou: ‘-olha, eles estão desidratados e desnutridos’, aí eu pensei, ‘agua e comida’, (...) conclusão, ela arrumou, são sopas instantâneas e achocolatado, também, instantâneo. Minha filha, isso estourou, bombou!” (G06).

Antes do DBA, quem frequentava a Tenda eram as pessoas em situação de rua (PSR), do fluxo/ “cracolândia”. Depois do início do DBA, a Tenda começou a atender também os seus beneficiários. A Tenda encaminhava para o abrigo noturno os usuários que ainda não eram beneficiários do Programa; além disso, havia 100 *tickets* diários para o restaurante

popular, já os beneficiários do DBA tinham alimentação e moradia ofertados pelo Programa.

“os usuários do fluxo não fazem parte do programa; eles só vão fazer parte na hora em que eles entrarem; embora o DBA é isso; o DBA é diferente, porque ele oferece um lugar pra pessoa comer, um lugar pra pessoa dormir, trabalho, que rende um tanto por semana. A Tenda do DBA não oferece isso. Ela encaminha pela Tenda para uma vaga pra dormir a noite, se o usuário quiser. Eu tento, através da assistência social, um ticket pra ele comer no Bom Prato, que são só 100, ou ele vai comer aqui quando tiver água pra fazer sopa e o achocolatado. Tá entendendo a diferença? Os beneficiários já tem isso garantido; os que são do fluxo não têm nada garantido.” (G06)

A Tenda era um ponto de apoio no território do fluxo/“cracolândia” aberto a todos que estão circulando naquele território.

“porque querendo ou não é um ponto de apoio que eles têm. São apoios que poderiam ter vários apoios na cidade, existem algumas Tendras, por aí, que fornecem um lugar pra que eles possam tomar banho, um lugar pra eles comerem, isso era uma coisa que deveria estar espalhada em todos os lugares; não só em São Paulo, porque em um ponto de apoio deveria ter técnicos pra que pudesse convencê-los a mudar a vida (...) todo mundo que entra aqui, são acolhidos.” (G06)

Os profissionais mais presentes na Tenda eram as profissionais do Consultório na Rua (CnaR), do Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e da assistência social, mas tinha, também, a presença dos profissionais do Trabalho e dos Direitos Humanos, assim a Tenda era um espaço intersetorial. Além da alimentação e do espaço da escuta ofertados, haviam várias atividades sendo desenvolvidas dentro do espaço da Tenda como as oficinas de esporte, de beleza, capoeira, arteterapia, roda de samba, etc.

Sobre os Critérios de Inclusão dos beneficiários no DBA: com a oferta das frentes de trabalho, muitas pessoas começaram a procurar o programa mesmo sem ser frequentadoras do fluxo, mas como os educadores já conheciam as pessoas que estavam no território, foi possível fazer priorizá-los para a inclusão no DBA. O número de vagas foi definido em relação ao recurso que o programa tinha disponível. O critério de inclusão no DBA era ser morador de rua frequentando o fluxo ou “cracolândia” naquela região central e ser usuário de crack. Além disso, era tem barraca no fluxo. Já o critério de exclusão não foi definido a priori.

“É muito mais fácil colocar no programa do que excluir. Eu na minha gestão eu descredenciei um usuário por relação com crime. Isso o programa não admite. Isso é um critério de exclusão. Ele ser a ponta do crime organizado, do tráfico, dentro do programa.” (G02)

“Ainda não temos critérios claros para a saída do programa. Vai fazer dois anos e pouco e ainda não. Nós temos pessoas que entraram no programa no início, mas que não se envolveram, que não quiseram nada, não participaram de grupo, nunca foi numa varrição, nunca participou de atividade nenhuma, mas que continua ainda no programa. Ainda estamos estudando o que a gente vai fazer com essas pessoas.” (Prof 16)

“Num primeiro momento, a gente procurava encontrar as pessoas que estavam aqui há mais tempo, aquela pessoa que está no uso há mais tempo, que nós conhecemos há mais tempo. Por exemplo, eu, particularmente, conheço pessoas que estão aqui há mais de dez anos, pessoas que estiveram quando eu estava aqui em 2004, 2003, e continuam. Então, essas pessoas que estão há mais tempo, mais vistas, mais problemáticas, nós tentamos acolher o mais rápido possível” (Prof03)

“esse tipo de usuário, especialmente aqui da “cracolândia”, são pessoas que vão presas direto! vão hoje, saem amanhã, então, por exemplo, têm pessoas que ficam lá três, quatro meses, aí volta, “- eu sou do programa, eu não aceito sair”, e a gente tem ali aquele problema; porque, depois de trinta dias, a pessoa não faz mais parte, entre aspas, ainda não está decidido, faz ou não faz parte do programa? Então, ainda tem esses impasses, a gente não consegue resolver; eu acho que precisava ser mais pensado.” (Prof11)

O tempo que os beneficiários podiam ficar no programa também ainda não tinha sido definido. Porém existia no âmbito das atividades, um investimento na construção de um projeto de vida para o beneficiário para pensar em uma porta de saída do DBA:

“Tem pessoas que estão desde o começo. O que a gente acreditava, era que a partir do momento que a pessoa tivesse melhor, que tivesse uma condição, você ia definir um projeto para ele, um projeto de vida, onde você iria oferecer outras coisas. Muitos voltaram para a casa da família; a gente começou um projeto, um trabalho de emprego que é o emprego apoiado; é começar uma saída para um emprego mais formal, com carteira assinada, então a gente tem esse trabalho.”(G01)

“Não, a exclusão não. O que a gente entendia e que a gente convenceu os gestores, é que uma vez que você está fora da sociedade e você é excluído, não tem mais como você colocar mais fora da sociedade, então, não teria essa exclusão, não teria essa saída. Então, essa era a conversa que a gente tinha com o prefeito; não vamos colocar um tempo. A gente precisa acertar um decreto, esse decreto de trabalho que a Marta Suplicy tinha, de frente de trabalho, ele era limitado. A gente refez o trabalho tirando esse limite, porque o que a gente queria era que as pessoas fossem incluídas.” (G01)

O critério de inclusão dos beneficiários, também era discutido de forma coletiva baseado na vulnerabilidade daquelas pessoas e no seu desejo de se cuidar:

“por exemplo, se ela está grávida, morando na rua, com tuberculose e usando 30 pedras de crack por dia; então, ela está em um estado de vulnerabilidade mais gritante do que alguém que também está fazendo tudo isso, mas não está grávida. Então, não tem assim uma tabelinha, mas é uma discussão que a gente faz junto a equipe e vai vendo; às vezes o critério é: ah, pessoa está com muita vontade de sair dessa vida e ela veio pedir ajuda, mas ela está assim de fato no limite dela, então às vezes a gente passa até na frente de outra pessoa.” (G05).

“Usuário de crack, morador em situação de rua, esses eram os dois critérios fundamentais. E aqueles que estivessem mais tempo ali; tem pessoas que estão ali há 10,15, 20 anos! Tem uns que são mais recentes. É lógico que você vai dar prioridade para esses que estão há muito mais tempo.” (G06)

A abrangência da oferta de cuidado do DBA vai muito além das ofertas apenas aos seus beneficiários. Apesar dos recursos destinados ao programa e de seus indicadores serem apenas relativos aos beneficiários, as ofertas de cuidado, de saúde, as oficinas de DH, o

acolhimento na Tenda, eram para todos os usuários do fluxo. Já a bolsa Frente de Trabalho e a moradia nos hotéis eram ofertadas apenas aos beneficiários cadastrados. Os profissionais atuavam tanto no fluxo (intervindo com os usuários que não são cadastrados) como também junto aos beneficiários cadastrados. As ações de saúde, direitos humanos, assistência social aconteciam, tanto no fluxo, quanto dentro dos hotéis.

“Tem pessoas que acham que o fluxo é o fluxo, que não pode ser associado ao DBA, é mais uma questão política. [DBA seria uma questão só dos que estão cadastrados?] É, mas, tem outras pessoas que dizem que o fluxo é do DBA! Claro que é! porque quem que vai entrar no DBA? São as pessoas do fluxo. Então, se a gente der maior atenção às pessoas que estão no fluxo, a gente vai ter pessoas muito mais organizadas dentro do programa.” (G03)

Para os que procuravam a Tenda visando uma vaga no DBA, mas que no momento não havia vaga, eram ofertados os serviços da rede pública de saúde, da assistência social. Assim eram realizadas atividades dentro da própria Tenda para todas as pessoas do fluxo, de forma que a espera por uma vaga no DBA, fosse uma espera trabalhada. Em maio de 2016, havia uma lista de espera de mais de 200 pessoas:

“se um usuário vem procurar, mas não tem vaga, eu não falo: “-Tchau não tenho vaga”; eu tento oferecer alguma coisa; a Tenda, durante muito tempo, as pessoas iam procurar para entrar no “DBA” e ela falava: “-Não tem vaga”, e ai a gente falava: “- não tem vaga no programa DBA, mas nós temos uma cidade inteira em volta, temos uma rede”; então, nosso trabalho hoje com a Tenda é exatamente para que eles possam entender isso e oferecer outras coisas. Já teve gente que foi procurar o DBA e acabou indo para outra coisa, foi para o CAPS, do CAPS foi para a economia solidária e tal, e foi embora, não vai nem voltar para o DBA, saiu da espera! Então, esse é um pouco o nosso desejo, que essa espera possa ser uma espera cuidada, uma espera que você possa ir fazendo isso.”(G05)

Houve investimento na gestão intersetorial do Programa. O comitê gestor do DBA era composto pelo prefeito e vários secretários de diferentes pastas:

“A condição é estar aí no fluxo. Esse é o público que nós queremos atingir no DBA. Eu acredito, que nós estamos no melhor momento do programa, do ponto de vista de gestão. Nós qualificamos muito a gestão nos últimos oito meses. O que é qualificar a gestão? O programa não tinha uma diretoria executiva que trabalhasse essa matricialidade, envolvendo cinco secretarias. Hoje, nós temos um escritório da coordenação do DBA na própria região da luz; lá nesse espaço, que é uma casa, nós, a diretoria, nos reunimos todas as quintas-feiras das 09 ao meio-dia.” (G02)

O DBA tinha uma supervisão com o Professor Antônio Lancetti, para a formação dos trios de profissionais que acompanhavam diariamente os beneficiários:

“Semanalmente tem uma reunião com os trios, não só eu, têm várias pessoas que fazem esse trabalho, a gente cria uma estratégia, o Lancetti é uma pessoa que ajuda muito nesse trabalho. A gente tem um trabalho com os trios para que eles possam fazer um cuidado dessas 20 pessoas que eles são responsáveis; mas, acho que foi uma estratégia interessante, essa criação não tinha antes.” (G05)

✓ Eixos do DBA

Eixo Moradia: aos beneficiários eram ofertadas vagas de moradias em quartos coletivos em hotéis, a maioria deles bem perto do fluxo. O beneficiário só entrava no Programa se tivesse a vaga de moradia. As frentes de trabalho e a oferta da saúde, já eram mais um convencimento.

“Nada é obrigatório. É incentivo. Tanto que hoje nós temos 100% deles com moradia, mas, temos 70% deles no trabalho.” (G02)

“às vezes me procuravam pra falar porque eles estavam afastados do programa; às vezes por compartilhar quartos. Às vezes, o cara toma uma decisão hoje, “-não vou usar mais crack”, aí ele vai pra um quarto onde todo mundo tá usando. Cada quarto nosso tem duas beliches, três beliches, se tem três beliches, são seis pessoas, se são duas, são quatro, então as três usam, ele está ali no meio não querendo usar, acaba ele saindo ou passa a usar novamente. Então, eles reclamam bastante disso. O que faz eles se aproximarem mais do projeto são as facilidades, os benefícios, é o dinheiro que recebe no final de semana, é poder entrar num bom prato, almoçar, poder tomar café, ter o quartinho deles; isso é uma coisa que atrai bastante.” (G05)

“[Tem hotel com cem usuários?] Tem. [E são oito hotéis?] São oito hotéis. Mas lembrando, que em muitos hotéis têm mais gente, por exemplo, um é casado, casou depois que conheceu o projeto; ou não era casado até ontem, casou hoje. Então, a gente tem que saber lidar com essa situação, pra não acabar com o casamento. Às vezes, o cara leva a companheira pro quarto, ela não é do programa, mas ele é. Não é do programa, mas aí é casamento, “casei, casei, casei”, então a gente tem que saber lidar com essa situação.” (G05)

“Então, trazer hoje a discussão das políticas de habitação para mim, o trabalho eu diria que assim, em termos de concepção de avanço, a gente já está quase no gol, porque a gente vai ter essas unidades produtivas, você vai ter já uma outra concretude, agora a questão da moradia, aí, ainda, ela para o programa, um desafio estratégico; não depende só da governabilidade, da capacidade local, porque as políticas de habitação são universais, a gente tem discutido, dá para fazer “minha casa, minha vida” só para o DBA, por exemplo.” (G10)

“Eu acho que fazer a gestão de um hotel grande, com 140 pessoas, é um desafio. É um desafio, porque ele é porta de entrada; as pessoas entram já com muita vulnerabilidade; você tem muitas questões ali que precisam ser resinificadas; da singularidade dentro de uma coletividade, que não tem afeto ainda. Então, a gente está tentando criar novos dispositivos para o processo de cuidado da moradia. (G05)

Eixo do Trabalho: As Frentes de Trabalho eram outra oferta importante do programa, assim como os cursos de qualificação profissional. O trabalho tinha uma parte que era laboral e outra de qualificação.

O trabalho é convencimento, você tem que convencer, 70% estão no trabalho. Nós queremos chegar a 100%, tirando aqueles que estão debilitados por tratamento de saúde e não podem ter nenhuma atividade laboral. Então, se a gente chegar a 80% dos beneficiários tendo uma atividade laboral é o nosso objetivo.” (G02)

“Tirando aqueles que têm doenças muito graves, nós queremos que 100% de quem está no programa faça atividade laboral. Agora, é uma atividade laboral diferenciada, não é um trabalho formal, né?”

Eles têm que trabalhar quatro horas por dia e o trabalhar 4 horas por dia pode ser, por exemplo, em uma oficina de cultura e pintura, né? Pode ser em uma oficina de estética.” (G02)

“ (...) Quando você faz um projeto, por exemplo, com trabalho para a pessoa, de emprego apoiado, por exemplo, que um técnico vai acompanhar aquela pessoa no trabalho, para olhar a condição, a organização dela. A gente acredita que é uma carência para não sair do programa, ainda ficar no programa, porque se não desse certo nesses três meses, voltaria para o programa, voltaria, porque o trabalho foi através da frente do trabalho. Um decreto da Marta Suplicy que era da frente ao trabalho, que era 20 horas de trabalho e 20 horas de formação, então era em cima disso, a gente também preparou alguma coisa de formação. “-O que você quer ser ou o que você era? Ah, eu era pedreiro, mas eu não quero mais ser pedreiro. Então o que você quer? Ah, eu gosto de ser cabeleireira”. Então, vamos dar um curso.” (G01)

Eixo da Saúde: o acesso ao cuidado da saúde entrava como mais uma oferta, mas não era uma obrigação a adesão dos beneficiários ao tratamento. No entanto, foi alta a adesão pelos beneficiários a equipe de Consultório na Rua (CnaR) que ofertava o cuidado em saúde:

“Então, 85% dessas pessoas hoje estão em cuidado continuado com a saúde, ou na saúde mental, ou no CAPS de drogas, ou na tuberculose, ou na sífilis, ou porque está grávida; enfim, uma grande parte deles hoje tem um cuidado continuado na saúde [...] muitos deles na verdade, o cuidado de saúde veio no momento seguinte, ele entrou no programa passou a morar no hotel, passou a trabalhar ou não, esse trabalho também é uma conquista e a gente da saúde foi junto e, foi pela experiência do vínculo que foi construindo um processo de cuidado; então, todos eles têm algum contato com a saúde, todos 100%, mas 85% um cuidado continuado” (G05)

“ali no fluxo tem muita tuberculose, sífilis e AIDS. A tuberculose em primeiro lugar. Então, as pessoas vêm para o programa, muito debilitadas e, mesmo o tratamento de saúde, tem que ser na lógica do convencimento; ele tem que querer fazer o tratamento. Hoje, 80% estão em tratamento de saúde, Por isso, que a questão da rede é importante. Aonde eles fazem o tratamento de saúde? Na rede de saúde do território.” (G02)

A busca ativa dos usuários pelos profissionais da saúde foi um diferencial no cuidado às pessoas em situação de vulnerabilidade social. Além disso, era um cuidado ofertado aos usuários de crack no seu próprio território:

“Eu acho super importante o Consultório na Rua; porque muitos não saem dali do meio pra ir buscar uma UBS, pra fazer uma consulta. Então, as vezes, eles têm um furúnculo, tem tratamento de TB, eles esquecem, você sabe, tem que ter uma medicação no dia, no horário, tudo bonitinho, certinho, pra que possa fazer efeito. O que acontece? As agentes sabem quem são, as agentes vão dentro do fluxo, porque não é só os beneficiários que fazem o tratamento, nós fazemos tratamento principalmente com os que estão em situação de rua, que não têm um lugar pra dormir, que não têm aonde ficar, que não tomam banho, que não se alimentam. Os agentes vão atrás e falam ‘-tá na hora do seu remédio’, dão água e medicação. Pra quem faz tratamento do HIV tem o coquetel, eles levam, eles marcam consulta pra retornarem. Se deixar tudo por eles, dependendo de como tá a organização deles, do uso, eles acabam esquecendo. Não adianta você dar um papel, o papel vai estar no lixo, vai estar jogado em algum lugar. Às vezes, até depois eles falam ‘-nossa, era pra ter ido na semana passada, fazer um exame não sei do quê, mas eu esqueci’. Mas existe a busca ativa em cima dessas pessoas. É importante ter essa busca ativa e a saúde faz essa busca ativa. A mesma coisa com quem faz o tratamento no CAPS, tá faltando, não está indo, eles vão atrás. Os redutores vão buscar.” (G09)

✓ **O acesso e o cuidado a partir do vínculo com os usuários**

O acesso a saúde era realizado pelas equipes de CnaR que articulavam com a rede de saúde para a oferta dos demais serviços, como consultas especializadas, exames e até internação:

“Nós temos vários ambulatórios que nós levamos essas pessoas, por ele serem moradores de rua, os agentes de saúde, às vezes, têm dificuldade de lidar, porque acaba tendo ali um preconceito; as pessoas não aceitam muito bem por serem moradores de rua, acham que o agente de saúde está empurrando o serviço pra eles.(...) o agente de saúde entra em contato com o agente social, que vai lá pra resolver a situação e garantir o direito daquele usuário.”(Prof09)

“Eu converso com eles bastante, eu sento, converso, dou o meu exemplo do que eu já passei. Alguns deles me conheceram há 16 anos atrás; então eu acabo fazendo com que eles conheçam os seus direitos na saúde e no social. Então, eu vou com eles, eu acompanho até a nossa unidade, que é o “SAE Campos Elísios” onde fica localizado ali os Consultórios de Rua. Então, eu faço esses trabalhos aqui com eles.” (Prof10)

“A gente tenta, de todas as maneiras, manter um bom vínculo em toda a Rede, seja com posto de saúde, com os ambulatórios. Então todos nós aqui temos um bom contato e quando a gente precisa de ajuda, a gente acaba indo pra todos os lugares. Mas, aqui no território, já é bem conhecido o Consultório de Rua, então é só casos de exceção mesmo, de acontecer alguma coisa, de um usuário ser rejeitado na consulta, mas é muito raro. Então, a gente tem um bom vínculo em toda a região, CAPS, com o Recomeço, com os pronto socorros das regiões.” (Prof09)

“a maior dificuldade é a aderência deles ao tratamento, seja tratamento de HIV, seja de tuberculose, de sífilis, doença transmissível, aí é mais difícil porque eles são umas pessoas... que eles têm muito medo de agulha, eles não têm muita paciência de ficar esperando. Por exemplo, se tem um usuário, amigo deles, passando a consulta, eles não aguentam esperar, eles querem brigar. Essa é a dificuldade que às vezes eu encontro. E acho difícil lidar com esse problema, porque eles são difíceis de aderir, então, às vezes, acaba você ficando meio frustrado, fica desanimado, desmotivado, muitas vezes devido a eles não aderirem ao tratamento, por mais que a gente se esforce.”(Prof10)

“No hotel, eu faço a mesma coisa, eu vou lá pra conversar, pra orientar, ver se eles precisam de alguma ação de saúde. Até mesmo no sentido social, às vezes necessita de uma roupa, essas coisas. Às vezes eles acabam levando bebida, bebendo, e lá dentro do quarto, desmaiando. Então, se eu sinto falta aqui na rua, eu pergunto pros meus amigos, mas se eles não estão conseguindo ter uma informação e eu vou atrás, bato na porta e consigo informações sobre eles. De um jeito ou de outro com o porteiro, com os amigos, porque apesar de trabalhar só nesse território, mas o nosso usuário está em toda a região central. E eu tenho contato com muitos deles fora da região, do nosso território aqui, com quem está na Praça da Sé, no Parque Dom Pedro, então, eu tenho essas informações bem mais rápidas.” (Prof06)

“Vou dar um exemplo, eu sou uma pessoa que fui usuário de um centro de convivência da igreja católica. Eu criei um vínculo ali há mais de quinze anos e, hoje, eu trouxe isso comigo na minha área profissional, onde eu uso bastante esse local, com roupas, eu pego roupa lá, trago pro usuário aqui, ou eu pego o usuário e levo até lá pra tomar um banho, pega uma roupa. Até mesmo nas alimentações, acabo conseguindo lá pra eles.” (Prof16)

Segundo a Assessoria da Saúde no DBA, o Consultório na Rua era um dispositivo muito potente, porque ampliava o acesso da PSR ao cuidado. Além disso, a questão do vínculo construído no território era fundamental:

“eu acho o consultório de rua um dos dispositivos mais criativos e mais potente que o SUS inventou nos últimos anos para acesso e o cuidado de populações em situações muito vulneráveis. Não só a questão da droga também fortemente, mas no geral, eu acho que tem populações, que estão em situação de rua, por vários motivos; necessariamente não moram na rua, mas estão em situação de rua na hora do uso, são de rua na hora de vender o corpo, situação de rua na hora de várias coisas. E essas populações, muitas vezes, não chegam espontaneamente aos nossos serviços de saúde. Então, você acha que tem uma rede de cuidado aberta mas você não tem, porque é uma rede que não consegue acessar as pessoas em muita vulnerabilidade. Acho que o consultório de rua, da rua, eu tenho minhas questões com o nome, mas são dispositivos potentes para a perspectiva de você poder estar com essas pessoas onde elas estão. Então, eu acho que o dispositivo mais importante no consultório na rua é a criação do vínculo. Já os consultórios que vão ser um consultório na rua, no sentido mais tradicional, eu acho que acabam passando por cima do vínculo, fazem até um monte de curativos, um monte de atendimentos, um monte de medicação, mas não acho que fazem o trabalho que eu entendo que é o trabalho central de um consultório de rua que é estar juntos com as pessoas, a partir deste estar junto, construir um vínculo, e a partir do vínculo poder pensar coisas singulares.”(G05)

[São todos agentes, mas um é agente social e o outro é agente comunitário de saúde. O que diferencia vocês?] “O que diferencia é o seguinte: o agente de saúde tem todo um comprometimento com os usuários que ele cadastra. Ele tem um número de cadastro, têm ali uma quantia de cadastro, eles têm que estar ali vendo aquelas pessoas, qual a medicação, qual o problema de saúde que eles têm, qual a patologia; e, eu, já acompanho as pessoa que estão mais vulneráveis socialmente, que não têm nenhuma condição de roupa, então eu vou atrás, pessoas que não conseguem chegar nos nossos serviços” (Prof11)

“Depois que o Braços Abertos entrou, a partir daí começa a ser diferente. É isso, 3 semanas depois mais de 60% das pessoas estavam em algum tipo de tratamento de saúde.”(G04)

Perguntou-se como se dava o acesso das pessoas que estão no fluxo, mas que não estão cadastradas no DBA para acessar outros serviços da rede intersectorial, da assistência social e da saúde:

“Devido ao Consultório de Rua essas coisas se tornaram muito fáceis pra todos eles. Nós temos os beneficiários que ficam dentro dos hotéis, mas os nossos, que estão na rua, por exemplo, eu faço parte de uma equipe de abordagem do fluxo, sou eu e mais alguns. E temos uma equipe de agentes de saúde que fazem o mesmo movimento aqui dentro do fluxo. Então, nós, que fazemos parte do fluxo, só do fluxo, nós pegamos essas pessoas e levamos até o nosso consultório, ou quando a pessoa não tem condições de ir, nós temos um radinho corporativo, nós comunicamos com nossos superiores, eles vêm até a gente pra poder atender aquele usuário. Então, não tem dificuldade nenhuma com aquelas pessoa que não estão no DBA, eles são bem atendidos e têm a mesma liberdade de estar perto de nós, de participar de cursos, de grupos que nós fazemos, eles têm os mesmos privilégios dos outros.” (Prof10.)

“Apesar de no meu tempo não existir Consultório de Rua, era tudo mais difícil; mas hoje em dia, com certeza, com os usuários que eu converso, é um grande ganho que toda a população de rua ganhou. Está mais próximo dele o médico, está mais próximo dele o agente de saúde, estão mais

próximos os enfermeiros, auxiliares, os psicólogos, todos os profissionais da saúde, estão mais perto deles na rua.” (Prof10)

“a gente faz um papel misto, um pouco Unidade Básica de Saúde, um pouco Consultório na Rua. A gente fala no território do DBA, mas quando se convivem os 491 pessoas hoje no programa, mas, também, convivem com todos os usuários que frequentam o que a gente chama de fluxo, que é a cena de uso mais frequente dali no espaço do centro. De dia tem umas 300 pessoas que usam, à noite temos umas 600 (...) logicamente todos nós estamos na Tenda tanto quanto no Consultório na Rua buscando o cuidar com diferentes estratégias de quem está no programa e quem não está no programa, mas todos são populações que estão no nosso território.” (G05)

“(...) os beneficiários, por exemplo, quando nós oferecemos o achocolatado e a sopa, muitos vão até o Bom Prato, que é onde eles fazem alimentação, e voltam pra tomar aqui porque já acostumar, falam que é tudo feito com muito amor. É pra vocês verem a importância desse vínculo. O vínculo que nós formamos aqui é muito forte, é uma coisa que você não consegue facilmente, você sabe que os moradores de rua são meio arredios, são meio desconfiados... ‘confio, não confio? Vou acreditar ou não vou? Por que estão fazendo isso?’, isso nós conseguimos cativar. Isso eu acho que foi uma grande conquista nossa.”(G06)

4.6.1.2 Direitos humanos, cidadania e reinserção social

É preciso entender que o usuário em uso prejudicial de drogas tem os mesmos direitos de qualquer pessoa, direitos à saúde, à moradia e ao trabalho. A reinserção social está diretamente ligada a essas oportunidades oferecidas por programas como o DBA. Essa oferta tem que ser baseada nos princípios da RD:

“Então, o DBA de uma forma geral é, para mim, um programa de garantia de direitos. As pessoas super excluídas, que com a entrada no programa, começam a ter acesso a uma hospedagem, para que eles tenham o seu espaço de descanso mesmo; eu acho que uma possibilidade da gente se aproximar mais desses usuários, no sentido do cuidado, porque a partir do momento que eles estão no “De Braços Abertos”, eles têm um acompanhamento cotidiano.” (G03)

[Você acha que o programa DBA faz com que esses direitos como cidadãos seja ampliado?] “Sim, eu percebo. Eu vou até dar um exemplo, de um rapaz que chegou aqui, ele chegava aqui nessa Tenda, essa Tenda antes estava muito fraquinha, caída, era feita de lona, era tudo de lona. Ele chegou aqui, super caído e ninguém pensava o futuro dele. Mas ele falava: “-eu quero mudança, gente, eu vim aqui pra mudar”. E, quando a gente conseguiu inclui-lo no programa, ele falou assim: “-a primeira coisa que eu quero fazer, vocês não acreditam, é um curso de cabeleireiro”. E, hoje em dia, ele faz parte aqui de um centro de formação de cabeleireiros, que tem aqui na região, muito famoso, e ele faz parte, ele é um que está lá estudando, já fez o primeiro módulo, já se formou cabeleireiro, hoje ele faz outras atividades lá, pra especializar mais.” (Prof11)

Nós fizemos muitos cursos complementares, muita educação continuada, voltada pra saúde, onde eu fui me qualificando, e hoje eu me qualifiquei na área social, de estar observando mais a parte social, dos direitos deles a entrarem nos lugares públicos, nas UBS, em todos os lugares públicos, até mesmo no banco, porque hoje em dia, por exemplo, quem está no projeto, que é beneficiário, eles vão até a Caixa Econômica, até a lotérica. Então, esses lugares, a gente faz com que o direito deles seja reconhecido, dele poder entrar e sair normalmente como qualquer outro cidadão.” (US02)

“E com baixa exigência, mas evidente que tem que ter o mínimo de exigência para estabelecer regras que eles perderam nessa convivência ali. Ali no fluxo, é a regra do crime que eles convivem 24 horas, né? Então, o segredo é o cuidado, o segredo é o convencimento, nós temos que convencê-

los que a atividade laboral, contribui para melhorar a qualidade de vida deles. Então, flexibilizar a atividade laboral perguntando, "-O que você gosta de fazer?" aí a nossa oficina de cultura e escultura, né? Fizeram quadros maravilhosos, bombou." (G02)

Quando era dia de pagamento das frentes de trabalho pelo Programa Operação Trabalho, o fluxo ficava ainda maior, porque parte do dinheiro recebido pelos beneficiários era usado para o consumo da droga. No entanto, isso era interpretado pelos gestores como uma estratégia de redução de danos porque entendia que o usuário não precisava mais se envolver em situações de risco, como se prostituir sem uso de preservativo, furtar, entre outras situações que o colocassem em maior vulnerabilidade, para conseguir o recurso para o uso da droga:

[Você percebe que no dia que eles recebem pagamento com o aumento do uso?] "Sim, o fluxo fica um pouco maior no dia que tem pagamento."(G03)

"Agora, por exemplo, as máquinas de choque, as "teaser"; eu não quero que a inspetoria que vai trabalhar com redução de dano as utilizem. É, apenas, no limite de ter algum que está ameaçando o outro de morte, que aí, para evitar a morte você usa esse equipamento para mobilizar a pessoa; mas, não você não pode distribuir isso, como uma forma de tratamento."(G02)

A Secretaria de Direitos Humanos (SDH) foi criada em 2013 e atuava transversalmente com as demais secretarias de governo:

"Na verdade ela [SDH] entrou para ser transversal e fazer articulação, só que aí a gente começou se tornar mais executor, então tem algumas coordenações, por exemplo, quando criaram a assessoria de drogas, era só uma pessoa, eu. Então, eu não tinha como executar as coisas, só tinha que promover a transversalidade, só que a gente acabou se tornando executor, por exemplo, a coordenação LGBT, lançou trailers de transcidadania, para transexuais. A assessoria de drogas, a gente virou super executor, porque a gente tem dois convênios na Luz, cinco convênios na periferia de prevenção, convenio de pesquisa, toca o Conselho Municipal de drogas." (G03)

4.6.1.3 Estigmas e vulnerabilidade

São muitas as situações de vulnerabilidades e os motivos pelos quais as pessoas se encontram em situação de rua no fluxo/"cracolândia":

"Olha, eu já ouvi dizer que a minha visão é muito simplista, porque eu bato muito nessa tecla da pobreza, da miséria, do desafeto, da falta de estrutura familiar. Eu não acredito em falta de estrutura familiar, porque acredito que cada família tem a sua estrutura. De começo, tem a ver com tudo isso. Eu estou sendo muito franca agora, a maior parte dos casos que eu já atendi, nesses vários anos de rua, são crianças que vêm de FEBEM, são crianças que pais foram assassinados, que mãe morreu de AIDS, que o pai tá na cadeia, que foram para o abrigo, do abrigo saíram, foram passando pelo sistema carcerário; e, estão se havendo aí como podem, como conseguem. É a porra da pobreza, é a miséria, porque, de 100, você pega um lá que tem uma condição melhor, que é um advogado, filho de um advogado, filho de um médico, mas, não é a realidade. É a negrada, é o preto, pardo, pobre

que tá ali, né? Porque a classe média, quem tem um poder aquisitivo melhor, tem outras formas de usar, tem outras formas de se cuidar, né? E o povo vem pra rua.” (Prof12).

“É um negocio bem complicado também a vida na rua, por parte do frio, a cabeça da pessoa começa a ficar vazia. Porque, querendo ou não, a solidão começa a ser companheira das pessoas na noite, mesmo rodeada, a pessoa tá se sentindo só. A rua, não é lugar de ninguém morar. A pessoa que usa droga, ela nunca fala pra você que é bom morar na rua, que é bom fazer o mal, por mais que elas façam. Elas falam sempre pra você fazer algo melhor, porque elas sentem na pele. O frio, às vezes, pra você dormir num lugar onde daqui a dez minutos pode chover, e você tá lá, dormir no chão porque não achou um papelão, acabou não conseguindo um papelão pra forrar o chão, e dormir no chão gelado, correndo risco de morrer, pegar uma hipotermia, ainda mais nessa época de frio. Você depende da caridade dos outros. Você depende sempre dos outros, tudo são as outras pessoas que estão fazendo por você; e, isso aponta dentro de você, “-pô, o que que eu tô fazendo por mim?”(US02)

“Quando eles viram que a gente estava oferecendo tudo isso, começou a criar um vínculo muito forte, eles começaram a confiar muito. Tinha o doutor J.C. também, que fazia uma escuta privilegiada pra eles, que é o psiquiatra. A gente começou a sentar e viu o que mais eles estavam precisando. Chegamos a abrir o banheiro pra banho, mas logo foi tudo detonado, porque a estrutura daqui é uma estrutura que não foi adaptada pra atender esse tipo de clientela. É uma estrutura de residência, então nós demos vários banhos. 20, 30 banhos. E eles são pessoas, que nem eu falei no início, que não estavam acostumados a tomar mais banho, eles perderam um pouco a noção da vida, do dia a dia, da dignidade.” (G06)

“É muita dor. Você lida com muita dor, lida com muita miséria, miséria humana; é você ver a pessoa em farrapos. É você ver, de repente, um cara de 17 anos chegando numa “cracolândia” já fazendo uso, mas não era um uso tão abusivo, e você vê esse cara depois de quatro, cinco anos... Eu acho que a miséria humana acaba com a gente.” (Prof12)

“As pessoas que estão na rua, elas não estão na rua porque são vagabundas; muitas só não aguentaram a pressão da vida! Porque tem gente mais inteligente do que gente, que tá até lá, no governo, dirigindo a gente, do que professores. Eu falo por experiência própria, porque eu só fiz até a sétima série; e, acho que consigo conversar com um advogado, um policial, no mesmo nível, sem ter completado a escola, e eu aprendi tudo isso, querendo ou não, pela rua.” (US02).

Algumas narrativas apontaram a vida em situação de rua relacionada com a busca pela liberdade, de viver em uma sociedade sem muitas regras.

[O que você mais gosta dali do fluxo?] *“Da minha liberdade. De fazer o que eu quero, quando eu quero, na hora que eu quero. Na verdade, é a falta de regras, né. Só que tudo na vida cansa e, tudo que é sem regra, tem problemas. [E o que você não gosta dali do fluxo?] Eu não gosto de ver as crianças que estão ali, eu não gosto de ver que o Brasil não está fazendo nada pra mudar isso; o governo não tá fazendo nada pra mudar a situação. Porque falar que vai acabar com a “cracolândia” é fácil; mas, tem que dar uma solução. E, a solução, não é só vir tirar daqui e levar. Isso que eu não gosto.” (US03)*

“É que nem eu digo, não é o financeiro em si que as pessoas acabam na rua, muitas vezes. As pessoas acham que muitas vezes é por causa de falta de dinheiro, mas falta de dinheiro não joga ninguém na rua não. Uma pessoa que não tem dinheiro e fica na rua é porque ela tá com outros tipos de problema, não é o financeiro, o financeiro, às vezes, é o menor dos problemas dessa pessoa, porque a capacidade que ela tem de se jogar na rua pra não depender de ninguém, ela deve ter muita força pra correr atrás do dinheiro. Então, ela não tá na rua por causa da falta de dinheiro mesmo. E é

aquilo, a rua é acolhedora também. Uma calçada é acolhedora, porque às vezes você vai dormir na sua casa, você não recebe um “boa noite” e, na rua, a pessoa divide o cobertor com você, se ela tiver comendo um pedaço de pão, ela divide com você. E a única coisa que as pessoas não dividem mesmo na rua, é a droga.” (US 02)

O estigma esteve muito presente nas narrativas; os nomes atribuídos às pessoas que fazem uso de crack eram “nóia” ou “crakeiro”.

“É preciso desconstruir um pouco essa opinião pública que se criou em cima do que é um usuário de crack. Então, todos os assaltos da cidade, são pelos usuários de crack, tudo que acontece de ruim, tá sendo impulsionado pelos drogados, pelo tóxico. Fica uma coisa muito estigmatizada, é uma marca mesmo.” (Prof09)

“Com toda a problemática, com todos os problemas que se pode ter, mas eu conheço exemplos muito clássicos de como isso foi positivo pra muitas pessoas, mas existe uma visão comum, que é impossível você tirar de dinheiro da população, da prefeitura, pra bancar um hotel e uma alimentação para usuário de crack, né? Por quê? O usuário do crack, ele tá nesse lugar do moral e, o usuário de crack, é o elo mais fraco dessa corrente; é inadmissível a sua existência. Ele é o home sacer da sociedade moderna, ele é o cara que pode ser morto.” (Prof04)

“Então, um dos hotéis fica lá na Zona Norte, na Freguesia. Aquele é considerado um Eldorado pra todo mundo que tá aqui; porque aquele hotel é o hotel das pessoas que diminuíram o uso, que já estão saindo dali, já estão para voltar pra família, para ter uma independência. Então, muitos daqui querem ir pra esse lugar. Só que, assim, dentro do que a gente tem aqui, eles são os exitosos, não é isso? Então, se eu tiver que mostrar experiências exitosas pra você, eu te levo lá. Só que no local onde ele tá inserido, eles são super marginalizados; os serviços de lá não querem atender, tem uma dificuldade muito grande, “-mas por que trouxeram o pessoal da cracolândia pra cá?” Gente, não têm mais nada a ver com a cracolândia, são pessoas que estão em reabilitação, que já estão sendo produtivas.” (Prof 09)

“Porque o grande lance da redução de danos, também é isso, não é falar que o cara vai parar de usar droga, não é isso. É conseguir, que ele consiga perceber, que ele tem um cuidado, né, porque muitos se sentem um lixo, eles passam isso, eles te falam isso, “-eu sou um lixo, quem é que vai ligar pra mim?- sou um crackeiro”; e, é conseguir fazer com que esse cara se perceba como cidadão, como gente, e consiga se organizar minimamente.” (Prof12)

“É chocante falar pras pessoas; eu não quero que ele pare de usar droga, a única coisa que eu quero, é que ele consiga ter um círculo social, uma vida social como qualquer outro. Porque todo mundo toma 2 litros de coca-cola por dia, 5 litros de café, fuma cigarro, faz um happy hour no final do dia e, tem uma vida absolutamente normal. Por que isso não é considerado? não é taxado como usuário? Tem milhões de alcoolândias por aí, e, as pessoas, só ficam em cima das cracolândia.” (Prof 09)

“A questão física estética é uma coisa que pode ajudar ou piorar muito. Então, esse emagrecimento, esse envelhecimento, isso é uma coisa que as pessoas, por mais que ela esteja limpa e com uma roupa bem arrumada, as pessoas têm aquele estereótipo que ela bate o olho e ela já sabe (...) é uma pessoa que quando você entra na loja, é igual o racismo, é uma fumaça que tá lá, você tenta pegar e não consegue; é um olhar diferente; ele tá olhando a loja, ele tá fazendo as coisas, mas ele tá de olho naquela pessoa. Mesmo que não tenha absolutamente nenhuma intenção de roubar, de fazer nada que perturbe a ordem.” (Prof 09)

“às vezes, eles se xingam, se chamando de nóia, crakeiro; são os principais termos.” (G10)

“Acho que tem talvez três estigmas importantes; um é do usuário com ele mesmo, eu estava outro dia na Tenda e chegou um usuário novo que eu não conhecia e aí eu falei: “-Como é que você se chama?” aí ele falou: “-eu não tenho nome, eu sou um Nóia”, aí eu falei: “-É, engraçado, você está falando comigo, eu achei que era uma pessoa”, aí fui brincado e tal, aí ele falou o nome dele (...) outro dia, eu estava andando por lá, aí um cara falou: “- É interessante, vocês já passaram por mim duas vezes, falando comigo; as pessoas que vêm aqui, não são assim não, eles chegam aqui, no fim de semana, deixam o carro aqui, levam um susto quando veem a gente na hora que saem do carro.” (G05)

“Os estigmas é pensar que o que “dá conta” de usuário de crack, é a repressão. Para essa população até 2013, a resposta do Estado era sempre a repressão. Então, há um preconceito com relação a essa população muito grande. Por isso, que nós estamos destacando agora, nós estamos com uma exposição, está no gabinete do prefeito e depois vai circular para bibliotecas, espaços culturais, faculdades, da história de vida de 16 beneficiados nossos. (...) é Noia, é lixo. Entendem como lixo da sociedade, que não tem recuperação.” (G02)

O DBA fez uma Exposição com fotos de alguns usuários contando suas histórias de vida para sensibilizar a sociedade sobre as pessoas que estão no fluxo/“cracolândia”.

“a gente fez até uma exposição, ela está lá na prefeitura nesse momento; já estive no centro cultural, que são fotos dos nossos usuários com a história de vida deles, contada por eles e a gente está querendo rodar os centros culturais da cidade, para dialogar com a sociedade, para que ela possa enxergar aquela pessoa que fala: “-Eu morei na cracolândia durante 6 anos”, mas de outro lugar. São fotos super bonitas; as pessoas estão com o olhar de como elas são, com o olhar digno; enfim, contando a sua história; e isso foi interessante quando estava no centro cultural Banco do Brasil, as pessoas que foram da cidade tiveram uma nova percepção! Então, isso é um desafio imenso, enorme. Como conversar com a cidade, sobre essas pessoas, de um outro jeito? Porque, isso, é um grande problema e, tem o desafio do preconceito institucional, os nossos trabalhadores também são pessoas (...) quando a gente fala que toda vida vale a pena; que não podemos desistir de ninguém; é um grande desafio, porque o estigma não é só do pobre, mas pobre e regresso de instituição prisional e, também, drogado, acaba criando muitas questões; eu acho que o mais importante, é não negar que ele existe, não é?” (G05)

4.6.1.4 As potencialidades, os desafios e a sustentabilidade do Programa

✓ **As potencialidades do Programa**

O DBA já obteve resultados expressivos como, por exemplo, a redução no uso do crack, o retorno ao trabalho, a melhoria do cuidado e, até mesmo, a reinserção familiar. Por meio da oferta de um pacote de direitos (como frentes de trabalho, os cursos de qualificação profissional, a moradia) os usuários puderam modificar sua perspectiva de vida, que antes era voltado somente para o uso da droga e investir em outras fontes de prazer. Conseguiram reduzir a sua situação de vulnerabilidade, obter a sua própria fonte de renda e investir sua energia, não apenas no uso da droga, mas em outras fontes de prazer, que permitissem uma melhoria da qualidade de vida.

Com isso houve uma diminuição no uso prejudicial de crack e outras drogas.

“O que mais impactou, é que 88% reduziu o consumo de crack. Expressivamente de 45,50 pedras por semana para, em média, 17 pedras por semana. Isso dá uma, duas pedras por dia. Tiveram beneficiários que chegaram ao programa consumindo 20, 30 pedras por dia; hoje ele consome uma pedra por semana (...). Eu acho que a coisa mais exitosa é que hoje nós temos elementos para dizer que houve redução de danos e melhorou a qualidade de vida das pessoas. São radicalmente diferentes! Tem pessoas que são do fluxo, e, é uma das que estão na exposição lá no gabinete do prefeito, que pesava 30 kg e hoje pesa 75 kg. É uma outra pessoa! fisicamente é outra pessoa, passou a cuidar do corpo, passou a se valorizar e se recuperou.” (G02)

“Os beneficiários reduziram muito o consumo. Então, as pessoas que fumavam 40 pedras, fumam duas, três na semana; fumavam 40 pedras por dia, hoje fuma pouquíssimo, diminuiu muito. Isso é um grande ganho do programa, porque a redução de danos é uma coisa real. Então, diminuiu muito o uso. (...) Porque você ocupa o tempo das pessoas; você dá outras possibilidades, a possibilidade de tratamento do cuidado da saúde, de conversar com o técnico, do trabalho, você começa a dar alternativa, então se diminuí. É fácil diminuir, se você der um lugar para dormir, você já dorme mais, são mais horas que você está dormindo, que você tem uma cama.” (G01)

Eu tenho visto, por exemplo, pessoas que eu cuidei na rua há anos atrás, que já passaram por várias fases, né? Esse programa (DBA) eu sou apaixonada, acredito muito que vai dar certo. É um bebezão que tá aí, porque dois anos, é um bebê. Mas, assim, já vi muita gente, cara, voltando a estudar, estar com a família num lugar mais protetivo. [Isso, depois que entrou para o programa?] Isso, depois do programa. Uma diminuição tremenda, de falar assim: “-não, tia, agora só tô usando final de semana.” (Prof12)

“A gente acaba atendendo e criando um vínculo, por menor que ele seja a pessoa vê uma resposta positiva, ela vai te procurar de novo. Várias vezes que ela precisar, tem pessoas que saem daqui e voltam. Teve um moço que saiu, a mãe voltou com ele, a mãe encontrou ele aqui, já fazia mais de 5 anos que ela não via o filho, foi muito emocionante. Ela voltou e falou “-Dona, a senhora é uma pessoa que a gente confia, então, eu vim aqui pra ver para aonde a senhora pode encaminhar o meu filho para ele conseguir um trabalho. É uma coisa que se ela for no Poupatempo, lá tem o CAT; mas não, ela quer ouvir isso da gente. Isso é uma coisa gratificante. Você sabe que seu trabalho está sendo válido, está sendo visto.” (G06).

“para entrar no programa, ele não precisa estar em abstinência do crack, ele entra no programa fumando 30 pedras e, a convivência com atividade laboral, com as oficinas, tendo uma moradia, com acompanhamento e o cuidado, que é feito por esses 75 técnicos, gradativamente, ele reduz o consumo. Ele passa a ter outras perspectivas que não tinha ali no fluxo. Porque lá no fluxo, ele só tem essa droga, né?” (G02)

“Na verdade, é o que eles já tão fazendo, ajudando a concluir meu estudo, já me matricularam numa escola. Tipo assim, eles não tão querendo, “-ah, vão pra casa de pensão”, não, “-olha só, quer mudar de vida? Essa vida não é boa pra você? Tá tendo escola, vamos voltar a estudar?” então, agora eu voltei a estudar, me colocaram num hotel, já me tiraram da rua, entendeu? Já tenho um lugar quente pra dormir, um lugar tranquilo. Na verdade, o acompanhamento é isso, é você instruir qual é o caminho que a pessoa deve andar, dar a direção. Arrumar um emprego, fazer um curso profissionalizante, são essas coisas que ajudam as pessoas aqui. Tem pessoas talentosas aqui.” (US 03)

“Nós temos um cadastro único que é preenchido cotidianamente pela saúde que traz algumas informações; por exemplo, 65% quando entrou no programa, usava droga todo dia; hoje, 55% refere a usar a droga uma pequena parte do dia. Para a gente, o principal indicador, na verdade é esse, porque eu consigo trabalhar com a pessoa o vínculo afetivo, moradia, trabalho; então, a gente tem alguns dados que a gente gera, cotidianamente, não é uma pesquisa marcada.” (G05)

[quanto você gasta de droga por semana?] Sei lá. Sabe que eu nunca fiz as contas? (...) Ah, eu uso de tudo. [Você acha que você diminuiu depois que você entrou programa?] Isso que eu ia falar, diminuí bastante, eu fumava todo o dia. Andava descalça, nem banho não tomava. Chegava a usar mais de R\$ 300,00 em crack por dia, dá umas trezentas pedras, é R\$ 10,00 cada uma (...) agora não! tem dia de semana que eu não uso! Agora, quando chega sexta-feira... gasto uns R\$ 100,00. Porque o programa me deu um lugar para morar, tenho onde me alimentar, trabalho, já ocupo mais minha mente, não fico tanto ali no fluxo (...) comecei a conhecer pessoas diferentes, umas pessoas falando para mim “-você é uma menina tão bonita, vamos mudar, e tal.” (US06)

“Eu pergunto ‘-o que tá levando você a usar?’ “-Ah, doutor, às vezes chega sábado e domingo, não tenho pra onde ir, minha família é longe, aí eu vou usar”. Durante a semana eles trabalham, tem aquelas horas de trabalho, à tarde vão pra assistir filme, passa filme em alguns hotéis, ele vai estar ocupado com alguma coisa. Mas, no sábado e domingo é que aumenta. Mas, o que eu ainda acho, é a falta de ocupar a mente. (...) ou vai pintar, ou vai bordar, ou vai fazer computação, vai sempre tá ocupado, porque isso que é importante. Se eles ficam com a mente ocupada, eles não vão usar, por isso que a maior parte usa mais no final de semana.” (Prof14)

[O que você acha que faz diferença no programa?] Eu acredito que, a princípio, é você não proibir (...) É essa coisa lenta, o trabalho da formiga mesmo é a conscientização do outro. Ele vai ter alimentação, ele vai ter um canto pra dormir. Porque isso é muito organizador. Imagina você, três, quatro dias sem dormir; o quanto que te desorganiza, né? Você pega pessoas aí, com vinte anos de rua; o quanto é desorganizador em si; então, assim, a partir do momento que ele entra nesse programa, ele vai ter um lugar pelo menos pra dormir.”(Prof12)

“Aí pensando no 'Braços Abertos', ele olha para a população usuária de crack, não de modo é... tirando o crack do centro da questão e, pensando que são pessoas, numa situação de vulnerabilidade social, que tão fazendo o uso sim, intenso e abusivo de crack, mas que a gente precisa cuidar das demandas de trabalho, moradia, é de documentação de outros agravos da saúde. Então, ele é um programa de redução de danos; vem numa lógica de pensar o que que é possível com cada sujeito, que é muito mais do singular. E, pensada setorialmente; não vamos tratar do crack, vamos tratar do sujeito, só que o cara que já foi inserido no DBA, ele tá morando num hotel, ele tá assistido por uma equipe do social, ele tá numa frente de trabalho e aí, também, é a equipe de consultório na rua porque tem uma, vamos dizer, uma expertise, um traquejo com a população em situação de rua.” (G09)

A política de segurança pública no DBA tinha a premissa da RD como norteadora e não a repressão com a orientação de que os policiais da Guarda Civil Metropolitana (GCM) não entrassem no fluxo e que fosse trabalhado, por meio da inteligência policial, a barreira de entrada da droga no território. A qualificação da GCM foi um investimento importante do Programa, no campo da segurança pública.

“Depois de dois meses [como coordenador do DBA] virei secretário. Então, uma das coisas que na área de segurança e que nós vamos implantar, do ponto de vista de incluir a segurança preventiva, na lógica de redução de danos. Nós estamos criando aí na região da luz, uma inspetoria especial de redução de danos da guarda civil. (...) A ideia é que os nossos guardas, que vão atuar permanentemente aí, tenham a dimensão da política de redução de danos, conheçam mais a política de redução de danos, de modo que a formação desses 300 guardas será feita pelo pessoal da saúde mental, pela

assistência social e pela secretaria do trabalho. Nós estamos incluindo, a ação preventiva, da guarda na lógica de redução de danos, de tratamento com o usuário de crack. Isso é uma revolução.” (G02)

“Porque tencionam o fluxo e não resolve nada. Segundo o departamento de narcóticos, circula aí, nesse espaço, 200 kg de crack por mês. A ação que nós queremos de segurança pública é mapear os grandes distribuidores e impedir que a droga chegue (...) não atuar na cena de venda e de uso, mas inibir que a droga chegue; e atuar contra os grandes distribuidores. Se eles fizerem isso, o fluxo diminui e, conseqüentemente, há a possibilidade do nosso programa e o programa, também, do governo do estado ampliar. Porque o objetivo nosso, ali, é cuidar do usuário de crack.” (G02)

Observou-se que trabalhar com usuários de drogas dentro de uma perspectiva da RD também ajuda a diminuir a frustração dos profissionais com as recaídas:

“Eu acho que a gente, está num momento feliz; porque a gente, finalmente, está enxergando a pessoa de uma forma integral; a gente não tá tendo aquela visão mais uma vez, que o sucesso do meu trabalho vem com a retirada total dessa pessoa do uso, com a reinserção total dela, como se a gente tivesse esse poder miraculoso, mágico, de resolver a vida de todo mundo. Quando a gente parte, de uma ideia de que a gente vai trabalhar com as falhas, vai trabalhar com as recaídas, vai trabalhar com tudo que é um ser humano, que usa ou não, todas as falhas que são possíveis, fica mais fácil de trabalhar. Quando não se espera essa cura milagrosa, ou essa postura clínica, com essa coisa muito higienista e muito policialesca.” (Prof09)

“Então, são os estágios; tem os que não conseguem ir, os que passam a ir e os que passam a levar a rua pra dentro do hotel. Todo o esquema, todo o jeito que ele vive vai pra dentro do lugar. E aí, que eu te falo da coisa do avanço, e, depois você vê que ele vai mudando, começando a cuidar mais dele, a coisa do banho, da alimentação, de trocar de roupa, passar a usar menos, de repente, tá usando só no final de semana; tem a grana dele, que ele pode programar, né? Então, assim, evita-se um monte de outras situações. Então, ele tem a grana dele que ele vai poder ir lá e comprar a droga de uso dele, como a sociedade faz, né? A gente sai, toma cerveja, toma um vinho, compra cigarro, com a grana da gente. Eu conheço vários que saíram, que já tão num outro estágio.” (Prof12)

“É surpreendente; porque muitos deles que eu encontro no hotel hoje, eu encontrava anteriormente, todo sujo, todo jogado, só no uso, e hoje em dia eu encontro alguns deles dentro do seu quarto, que é onde eles consideram a moradia; eles têm ali, um fogãozinho pequenininho, mas tem ali o quartinho dele, preserva como se fosse uma casa. E, muitas vezes, eu chego nesses quartos, são tão bem arrumados, que eu acho uma diferença enorme, entre ele estar no uso, no fluxo, e quando está dentro do hotel.” (Prof11)

“Que a gente tem histórias de sucesso tem. A gente tem histórias de reabilitação, de reinserção, e a reabilitação e reinserção é o auge, o ápice! Mas, eu consigo pessoas que conseguem estabelecer uma rotina de vida e diminuir um pouco o uso. Não têm mais essa ideia que a gente tenta combater, aquela ideia de que sarar a pessoa, de que curar a pessoa é fazer com que ela pare de usar aquilo. Então, parar de pensar que foi um sucesso a partir do momento que eu tirei aquela pessoa daqui e fiz com que ela se reinserisse e parasse de usar droga. Isso seria um histórico de sucesso, mas, a gente sabe que não é assim. E não é nem esse o foco! o foco é redução de danos, o foco é ensinar pra pessoa, que ela tem aquele uso, mas, apesar do uso, ela pode ter uma vida social, ela pode ter um trabalho, ela pode ter outras coisas.” (Prof09)

Ainda, dentro da lógica da RD, a maconha é citada por um dos gestores como uma porta de saída para o uso prejudicial do crack, ao contrário do que é veiculado na mídia de

que a maconha é a porta de entrada de drogas em geral. Assim, os usuários que usavam muito crack, mas que agora passaram a usar mais a maconha foi considerado um avanço no modo de uso prejudicial de drogas. Outra estratégia de RD identificada pelo programa foi o uso de parte do dinheiro que o usuário ganha por semana para comprar a sua droga porque ao fazer isso o usuário deixaria de se sujeitar a situações de risco para a aquisição da droga.

“Tem muita gente utiliza o próprio dinheiro que está ganhando para usar; o fluxo fica um pouco maior no dia que tem pagamento.” (G03)

“Já me convidaram para me internar no “Missão Belém”; mas, nada comparado com o “Braços Abertos”, que vem ajudando também, queira ou não queira, vem ajudando. Se eu tivesse morando na rua, eu estava voltando pro crime de novo, roubando direto. Mas, devido a isso aí, tenho meu dinheirinho todo final de semana, não há necessidade de sair para roubar para usar droga. Então, parei mesmo. Desde quando eu saí da cadeia também que eu venho arrumando trampo aí, porque eu tinha como eu me sustentar, entendeu? Nas coletividades, na casa do meu pessoal também, começava a chegar pra mim, tinha um crédito, fazia conta no bar, pagava certinho no bar, pinga, cigarro, tudo.” (US07)

“Uma parte que ele recebe, ele gasta no próprio fluxo; mas a diferença é que ele hoje gasta com o dinheiro dele. Diminui o furto, por exemplo, na região com o programa. Furto de pessoas e roubo de pessoas. Porque, se ele recebe o dinheirinho dele lá, R\$ 570,00 reais, ele usa e não precisa furtar para usar (...) a maconha é porta de entrada para drogas, mas para o crack é a saída. Se todos os beneficiários que viessem da chamada cracolândia, para o programa De Braços Abertos, com o tempo, eles deixassem de consumir o crack e consumissem, por exemplo, a maconha, já seria redução de danos.” (G02)

Uma potencialidade também foi o tempo de permanência do usuário no programa porque demonstrou a adesão dos usuários a essa proposta de programa:

“Então, existe quem permaneceu; eu acho que, dos 430 iniciais, 60%, umas 250 pessoas que estão há dois anos no programa. Desses 250 que estão há 2 anos, eu acho que tem uns 30 ou 40 que não estão mais lá na cracolândia. Eles foram deslocados para um hotel que fica numa região ao norte, já num outro padrão de inserção. Esses caras, já estão procurando outras inserções laborais e tal. Isso foi construído, a partir da demanda que eles colocaram: “-A gente quer sair daqui”. Começou-se a perceber que a permanência no local ali perto, na região, é um fator limitante também.” (G04)

A estratégia do “*Housing First*”, de proporcionar uma moradia como ponto de partida para mudança foi um princípio norteador do Programa. A garantia de direitos de cidadania, assegurada pela moradia, proporcionou uma sensação de segurança e proteção aos usuários que estavam em situação de rua. Eles conseguiram dormir com mais tranquilidade saindo de uma situação constante de estresse que o morar na rua pode promover.

“Ah, quer ver uma das coisas que eu acho legal no “De Braços Abertos”? Quando o cara diz assim: “-Depois de muitos anos, eu vou dormir com os dois olhos!”. Para mim, é uma sacação; você sai de uma situação de enorme estresse, ameaça real, para um situação de tranquilidade. Estou sendo bem biomédico; você baixa o nível de cortisol profundamente. O cara que vive, em contínuo nível de alto

cortisol, não tem como não se desgastar no global. O cara na rua, está no pico de cortisol o tempo todo, não tem como o cara se organizar nos tempos, nos ritmos que a gente imagina; (...) a saúde ou o trabalho, concebem que sentir-se seguro e protegido, é essencial para o cara ficar bem. Correspondendo em relação à questão do cortisol. Se, fisiologicamente, você não tem uma regulação mínima, você está sempre sob ameaça, há a paranoia, não é? Não adianta a gente ficar chamando o cara de paranoico ou agitado ou agressivo. A gente sabe; se você está com medo, a sua reação é sempre de ataque, sempre alerta. E as pessoas são agressivas. Eu já observei, eu tenho conhecido muitas cracolândias pelo país. Várias vezes eu cheguei, os caras olham, fazendo um teste, uma triagem, aí depois eles mostram que estavam com droga, várias vezes eu vi isso. As pessoas têm medo; medo do colega, medo do branco, medo da polícia, medo de tudo.” (G04)

“Por exemplo, tem algumas pessoas que não querem tirar documentação porque devem para a justiça; então, eu acho, que é uma questão de direitos humanos, você dar acesso à defensoria pública. A questão da hospedagem, ela faz toda uma diferença na vida deles, tem usuário que fala, “- hoje eu durmo com os dois olhos”. A alimentação, também, é uma questão muito importante (...) a grande crítica era, “- ah, vocês estão dando “bolsa crack”, vocês estão dando dinheiro para eles comprarem crack”; eles compram tanto outras coisas, que não só o crack, o crack também, isso favoreceu diminuiu o furto na região então, é um conjunto.”(G03)

“eu acho que a gente devia começar a discutir se ter um teto seguro é fundamento de subjetividade, para o desenvolvimento subjetivo. Uma subjetividade que tem que se constituir sob ameaça contínua, ela vai ser precária, não tem como. Ela vai trabalhar num registro ataque e defesa e do presente, do imediato. O cara não consegue nem relaxar para ver depois, ele está sempre na desconfiança. Então, eu acho que a gente devia realmente começar a discutir que, diferente de achar que tem que ter hospital psiquiátrico, a gente tem que ter um espaço de moradia, primeira coisa, até como segurança, como um teto. E a segunda, como um delimitador de subjetividade, vamos dizer, você tendo o seu lugar, o seu lar, não precisa ter propriedade, vamos dizer, o teu canto, o teu lugar, de onde você encosta a sua cabeça no travesseiro e dorme e tal, e sonha, e pensa, e projeta e faz essa reciprocidade, não tem como não fazer uma mudança.”(G04)

A diminuição do estigma aos usuários pelas pessoas da comunidade do entorno do fluxo foi um resultado do programa. Houve, também, uma diminuição de furtos no território do centro e diminuição do tamanho do fluxo da “cracolândia”:

“Tem um, como é que fala, um cara lá que falou assim: “Antigamente, eu andava na rua, ia pedir uma água num bar, o cara me expulsava. Hoje, eu estou passando, varrendo, ele me chama para tomar café.” (G04)

“Um indicador de território, como o número de ocorrências policiais no bairro, caiu; o número de roubos caiu, o número de furtos caiu, o número de roubos de carro caiu (...) o número de estupros caiu; (...) tinha 2, teve 1, mas caiu, no sentido, assim, não cresceu. Estatisticamente pode ser irrelevante, mas só o fato de não estar crescendo eu acho que é interessante.”(G04)

“Hoje tem umas 500 pessoas [na cracolândia]. Esta foto aqui, se você juntar tudo aqui, deve dar umas 500 pessoas. Isso aqui ficava tudo lotado; ficava lotado e o quarteirão, por dentro, ele era ocupado. A primeira vez, que eu fui, era um negócio esquisitíssimo. (...) eram 1.500 pessoas; dizem que à noite chegava a 2.000 pessoas fácil.” (G04)

O monitoramento do DBA por meio de indicadores foi um avanço realizado pela gestão do programa. Porém, definir quais são os indicadores de sucesso do DBA se tornou um desafio. A sociedade espera que as pessoas parem de usar crack, mas dentro das estratégias

da RD se a pessoa reduzir o uso prejudicial de drogas, se ela melhorar o cuidado e se reintegrar à sua família, esses já seriam indicadores de sucesso importantes alcançados pelo Programa.

“Tanto que é assim que, por uns 2 anos, não tinha indicador. Isso quem bateu muito nessa tecla, que arrumou foi o Benedito. Porque não tinha um indicador. Porque, qual é o indicador? Porque, a gente está acostumado a um indicador assim: parou de fumar, parou de beber, controlou a pressão, controlou o diabetes. E, lá o indicador era outro. E como que você vai mostrar para a população, para a sociedade civil, que o seu indicador não é exatamente, a pessoa parar de usar crack? É ela ser feliz ou usar menos; aí você como você vai falar isso para a população? “-Mas ele está feliz.”, aí a população vai dizer: “-Vocês são loucos? como é que a pessoa que está usando crack está feliz? Ela está doente”. Entendeu? Então, assim, teve muito cuidado para ter esses indicadores.” (G01)

A intersetorialidade, também, foi uma conquista da gestão do Programa. A perspectiva intersetorial do acompanhamento aos beneficiários, em conjunto, pelos três setores da saúde, assistência social e trabalho permitiu um olhar plural para a questão do fluxo/“cracolândia”:

“muitas vezes, o cara não vai trabalhar, porque ele não tem condições de trabalhar; não porque ele usou muita droga na noite anterior (...) se o cara conseguiu falar com a família, e foi visitar o filho, ele não vai trabalhar. Então, você vai descontar ele porque ele está conseguindo ter uma conquista?” (G04)

“Eu acho que o DBA, o diferencial é que ele permite uma soma de todas essas pastas, assistência social, o esporte; você traz uma coisa de discutir com todo mundo, com a sociedade. (...) as pessoas falam, “-ah, o Governo”; mas o Governo somos nós; nós somos o Governo. Então, a sociedade está representada, também, por todas essas caixinhas, que são as secretarias, entendeu? Se dividiu o orçamento e teve um acompanhamento, uma avaliação, uma análise, mas nós estamos tudo junto. Então, você trazer isso para uma discussão intersecretarial é muito importante; essa é a diferença. O Consultório na Rua é do cuidado da saúde, só da saúde. Então assim, você precisa passar o conhecimento para essa equipe para que ela promova saúde, tem que ser saúde no sentido da constituição, amplo, com direito a casa, a comida, a cultura, a tudo.” (G01)

Outra potencialidade foi o incremento do poder contratual dessas pessoas que estavam em situação de vulnerabilidade social:

“As potencialidades? Eu acho que a gente depende, de fato, de dar um passo para a frente, em relação a elevar o nível de contratualidade. Porque, depois de anos, é uma excelente demonstração de que é viável estabelecer contratos. E, o Haddad, mesmo falou: “-Dá para fazer contrato com qualquer pessoa.” Assim, ele incorpora essa ideia: “-É possível contratar com qualquer pessoa.” Isso é uma coisa legal, porque você não precisa excluir ninguém. A ideia é, que a relação, o poder contratual, o contrato possam se complexificar, elevar o nível de capital, capital social, cultural. E hoje, eu acho cada vez mais que a questão cultural é essencial; quanto mais a gente consegue enriquecer culturalmente as pessoas. Porque, isso tem sido em geral, uma aposta mesmo; se a gente for disputar no mundo, não vai ser pela abundância material que a gente vai conseguir ter equidade. Aliás, para a gente conseguir ter equidade, partir daquilo que a gente chama, de capital social, pelas interações e de cultura. (...) esse pacote de direitos básicos, garantido à pessoa, pode, simplesmente, viver muito de forma simples, mas ter muito acesso à cultura, aos instrumentos da cultura, aos instrumentos das relações sociais que ele vê que tem potencialmente.” (G04)

O Programa DBA era mais amplo do que apenas a oferta aos seus beneficiários cadastrados, tinha uma Tenda que ofertava o cuidado para todos os usuários do fluxo, independentemente de estarem cadastrados no DBA. Aos cadastrados, denominaremos de beneficiários já aqueles que frequentam o fluxo, mas que não eram cadastrados no Programa, denominaremos de usuários de crack do fluxo.

“Então, tem usuário que são do fluxo, eu vou dar o nome, porque a cena de uso eles chamam de fluxo, que frequentam a Tenda para ir ao banheiro, para tomar sopa, para tomar banho; os nossos beneficiários do programa “DBA” que ficam nos hotéis, eles também podem usar a Tenda, mas não necessariamente eles usem tanto, porque eles já têm um upgrade que já tem um hotel, tomam banho lá e tudo mais. Então, quando a gente fala da Tenda do “DBA” ela é para o território, não só para os beneficiários, mas os usuários que estão no fluxo.” (G03)

“A gente precisa fazer essa discussão com os usuários, a gente teve um avanço na Cracolândia e aí eu não estou falando do DBA, mas da cracolândia em si, que quando ela teve início na década de 1990, sempre teve redutores de danos que atuavam naquele território com eles então, hoje, por exemplo, não se vê usuário de crack na cracolândia usando latinha para fumar crack, por exemplo, todos tem o seu próprio cachimbo.” (G03)

Houve, também, casos de reinserção social dos beneficiários relatados pelos profissionais que os acompanhavam:

“Eu vou até dar um exemplo, de um rapaz que chegou aqui nessa tenda, ele chegou aqui super caído e ninguém pensava no futuro dele. Mas, ele falava: “-eu quero mudança, gente, eu vim aqui pra mudar”. E, quando a gente conseguiu incluir ele no programa De Braços Abertos, ele falou assim: “-A primeira coisa que eu quero fazer, vocês não acreditam, é um curso de cabeleireiro”. E, hoje em dia, ele faz parte aqui da Teruya, que é um centro de formação de cabeleireiros que tem aqui na região, muito famoso e ele faz parte; ele é um dos que estão lá estudando; já fez o primeiro módulo, já se formou cabeleireiro; hoje ele faz outras atividades lá, pra especializar mais. Ele já está muito profissional e ele é um orgulho pra gente. Então, quando você fala em qual sentido tem ajudado? tem ajudado essas pessoas, que têm uma visão diferente e procuram apoio e, nós temos lá vários cursos, e as pessoas se identificam com aquele curso e vai com vontade.” (Prof11).

“Vou dar um exemplo, a gente teve um beneficiário que estava direitinho, conseguiu um emprego formal, alugou uma casa sozinho, mas, a gente continuava acompanhando; até a gente veja que está firme mesmo e não precisa mais dos nossos serviços. Mas, a gente tem o acompanhamento, sim, tanto para o trabalho formal, como retorno familiar, a gente tem os acompanhamentos. Agora, tem casos, por exemplo, de outros estados, que não tem como acompanhar, mas quando é possível, aqui, em São Paulo, dentro da região, a gente consegue. E, tem muitos deles, que ligam, pegam o telefone pra falar: “-eu estou bem, estou aqui na minha família.” (Prof 16)

“O programa, na minha visão, só tende a crescer agora. A gente tem casos de sucesso de beneficiários que estão na família, estão super bem; está ganhando muito bem e não teve recaída, voltou o contato familiar com os filhos, com a mulher, com a mãe. O programa só está tendo vitórias no momento, na minha visão.”(Prof16)

“mano, como eu te disse no início; alguns vêm, dão uma palavra amiga, irmão, e vai embora. Mas uma casa? ninguém deu pra nós, cara. Me deram uma casa! pode falar o que for, mas ninguém me deu uma casa. Uma casa, um banho quente, tenho onde dormir, por mais que seja do jeito que é, eu

tenho onde dormir, é o sonho de muita gente (...) Nada vai ser em vão, mano, apesar de 99% não dar certo, mas, pra vocês, aquele 1% que der certo, vai valer a pena. E, eu pretendo, ser um desses daí, fechou? É nós.” (US05)

“Eu vou te dar um exemplo, de uma pessoa que eu venho acompanhando aqui na rua há mais de seis anos, e hoje, faz nove meses que ele voltou pra casa dos pais. E, olha que está em outro Estado; está lá no norte de Minas. E, eu tenho todo o acompanhamento dele lá e eu aqui. Eu acompanho pelo “zap”, eu acompanho pelo telefone, pelos familiares, na internet. (...) mas, aí a gente chega naquele modo, não só porque ele deixou o programa, porque a gente lutou pra ele deixar o programa mesmo, pra voltar pra família, mas a gente não abandonou, a gente continua assistindo mesmo de longe (...) Está bem, está trabalhando, estudando, tem várias fotos dele, manda várias fotos com familiares, com os irmãos, fazendo comida, porque lá, eles têm um sitio. Isso é muito legal. Dá muita alegria, mas, fora ele, tem muito sucesso que a gente já teve também.” (Prof16)

“Porque o usuário de crack, pra ele ter um progresso na vida, ele tem que ter um acompanhamento, ele tem que ter oportunidade. Por que se você perguntar ali no fluxo o porquê de cada um que tá ali, eles não tão ali porque eles querem, não! foi alguma coisa que levou eles ali, uma briga familiar, um desacato, porque a maioria que tá ali um dia vendeu droga, um dia foi trabalhador, entendeu? Então, assim, eu acredito que se o governo abrisse portas como o “Braços Abertos”, de trabalho nas cracolândias, pra ter mais vaga, muita gente poderia tá saindo e melhorando. Porque, você vê, os meninos que tão no “Braços Abertos”, o tempo que eles tão na rua trabalhando, não tão usando droga; querendo ou não, diminui.” (US 03)

“Olha, não tem tempo de saída, a saída acaba sendo negociada com o próprio usuário, essa semana eu estava lá e veio um usuário e falou: “-Olha eu acho que daqui há uns 3 meses eu estou fora do programa, porque eu já estou conseguindo ficar mais autônoma e estou arrumando um trabalho não sei aonde, acho que agora eu já estou melhor, tem muito mais gente que precisa do que eu, então eu vim te dizer que eu acho que há uns 2, 3 meses eu estou saindo do programa”. Então, o critério é esse, às vezes, a gente ajuda a pessoa a perceber que ela já pode sair, também, para não se acomodar ali; porque já conseguiu reconstruir vínculo de trabalho, vínculo familiar; às vezes tem gente que sai, porque sai, não porque estaria talvez em um momento absolutamente autônomo, mas porque sai no meio do caminho.” (G05)

A reinserção social via trabalho formal, não era um objetivo explícito do programa, porém era uma consequência almejada:

“Hoje são poucos, mas, tem pelo menos uns 25, que voltaram à atividade de trabalho formal, que não é o objetivo principal do programa, mas seria uma consequência. Esse mês, por exemplo, um ex-servidor do tribunal de justiça, voltou a trabalhar no tribunal depois de 4 anos convivendo no fluxo.” (G02)

✓ **Relatos dos principais desafios do Programa**

A gestão da estrutura das moradias e a gestão cotidiana dessas moradias, que envolvia a mediação de conflitos seriam um dos desafios do Programa:

“É muito desafiador, essa ida para o Canadá para a gente tem um pouco essa característica; lá tem mais de 20 anos que eles têm moradia assistida para essa população e são hotéis grandes. Eu acho que fazer a gestão de um hotel grande, com 140 pessoas, é um grande desafio porque ele é a porta de entrada; então, as pessoas entram com muita vulnerabilidade e aí, você tem muitas questões que precisam ser ressignificadas ali; da singularidade dentro de uma coletividade, que não tem afeto ainda. Então, a gente está tentando criar novos dispositivos; essa semana, nós conseguimos dois

hotéis novos e um vai ter 140 pessoas; então, como é que a gente cria pequenas comunidades, dentro de um hotel de 140 pessoas? A gente está criando dispositivos, para que daqui há dois meses, a gente já tenha outras coisas pensadas.” (G05)

Outro desafio seria a necessidade de construir uma porta de saída para os beneficiários do Programa por meio da reinserção social:

“O Trabalho também é um desafio, mas muito mais um desafio da porta de saída, de como que você, a partir de uma experiência de formação profissional, dentro do DBA, a pessoa fica mais autônoma, para poder ir para outra entrada, ou por cooperativismos. Estamos discutindo, também, algumas coisas de cooperativismo social, como uma porta de saída (...) temos pessoas com curso de cabeleireiro e tal, e, agora, está arrumando trabalho no salão, vai trabalhar, vai embora; enfim, tem esse desafio também.” (G05)

Os desafios de implementar ações de RD:

A gente distribui água ali no fluxo, a gente pegava as garrafas pets pequenas e resolvemos fazer uns cantis pra distribuir com a galera pra dizer assim: "Galera, quando a gente não estiver aqui, vai na pracinha aqui na frente tem uns bebedouros e enche lá", eles disseram "-Não, não podemos entrar ali, a polícia não deixa a gente entrar lá." Então a gente foi conversar com a polícia: "- Mano, por que o pessoal não pode entrar aqui?". "- Porque se eles entrarem aqui, a gente tem que pedir o documento deles" e a gente sabe que 80% da população aqui tem BO (boletim de ocorrência) aberto. Então, eles não acessavam o bebedouro, porque a polícia não permitia que eles entrassem pra pegar água.”(Prof 04)

“O DBA tem dois anos, já a quebra e o rompimento dos direitos humanos da população é muito mais antigo. O histórico de repressão a essa população é muito mais feroz, então, não queira você, num espaço de curto tempo, criar um vínculo e dizer pra esse cara: "-Olha, tua vida vai mudar". Eles tão acostumados com outras políticas, principalmente com a política de repressão. Então, quando ele acessa um serviço, fica muito presente na forma de olhar esse serviço, que o Estado é o seu inimigo! Nós, dos direitos humanos, já passamos muito por isso, da gente estar aqui fazendo um serviço de um ano, vem uma noite e a polícia dá uma geral, bota bomba, bala de borracha; então, o que nós encontramos muito, aqui, são as quebras dos vínculos continuamente, principalmente com intervenções militares.” (Prof 04)

A relação com o tráfico de drogas foi outro desafio identificado. Segundo alguns gestores, no início do Programa, o fluxo diminuiu bastante, no entanto, logo depois começou novamente a aumentar:

“Quando iniciou o “Braços Abertos” há dois anos, nos primeiros meses, houve uma redução significativa do fluxo, ou seja, dos consumidores ali na região; desorganizou-se um modus operandi daquele mercado. De uma situação que reunia mais de 1.500 pessoas, diariamente no quarteirão, reduziu-se para um grupo de 50, 100 pessoas, o que, relativamente, é como se não tivesse mais. O curioso é que após alguns meses, essa oferta aumentou e, o fluxo, voltou a se configurar, mas com novas características. O que pôde-se observar? O mercado começou a ser... a oferta de drogas aumentou em relação ao que era anterior ao DBA, em comparação. E, o modo de venda; aquilo que era visto como microtráfico, tráfico de consumo micro, começou a surgir traficantes explícitos, que montavam banquinhas, barraquinhas, assim, monta a barraquinha e vende; antes disso era mais

discreto, era só microtráfico que esconde, que vende aqui, uma ali, outra ali. O tráfico, vamos chamar, os grandes distribuidores, faziam a distribuição fora da área. Os vendedores chegavam com pouca quantidade de droga e iam circulando. [Qual a percepção dessa mudança?] Eu entendo; é uma desconfiança, mas, as desconfianças que a gente tem são fortes, que existe uma parte significativa do tráfico na região central da cidade, que historicamente, é ligado a uma parte da polícia. E, essa parte da polícia, certamente, tem um viés ideológico, é contrária à administração municipal e, vamos dizer, assim, que o sucesso do DBA.” (G04)

“(...) desafiando, vou chamar assim, o poder da repressão, que a administração pública tem, ou seja, a autoridade, ele [se referindo ao tráfico de drogas] desafia a autoridade da administração pública e aí, para a administração pública, como é manter a autoridade sem recorrer á força? Acho que esse é o grande dilema. Como é que se constrói esse lugar de ser autoridade, sem recorrer ao ser autoritário? Sem recorrer à violência institucionalizada. Porque, eu acho que na sociedade, o Estado tem o que chamamos do monopólio da força, para isso que tem Estado. Agora, a questão, é se o uso da força, não se institucionaliza com resposta única, como a questão de lidar com essas situações que, se a gente olhar direito, são contingentes. Mas, como tem um jogo de força que são estruturais, o jogo é estrutural, as situações são contingentes, entendeu? Então, eu acho que o dilema é esse: manter a autoridade, sem recorrer à institucionalização da força como resposta.” (G04)

“Nós temos que fugir da polícia junto com o usuário. Estávamos lá, eram 10:30 hs da noite, o Consultório estava lá e, aí, dois policiais foram cobrar a propina da semana, não chegou no acordo no valor e ele foram retidos pelos traficantes; chamaram reforço, o reforço chegou atirando, nossa equipe correu junto com os usuários, poderia ter sido atingida também, estava no meio, não é? Uma relação tensa, a gente tenta manter uma relação institucional possível; então, essa semana tivemos reunião da coordenação do DBA com eles, para poder construir alguma agenda, a gente consegue fazer algumas coisas culturais juntos; o bloco do carnaval saem juntos, mas sem uma ação mais efetiva, do governo do Estado, na questão do tráfico ali, é muito complicado, muito difícil. É uma relação tensa; a gente busca alguns espaços de convívio, mas, tem coisa que dá para você fazer junto um pouco no território; mas, a maior parte do tempo, não é uma relação de parceria; é, sim, muito difícil.” (G05)

“A gente tem obrigação como Estado de construir uma política pública para dar uma resposta; a gente tem uma dificuldade muito grande na relação com o governo do Estado, de que é o responsável pelo combate ao tráfico e, que assim, aquele fluxo, ele só se amplia e se sustenta, porque, alguém, sustenta os traficantes usarem aquilo ali como mercado.” (G10)

Assim, um dos desafios do programa foi lidar com o crescente aumento do tráfico de drogas naquele território. A entrada de drogas naquele território permitiu que a “cracolândia” se mantivesse ali. Segundo os gestores, seria necessário investir em inteligência da segurança pública para impedir a entrada de drogas naquele território:

“cada vez mais foi se estruturando uma indústria disso ou mercado muito forte que hoje é o crack na região da Luz mesmo; a gente vê, assim, é um mercado que gera muito poder econômica e na sociedade, se eu posso usar uma palavra é uma peste, né (...) agora a gente já teve momento de ações de que a não chegada da droga diminui pelo menos aquela condição perversa que as pessoas vivem ali.” (G10)

“é um local onde infelizmente a gente tem atividade do traficante, chega ali, entrega a droga, o dependente químico, o crack infelizmente é uma droga extremamente barata e extremamente violenta; há relatos de especialistas, que dizem que a segunda pedra torna absolutamente dependente o usuário.” (G11)

“Porque o tráfico está crescendo, entendeu, é outra coisa isso. De fevereiro para cá mudou a cena dali, ela está muito mais agressiva, muito maior, porque o tráfico mudou ali, enquanto o tráfico não tiver uma outra... e o Estado uma outra postura com o tráfico, você não muda a cena dali para o morador, você não muda.” (G05)

“E o pior de tudo, uma coisa que nunca aconteceu, vendendo as pedras nas bordas. Eles sempre escondiam e vendiam, agora é na borda!” (G06)

“Então, hoje a gente sente essa presença massiva, maciça mesmo desses egressos que é todo, não é nem linguajar, mas condutas bem atípicas do território; porque a região lá, também, sofreu uma mudança nos últimos tempos pelo número e tipos de consumos de drogas então, a gente sabe que lá, antes não é pedra, o pessoal costuma falar que é laje, tijolo, pelo tamanho; a oferta é abusiva e a vontade, creio que a gente tem hoje uma discussão a ser levada na cidade, no Estado, no país, sobre locais para utilização supervisionada dessas drogas, entendeu?” (G08)

“cada vez mais foi se estruturando uma indústria disso ou mercado muito forte que hoje é o crack na região da Luz mesmo, a gente vê assim é um mercado que gera muito poder econômica e na sociedade (...) agora a gente já teve momento de ações de que a não chegada da droga, diminui pelo menos, aquela condição perversa que as pessoas vivem ali.” (G10)

“O tráfico é cruel gente, o dia que a gente faz uma ação que eles veem que atrapalha, eles distribuem droga para todo mundo de graça, quando a gente fez uma ação em abril de manhã eles distribuíram, então, assim é uma forma de manter aquele comercio.” (G10)

Identificou-se, também, a necessidade de investimento na educação formal dos beneficiários para aumentar as possibilidades de reinserção social por meio do trabalho formal:

“Eu acho que o grande desafio é fazer com que, eu vou dizer a minha terminologia, o poder contratual deles possa crescer mais; acho que essa é a discussão! E, aí, eu acho que realmente, a questão educacional faz peso para se inserir em outros espaços de trabalho para além do trabalho manual, da varrição e tal você precisa, no mínimo, falar bem. Você, para entrar num lugar onde você possa ser porteiro, você tem que falar corretamente.” (G04)

Outro desafio do Programa era atuar com os usuários que se encontravam em situação de grande vulnerabilidade. É necessário trabalhar a “não adesão” dos beneficiários às frentes de trabalho, sem fazer um julgamento moral. Compreender que em muitas situações quando um beneficiário não adere logo à frente de trabalho que o motivo não é a malandragem. É necessário perceber, que muitas vezes, o usuário não consegue sustentar aquela nova posição na sociedade, visto nunca ter tido uma oportunidade dessas antes na sua história de vida.

“Tem os caras que ficam lá, dormindo, não é. Como é que você tensiona isso? Porque, também, tem esse aspecto que eu acho que a gente vai configurando muito claramente; é a questão que o Jessé Souza, coloca como questão da “ralé”, como a subjetividade da ralé, que é essa subjetividade... esqueci o termo... tem uma certa subjetividade precarizada, e aí, essa precariedade é isso. Então, nós moralmente, é difícil reconhecer que o outro tem uma subjetividade precária, parece que é um ser humano aquém. E, na prática, se a gente não reconhecer que está de fato aquém, a gente acaba

fazendo um julgamento moral, porque a gente resume a ideia de oferta, de oportunidade, e o cara não embarca na oportunidade, você cai em cima do sujeito: "-Ah, ele não quis. Não quer nada. Nada com nada". E, aí, você chega lá, e encontra com o cara 10h da manhã, o cara está dormindo, não foi trabalhar. O que você faz, não é? Então, em parte tem malandragem, sempre tem isso e aquilo, mas eu acho que a gente tem que ver realmente o quanto ele consegue sustentar essa posição; as expectativas reais que o sujeito começa a ter. Isso é uma coisa interessante porque, o que eu percebo, os sujeitos geram seus horizontes segundo o seu histórico. Então, se o cara tem um horizonte muito estreito, a gente tem que pagar muito, a gente tem que conseguir dar uma oferta que dê sentido real, senão ele não embarca.”(G04)

“Acho que tem um outro grande desafio que é da saúde; um desafio importante que é fazer valer uma coisa que toda a equipe fala, mas que é muito difícil no dia-a-dia, que é não desistir de ninguém. Acho que esse é o nosso lema e, também, o nosso desafio. Tem situações de muita vulnerabilidade onde você de fato, às vezes, você não consegue achar uma coisa para se segurar, acho que esse é um desafio permanente.” (G05)

A relação que o DBA tinha com o setor da segurança pública do território precisa ser problematizada. O território da “cracolândia” era filmado em tempo real e as imagens eram monitoradas pela Secretaria de Segurança Urbana:

“As imagens são enviadas para os policiais para fazer investigação. [Os usuários sabem disso?] Sabem, quer dizer, acho que sabem é que é na rua, né. É filmado porque o pacto é: a polícia não entra para prender ninguém dentro do fluxo, porque dá conflito (...) É um pacto com as polícias, mas, o grande problema, é que aí, as pessoas são filmadas lá. O certo seria fazer um trabalho de inteligência para pegar a pessoa antes dela chegar lá.” (G03)

✓ **Relatos sobre a sustentabilidade do Programa DBA**

Pensar a questão da sustentabilidade de Programas como o DBA é fundamental para que as experiências com base na RD possam ter continuidade e ser transformadas em políticas públicas. Deixem de serem programas de governo e se transformem em Políticas de Estado. O financiamento do DBA era apenas municipal. A ideia da Coordenação do Programa era transformá-lo em uma Lei municipal, no entanto, ele era mantido apenas por um decreto e dependia, exclusivamente, da vontade política, o deixando vulnerável às novas eleições municipais.

“Essa é uma questão complexa. A ideia da coordenação é entregar para o prefeito uma minuta, transformando o DBA em lei municipal, que é uma maneira de consolidá-lo. Hoje, ele é mantido por um Decreto e por vontade política exclusiva, principalmente do prefeito. Esse programa se mantém porque o prefeito acredita no programa e é o principal incentivador do programa. Agora, ele é um decreto, pode vir um outro prefeito e mudar e acabar com o programa do dia para noite. O que o consolidaria é estabelecer marcos legais que transforme ele em política que ultrapasse o tempo dos governos, né? Vira uma política de estado. (...) eu acho que o DBA tem que ser encarado independente por todos, qualquer que seja os prefeitos no futuro, como uma conquista da cidade de São Paulo no tratamento com dependentes químicos. Então, se a gente consegue transformar isso em

Lei, a gente fortalece o programa. E ele tem muita visibilidade externa, o Programa tem muito apoio externo, nos Estados Unidos, no Canadá, na Europa.” (G02)

“Se ganhar o governo de esquerda ele se mantém, senão, ele não vai durar nem um mês. Tem três candidatos que já falaram que se ganharem, em janeiro, não tem mais o “De Braços Abertos”; tudo vira “Recomeço”. Então, a sustentabilidade política dele, ainda, é absolutamente dependente dos governos. Nós até estamos tentando construir uma lei para torná-lo uma política de Estado com algumas coisas garantidas em lei, mas eu não tenho nenhuma ingenuidade que lei garante programa de política pública. Ele, ainda, é um programa 100% dependente de governo, de partido; pode ser outro governo de esquerda, mas se não for um governo que tenha essa concepção, e, infelizmente, dos 6 candidatos mais conhecidos, 3 já falaram que acabarão com o programa, ele não tem nenhuma sustentabilidade. (...) Acho que terá uma resistência dos trabalhadores no sentido de garantir o cuidado; agora, o programa como um projeto que tem inserção ao trabalho, moradia; isso, eu acho que é absolutamente, dependente, ainda, de uma política de governo.” (G05)

“Eu acho que o programa continua; eu acho que os ganhos são maiores do que as perdas.” (G01)

Alguns gestores abordaram o momento atual da conjuntura política com a chegada das novas eleições em janeiro de 2017:

“Fora isso, toda essa conjuntura, todo esse pessoal novo que chegou, pessoas muito diferentes, e pessoas de gabinete (...) mas, eu acho que a gente tem que fazer alguns reparos, então, é um momento difícil. A eleição se aproximando, a gente sem saber o que vai ser; dá um certo desânimo, um certo medo. Então, acho que tudo isso pega um pouco neste momento. (...) O meu maior medo é acabando essa política, se o Prefeito não continua e as pessoas não continuarem, o que vai ser do programa? Vai acabar? Você já pensou? voltar todas essas pessoas para a rua? sem ter o que comer de novo, sem ter onde dormir? Isso aqui vai ser uma guerra. Eu não pretendo estar aqui, francamente falando pra vocês.” (G06)

“Eu acho que a sustentabilidade hoje está em risco; a sustentabilidade da nossa civilização. O “De Braços Abertos” é um projeto que, idealisticamente, almeja estender relações de civilização muito altas para as condições de partida muito baixas; acho que isso é o desafio. Então, depende do conjunto geral da sociedade estar nessa direção de mais civilidade; há grandes desafios que nós precisamos lutar com a civilidade da sociedade toda hoje, porque nós estamos sob risco de enorme barbárie.” (G04)

A síntese das potencialidades e desafios do Programa DBA estão apresentadas em Quadro no Artigo 3 desta Tese (*Capítulo 3 dos Resultados*).

4.6.2 O fluxo ou “cracolândia” de São Paulo

Esse subcapítulo apresenta a análise das narrativas dos entrevistados sobre o fluxo/ “cracolândia” apresentando as múltiplas percepções sobre as cenas de uso abertas.

Esta narrativa do fluxo/ “cracolândia” de São Paulo está dividida em dois tópicos:

4.6.2.1 Relato da observação de campo: primeiro o olhar da pesquisadora, em observação participante, realizada durante a pesquisa de campo na “cracolândia”. **4.6.2.2 A Narrativa**

do fluxo a partir dos múltiplos olhares dos seus gestores e dos Profissionais do DBA que apresenta os relatos das narrativas dos gestores, profissionais e beneficiários do DBA e usuários da “cracolândia”. Essa segunda parte é uma narrativa elaborada a partir da análise das falas dos entrevistados coletadas durante a pesquisa de campo, que ajudou a formar uma “imagem” da “cracolândia” de SP, denominada também por “fluxo” ou a “craco”.

Esse termo “cracolândia” remete a uma imagem de algo grande, de que seria um lugar de uso de crack, a terra do crack. É um termo usado para informar sobre um território aonde se aglomeram um grande número de pessoas que usam crack e outras drogas, as denominadas cenas de uso aberta de drogas.

A “cracolândia” ou “fluxo” é um espaço físico no centro de São Paulo, na Região da Luz, aonde se aglomeram pessoas para fazer uso de drogas, em especial o crack, que estão na sua grande maioria em situação de rua. Assim, a “cracolândia” é uma cena de uso de drogas aberta, na região da Luz. Existem outras cenas de uso abertas em São Paulo, no entanto, a narrativa diz respeito à “cracolândia” da Região da Luz, que é a maior cena de uso do município.

Carl Hart, neurocientista, Professor da Universidade de Columbia em Nova York e ativista do campo das políticas públicas sobre drogas faz uma crítica a esse termo “cracolândia”. Ele visitou a “cracolândia” de São Paulo em setembro de 2017 e deu uma entrevista para a Carta Capital. Nessa entrevista, Carl Hart falou sobre racismo, política de drogas e “cracolândia” – termo que ele rejeita. Segundo Carl Hart, *“esse termo é horróroso, tem que parar de usá-lo, porque ali não é a terra do crack; e, quando as pessoas usam esse termo, ele isenta as pessoas de fazerem alguma coisa. Porque o crack não é o problema, o problema é a pobreza, a saúde mental, racismo é o problema. Então, quando usam o termo “cracolândia”, dizem para mim que as pessoas lá são estupidas ou que elas não dão a mínima para as pessoas”*⁶.

A seguir é apresentado o relato pelo olhar da pesquisadora sobre o fluxo/“cracolândia” em sua ida à campo durante a pesquisa empírica, em maio de 2016.

4.6.2.1 Relato da observação de campo⁷

⁶ <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/carl-hart-assim-como-doria-o-povo-de-sao-paulo-ignora-os-pobres>, 16 de setembro de 2017

⁷ Optou-se por manter apenas esse Relato na primeira pessoa por ser um relato feito a partir da observação de campo da pesquisadora.

As perguntas que me fiz antes de entrar na “cracolândia” foram: O que é a “cracolândia”? O problema realmente é o crack? Quais os elementos presentes nesse território? Por que as pessoas ficam nesse espaço restrito? Quais são suas regras de funcionamento?

Eu e demais pesquisadores, que faziam parte do grupo de pesquisa⁸, andamos pelo fluxo/“cracolândia” em diferentes momentos do dia, durante período da manhã, da tarde e da noite, ao longo de uma semana. As visitas foram sempre acompanhadas de um técnico do Programa DBA; apenas uma vez eu entrei sozinha na “cracolândia”. A “cracolândia” é um espaço físico delimitado em um quarteirão cercado pela Guarda municipal metropolitana, entre a Rua Helvétia e Alameda Dino Bueno (Figura 1). Nesse espaço um grupo grande de pessoas usam drogas numa cena de uso aberta, onde o uso do crack fica evidente.



Figura 01: Região da cracolândia em São Paulo. Imagem fornecida pelo gestor na ida ao campo.

Dia 30 de maio de 2016, no período matutino, por volta das 10 h fui andar com uma orientadora educacional do DBA pela “cracolândia” pela primeira vez. Nós passamos por dentro de um espaço aglomerado de pessoas em situação de rua, em torno de 300 pessoas ou mais, concentradas em um espaço de duas ruas pequenas, em um quarteirão. Nós passamos no fluxo sem nenhum problema, as pessoas só nos olhavam. Ninguém veio perguntar o que eu estava fazendo ali, enfim, até porque eu estava acompanhada pela orientadora

⁸ Pesquisa: “Usuários de Crack em Situação de Rua: limites e possibilidades à constituição de redes de apoio social”, coordenada pela Pesquisadora Alda Lacerda da EPSJV/Fiocruz. Essa pesquisa tem por objetivo geral mapear as redes sociais e técnicas dos usuários de crack atendidos nos Consultórios na Rua nos territórios de Manguinhos e no Programa DBA em São Paulo.

socioeducacional já conhecida pelas pessoas ali do fluxo. Ela usa um colete que permite que os usuários a reconheçam como trabalhadora do Programa. A primeira impressão que eu tive foi de um local muito sujo, as pessoas numa situação insalubre porque estavam sentadas num local de muita sujeira, muitas vezes molhado, muitos estavam com suas roupas muito sujas em um lugar muito cheio, apertado e quase todos estavam fumando crack nos seus cachimbos. Perto do fluxo, na sua borda, ficam localizados alguns dos Hotéis do Programa “De Braços Abertos” (DBA), e a trabalhadora vai conversando com vários usuários enquanto caminhamos pela cena.

Na borda do fluxo está um Hotel do DBA, chamado “Hotel Laide”, que já foi tema de um documentário⁹. Este Hotel é praticamente na borda do fluxo onde estão morando alguns beneficiários do Programa. Entrar no Hotel foi um contraste de cores, porque quando nós entramos no espaço, observamos que o hotel é cheio de quadros, cheio de cores, cheio de vida, tem flores e quadros por todo lado, apesar de ser um espaço pequeno. Enquanto que no fluxo é tudo muito cinza, a cor que predomina é o tom cinza. Não se tem muita cor na “craco” e quando nós entramos no hotel, pudemos perceber uma grande variedade de cores no espaço, as pessoas circulando com roupas limpas, conversando, tomando café, enfim, um espaço de moradia.

No outro dia andamos à tarde, com uma técnica do DBA, que trabalha no Programa desde seu início e que fica na Tenda. Ela foi orientadora socioeducacional, mas após se formar se tornou técnica da assistência social. Ela é uma pessoa extremamente querida no território, vários usuários param pra conversar com ela, falam com ela, uma usuária diz “-você me salvou, você é meu amor, eu te amo”, presenciamos várias declarações de amor a essa profissional pelos usuários do fluxo e pelos beneficiários do Programa. Isso me chamou muito a atenção; o vínculo construído pelos trabalhadores do DBA com os usuários do fluxo, alguns já beneficiários, outros ainda não. Quando estávamos andando pelo fluxo, passamos por uma usuária que estava quebrando um guarda-chuva, depois eu fui descobrir que é com aquelas pás de aço do guarda-chuva que se faz os cachimbos. O uso do cachimbo por quase todos os usuários também me chamou muito a atenção; todas as pessoas que eu vi fumando crack estavam fumando nesse cachimbo, que é feito de metal. Segundo relatos existe uma oficina de cachimbos do Programa de Redução de Danos que ensina os usuários como

⁹ Documentário “Hotel Laide” dirigido pela antropóloga e pesquisadora da Anis – Instituto de Bioética, Débora Diniz, lançado no dia 20 de maio de 2017, mostra a necessidade e a importância de uma política humana e de redução de danos para os usuários de crack que, na ânsia do vício, perambulam pelas ruas do centro de São Paulo em situação extremamente vulnerável. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=05ZEhEEINwY>

confeccioná-los. Mas voltando a usuária que estava quebrando o guarda-chuva, quando nós passamos por ela nós a cumprimentamos e ela deu de ombros, mas quando ela viu que era a técnica que estava conosco, ela simplesmente parou tudo, mudou a expressão e mandou um grande beijo para ela, de uma forma muito carinhosa. Ali ficou evidente o reconhecimento dos usuários pelo trabalho desempenhado pelos profissionais do DBA no fluxo.

No período da tarde fomos novamente andar pelo cracolândia ou fluxo como muitos o denominam. Dessa vez, eu achei que estava mais cheio do que na parte da manhã, estava começando uma limpeza, que a prefeitura realiza no fluxo três vezes ao dia. E pudemos presenciar “o baile” que ocorre quando há a limpeza, conforme fala de um dos pesquisadores da nossa equipe de pesquisa. Uma coisa que me chamou a atenção, foi a rapidez como o fluxo se desmonta e remonta novamente após a limpeza da rua, é muito rápido. Os usuários durante a limpeza (feita com jatos de água e varrição por lixeiros que retiram os entulhos deixados no fluxo e os colocam em um caminhão recolhendo todos os lixos) migram para a rua atrás, em frente ao Hotel Laíde, num espaço menor de uma rua apenas; nesse local eles continuam a fumar, o comércio da droga também continua a vender, mas fica mais na margem da rua; já quando o fluxo retoma seu lugar de origem, o comércio de drogas fica mais no centro da rua. Acabando a limpeza, o fluxo retoma ao seu lugar de origem com uma rapidez impressionante.

Continuamos nossa caminhada durante a limpeza no fluxo que mudou de lugar devido à limpeza e estava na rua do Hotel Laíde. Tivemos que passar no meio do fluxo, só que nessa outra rua, a divisão ficava diferente com os traficantes de um lado e os usuários de outro. Na outra rua é tudo meio misturado, com os traficantes mais concentrados no meio da rua. A gente passou exatamente na frente das barracas dos traficantes porque eles estavam em cima da calçada. Vimos pedra de crack de todos os tamanhos, umas bem grande, cerca de 1 kg ou 500 g e outras em pedaços menores. Vimos os usuários cortando as pedras em pedaços bem pequenos, em torno do tamanho de uma unha e que, segundo os trabalhadores custam em torno de R\$ 5,00 cada pedacinho de pedra. Disseram, ainda, que com essa mesma pedra os usuários dividem em pedacinhos menores ainda para fumar e, às vezes, eles vendem esses pedaços pequenos mais barato para outros usuários. Uma pedra de R\$ 5,00 a 10,00 reais é dividida em várias pedrinhas.

Enquanto estávamos passando pelo fluxo teve um traficante que estava vendendo pedra que nos abordou e perguntou: “-Você não quer comprar?”, antes mesmo que pudéssemos responder a pessoa ao seu lado falou assim: “- Claro que não! Você não está vendo a cara delas? Elas não vão comprar isso não”, deu um sermão e olhou pra gente com

uma cara não muito amigável. Enfim, continuamos a andar e presenciamos uma cena que me chocou bastante: um usuário chega com uma panela de aço inox e fala assim para a gente: “-Está vendo? Quer ver como é que eu limpo a minha panela?” Aí ele pega areia do esgoto, que tá ali no chão enlameado, devido à chuva, faz um areado com aquela areia, depois pega aquela água de chuva, do esgoto, lava a panela, passa na roupa dele enxugando para limpar a lama e fala assim: “-Olha como tá brilhante!”, realmente fica brilhando. E, aí, ele tenta nos vender essa panela por R\$ 10,00.

A sujeira do local ficava bem pior com a chuva; além disso, molhava os poucos pertences que os usuários têm como colchão, cobertor. Além da chuva, com a limpeza da prefeitura, o chão ficava sempre molhado. A impressão é que havia pouca noção de cuidado pelos usuários, você observava que os usuários que estavam no fluxo se encontravam numa situação de muita precariedade física, em termos de limpeza e em termos físicos. Eram pessoas que estão muito emagrecidas com uma expressão de muito cansaço. Ao final da limpeza o fluxo já tinha voltado para a o seu lugar. Vimos vários traficantes bem no meio da rua, eles colocam várias mesinhas com uma cadeira e uma bancada com varias pedras de diversos tamanhos e vimos várias pessoas comprando em volta, totalmente aberto, sem nenhum esconderijo, comércio a céu aberto. Mais na beirada da rua, da divisa (que não é uma barreira física, simplesmente é o final da rua) que termina a “cracolândia”, você consegue ver algumas barracas cobertas, com lonas pretas, para esconder um pouco a venda de drogas, mas nada muito fixo, nada de madeira, até porque, como é feito a limpeza três vezes ao dia, eles têm que desmontar tudo de lugar várias vezes, durante o dia e a noite. Mas, o que chamou a atenção foi a venda de drogas a céu aberto, com muita oferta de drogas, crack e outras drogas que nem consegui identificar bem quais eram porque não podíamos ficar olhando muito. Os trabalhadores nos orientaram a não ficar olhando fixo para as bancas. Nessas tendas com toldo, eles disseram que ficavam os traficantes.

Em outro dia, fomos andar pelo fluxo durante a noite, e o fluxo parecia bem mais cheio do que durante o dia. Fomos, então, convidados a acompanhar uma visita de uma orientadora socioeducacional a uma criança que disseram que estava no fluxo e sem roupas. Fui acompanhando essa profissional do DBA que estava levando roupa seca e um cobertor para essa criança. Segundo ela, essa criança tinha em torno de 10 anos e estava ali no fluxo. Quando chegamos ela estava debaixo de um cobertor, fizeram uma casinha para ela e ela estava dormindo ao lado de outro usuário. Assim que chegamos veio uma moça e perguntou o que queríamos, a técnica disse que foi entregar cobertor e ela recebeu de bom grado. No entanto, nessas visitas ao fluxo vimos muito poucas crianças, crianças usuários de drogas ou

crack, na verdade, só vi essa criança que era usuária. Vimos algumas crianças transitando pelo fluxo durante nossas andanças, mas que não eram usuárias do fluxo, mas sim filhos de usuários ou de moradores do local. Foi interessante observar que quando essas crianças, não usuárias, andavam no fluxo, os usuários gritavam “Olha o anjo” e todos escondiam os cachimbos quando a criança passava; talvez num sinal de respeito. Enfim, foram poucas as visitas ao fluxo no período de uma semana, mas permitiu um olhar sobre o espaço da denominada “cracolândia”.

A seguir, será abordada a “cracolândia”, a partir das diversas narrativas coletadas por meio de entrevistas realizadas com os gestores, profissionais do DBA, beneficiários do DBA e usuários do fluxo.

4.6.2.2 A Narrativa do fluxo ou “cracolândia”¹⁰ a partir dos múltiplos olhares dos seus gestores e dos Profissionais do DBA

✓ **As flutuações do fluxo com a intervenção do Programa DBA**

Segundo os gestores, antes do Programa DBA, o fluxo/“cracolândia” era maior. Com o Programa ela diminuiu bastante e ficou restrita a um quarteirão, antes ela ocupava uma área bem maior e tinha mais pessoas.

“Quando iniciou o Braços Abertos, há dois anos atrás, nos primeiros meses houve uma redução significativa do fluxo, ou seja, dos consumidores ali na região, desorganizou-se um modus operandi daquele mercado. De uma situação que reunia mais de 1.500 pessoas diariamente no quarteirão, reduziu-se para um grupo de 50, 100 pessoas, o que, relativamente, é como se não tivesse mais. O curioso, o interessante é que após uns meses, alguns meses, essa oferta, o fluxo volta a se configurar, com novas características. O que pôde-se observar? a oferta de drogas aumentou novamente.”(G04)

“A cracolândia é histórica” (G07) segundo afirma um gestor. Antes do Programa DBA começar a “cracolândia” já existia em São Paulo. Ela era localizada na região central, só que mais perto da Estação da Luz, que é um local de fácil para as pessoas chegarem. Existiam várias cenas de uso de crack e outras drogas no município de São Paulo, mas a maior “cracolândia” é essa da região da Luz. Segundo os gestores, a “cracolândia” é histórica nessa região em São Paulo, tem mais de dez anos, só vai mudando de lugar de acordo com as intervenções no território; o número de pessoas que a frequentam flutuam também.

¹⁰ Cabe ressaltar que o fluxo é denominado, muitas vezes, nas narrativas pelo termo “cracolândia”, por isso aparecerá na análise das narrativas dessas duas formas.

“Essa situação aqui em São Paulo ela tem quase 30 anos. Eu não sabia dizer por que essa região. Talvez uma das razões é que essas regiões, por um tempo, ela foi muito deteriorada, né? E está sendo gradativamente reestruturada com reurbanização. O fato do poder público ter esquecido por muito tempo essa região, possibilitou que o crime tomasse conta da região. O crack trouxe essa visibilidade das pessoas em situação de estarem juntas, né? Diferente das outras drogas. É, as cenas, evidente que tem cenas de uso ou de venda de crack, mas nenhuma é desse tamanho (...) é uma realidade só voltada ao crack. Essa é a maior cena que nós temos em São Paulo. Os moradores de rua no todo usam mais álcool do que outras drogas; mas aqui é mais o crack.” (G02)

“a cracolândia tem bem mais de 10 anos. É que ela foi mudando a configuração, né. Então, dependendo das intervenções da polícia, do poder público, nem sempre foi nesse quarteirão, faz mais ou menos um ano que tá concentrado em um quarteirão.” (G09)

“Esta é uma região onde se concentra muito o uso, porque disseminou-se a cultura de que aqui é a cracolândia mesmo. Então, aqui se criou uma cena de uso que com o passar do tempo se tornou, como eu posso dizer, se coincidiu que isso ocorresse. Porque na verdade, se você andar nas grandes cidades, as cidades com São Paulo e outras grandes cidades, você vai ver pequenas cracolândias, em vários guetos, em vários lugares; agora, aqui, eu acho que é porque um homem acabou sendo divulgado na cracolândia, então o nome chamou atenção dos usuários, então eles passaram a se concentrar em um número pequeno, esse número foi aumentando, aumentando, chegou nessa concentração, nessa cena de uso que hoje se chama cracolândia, na verdade eles usam também a expressão fluxo.” (G11)

“Ali chamam de cracolândia e que nós chamamos de fluxo. Desde que eu virei secretário, eu puxei as imagens de uma câmera alta que fica lá no território, então eu vejo o fluxo, monitoro o fluxo 24 horas. Essa é a maior cena de venda e uso de crack de São Paulo. Atualmente tem 350 de dia e a partir das 18, 19 horas, chega a 600 pessoas. Essa é a média diária, né? De 350 em média, todo dia, e à noite cresce um pouco. Antes do Programa de Braços Abertos nós tínhamos uma situação de praticamente a região inteira com usuários de crack e traficantes que ocupavam mais de 1.000 m², hoje eles estão limitados a 65 m², a chamada cracolândia. [...] Diminuiu muito. E isso eu não tenho dúvidas que uma das razões foi a criação do De Braços Abertos que o nosso público sai daí, sai do fluxo. Então hoje nós temos 460 no de braços abertos e o fluxo tem 350. Há uma disputa, a gente disputa com o crime, é o crime querendo colocar mais a mais da sociedade e nós querendo reabilitar na sociedade, incluí-los na sociedade, melhorar a qualidade de vida dos usuários de crack.”(G02)

“Bom, cada território é um, né. Então, por exemplo, a gente tem em São Paulo em torno de 111 cenas de uso. A cracolândia é a campeã, mas, por exemplo, a gente tem cena de uso que tem dez pessoas; por exemplo, a gente tem uma cena de uso dentro da mata e a abordagem é completamente outra do que lá no centro, entendeu? Então, a gente tem uma cena de uso que fica relativamente perto daqui também, fica no viaduto. Então, eu acho que o município acaba não tendo tantas pernas para abordar tanta gente.” (G03)

“De maior visibilidade, no centro da cidade. Aí começou a juntar 1, 2, 20, 30 assim. Sempre tinha umas 30, 50 pessoas meio juntas. Isso foi crescendo, foi crescendo. Quando atingiu um certo momento, um momentum, de física, o negócio embalou para outros vieses já, vieses de atração turística, quase. Virou uma coisa que as pessoas curtem estar lá. A gente acha que... tem muita gente que curte estar lá. Porque, você pensa, não faz sentido, não é? Você compra droga e vai usar em algum lugar. Não, um lugar horrível, sujo, não sei o quê, mas começou a se curtir. Outro indicativo muito legal, assim, eu acho legal, de humanidade, de ética, tem uma regra, quando passa criança, faz assim [faz o gesto de esconder o cachimbo].”(G04)

“Posso dizer pra você: existe mudança, existem pessoas que precisam do trabalho, pessoas que precisam se alimentar; pessoas que precisam ter onde morar. Muitos não têm. Quando souberam desse programa, o que eles fizeram? Migraram! Eles vieram todos pra cá, todo mundo alucinado,

‘não, eu quero trabalhar’. Eu falei ‘-gente, pera lá, não é pra quem faz o uso? então, quer dizer que se eu for usar o crack, eu vou ter esse direito? Nós temos os serviços, nós vamos encaminhar. Então, a gente vai dando umas paradas, fazendo com que eles pensem um pouquinho o que é o crack, como eles vivem. Porque eles vivem ali naquela rua, muitos não tomam banho. Vocês chegaram a visitar lá? É uma coisa... vocês vão ver, existe um calor humano muito grande entre eles, coisa que muitos não têm na casa deles, não têm com a família. Muitos que voltam pra família, vêm aqui as vezes só pra dar um abraço, eles falam que aquele abraço eles não conseguem na família com ninguém, é uma abraço deles. É um abraço com emoção. Eles não vêm aqui por vir. Foi o que eu falei, ninguém nasceu aqui. A situação nos trouxe pra cá. Então, a gente tem que saber entender o que os trouxe, o que foi que causou isso, e, em cima disso, trabalhar. Todo mundo fala ‘ah, é vagabundo!’, não. São veterinários, nós temos advogados, nós temos juristas, nós temos tudo ali dentro, gente. É uma coisa impressionante.’ (G06)

Segundo alguns gestores, o fluxo atraía muitas pessoas porque lá tinha muita oferta de cuidado, comida e serviços de saúde.

“Porque tem muito serviço. Lá era rodoviária do município antes, e lá os usuários falam “- lá tem muita boca de rango”. O que é boca de rango? É entidade que dá comida. Então, a maior concentração de pessoas em situação de rua é no centro de São Paulo. Por conta dos serviços, tem muito mais serviços, tem muito mais equipamento, tem muito mais tudo, e aí é óbvio que as pessoas vão para lá. E outra coisa também, as vezes as pessoas saem da penitenciária já com o telefone do “De Braços Abertos”, da Tenda.” (G10)

A motivação para aquelas pessoas estarem ali na rua era o crack, havia uma grande concentração de venda de crack e outros tipos de drogas. O acesso ao crack era muito fácil. Havia uma concentração muito grande de pessoas, uma massa de gente. As pessoas se sentiam protegidas naquele território para usar a droga. A localização do fluxo/“cracolândia” era próxima ao local onde ficava a Tenda do DBA, só que mais perto da Estação da Luz. Era uma cena de uso de drogas mais espalhada e havia a presença de muitos barracos nas ruas.

“Quando nós chegamos aqui, isso aqui era uma favela, essa rua. Cheia de barracos, pessoas que não tomavam banho, tinha uma pessoa que não tomava banho há 10 anos, não sabia o que era chuveiro. Começaram a olhar tudo muito assustadoramente pra nós, perguntando o que eles vieram fazer. E, antigamente, essa Tenda não era aberta, vazada como é; era fechada com lonas azuis. Então, eles não sabiam o que tinha dentro porque eles nunca tinham entrado.” (G06).

No município de São Paulo como um todo, o crack não é a droga hegemônica, não é a droga que tem maior uso. O álcool e a cocaína são mais importantes em vários territórios do município do que o crack. No entanto, ali na região da Luz onde fica o fluxo/“cracolândia”, o crack é com certeza a droga mais usada, a droga de preferência dos usuários.

“Então, a região é chamada de cracolândia pela cidade; é como se reconhece aquele território, então, neste território o crack é uma droga de uso importante porque esse espaço acabou virando um depósito de pessoas que ao longo da sua história de uso da droga em geral, vão galgando andares para baixo, na escala da vulnerabilidade e, em muitos momentos, as pessoas relatam que elas usavam, usavam bastante, aí começou a usa mais e mais e aí chegou uma hora em que elas

passavam a usar o dia todo, o todo o tempo e quando chega nesse momento, eles tem uma certa atração pela Cracolândia, porque, ali, é um lugar onde você, usa de uma forma mais protegida; fica todo tempo usando, todo tempo em uso, então, acaba sendo um lugar que agrega, que tem como característica ter muitas pessoas em uso bastante intenso de crack. Também não só o crack, tem também outras drogas, mas o crack ali é uma droga importante. (...) na Cracolândia as pessoas tem gente que está lá há 6 anos, possuem mais do que vínculo não é, já está enraizada, mas tem gente que está chegando; a gente convive com pessoas que tem uma certa territorialidade existencial naquele território e com pessoas que estão chegando naquele território, mas já são deles, porque a vida os levou ali, então, essa noção da territorialidade lá, também, tem um certo deslocamento.” (G01)

“A maioria das pessoas que estão na cracolândia, moram naquele espaço, naquele território, ou seja, vivem no fluxo ou no entorno dele. Além do uso intenso do crack, a maioria são pessoas em situação de rua. Isso é um fato importante de análise da cracolândia (...) a maioria que está ali, nesse momento, mora ali, está ali no fluxo, é muito doído, porque, assim, eles abrem poucos espaços, poucos buracos, eles moram ali ao relento. No dia que chove, eles põem uma lona preta em cima e ficam debaixo da lona, mas é diferente de outros municípios, outros territórios, onde as pessoas moram debaixo do viaduto. Ali não, as pessoas moram ali e dormem na frente da tenda, ou dormem no fluxo. Tem pessoas que estão no DBA, tem uma vaga no hotel, mas de vez em quando dormem ali também, não conseguem voltar para o hotel.” (G05).

A intervenção policial nesse território é histórica. A política já tinha feito várias intervenções no fluxo/“cracolândia” de forma violenta com o objetivo de retirar as pessoas daquele território. As pessoas já tinham sido presas e sofrido violência. Existia intervenção de duas polícias: a polícia militar, Estadual, e a Guarda Civil Metropolitana (GCM), municipal. Uma dessas operações realizadas em 2012 foi denominada “Operação Sufoco”:

“A polícia de São Paulo, assim com a do Rio, é uma polícia que mata, que enfim. Então, agora há um mês e meio atrás, a polícia entrou atirando no fluxo, matou um usuário, feriu um usuário de 17 anos, então tem a presença do Estado, do Ente estadual com o Programa do "Recomeço", que é um pouco esse jeito de cuidar que é oposto ao nosso [do DBA], mas que, em tese, está ali para cuidar; mas hoje, um grande problema do programa do DBA é o aumento do tráfico no território. A gente faz oficialmente várias falas com o governo do Estado, procuro o departamento de narcóticos, pede uma ação da polícia ali no sentido de agir com a inteligência para prevenir o tráfico e não acontece nada; o tráfico está crescendo e dificulta muito o nosso trabalho ali, porque o tráfico está agressivo. Eu brinco que, ali, é uma pequena “África”, com os experimentos perversos, não é? Há 1 mês e meio atrás entrou uma droga nova no território, uma pasta preta, dois usuários morreram em uma semana, 15 ficaram muito graves, a gente denunciando, falando... eu falei "-Gente, vai ver que está acontecendo alguma coisa, tem que olhar", e aí foi tão assustador, que [os traficantes] tiraram de circulação.” (G05)

“A cracolândia era mais perto da Estação da Luz, ela era concentrada ali. O que aconteceu? o governo do Estado foi lá e pegou e trouxe a polícia [em 2012 na denominada Operação Sufoco], sentou porrete nas pessoas e cadastrou e queria internar a força. Que era a judicialização da internação; internação compulsória para todo mundo. E o secretário falava que as pessoas tinham que passar por esse castigo mesmo, por esse sofrimento, que era para fazer uma penitência, como se fosse assim, entendeu? Então, o governo do estado, eles deram uma higienizada.” (G07).

✓ **Regras de funcionamento do fluxo**

Os chamados “disciplinas”, pessoas que trabalhavam para o tráfico de drogas,

coordenavam as regras do fluxo. Pode-se observar pelos relatos que dentro do fluxo/”cracolândia” existia uma certa organização: local para usar o crack, local para comprar, as regras para usar como, por exemplo, não permitir criança usando drogas dentro do fluxo, esconder a droga ou parar de usar quando uma criança (que não é usuária) passa dentro do fluxo, consideradas como “anjos”:

“É o anjo! De 10 para baixo já é criança. Eles falam “-Olha o anjo”. E, nós passamos a caminhada pra rapaziada que vai fumar, quando a pessoa “-olha o anjo”, a pessoa passa, a mãe com a criança, a pessoa tem que esperar a mãe passar para depois fumar. Tem que segurar. Não precisa nem esconder, mas não pode fumar na frente de uma criança, isso aí já é uma disciplina nossa. É o “A” do anjo.”(US 04)

“Se passa uma mulher: “-Olha o anjo, olha o anjo.”; o que os caras fazem? eles viram, escondem as pipetas, viram; criou-se uma fantasia que criança não pode ver. Então, se passa uma cena lá, vai passar com carrinho de bebê, as pessoas viram, escondem as pipetas lá, não sei o quê, dá uma disfarçada até a pessoa sair da cena.” (G04).

“Tem, dentro do fluxo, tem. Porque dentro do fluxo tem a área que você só pode comprar e tem uma área que você pode usar.” [É, eu vi aquelas barracas, são até bem no começo do fluxo] Isso, aquele barraco ali eles tampam, porque ali dentro tem um corredor. E esse corredor, dos dois lados, tem pratos e mais pratos de drogas, a droga que você quiser encontrar hoje. Porque, antes, você só encontrava crack, hoje você encontra todo tipo de droga; hoje você encontra todo tipo de droga nos pratos dentro do fluxo. Então é um corredor, é tipo uma feira, você passa, escolhe aquilo que você quer, mas você não pode usar ali dentro. Você vai sair, vai ficar por trás daqueles barracos, sentado, esperando... lá dentro delas você não fuma, você fuma atrás delas, nos cantinhos, sentadinho. (...) essa é a principal organização, você não fuma naquele corredor, aquele corredor, você só vai lá pra comprar. Tipo um comércio, entra num mercado, vai lá, faz suas compras e sai fora. E usa do lado de fora.” (Prof11)

Na cracolândia havia muito criança no passado, mas, segundo os gestores, com o trabalho que sempre foi realizado nesse local pela saúde, eles conseguiram retirar quase todas as crianças. Há relatos, também, de que o Primeiro Comando da Capital (PCC), que geria o comércio de drogas no local, havia proibido a presença de crianças nas cenas de uso por chamar muito a atenção dos órgãos públicos e da mídia em geral.

“as pessoas do poder do tráfico são contratados, enfim, são pessoas que são a mando do tráfico e que estão encarregados de manter a disciplina. Então, por exemplo, eles não gostam de polícia ali. Se a pessoa compra e não paga, eles vão lá e batem na pessoa, porque, para servir de exemplo, para não virar bagunça e os outros quererem fazer a mesma coisa. Se eles veem a pessoa estranha, a disciplina já pede para alguém ir ver o que está acontecendo. Se eles acham que alguém delatou alguma coisa para a polícia, não sei o quê, a disciplina vai lá e dá um corretivo.” (G07)

“era, assim, de praxe você percorrer o fluxo a qualquer momento, hoje a gente percebe que se consegue só ir pelas bordas, no meio mesmo aquele fluxo lá dentro são outras disciplinas, são outros

envolvimentos, a mudança ali com a rua acho que foi uma tentativa de fazer o movimento, mas acredito que seja uma coisa de se repensar.” (G08).

“Agora, junto do cuidar do usuário de crack, nesse meio aqui, nós temos grupos de traficantes que atuam 24 horas. É, porque a circulação de droga é grande. Nós não fazemos nenhum tipo de intermediação. A não ser nas limpezas; nós fazemos a limpeza desse espaço que fica muita sujeira, esse grupo fica 24 horas ali, então acumula muita sujeira. Nós fazemos três limpezas por dia. Daqui a pouco vai começar a última, você vai ver o que é a limpeza. Vem aí um grupo da prefeitura, junto com guardas municipais, limpa um espaço, vem um caminhão que recolhe quase que um caminhão inteiro de sujeira, depois vem um caminhão pipa e limpa a rua, em dois minutos, eles voltam. (...) Se afastam, eles vão para rua de trás, para dar o mínimo de dignidade para essa situação de cena de uso e venda. (...) felizmente, desde que nós estamos aqui e a Guarda é que faz a retirada do fluxo para limpeza e coordena o trabalho de limpeza junto com a subprefeitura. Não teve um incidente. Então, há uma certa mediação deles aceitarem a limpeza do espaço. Há um acordo.” (G02)

“Eles acabam saindo do território, muitas vezes, pra conseguir o dinheiro pra poder comprar o crack, pra poder usar. Mas, aqui dentro do território, eles fazem muita troca, eles vendem muito, eles fazem comércio entre eles e acaba esse comércio deles indo pra fora do território. Eles vão lá pro Parque Dom Pedro, vão pra Armênia, chegam lá, fazem barganha, trocam roupa, faz isso, ganham dinheiro e retornam pra aqui, pro lugar onde eles convivem mais, que eles vivem juntos, que estão mais juntos. Mas pra arrumar dinheiro, muitas vezes eles vão mais pra fora. Apesar de, hoje em dia, assim, uma vez ou outra, rola aqui na região alguns roubos que não existiam antes.” (Prof 11)

[Tinha um comando?] É, tinha um comando ali dentro, então não deixava roubar na região, não deixava aprontar nada aqui na região, não deixava bater, espancar mulheres, isso não existia. Hoje isso já existe. (...) mas, antes, era mais claro porque eles tinham ordem mesmo, então, se chegasse perto de nós, “H., hoje você só pode passar de tal rua pra baixo”, “H., você pode passar aqui, mas não pode voltar”, antes tinha tudo isso, hoje não.” (Prof11)

✓ **Perfil dos usuários de crack no fluxo**

Apesar da grande maioria dos usuários estarem em situação de grande vulnerabilidade social e morarem no fluxo, existem, também, alguns usuários esporádicos, que usam o fluxo apenas para o uso da droga, mas não permanecem por muito tempo ou moram ali no território.

“Acho que tem assim, acho que mesmo dentre os usuários de crack, eu acho que a gente tende a querer colocar usuário de crack tudo na mesma caixa, como se todos eles fossem iguais. Não é. Tem usuários de crack, inclusive, que por mais que possa parecer meio estranho, eles utilizam o crack socialmente. Não é aquela pessoa... que a gente fica às vezes com aquela ideia que usuário de crack está caindo num canto, morrendo à míngua. Não é. Por exemplo, na própria cracolândia, por exemplo, à noite, se você for à noite, principalmente de sexta-feira à noite, você vai encontrar ali engenheiro, advogado, que vão lá, sabe que ali vende a pedra de crack, utilizam e depois vão embora.” (G07)

“Outros ficaram realmente reféns dessa situação. Em parte da dependência mesmo, da necessidade do uso do crack, ou porque tem problemas prévios, emocionais, familiares, não sei o quê. Tem outros que começaram e gostaram e vai causando uma dependência, depois não sai mais. E tem uma questão, também, que eu acho que é uma questão que não é só da saúde, que nada ali é só da saúde, como tudo; mas, assim, especificamente é a questão do tráfico, também. Que às vezes a militância

que eles fazem em cima do usuário não é pouca, no sentido de tentar dificultar ao máximo a saída dos usuários daquele contexto, porque eles vivem do lucro da venda da pedra.” (G07)

“infelizmente nesse caminhar a gente teve várias interferências externas que foram da PM; de ações que fugiram ao controle dos gestores e dos trabalhadores e da própria política implantada lá. Eu desde o primeiro momento, a gente costumava falar que esse espaço era um espaço free, free na questão do consumo e na questão dos acessos, a gente tem uma média hoje lá de 600 a 800, esse número aumenta na sexta, sábado e domingo, triplicada ou quadriplicada. A gente também têm sofrido com a vinda de pacientes, o pessoal agora fala, descarregar o ônibus, acho que você ouviu essa história falar?”. (G08)

Fica evidente a grande vulnerabilidade dos usuários que frequentavam o fluxo/“cracolândia”. A grande maioria era egressa do sistema prisional que ao sair da prisão não teriam para onde ir e acabavam retornando para o fluxo, inclusive alguns já saiam com o endereço da Tenda do DBA. Eram pessoas que estavam fora do mercado formal de trabalho, com baixa escolaridade, com muitas rupturas familiares e com agravos importantes de saúde:

“Um número grande de usuários são egressos do sistema penitenciário e estão naquele território, eles estão atuando seja na rua, seja nos centros de acolhida, uma reprodução do sistema interno da penitenciária.” (G08)

“ali é um lugar que junta muitas pessoas, assim, muitas vezes você tem situação de rua, todo tipo de gente assim, ali junta muita gente com muita vulnerabilidade, e a nossa identidade é construída também no espelho, no coletivo. Então tem ali, um estigma deles com eles que eu acho que é importante, se eu cheguei até aqui no fundo do poço, então eu sou alguém com essa dificuldade, tem uma coisa muito forte que dificulta muito, que é muito perversa é da cidade com eles, ali é a “cracolândia de São Paulo”. Então, as pessoas são vistas assim.” (G05)

“Se você for pro fluxo agora, você já vai ver vários idosos. O que eles começam a fazer pra se esquentar? Beber. Tem vários mortos durante o dia, quando você for ver porque eles bebem, mas o frio continua. Tem toda uma explicação, por isso nosso amigo, que é enfermeiro, ele explica que quando bebe, o que acontece no organismo. Mas, o que eles vão fazer? eles têm que amenizar o frio, então eles vão beber. Alcoolista é o que mais temos aqui é durante a noite, porque eles têm que beber, e eles têm que amortecer essa vida dura, desgraçada, socialmente falando. Eles vão usar alguma coisa, seja o álcool, a droga, mas eles vão usar pra amenizar. Foi o que te falei, ninguém está ali por acaso.” (G06)

“porque aquilo ali é degradante. É difícil uma pessoa estar feliz ali. Não é a questão do crack, é a questão da degradação ali. Tem estupro. Lá, não estou falando nos hotéis, estou falando lá. Aquilo ali, pelo amor de Deus, é estupro, é tráfico de drogas, é espancamento, violência. Porque ali domina a lei do bandido, não é doença de saúde, não. É bandidagem, é safadeza mesmo. (G07)

“Eu avalio que é um uso bastante descritivo, do que sentido que vem parar nessa região, nesse território, as pessoas que já estão numa situação de vulnerabilidade social, de violência, de exclusão, é de falta de alternativas, elas vêm pra cá em busca de alívio, muitas vezes proteção e políticas públicas, porque no centro tem mais inclusive que nas periferias. Eu penso que lá, o problema da crackolândia, eu acho que esse território chamado de crackolândia, o problema daqui é o problema das vulnerabilidades e desigualdades sociais e violências do país inteiro, vem parar na grande crackolândia que é aqui em São Paulo.” (G09)

✓ **As redes sociais e os vínculos construídos pelos usuários no fluxo/ “cracolândia”**

O fluxo apesar de ser um lugar insalubre e parecer desorganizado, pôde-se perceber que existe ali dentro certa ordem, regras de convivência. As pessoas constroem vínculos entre si e se ajudam também. Muitos usuários relataram se sentir protegidos no fluxo para usar sua droga de forma mais segura.

“Porque eles vivem ali naquela rua, muitos não tomam banho. Vocês chegaram a visitar lá? É uma coisa! vocês vão ver, mas existe um calor humano muito grande entre eles, coisa que muitos não têm na casa deles, não têm com a família. Muitos que voltam pra família, vêm aqui as vezes só pra dar um abraço, eles falam que aquele abraço eles não conseguem na família com ninguém, é uma abraço deles. É um abraço com emoção. Eles não vêm aqui por vir. Foi o que eu falei, ninguém nasceu aqui. A situação nos trouxe pra cá. Então, a gente tem que saber entender o que os trouxe, o que foi que causou isso, e, em cima disso, trabalhar.” (G06)

“Outra coisa que pedi e achei importante foi o retorno da defensoria pública aqui, muitos têm medo de sair e serem presos têm as pendências judiciais. Muitos estão aí porque se sentem protegidos, estão escondidos.” (G06)

“Sim, eles se protegem, para o bem e para o mal. Entendeu? Às vezes ruim, às vezes bom, mas tem uma rede de proteção que o próprio traficante dá, inclusive. Por exemplo, se você entra ali sem você estar com uma pessoa de lá, eles já não gostam. Você vai até a primeira calçada, tudo bem. Depois disso, eles já começam, já faz pergunta, dá uma olhada para ver o que que está rolando. Se você vai lá e bate foto, você arrumou uma encrenca. Uma encrenca. Outro dia, eu fui lá com um engenheiro e, coitado, ele, na inocência, ele bateu foto, a gente foi ver a reforma da tenda. Nossa, quase que a gente teve que sair corrido de lá. Porque eles não gostam que bate foto.” (G07)

É necessário ofertar um cuidado aos usuários de crack que seja realizado no próprio território aonde as pessoas circulem e que seja feita articulação com os serviços da rede intersetorial, responsáveis por aquele território. A internação em locais distantes desterritorializam as pessoas que ao sair da internação tendem a retornar aos seus territórios voltando, portanto, a ter contato com as questões da vida cotidiana, com o seu contexto de vida e, geralmente, tendem a voltar ao uso da droga, entrando num ciclo de várias internações:

“a territorialidade como um dispositivo de cuidado, eu acho que é central, e ali particularmente, o DBA, a gente tem uma coisa muito diferente nisso, porque aquelas pessoas, ninguém é dali, ninguém nasceu na cracolândia, então são pessoas que trazem outras territorialidades com elas.” (G05)

“mas a saúde mental é álcool e drogas; eu não acredito que é possível uma política de cuidado que não seja territorializada, e, aí, entendo o território como espaço de vida não como barreira.” (G05)

“Segundo preconceito que eu acho compete com o espaço público. As pessoas não entendem. Aí é polêmico mesmo, não estou tomando pé de um nem de outro, mas assim de fato você não consegue andar, ponto. “Ah, mas é um espaço público, eu paguei o imposto.”, mas você pagou imposto, mas aqui você não vai andar. Então, o que as pessoas alegam, em parte, é assim que a presença desse núcleo ali de tráfico restringiu o acesso das pessoas que não fazem parte desse métier, entendeu? Então, isso gera um conflito social, ali, na região: “Pô, meu, por que eu não posso passear com meus filhos aqui?” Porque eles roubam, tem isso mesmo, como rouba em qualquer lugar, mas ali tem mesmo, se você facilitar ali, entendeu? Porque faz parte, não é que eles estão fazendo por mal,

faz parte, porque precisam disso para comprar droga, precisam disso para dar para o traficante, para o cara dar umas 10 pedras de crack, enfim, tem essas questões. Então, isso é um Tensionamento constante com a sociedade.” (G07)

✓ **Modos de uso de drogas: o uso do crack**

A maioria dos usuários de crack que estavam no fluxo/“cracolândia” fazia um uso intenso do crack com um perfil compulsivo em um uso prejudicial ao ficar dias seguidos usando crack sem dormir e sem se alimentar direito. Geralmente eram poliusuários porque usam vários tipos de drogas como álcool, maconha, além do crack. O fluxo/“cracolândia” acaba sendo um lugar de experimentação de novas drogas. Assim, além do aumento do tráfico de drogas no território houve, ainda, a inserção de novos tipos de drogas nesse território:

“hoje um grande problema do programa do DBA é o aumento do tráfico no território; a gente faz oficialmente várias falas com o governo do Estado, procuro o departamento de narcóticos, pede uma ação da polícia ali, na inteligência (...) e não acontece nada, e, o tráfico está crescendo e dificulta muito, muito o nosso trabalho ali, porque o tráfico está agressivo. Há 1 mês e meio atrás... eu brinco que ali é uma pequena “África”, com experimentos perversos, não é? Há 1 mês e meio atrás, entrou uma droga nova no território, uma pasta preta e dois usuários morreram em uma semana, 15 ficaram muito graves, a gente denunciando, falando e foi tão assustador que eles tiraram.” (G05)

“Agora, o que nos surpreende na área da saúde é a questão de você ter cada vez novas potentes drogas, que hoje o crack, daqui a pouco já não é ele mais o grande demolidor, serão outras drogas, as experiências que eles fazem de utilizar substâncias com o desejo de potencializar o efeito, muitas vezes levam ao óbito e leva mesmo! A uma crise convulsiva, a situações de delírios. Então, quer dizer, hoje é o crack, mas, sinceramente, eu acho que ele já está sendo até superado por outras drogas, agora tem as maconhas aí batizadas parece faz o “borogodó”, e que a gente não consegue acompanhar face à ‘inúmeras’ substâncias que eles colocam ali, as inovações.” (G08)

“Então, os maiores problemas do usuário de droga, não é droga, como eu falei, é o cotidiano, a pessoa tá fugindo do cotidiano que ela vive. Muita gente que tá aqui também não era pobre, tem gente rica, tem médico, tem psicólogos. Tem o Professor, tem gente aqui que fala três línguas, cara. E tá jogado na rua. Então, muitas vezes não é você ser uma pessoa bem de vida, é você estar bem com você mesmo, não é? Pô, cara, todo mundo quer estar bem com a família, com os amigos, mas quando a pessoa não consegue sustentar isso, por causa de rixas ou, às vezes, disputas do dia a dia, ela acaba se jogando aqui mesmo, cara. Porque, na verdade, na verdade, ela nem queria tá aqui, então não faz tanta diferença pra ela o que ela tá perdendo.” (US02)

“Droga é aquilo, né, meu, droga é o luxo do lixo. Porque é caro, o traficante não dá de graça, tudo tem um preço, e é meio... a droga é egoísta, com certeza, pra todos os lados. Tem uns que reparte sim, um ou outro, mas é bem difícil, a droga, a pessoa quer usar pra ela, quer curtir a brisa.” (US02)

[Você sente que o crack te prejudica?] “Sim, lógico. A gente vê que desidrata. Na verdade, o crack, ele resseca, no que ele resseca, ele desidrata o corpo, no que ele desidrata, você emagrece, você fica com a imunidade baixa, então nós temos muitas consequências. (...) se eu falar pra você que o crack não é bom, eu tô mentindo, ele é bom, mas a consequência dele é ruim. A pessoa entra no crack, acha no momento, “nossa, que legal”, mas ele esquece que aquilo lá vai ter uma consequência lá na frente. E a consequência é isso que a gente vê no dia a dia aqui: é a rua, é a fome, é longe dos parente. Então, assim, machuca sentimental, machuca psicologicamente, então afeta bastante na saúde.” (US03)

“Meu padrasto era traficante, e aí, minha mãe, como ela era Profissional do sexo, eu tenho uma irmã deficiente mental, eu era o único tipo possível, ela é mais velha do que eu, eu sou do meio, mas como eu era o único que tinha cabeça, eu tinha que fazer a comida dela e do meu irmão. E aí, quando eu fui abrir a lata de arroz, que lá no interior eles põem naquelas latas em cima do armário, quando eu abro pra pegar o arroz, tinha meio quilo de crack dentro da lata. Aí eu levei pra um vizinho meu, não sabia o que era, tinha 10 anos, meu vizinho olhou pra mim, “-nossa, vale um dinheiro”, a ganância já entrou na vida do cara, “-nossa, isso vale um dinheiro e tal”, e eu perguntei, mas como que usa esse negócio? aí o cara pegou, furou uma latinha, colocou assim e me chamou a fumar, eu me tornei um dependente, com 14 anos já estava preso. E aí foi tendo as consequências do crack.”(US 03)

[O que você mais gosta aqui no fluxo?] “Daqui do fluxo? o luxo, você é rei... É Las Vegas, brother, têm as fichas, você manda em tudo. Aqui você tem o crack, você come quem você quiser, você faz o que você quiser, compra o que você quiser. [E o que você menos gosta?] O que eu menos gosto daqui é das traíragens. Mano, na vida a gente tem alguns traíras que são da situação, aqui você está rodeado de situações, às vezes, você é traído por uma situação, mas aqui a situação é traír, está entendendo?” (US 05)

O uso do crack geralmente era intenso, durante vários dias consecutivos e com o uso de muitas pedras. Observou-se que muitos usuários usavam crack há bastante tempo, por períodos de mais de dez anos, o que desmente a questão de que o crack mata rápido:

“Na verdade, eu fumo, é muito fixo, vamos supor, se eu começar a fumar agora, eu só vou parar na hora que não tiver mais dinheiro mesmo, tiver cansação mesmo. [E você acha que vai mais ou menos quantas pedras numa brincadeira dessa?] Ah, eu fumo umas 40, 50 pedra. Brincando, isso daí eu fumo na noite, brincando.” (US03)

“A diferença é que o crack é o crack! é um puxo, nós somos tão grandes, uma pedrinha daquele tamanho, destrói a gente. A diferença é que a maconha eu como, durmo, troco outras ideias, como estou trocando agora com você, se tivesse dado uma paulada dessa, de crime, de sangue. Não consegue nem raciocinar, a gente não raciocina direito, só pra maldade, o crack está associado à maldade, pra fumar, vou te traír. Não estou falando tipo eu, estou falando em si, o crack. Vou te falar uma palavra legal: o diabo fez o crack, mas ele não fumou sabe por quê? Senão ele já tinha vendido o inferno.” (US 05)

[Qual a diferença do crack para outras drogas?] “A brisa é mais forte, pelo menos do crack, a brisa é tremenda. Só que eu dei um trago, eu dei um trago quase agora, quando cheguei aqui. Mas eu fiquei normal, só dei uns dois tragos e fiquei normal. Quando dá a louca de dar um trago, eu vou ali e dou um trago. Mas só quando eu quero. Porque é o seguinte, eu sou um cara assim: vai chegando a noite, se eu der um trago, eu vou até amanhã. E trabalhar virado é ruim. Então, já manero um pouco.” (US 07)

[Você sabe quantas pedras você usa? setenta, oitenta pedras?] “Não, não chega a tanto. Tem que ter o real. Até com mil reais, eu, com mil reais na mão, joga até pedra no chão, dou pinga para os caras, dou cachaça, compro um gelo. Quando eu cheguei aqui foi assim, eu falei pra você, cheguei com novecentos contos. Foi tudo, largou até pros caras. Um tempo atrás aí eu achei também mil reais. Sabe em quantas horas eu gastei esses mil reais? Adivinha, não deu nem uma hora. Quando eu cheguei em casa, que eu fui deitar e descansar, eu pus a mão no bolso, não tinha um centavo. Nem cachimbo, maçarico que sobrou. Eu comprei caixinha também, aí fumei também junto, e eu dava a droga, os caras vinham na minha cola, “toma, vai”, comprava um gorote, só dava um golinho e já dava para os caras, emprestava dinheiro para os caras.” (US 07)

“Eles respeitam muito o espaço um do outro, tanto os usuários quanto os moradores, os comerciantes, respeitam muito. Tem muitos moradores que não gostam, mas respeitam, porque é aquela coisa, “não vou mexer com usuário de crack”, então acaba respeitando. Mas eles se dão bem, a gente não vê briga, pelo contrário, eles vendem coisas pros usuários, vendem cafezinho, um pão, eles se dão bem. Uma casa, por exemplo, que os usuários estão na frente, se um morador for lá e falar: “tem como sair, por causa do meu filho”, eles respeitam. Criança, quando passa alguma pessoa com criança, eles param na hora, não sei se vocês chegaram ver isso hoje? Eles gritam “olha o anjo” aí eles vão passando, “olha o anjo”, e todos tiram o cachimbo da boca pra criança não ver aquela cena. Eles respeitam muito, muito mesmo.” (Prof16).

4.6.3 Os desafios das políticas públicas sobre drogas e da intersetorialidade

Esse subcapítulo apresenta a análise das narrativas dos entrevistados sobre a categoria “Políticas Públicas sobre Drogas” e “intersetorialidade” apresentando as suas potencialidades e os seus desafios.

A análise das narrativas aborda dois subtemas: 4.6.3.1 *As disputas de modelos de abordagem aos usuários de crack e outras drogas atuando em um mesmo território* e, 4.6.3.2 *A intersetorialidade como elemento estruturante de uma política pública sobre drogas (PPD).*

4.6.3.1 As disputas de modelos de abordagem aos usuários de crack e outras drogas atuando em um mesmo território

A prefeitura, o governo municipal, com o “Programa DBA” apostava em um modelo baseado na RD e de uma oferta de cuidado de base comunitária e territorial já o governo do Estado com o “Programa Recomeço” apresenta um modelo de cuidado baseado na internação alinhado ao paradigma do proibicionismo com a oferta de internação em clínicas, Comunidades Terapêuticas (CT) ou hospitais. No mesmo território do fluxo/ “cracolândia” existe a sede dos dois Programas. Em frente à Tenda do DBA está localizado o prédio do Programa “Recomeço” que entende que a saída para as drogas é abstinência por meio da internação dos usuários. Os usuários são encaminhados pelo Centro de Referência de Álcool, Tabaco, e outras drogas – Cratod às CT. Os trabalhadores do Recomeço atuam nesse mesmo fluxo, ou seja, ambos os Programas tem como público-alvo os mesmos usuários, porém a oferta de cuidado é muito diferente.

“Eu acho... não tenho dúvida disso, eu acho que o Brasil protagoniza no cenário internacional um papel bem importante, bem ativo na disputa pela política de usuário de drogas; quando eu estava ainda no Ministério, a gente fazia parte de agendas internacionais e a disputa dentro da OMS era

como é que a droga entrava como pauta principal nesse ano? a gente, o Canadá, Portugal, Colômbia, defendendo o que fosse pelo cuidado, já os Estados Unidos defendendo que fosse pela questão da segurança, da força, da guerra; então, eu acho que o Brasil, tem papel importante, protagonista de fazer a disputa internacional sobre que lugar tem a droga dentro das políticas de saúde, das políticas de cuidado. E acho que isso é muito potente, porque a gente tem uma política nacional, que com todos os seus percalços, ela está aí, existe. Nós temos muitos municípios, hoje, no Brasil, com experiências muito interessantes, que são referência; quando eu estava em São Bernardo a gente recebia de 2 em 2 meses um grupo internacional para conhecer a nossa experiência; não só gente do Brasil. Só para dar um exemplo, eu acho que a gente tem uma experiência potente, que está todo tempo em disputa; quando vocês forem visitar o "De Braços Abertos", em frente ao DBA tem um prédio de 7 andares de mármore, que é o "Recomeço", que é a política do Governo do Estado, que é absolutamente diferente da nossa, que trabalha com internação compulsória, com internação em hospício, com internação de unidade terapêutica como parte do cuidado, que tem a abstinência total como o único dispositivo de cuidado e quem não aderir à abstinência é expulso do programa." (G05)

"O que a sociedade, muitas vezes, cobra do poder público? Que eles parem de usar e que limpe lá [a região da cracolândia]; que aquele espaço é público e que eles não podem ir lá passear com a família; então, tem que tirar de lá e, que aquelas pessoas, necessitam de um tratamento, que elas deveriam ser internadas. Se você fizer isso, a sociedade fica contente, não entendem essa coisa de redução de danos. Você fala: "-Houve sucesso quando a pessoa que usava 15 pedras, hoje está fumando 5, e fala que está bem, e que não quer diminuir das 5". Eles falam: "-vocês estão loucos, não importa se é 5, importa que a pessoa está usando 5 pedras." (G7)

"Você tem toda uma série de forças que lutam aqui dentro. Veja que a política de redução de danos, na qual estamos inseridos, e a qual defendemos radicalmente, é uma força política no território. E é uma força política que nós encontramos várias barreiras, dificuldades para serem enfrentadas. Porque a visão clássica, do nóia, da cracolândia é, na verdade, um problemático pra cidade; e que a única forma de intervenção nela é através da força, onde você prende o cara, retira ele da sua visão, mas você não pensa a questão é muito mais complexa." (Prof 4)

Segundo a narrativa de alguns gestores, o Programa "Recomeço" não informava aos profissionais do DBA quando o usuário era internado, isso seria uma pauta de articulação política necessária. Como a Tenda não tinha banheiro com chuveiro para os usuários tomarem banho, muitas vezes, eles iam para a sede do "Recomeço" para tomar banho aonde era ofertado um kit limpeza. Eles sabiam exatamente o que esperar dos dois programas que ofertavam cuidados distintos. Quando queriam ser internados eles buscavam o serviço do Cratod, que era a porta de entrada do Programa Recomeço e, portanto, para o acesso às CT. Os usuários sabiam que nas CT eles não podiam usar crack, mas às vezes eles pediam internação.

"Então, eles (os usuários) conhecem a lógica do "DBA", da redução de danos e conhecem a lógica do Recomeço, da internação. O programa Recomeço é do outro lado da rua. E muitas vezes, por exemplo, buscam um banho, enquanto, não ficam prontos os banheiros da Tenda, do DBA; o ponto

de apoio é a tenda, né. (...) Acho que ele (Cratod) têm uma definição muito fechada do que é a dependência química. Eles têm uma leitura da dependência química, do dependente químico. É, com algumas referências que tem, que aí vão conversar com o pessoal das Comunidades Terapêuticas, dos 12 passos; isso é de uma leitura do que é o dependente químico e a dependência química. Então, eu acho que eles têm um olhar mais padronizado do que é a categoria dependente químico. E, eu acho que a gente [do DBA] tem um olhar que é para o sujeito; cada sujeito é um sujeito, cada um tem uma dinâmica, claro que a gente tem questões que são aí do uso de droga comuns, que acontece em todos eles, mas a relação com a droga, depende muito da história de vida, em que lugar que a droga entra.” (G09)

Na visita de campo ao Programa “Recomeço” verificou-se que é necessário fazer um cadastro para ter acesso ao serviço, ou seja, não é de livre acesso como a Tenda. Assim, muitos usuários, por serem egressos do sistema prisional, tinham receio de fornecer seus dados. O Programa “Recomeço” tem a sua sede em um prédio com vários andares, com uma infraestrutura bem grande, com academia, salas para oficinas com televisão. Havia usuários apenas no andar térreo onde ficam localizados os banheiros com chuveiros. Na visita, havia usuários no rol de entrada cantando junto com um monitor que tocava violão, num ambiente agradável e acolhedor, no entanto, nos andares em que era preciso o cadastro, não havia usuários frequentando no momento da visita.

Cabe destacar que para o usuário de crack e outras drogas ser internado em uma CT, ele precisa estar em abstinência total da droga, o que já deixa muitos de fora desse perfil. Outra questão relevante identificada em relação a esse modelo de cuidado, que exige a abstinência, é em relação ao pós-tratamento. Quando a pessoa sai da internação ela volta para onde? Entende-se que ficar abstinente num lugar com comida, banho, atividades laborais, entre outros atrativos é mais fácil, embora nem todos consigam isso. No entanto, manter-se abstermido no contexto de vida que o levou a um uso prejudicial é bem diferente.

A internação era realizada tanto em hospitais psiquiátricos quanto em CT:

“Vários hospitais, em vários, inclusive no hospício da região do ABC que a gente tinha fechado e o Estado reabriu; Lacan, o Pinel, eles têm várias referências no Estado inteiro e, como não faz parte da proposta, a territorialização do vínculo; então, eles pegam alguém daqui, que está grávida, e mandam para Ribeirão Preto, para ficar lá. Então, isso é um atravessamento constante no nosso trabalho no DBA, mas é uma disputa cotidiana que a gente tem ali (...) a entrada do Osmar Terra puxando da Senad para dentro da Assistência Social, eu acho que é uma ameaça imensa! E, que se a gente não for capaz de responder coletivamente, a gente pode daqui há 6 meses, está falando de uma outra política. Então, eu acho, que a gente vive essa disputa muito fortemente; até agora a gente tinha o espaço nacional do lado de cá da disputa, agora temos o espaço nacional do lado de lá da disputa; então vamos ter que fazer outros movimentos para isso, não é?” (G05)

“Eu fico pensando que a Comunidade Terapêutica, então, é para cuidar da vulnerabilidade social, risco social, e aí você vai cuidar da vulnerabilidade e do risco num lugar que é isolado? Fora do contexto do sujeito? e como que você trabalha depois a inserção? qual projeto?” (G09)

“Então, assim, como é que a gente pensa uma internação, qual é a função? eu fiz a pergunta para eles desse jeito, qual é a função de uma internação que fica completamente descolada do processo de cuidado? do antes e do depois? Assim, então interrompe, o cara vai para uma internação que ninguém sabe pra onde foi; e, aí eles me falam que eles não têm condição de acompanhar as internações, como o cara fica depois que ele tá na comunidade terapêutica? eles assumiram isso e não me responderam como que eles pensam no trabalho de reinserção, reabilitação. Porque na internação, a pessoa fica lá 9 meses, abstinência, tá fora do contexto, fora do estresse, tá com comida, enfim, é um outro contexto.” (G09)

“Voltando na sua pergunta, nas políticas de drogas, eu acho que eu vejo que essa é a grande disputa que tá colocada; a gente pensar na lógica da droga e da repressão à droga e a gente pensar na lógica do sujeito e do cuidado do sujeito. Quais são as necessidades daquela vida em movimento? E, aí, que acho que nesse sentido, assim, os dois lados da rua aqui, o ‘Recomeço’ na frente, eles são muito opostos nesse sentido.” (G09)

A crítica ao modelo de cuidado, baseado apenas na internação dos usuários de crack, sem que seja feito um trabalho de pós-internação e de reinserção social se dá, porque entende-se que a pessoa ao voltar para sua vida cotidiana, vai se deparar com as mesmas questões emocionais, socioeconômicas e culturais que a levaram aquela condição antes da internação. Além disso, as internações em locais fechados, geralmente em locais distantes do território de vida das pessoas as desterritorializam e quando voltam para o seu território tendem a voltar ao contato com as questões da vida cotidiana e, frequentemente, voltam ao uso da droga, no mesmo padrão, antes da internação.

“Acho que tem um buraco imenso na nossa Rede Estado-Prefeitura. A pessoa vai porque ela quis, porque teve uma avaliação psiquiátrica, fica 6 meses em um lugar, e aí ela volta. Quando esta pessoa volta, ela entra nesse buraco imenso, ela não tem pra onde voltar. Para onde ela volta? Pra rua. Pra cá. Então, no dia seguinte, aquela pessoa que está gordinha, sadia, você olha e fala: fulano! E, aí você fala, ‘mas aqui de novo?’ é porque não tem pra onde ir. A gente tem esse buraco, não existe local onde, por exemplo, uma pessoa que foi internada, melhorou, volte, que ela possa tentar uma reinserção social de verdade, que ela possa tentar alguma coisa após uma internação.” (G06)

Segundo o coordenador geral do DBA, as PPD voltadas para os usuários de crack, devem investir em dispositivos abertos de cuidado e não em internação seja ela voluntária ou compulsória. Deve-se respeitar os preceitos da Reforma Psiquiátrica com serviços de base comunitária, cujo objetivo é promover a garantia de direitos, apostando no modelo de cuidado baseado na redução de danos, inclusivo, sem estigmatizar o usuário de drogas.

“E, por último, as pessoas entendem que as pessoas que precisam de tratamento, que o tratamento não é esse [ofertado pelo DBA], que o tratamento é internar. Se vocês passam ali, vocês vão entender

que aquelas pessoas estão em tratamento? Não entende. Então, as pessoas também não entendem.” (G07)

“Por isso que eu acho que o DBA, é um novo marco, porque você pensa não em limpar o território, em higienizar o território; ao contrário, de todas as ações anteriores. Você pensa na população, no território e, a partir, das necessidades delas.” (Prof4)

O DBA apostou em um modelo de cuidado baseado na redução de danos, inclusivo, sem estigma do usuário e de base territorial:

“Eu acho que precisa ter uma reforma psiquiátrica e de tratamento com dependentes químicos no Brasil. Essa reforma passa por ampliar programas como esse que trabalham de maneira aberta e não compulsoriamente. Internar dependente químico, isso já fez nesse século, no século passado e no século 19 e não deu em nada. Nós temos que ser mais criativos para tratamentos com dependente químico e a criatividade aí é no sentido de falar, “eles são sujeitos de direitos e podem reconstruir a sua vida, reconstituir a sua cidadania e melhorar a qualidade de vida”. O programa deve focar no dependente químico e não na droga.”(G02)

“O nosso conceito e a nossa prática é de redução de danos; na verdade, a ideia aqui, tá muito mais próximo de repressão. Eu quero só dizer, bem claro, que eu acho que o “Braços Abertos” é um puta de um programa, eu tenho elogios muito grandes ao DBA, acho que ele deveria ser ampliado.” (Prof4).

“Agora, sim, isto é uma marca de governo. Por que, além da questão técnica, da questão mesmo humana, tudo, é um diferencial de governo, entendeu? Isso, sempre foi assim. Ah, esse governo é um governo da inclusão, não importa se a pessoa está usando crack, se é gay, se é imigrante, que é uma outra polêmica. É um governo que está tentando construir uma sociedade mais solidária, e não fazer julgamento de que tipo de vida que as pessoas resolveram ter, não é? Diferente de outros governos. A gente vem aqui de 3 mandatos, sei lá, dois pelo menos, não é? o Serra e o Kassab, é muito da direita, muito do tecnocrata, muito burocrática, muito o politicamente correto, é o cara que tem emprego. Então, eu acho que isso para a gestão era importante; com todos os erros e acertos, marcar que ela é diferente nesse aspecto; no aspecto de entender a sociedade de uma forma diferente, do que outros governos se propõem. Agora, tudo tem um preço. Uma parte é legal, aceita e outra parte não aceita” (G02).

Em uma perspectiva futura é necessário avançar para uma discussão sobre a descriminalização e legalização das drogas:

“Mudando a política pública, de legalização e descriminalização, regulamentação e descriminalização das drogas, mas também eu penso que isso não deve vir só. Não deve vir só, isso deve vir junto, principalmente, com mais investimentos pra saúde; porque convenhamos, o uso de drogas de forma abusiva causa problemas e, as pessoas, têm que ter acesso a serviços de cuidado. Então, a saúde tem que estar bastante forte, você tem que estar com a promoção e defesa dos direitos humanos, tem que estar junto aí.” (Prof4)

“Creio que a gente tem hoje uma discussão a ser levada na cidade, no estado, no país, sobre locais para utilização supervisionada dessas drogas, entendeu? Como uma maneira de você ir diminuindo o uso.” (G08)

“Agora, o setor mais conservador, então... o Conseg (conselho de segurança) aqui da região, só faz crítica ao programa (DBA), muitas críticas ao programa. Que tem essa visão de que essas pessoas que estão ali; olha lá eles voltando. Não merecem ser cuidadas. Tem muita gente na sociedade que tem essa visão” (G02)

Crítica ao Programa do Governo Federal “Crack é Possível Vencer”:

“Porque o crack, não vai vencer nunca; eu acho que o nome do programa já começou errado. Entendeu? Não é “Crack é possível vencer”, devia ser “Usuário de crack é possível reabilitá-lo”; é possível melhorar a sua qualidade de vida. É um programa que enfoca a droga e não o usuário de droga. Por isso que ele acabou definhando. O programa foi definhando. Os ônibus, parte deles, não vieram com câmera, porque quem entregou o ônibus era outra empresa que entregava a câmera e, aí, a empresa faliu. Os equipamentos, nós temos cinco ônibus aqui.” (G02)

4.6.3.2 A intersetorialidade como elemento estruturante de uma política pública sobre drogas

Pensar a intersetorialidade como elemento estruturante da construção do programa é, sem dúvida, um avanço nas PPD. Por meio de um acompanhamento conjunto, pelas três áreas: saúde, assistência social e trabalho de forma coletiva, o Programa DBA permitiu um olhar plural para a questão da “cracolândia” e a intersetorialidade se tornou uma das principais fortalezas do Programa:

“O fato da gente ter criado uma coordenadoria executiva e creditando para essa coordenação cada área, eu acho que a gente transformou um programa, em um programa mesmo matricial. É difícil essa construção, as pessoas têm que deixar um pouco o seu mundo da saúde, do trabalho, da assistência, por um projeto que só dá certo se for compartilhado. Talvez o que mais segurou esse grupo foi a gente ter construído uma ferramenta comum de monitoramento dos beneficiários, que nós chamamos de cadastro único.” (G2)

“Mano, o bom do “Braços Abertos” é que ele juntou tudo aquilo que ele tem com os três... Já tinha três órgãos, esse técnico, saúde e tem um outro ali, que é de internação, são os três. Juntou tudo, porque um não encontrava com outro antes, o Recomeço e o DBA. Ou faz isso ou faz aquilo; “Tá doente? Não é com a gente, a gente é só pra albergue”. Agora não, elas vêm aqui, outras vão lá. Hoje criou um braço forte.” (US 05)

O funcionamento do DBA se deu de forma intersetorial desde a sua concepção até a sua operacionalização:

“E nós, da coordenação, nos reunimos com esses 75 técnicos, a coordenação toda segunda-feira, semanalmente, então, nós aproximamos aqueles que estão na ponta com os beneficiários, da diretriz da coordenação. Aí a gente qualificou a gestão.” (G02)

A intersetorialidade foi tanto uma potencialidade quanto um desafio para o Programa. Evidenciou-se o desafio de fazer uma gestão compartilhada com diferentes interesses políticos nos setores:

“Porque, independente, de ser “Braços Abertos”, o caminho para o SUS é isso, é trabalho compartilhado, intersecretarial, somar esforços, ver que a integralidade na saúde não dá conta sozinha.” (G07)

“A grande potência do DBA, é poder pensar o cuidado dessa população com as várias secretarias. Isso traz muitos desafios, por causa das lógicas diferentes. Eu acho que nisso desdobram várias potencialidades; a gente tem que ter esses vários olhares. Tem, também, uma potencialidade aí mais macro política, de dar visibilidade com outro modo de cuidar e estar na disputa, macro política.” (G09)

“Um dos grandes pulos do gato desse projeto é associar a arte e a cultura junto à saúde e à redução de danos. (...) é aquele foco da redução de danos, é tratar a pessoa e não a doença, a gente olha pra pessoa, estabelece vínculos e nesses encontros promove outros vínculos para ele voltar a nos encontrar, voltar a reduzir o uso (...) a integração na ponta, dos que estão na rua, é muito mais fácil do que a integração de cúpula, que entra ideologias.” (Prof13).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. ANÁLISE SOBRE O DESMONTE DO PROGRAMA “DE BRAÇOS ABERTOS”

Para relatar sobre o desmonte do Programa “De Braços Abertos” (DBA) e apresentar a nova conjuntura política sobre o debate em torno do fluxo ou “cracolândia”, instituída com a nova eleição municipal, em janeiro de 2017, foi realizado um levantamento das reportagens disponibilizadas na internet e dos documentos públicos disponíveis sobre o novo Programa denominado “Redenção”. Além disso, realizou-se a análise de uma nova entrevista feita com um ex-gestor do programa DBA, que já tinha sido entrevistado durante a pesquisa desta Tese em maio de 2016, para atualização das informações sobre o DBA e sobre seu desmonte.

A partir das análises das reportagens disponibilizadas na internet, observou-se o desmonte do Programa DBA já previsto caso o prefeito não fosse reeleito e entrasse em seu lugar um partido de oposição. Em janeiro de 2017, com a posse do novo Prefeito, ocorreram várias ações no fluxo/“cracolândia” com violência policial. O Prefeito eleito já tinha feito um discurso, veiculado em várias mídias, de que o seu governo iria acabar com a “cracolândia” em São Paulo.

Muitos coletivos de São Paulo¹¹, engajados na luta sobre as drogas, a favor de políticas públicas de drogas dentro dos princípios da redução de danos, publicaram as ações ocorridas no fluxo ou “cracolândia” após a posse do novo prefeito. A nova gestão objetivou o desmonte do Programa “De Braços Abertos”, do ex-prefeito Fernando Haddad, para implantar em seu lugar um novo projeto sobre drogas, denominado “Programa Redenção”, para intervenção na “cracolândia” em São Paulo. O Programa DBA oferecia um pacote de direitos, era baseado nos princípios da RD com a oferta de um cuidado de base comunitária. Já o Programa Redenção, por sua vez, prevê, até mesmo, a internação compulsória de usuários de drogas¹².

O prefeito eleito anunciou, no dia 21 de maio de 2017, a suspensão do Programa “De Braços Abertos”. Esse dia ficou marcado pela intervenção do governo na “cracolândia” com uma megaoperação policial. Embora o prefeito tenha afirmado que a “cracolândia” tinha acabado, o que houve na realidade foi o deslocamento dos usuários do fluxo para outros locais como a Praça

¹¹ Os principais coletivos que acompanharam os desdobramentos do fechamento do Programa foram: *Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD)*; “*É de Lei*”; “*Craco Resiste*”, “*Observatório do povo da rua*”; entre outros.

¹² <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/carol-hart-assim-como-doria-o-povo-de-sao-paulo-ignora-os-pobres>. 27 de outubro de 2017.

Princesa Isabel, permanecendo a “cracolândia” só que agora mais espalhada e sem assistência aos usuários. Tática semelhante já tinha sido usada outras vezes, como em 2012, quando a polícia ocupou a região. Na época, um dos encarregados da operação declarou que o objetivo era causar “dor e sofrimento” para fazer os usuários pedirem ajuda. Tanto em 2017 como em 2012, o que a intervenção da polícia causou foi a dispersão de quem vivia na região, com rompimento dos vínculos dos usuários que tinham sido construídos de forma árdua pelos profissionais do DBA¹³.

Mesmo diante das pesquisas já realizadas na “cracolândia”, o governo e a nova gestão da prefeitura de São Paulo têm preferido adotar um discurso de combate ao tráfico como a solução para a região. A “mega operação” policial foi seguida por diversas outras ações policiais na “cracolândia” onde foram realizadas prisões de traficantes, a destruição de barracas improvisadas com apreensão de colchões e objetos pessoais dos usuários de drogas.

Segundo reportagem de 10 de outubro de 2017, o Programa Redenção¹⁴ substituiu o Programa “De Braços Abertos”. Um dos focos do novo Programa é convencer os usuários a se internarem voluntariamente para fazer tratamento. Ao todo, a administração municipal havia disponibilizado cerca de 350 vagas emergenciais para pernoite na região da Luz. As instalações foram criadas dias após a megaoperação do dia 21 de maio de 2017 que removeu a concentração de usuários de *crack* da Rua Helvetia e Alameda Dino Bueno. O Programa “Redenção” colocou equipamentos denominados “Atendimento Diário Emergencial – Atende” que era um espaço era equipado com 68 jogos de beliches e quatro camas de solteiro. Havia oito banheiros, divididos em masculinos e femininos e duas baterias de chuveiros elétricos, também divididos por gênero, no total de 20 cabines para banho. Eram servidas 500 refeições diariamente: 200 cafés da manhã, 100 almoços e 200 jantares.¹⁵ Após 5 meses da operação policial, grande parte das unidades de atendimento aos usuários de drogas mantidas pelo município e Estado no local foram fechadas ou ficaram operando parcialmente¹⁶. A oferta de cuidado priorizava as internações dos usuários e as defendiam como única alternativa para o uso prejudicial de drogas, ainda que os próprios dados oficiais indicassem que a realidade da “cracolândia” é mais complexa do que isso¹⁷.

¹³<https://revistatrip.uol.com.br/trip/existe-saida-para-a-cracolandia>

¹⁴<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-10/prefeitura-desativa-parte-da-estrutura-de-atendimento-usuarios-na-cracolandia> (10/10/17)

¹⁵<https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/quase-5-meses-apos-megaoperacao-na-cracolandia-unidades-de-atendimento-para-usuarios-estao-fechadas.ghtml>

¹⁶<https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/quase-5-meses-apos-megaoperacao-na-cracolandia-unidades-de-atendimento-para-usuarios-estao-fechadas.ghtml>(11/10/17).

¹⁷[https://www.geledes.org.br/mentiras-e-distorcoes-na-guerra-publicitaria-da-cracolandia/\(16/08/17\)](https://www.geledes.org.br/mentiras-e-distorcoes-na-guerra-publicitaria-da-cracolandia/(16/08/17))

Atualmente, o chamado fluxo (aglomeração de usuários de crack) ocupa uma praça próxima a esse local, depois de ao menos quatro realocações feitas com o uso de força policial, ao longo dos últimos meses. Conforme publicado no portal Geledés “(...) *para justificar a descontinuidade do De Braços Abertos, em vez do aperfeiçoamento esperado para uma política responsável, o prefeito aposta na construção de uma narrativa desconectada da realidade, atacando a filosofia da redução de danos com argumentos superados há décadas.*”¹⁸.

Diante de várias reportagens e matérias produzidas sobre as intervenções no fluxo/“cracolândia”, que foi realizado, em 2017, um Relatório técnico “*Estamos de Olho: avaliação conjunta dos Hospitais Psiquiátricos do Projeto Redenção*”¹⁹ (São Paulo, 2017), resultado de um processo de fiscalização dos hospitais conveniados pelo atual Programa “Redenção” realizado por diversas organizações de classe, Defensoria e Ministério Público. Nesse relatório, várias entidades concluíram que o programa Redenção para atendimento de dependentes químicos da região da “cracolândia” apresentava muitas falhas e chegou-se à conclusão que, nos moldes atuais, esse programa é ineficaz para tratar os usuários de droga²⁰.

As entidades realizaram visitas técnicas para avaliar as condições de operação e padrões de tratamento dos Hospitais Psiquiátricos Cantareira, Nossa Senhora do Caminho, São João de Deus, São Miguel Arcanjo e Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima, que integram a rede de atendimento do Projeto Redenção²¹. O Relatório apontou diversos problemas como: falta de profissionais, ausência de acompanhando individualizado, ausência de uma perspectiva de acompanhamento desse usuário pós-alta, focando apenas na desintoxicação. Havia, ainda, ausência de busca de retomada de vínculo familiar ou articulação para o período pós-internação. Assim, um dos principais problemas levantados foi a ausência de um acompanhamento e de uma proposta pós-internação, resumindo-se à internação médica e desintoxicação, e muitos usuários até concordaram em se internar, mas diziam que iam voltar

¹⁸ https://www.geledes.org.br/mentiras-e-distorcoes-na-guerra-publicitaria-da-cracolandia/Mentiras_e_distorcoes_na_guerra_publicitaria_da_Cracolandia. Data:16/08/2017 Por Daniel Mello para o [Portal Geledés](#). O Geledés Instituto da Mulher Negra inicia uma parceria com a Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas para produzir e divulgar conteúdo acerca da atual política de drogas adotada no Brasil.

¹⁹ Relatório Técnico: “*Estamos de Olho: Avaliação Conjunta dos Hospitais Psiquiátricos do Projeto Redenção*”, São Paulo,2017.Documento disponível na internet em:

http://cremosp.org.br/pdfs/web_relatorio.pdf,<https://www.cremosp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=4629>
²⁰ <http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2017/08/programa-de-doria-para-a-cracolandia-nao-funciona-avaliam-crm-e-ministerio-publico>. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2017-08/sao-paulo-mp-defensoria-e-entidades-dizem-que-programa-redencao-e>. Relatório disponível em: [http://ede-lei.org/ img/ banco imagens/relato%CC%81rio-web-v2.pdf](http://ede-lei.org/img/banco_imagens/relato%CC%81rio-web-v2.pdf)

²¹ <https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/relatorio-aponta-falhas-em-hospitais-credenciados-por-doria-para-atender-usuarios-da-cracolandia.ghtml>

para a “cracolândia” após a internação (São Paulo, 2017). Outra preocupação levantada pelas entidades foi referente ao valor investido em um projeto totalmente novo já que os três hospitais gastavam R\$ 1,8 milhão por mês de verba do Sistema Único de Saúde (SUS) citar.

Destaca-se, uma análise do neurocientista norte-americano Dr. Carl Hart que visitou a “cracolândia” em São Paulo após o término do DBA em setembro de 2017²². Sobre a visita a “cracolândia” ele relatou: “- *Eu tive muitas impressões. Primeiro, eu odeio esse nome. É um nome horrível. Ali não é a terra do crack. Quando as pessoas usam esse termo, ele é usado para isentar a população de ter que tomar qualquer atitude. Porque o crack não é o problema. Pobreza é o problema. Saúde mental é o problema. O racismo é o problema. Então, quando as pessoas usam o termo Cracolândia, o que elas me dizem é que são estúpidas ou então que não dão a mínima para as pessoas. Então esse é um termo horrível (...)* outra impressão foi que... eu já estive ali diversas vezes. E desta vez, que o De Braços Abertos não está mais funcionando, o cheiro estava realmente horrível. As pessoas não têm mais a moradia nos hotéis, então elas têm que ir ao banheiro na rua. A rua cheirava como um imenso vaso sanitário”¹².

Segundo relato do Portal do *Instituto da Mulher Negra* que inicia uma parceria com a *Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas*, muitos usuários foram internados pelo cansaço. A atuação do governo municipal, em parceria com o governo estadual, na cracolândia trabalhou nas internações por meio de coação já que houve a proibição da Justiça de que o tratamento fosse feito à força. No entanto, o cerco constante da polícia e da guarda municipal, seguido de agressões e pressão psicológica fez com que muitos usuários acabassem cedendo às internações ditas voluntárias²³. Segundo dados dessa reportagem, a prefeitura diz ter conseguido 600 internações voluntárias e ainda 180 prisões de pessoas acusadas de tráfico de drogas, no entanto, o fluxo continua a existir (PORTAL GELEDÉS, 2017).

Tanto nessa intervenção em 2017 quanto em 2012, o que essas intervenções com foco na repressão causaram foram apenas a dispersão dos usuários de crack, aumentando o medo deles e gerando quebra de vínculos construídos anteriormente com os profissionais da saúde e da assistência social²⁴. Segundo especialistas no campo das drogas, “o caminho é

²²<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/carl-hart-assim-como-doria-o-povo-de-sao-paulo-ignora-os-pobres>. 27 de outubro de 2017. A entrevista foi concedida durante evento de lançamento do grupo “Movimentos” formado por jovens moradores de favelas e periferias do Rio de Janeiro.

²³<https://www.geledes.org.br/mentiras-e-distorcoes-na-guerra-publicitaria-da-cracolandia/>Mentiras e distorções na guerra publicitária da Cracolândia.Data:16/08/2017.

²⁴<https://revistatrip.uol.com.br/trip/existe-saida-para-a-cracolandia>. “Contra Fluxo”, de 24.07.2017.

estabelecer um vínculo. O tratamento tem que fazer sentido para a pessoa. Quem defende internação compulsória não quer resolver o problema, só quer se livrar dessas pessoas. O problema ali é a vulnerabilidade. Não é só a droga. É social. Se você arranca alguém de seu contexto e tranca em uma clínica, é claro que ela não vai se drogar enquanto estiver lá. Mas e depois?” (B.L, Redutor de Danos)⁵. É preciso compreender que o problema principal do fluxo ou “cracolândia” é social, são pessoas em situação de grande vulnerabilidade que criaram ali uma comunidade. É uma situação complexa que deve ser entendida como questão de saúde pública e que, portanto, exigem intervenções complexas e não de apenas um setor como a segurança pública.

A partir da análise da nova entrevista realizada em novembro de 2017, para atualização das informações, foi possível compreender as mudanças ocorridas no Programa DBA visando o seu desmonte após a eleição em janeiro de 2017.

Desse modo, com a perda das eleições, o Coordenador Geral do Programa DBA, foi exonerado assim como a maioria das coordenações. Poucos coordenadores do DBA ainda ficaram no início do ano para fazer a transição para a nova gestão. Apesar da exoneração do coordenador do DBA, ninguém foi colocado no seu lugar. Foram realizadas reuniões mensais da nova gestão do governo para apresentar a nova proposta de Programa denominado de “Redenção”. No final de janeiro de 2017, ocorreu uma primeira reunião do prefeito com os secretários municipais e outros secretários estaduais para construir o novo Programa. No entanto, esse programa Redenção não tinha sido publicado por meio de decreto, e o decreto do Programa “De braços abertos” ainda não tinha sido revogado.

Existia apenas um documento base que era um termo de cooperação entre o Estado e o Município que era discutido nas reuniões mensais para a construção do novo Programa, Esse documento continha a proposta do que o Programa Redenção poderia se tornar. Essa proposta saiu nas mídias, informando que o Programa Redenção iria dar moradia aos usuários de crack e trabalho, mas eles tinham que estar abstinentes e seriam testados semanalmente, o que é contrário a estratégia da Redução de Danos. Em dezembro de 2016 foi realizada nova eleição do Conselho municipal de Drogas - COMUDA e foram eleitos o Centro de Convivência “É de Lei” como presidência e a Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD) como vice-presidência; ambos bem atuantes nas políticas públicas sobre drogas com viés progressista.

Destacam-se alguns pontos importantes analisados nas reuniões mensais com os secretários de diversas pastas para organizar o Programa Redenção, segundo relato coletado pela entrevista (ex-gestor do DBA, entrevistado em novembro de 2017):

Segundo o entrevistado, nessas reuniões foram apresentados os hospitais psiquiátricos como equipamentos importantes para fazer convênio com o município para promover a desintoxicação dos usuários de crack e outras drogas que frequentavam a “cracolândia”, entre eles, o Hospital São João de Deus e as Irmãs Hospitaleiras. Esses hospitais que foram contratados foram fiscalizados por diversas entidades que gerou o já comentado Relatório “Estamos de Olho” (São Paulo, 2017). Em reunião, a Secretaria de Governo chamou a secretaria de DH e de Assistência social para auxiliar na construção do plano social do Programa Redenção. Nessa reunião foi possível falar sobre os princípios do “*Housing First*” e foi construído um projeto social baseado nos DH e apresentado aos demais secretários. Nessa reunião, foi dito ao prefeito que existiriam vagas imediatas disponíveis nas Comunidades Terapêuticas (CT) para colocar os usuários de crack, caso ele tivesse interesse. Nessa reunião, o movimento social da “*Craco Resiste*” ocupou o prédio da prefeitura, em São Paulo, em protesto às ações violentas que estavam ocorrendo na “cracolândia”. Havia claramente um embate de modelos de cuidado aos usuários de crack e outras drogas.

Em outra reunião foi apresentado o projeto dos Direitos Humanos (DH) e o Ministério Público (MP) já tinha acionado a prefeitura para apresentar a ele todas as propostas referentes ao Programa Redenção antes que fosse tomada qualquer decisão definitiva. A primeira versão apresentada ao MP foi da Secretaria Municipal de Saúde onde estava inserida a tropa de choque como eixo facilitador do projeto. O MP pediu que fosse retirada a tropa de choque e, assim, eles apresentaram uma nova versão sem inserir a polícia. O projeto de DH apresentado estava muito parecido com o anterior, o DBA, no entanto, não foi aceito pelos secretários. Ainda em abril, o MP solicitou ao prefeito o documento sobre o projeto Redenção e ele se comprometeu a entregar em com as informações de todas as secretarias. No entanto, até o momento da realização da nova entrevista, em 10 de novembro de 2017, nenhum projeto tinha sido publicado oficialmente sobre o Programa Redenção.

No período de janeiro a abril de 2017, já tinham sido realizadas várias ações policiais violentas no território da “cracolândia”, inclusive com uso de bombas. O Hotel Laíde apareceu queimado no início de 2017. E, segundo relato, nesse ano eram vistas muitas armas na “cracolândia”. No dia 21 de maio de 2017, conforme relatado pelas mídias, ocorreu a mega operação policial na “cracolândia” com a participação da Polícia Civil, da Polícia Militar e da Guarda Civil Metropolitana. Eram pessoas que moravam nas pensões, na margem dessas ruas, não eram somente as pessoas que estavam no fluxo ou “cracolândia” que foram atingidas. Durante a operação vários secretários ficaram na Tenda junto com trabalhadores do DBA e os alguns militantes dos movimentos sociais. No dia seguinte foi teve a ocorrência

que um trator derrubou uma parede de uma pensão com pessoas ainda dentro. Com isso as pessoas ficaram desalojadas e foram jogando tudo que tinha nas casas dentro daqueles caminhões e mandando embora. “*Porque a ideia é demolir tudo e o Campos Elísios bonitinho, a gentrificação.*” (entrevistado, 2017).

A limpeza que ocorria na “cracolândia”, três vezes ao dia, durante a vigência do DBA acabou. Desde janeiro que não limpava mais as ruas do fluxo; “*eles esperaram ficar um negócio insustentável; a gente não conseguia mais entrar de tanta barraca, entendeu? Realmente ficou insustentável.*” (entrevistado, 2017). O tráfico de drogas ficou concentrado no centro do fluxo com barracas completamente fechadas. A polícia começou a sitiar a Praça Princesa Isabel e não deixavam que as pessoas voluntárias das igrejas fossem doar sopa e cobertores para as pessoas na “cracolândia”. Essa ação foi semelhante a “Operação Sufoco” ocorrida em 2012, “*na Praça Princesa Isabel tem uma parte que é de asfalto e tem a parte de terra; tinha chovido e as pessoas tinham que ficar na lama*” (entrevistado, 2017).

Após essa intervenção em maio de 2017, a prefeitura alocou várias equipes de orientadores socioeducacionais, de várias regiões de São Paulo, para atuarem na “cracolândia”. Muitos usuários eram levados, em transportes, para o CRATOD, “*porque é isso, os usuários pediam pra ser internados porque estavam com medo de ficar lá.*” (entrevistado, 2017).

Quanto ao cuidado ofertado aos usuários de crack, a prefeitura alugou alguns contêineres denominados de “Atende”, que eram da assistência social para as pessoas pernovernarem com a oferta de pernoite e de alimentação. Implantou-se, ainda, um serviço da saúde, denominado de “CAPS Redenção”, apelidado pelos profissionais, como “CAPS de lata” que foi alocado em frente à Tenda do antigo Programa DBA e em frente ao Programa Recomeço. Eles alocaram, ainda, uma ambulância do SAMU que ficava no território, de plantão, para levar as pessoas para internação, ao invés de usarem os transportes do Consultório na Rua que cabiam mais pessoas. Assim, os usuários ficavam esperando até doze horas para serem internados. Quando eles finalmente conseguiam a internação eram levados para os hospitais psiquiátricos por até 90 dias. Foram esses hospitais que sofreram o processo de fiscalização que gerou um Relatório “*Estamos de Olho*” (2017).

Esses hospitais psiquiátricos já existiam antes de 2017, porém não eram mais conveniados com a Prefeitura, assim em 2017 eles voltaram a ser pagos pela prefeitura (entrevistado, 2017). Cabe destacar, ainda, que essa internação dos usuários de drogas em hospitais psiquiátricos vai de encontro aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

No final de maio foi nomeado um coordenador para o Programa Redenção, o Dr.

Arthur Guerra, psiquiatra e professor da Universidade de São Paulo.

Várias ações ocorridas a partir de janeiro de 2017, após as eleições municipais, levaram ao desmonte do Programa DBA, dentre elas, foram retirados todos mediadores de conflito dos Hotéis em janeiro de 2017. Houve, ainda, relato de ameaça aos técnicos que ficavam dentro dos hotéis. O sistema de informação integrado do DBA deixou de ser alimentado, porque foram retirados todos os *tablets* dos trabalhadores. Nesses equipamentos de informática, os *tablets*, os profissionais alimentavam informações diárias sobre os seus beneficiários durante a gestão DBA. A sede do DBA, localizada na região da “cracolândia”, foi fechada. Os trabalhadores do Programa DBA não foram demitidos imediatamente e os beneficiários que estavam nos hotéis não foram colocados para fora. No entanto, o Programa não abriu mais vagas e foram perdendo beneficiários. Os projetos de DH, a “Casa Rodante” e as “Oficinas” não renovaram o convênio, em outubro de 2016, por falta de recursos financeiros.

Em maio de 2016, existiam 460 beneficiários cadastrados no DBA já em novembro de 2017 eram cerca de 350. Não ficou claro porque houve essa diminuição e para onde foram os beneficiários. O Programa do Trabalho, POT, continuou em 2017 sendo editado novo convênio até dezembro de 2017, após essa data, no entanto, não se sabe se ele será renovado e se os beneficiários continuarão recebendo as bolsas frentes de trabalho. Assim, até dezembro de 2017 os beneficiários que já eram cadastrados pelo DBA ainda iriam receber a moradia e a bolsa frente de trabalho.

A gestão dos convênios com os hotéis passaria a ser responsabilidade da Secretaria de Assistência Social porque a Secretaria de Saúde não iria mais pagá-los. A Tenda, espaço de acolhimento do DBA, continua funcionando no território. Os trabalhadores da saúde e da assistência social continuam a trabalhar, no entanto, já não acompanham os beneficiários como era no DBA, um trio responsável por 25 beneficiários. Além disso, vários profissionais estavam sendo demitidos porque começaram a se manifestar contra algumas ações arbitrárias que estavam acontecendo. Segundo relato do entrevistado, uma funcionária da assistência social foi presa ao questionar uma abordagem dos adolescentes feita pela polícia militar.

Em busca realizada, na internet, não foi localizado nenhum documento público sobre o novo “Programa Redenção” nem decreto ou Lei. Segundo a presidenta do Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas e Alcool (COMUDA), até 07 de dezembro de 2017, o atual governo tinha disponibilizado às entidades e ao Conselho apenas um documento que não

constava a previsão orçamentária, não dizia aonde e como os recursos seriam usados nem estabelecia os fluxos de atendimentos²⁵.

Diante dessa conjuntura política e frente às ações violentas ocorridas no fluxo/“cracolândia” foram elaboradas, em 2017, várias “Cartas Manifesto” de instituições públicas e organizações engajadas no debate sobre drogas e saúde pública. Destacam-se quatro Cartas: a “*Carta Rio em repúdio as ações violentas na “cracolândia” em São Paulo*”²⁶, elaborada em 26 de maio de 2017; a “*Carta Manguinhos*”, a “*Carta da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas - ABRAMD*” de 25 de maio de 2017 e a “*Carta do Fórum Estadual de Redução de Danos de São Paulo*”, 26 de junho de 2017 (as Cartas na íntegra estão disponíveis no **ANEXO 1**).

5.2 A GUIA DE CONCLUSÃO

Essa análise da conjuntura política do desmonte do Programa DBA permitiu identificar uma mudança de modelo de cuidado aos usuários de crack com a mudança da gestão política municipal em 2017. Evidenciou, ainda, o quanto as políticas públicas sobre drogas disputam modelos de abordagens bem distintos. Comprovou o quanto o Programa DBA tinha um modelo de cuidado antagônico à nova abordagem ofertada aos usuários de crack e outras drogas, da atual gestão da prefeitura de São Paulo. Com a nova gestão, retomou-se o investimento financeiro em instituições fechadas, hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, ao invés do cuidado em dispositivos de base comunitária e territorial. Considera-se, portanto, que houve um retrocesso em relação às intervenções da política pública sobre drogas na cidade de São Paulo.

Apesar desse cenário brasileiro, em diversos países está acontecendo um novo olhar para o debate das políticas públicas sobre drogas reconhecendo a complexidade do problema; visto que a tendência mundial e, principalmente, a América Latina vem enfrentando um grande crescimento da violência, expressa nos altos níveis de morbimortalidade por causas externas e no aumento do encarceramento; decorrentes do combate ao tráfico de drogas baseado no modelo denominado de “Guerra as Drogas”.

Políticos, pesquisadores, gestores de instituições públicas e movimentos sociais da

²⁵ <https://jornalistaslivres.org/2017/12/prefeitura-cancela-reuniao-em-que-apresentaria-novas-diretrizes-de-combate-as-drogas/>. Acesso em 20 de dezembro de 2017.

²⁶ Disponível em: <https://www.facebook.com/CartaRioemDefesaDBA/>. Essa Carta foi assinada por vários pesquisadores e entidades no campo da saúde coletiva e das políticas públicas sobre drogas.

sociedade civil, têm feito muitos movimentos para construir novas propostas de intervenção ou repensá-las, no campo das políticas públicas sobre drogas; quanto ao uso, às abordagens aos usuários, ao combate ao tráfico de drogas e às Leis que as regem. Um desses recentes movimentos foi à realização da Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU sobre o Problema Mundial das Drogas (UNGASS, 2016)²⁷, que apesar do pequeno avanço, reconheceu que os direitos humanos não podem ser colocados em risco sob pretexto algum. Pode-se dizer que já existe o reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde, em recente boletim, de março de 2017²⁸, da dimensão do problema das drogas como um problema de saúde pública; esses seriam avanços, no debate internacional sobre drogas.

No caso do Brasil, tem havido grande dificuldade para se chegar a um consenso, quanto à maneira de agir em relação ao problema das drogas. Há uma tensão constante entre diferentes visões quanto às formas de abordagens a este problema; o que impede um avanço concreto acerca de qual seria a melhor solução para a questão das drogas visando os direitos humanos de seus usuários.

Esta Tese defende a abordagem aos usuários em uso prejudicial de crack e outras drogas, sob o paradigma antiproibicionista, focada na perspectiva da RD, no modelo de saúde que defende a vida, a autonomia, os direitos e o respeito aos indivíduos e não no esforço de eliminar o consumo, produção e comercialização de drogas, como advogam defensores de políticas de “Guerra as Drogas”; porque entende que a pessoa em uso prejudicial é alguém que precisa de ajuda e não de prisão. Defende, ainda, diante de um rol de diferentes abordagens, a abordagem ou modelo de atenção psicossocial, centrados no respeito às diferenças e nos direitos humanos dos seus usuários, por crer que esta abordagem se adequa melhor a esse grupo de usuários de drogas, que estão em situação de vulnerabilidade e que são muitas vezes estigmatizados, ficando à margem da sociedade.

Entende-se que as pessoas em uso prejudicial de crack em situação de vulnerabilidade social, nas cenas de uso abertas, como as “cracolândias”, devem ser priorizadas pelas diferentes políticas públicas da saúde, da assistência social, da segurança pública, do trabalho, dos direitos humanos. A questão do crack e outras drogas pressionam essas políticas públicas visando pela saúde, um cuidado integral, diante dos agravos de saúde

²⁷ A UNGASS 2016 apesar de não ter avançado na questão da legalização e descriminalização das drogas como esperado por alguns países, postulou a necessidade de que processos judiciais para crimes de drogas atendam ao devido processo legal, respeitem as garantias individuais e que as condenações levem em consideração critérios de proporcionalidade, entre outros importantes aspectos referentes ao sistema de justiça. Disponível em: https://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/5822-UNGASS-2016-e-os-10-anos-da-Lei-113432006

²⁸ Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_11-en.pdf

e a sua prevenção; pela assistência social, um apoio para moradia, aquisição de documentação, inclusão em benefícios sociais visando à reinserção social; pela segurança pública, um olhar que não seja pela via da repressão; pelos Direitos Humanos, que os seus direitos, enquanto cidadãos sejam garantidos; e, pela Equidade, que sejam priorizados pelas políticas públicas, já que se encontram em grupos vulneráveis. Dessa forma, as políticas públicas sobre drogas deveriam ser, sem dúvida, políticas intersetoriais.

A experiência do Programa “De Braços Abertos”, estudada nesta Tese, demonstrou que uma oferta de um pacote de direitos, oferecendo aos usuários, em uso prejudicial de crack, condições mínimas de sobrevivência como moradia, saúde, trabalho, permitem que as pessoas vulneradas, possam fazer suas escolhas baseadas no pleno conhecimento dos riscos, e, desse modo, possam optar por um uso menos prejudicial de crack e outras drogas. A redução do consumo de crack como um dos resultados do programa reforça a ideia de que quando são ofertadas às pessoas outras possibilidades de vida que não só o uso intenso do crack, elas geralmente fazem escolhas mais saudáveis e menos danosas para suas vidas.

O que aconteceu em São Paulo, com o desmonte do DBA, a partir da mudança da gestão municipal e de direção política, evidenciou as disputas pelos modelos ou abordagens aos usuários de crack em situação de vulnerabilidade social. A disputa se dá entre a internação ou o cuidado em dispositivos de base comunitária; entre focar a doença ou a pessoa de forma integral; entre prender ou cuidar da pessoa que precisa de ajuda em seu uso prejudicial de drogas. Esse debate não se encerrou e, estudar as experiências brasileiras como o Programa “De Braços Abertos”, permitiu fortalecer um olhar plural para o debate sobre drogas dentro dos princípios dos direitos humanos.

Assim, é necessário avançar no debate vigente que ainda está muito polarizado ainda em apenas dois grandes campos: o da saúde (que discute o uso de drogas como doença, dependência ou uso prejudicial, discutindo se interna ou não o usuário) e o da justiça (que discute a criminalização ou a descriminalização do usuário de drogas); para um debate mais amplo que englobe o olhar dos direitos humanos e da bioética, que defende a necessidade de proteção, em diferentes graus, aos usuários de crack e outras drogas, considerando-se a condição existencial de vulnerabilidade de cada grupo e os contextos socioculturais ao qual estão inseridos.

No cenário das desigualdades sociais, de pobreza, de fome e de violência; o uso prejudicial de drogas se torna uma questão relevante e desafiadora, dada a complexidade do tema que requer uma abordagem contextualizada para que se possa pensar em políticas públicas mais justas. O desafio se encontra em buscar o equilíbrio entre o exercício do

controle de proteção, tanto à população em uso prejudicial quanto ao restante da população, na tentativa de se evitar consequências negativas que possam advir de um controle excessivamente repressivo.

A legislação brasileira também tem procurado tomar medidas cabíveis para a prevenção do uso prejudicial, levando em conta, tanto a reinserção social de seus usuários, quanto o estabelecimento de normas para a repressão ao tráfico de drogas. Embora haja, ainda, um árduo caminho a ser trilhado são necessárias além de ações intervencionistas, ações preventivas, sem as quais os problemas tendem a se perpetuar reforçado por ações paliativas e pontuais que não resolvem o problema em sua essência.

Todo esse processo de mudança se articula e encontra sintonia no debate do campo da saúde pública e da bioética, ao procurar tirar o foco principal do problema da droga em si aonde ela é considerada como bode expiatório e transferir o olhar para a proteção aos usuários de drogas, para os agravos sociais e sanitários que eles sofrem e para a desigualdade e exclusão social a que estão submetidos, procurando minimizar a situação de pobreza e descaso a que eles estão sujeitos no contexto socioeconômicos brasileiros.

Para que isso tudo realmente se torne realidade, em um futuro que se propõe não tão distante, há a necessidade de se implementar medidas educativas que esclareçam, informem e formem pessoas capazes de discernir as consequências do uso indiscriminado e prejudicial de drogas. E, principalmente, que os formuladores de políticas públicas sobre drogas e os gestores que as implementam, tenham coragem suficiente para enfrentar esse desafio, pautado nos princípios dos direitos humanos.

Há muito ainda a avançar no campo das políticas públicas sobre drogas; enquanto desdobramentos de estudos futuros estão à questão da legalização e a descriminalização das drogas e o debate das salas de uso seguro de drogas.

REFERÊNCIAS

- ALLONI, R.; PAIVA, L. G. M. Salas de Consumo de Drogas: situando o debate no Brasil. **Artigo Estratégico 28**, Rio de Janeiro, p. 1-34, set. 2017.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, T. M. DE; RONZANI, T. M. *A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento*. In: *O Uso de substâncias psicoativas no Brasil. Módulo 1. SUPERA: Sistema para detecção do Uso Abusivo e dependência de Substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento*. 5. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, 2014. p. 144.
- AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 11, p. 11–24, 2002.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 117–140.
- BARDIN, L. **A Análise de Conteúdo: revista e ampliada**. Lisboa: Edições 70. 2011. 280 p.
- BASTOS, F. I. P. M.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2014.
- BOITEUX, L. “A Reforma da Política Internacional de Drogas virá de baixo para cima”: debatendo o texto “Política de drogas na segunda década do novo milênio: Reforma ou revolução?”. **Argumentum**, v. 7, n. 1, p. 17-20, jan./jun. 2015.
- BOKANY, V. **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. 1 ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015. 221 p.
- BOTTINI, P. C. **Crime de porte de drogas para uso próprio e o Supremo Tribunal Federal**. Rio de Janeiro: Viva Rio, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial Eletrônico [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 09 abr. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. out. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário**

Oficial da União. 02 jul. 2005.

BRASIL. Presidência da República. Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** 24 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União,** 03 maio. 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. **Diário Oficial da União.** 05 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação nacional de saúde mental. **Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS.** Ministério da Saúde/FIOCRUZ: Brasília, set. 2010, 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Seção 1, n. 204, p. 48, 24 out. 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. "Programa Crack é possível vencer". **Diário Oficial da União,** 14 abr. 2011b.

BRASIL. Portaria nº 2446 de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União.** 13 nov. 2014.

CARVALHO, M. E. G.; CARVALHAES, F. F. DE; CORDEIRO, R. DE P. **Cultura e subjetividade em tempo de aids.** Londrina: Associação Londrinense Interdisciplinar de aids, 2005. 125 p.

CARVALHO, I. & PELLEGRINO, A. P. **Políticas de Drogas no Brasil: a mudança já começou. I.** Instituto Igarapé, 2015.

CEBRID, C. B. DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **Drogas Psicotrópicas.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID, 1987.

CELLARD, A. A Análise Documental. *In: A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.* 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CRESWELL, J. W. Five Qualitative Approaches to Inquiry. *In: Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing among five approaches.* Califórnia: Sage Publications, 2007. p. 53–83.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, Direitos Humanos e Laço social**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2013.

DALLA VECCHIA, M. et al. (EDS.). **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

DIAS, A. C. et al. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 41, n. 3, p. 273-8, 2011.

EASTWOOD, N.; FOX, E.; ROSMARIN, A. **A Quiet Revolution: drug decriminalisation across the globe**. Open Society Foundations: World Health Organization, mar. 2016. ISBN - 0-904932-45-1

ECO, U. **Como se faz uma Tese**. 23. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, 2016.

ESCOHOTADO, A. **A História de las drogas**. Madri: Alianza Editorial, 1996.

IORE, M. **Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos**. 2013. [s.n.]. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORMIGONI, M. L. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. (SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento)**. 5. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, 2014.

FORTESKI, R.; FARIA, J. G. DE. Estratégias de Redução de Danos: Um exercício de Equidade e Cidadania na Atenção a Usuário de Drogas. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 6, n. 2, p. 78-91, 2013.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES CAMPOS, C. J. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, 2004.

GUNTHER, H. Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão? **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

HART, C. **Um Preço Muito Alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas**. 01. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

IBCCRIM. UNGASS 2016 e os 10 anos da Lei 11.343/2006. ANO 24, nº 286, set. 2016. ISSN16763661.

- INGLEZ-DIAS, A. et al. Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 147–158, jan. 2014.
- LALANDE, A. **Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia**. 1. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 1999.
- LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.
- LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. **Annual review of Sociology**, v. 27, n. 1, p. 363–385, 2001.
- MARLATT, G. A. Redução de danos no mundo: uma breve história. In: **Marlatt, G. A. Redução de danos—estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
- MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. 1. ed. [s.l.]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p.
- MEDINA, M.G.; NERY FILHO, A.; FLACH, P.M.V. Políticas de Prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 479–500.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (EDS.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. 1. ed. Campinas: Papel Social, 2014.
- MULLAY, B. **The new structural social work**. Don Mills: Oxford University Press, 2007.
- NUTT, D. J.; KING, L. A.; PHILLIPS, L. D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. **The Lancet**, v. 376, n. 9752, p. 1558-1565, 2010.
- PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, 2011.
- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento de usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.
- RUI, T.; TÓFOLI, L. F. **“Pesquisa preliminar de avaliação do Programa ‘De Braços Abertos’”**. São Paulo: Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), 2016.
- SÃO PAULO. Relatório Técnico: *“Estamos de Olho: Avaliação Conjunta dos Hospitais Psiquiátricos do Projeto Redenção”*, 2017. Disponível em: <http://cremesp.org.br/pdfs/web_relatorio.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.
- SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. Decreto nº 55.067, DE 28 DE ABRIL DE 2014. Regulamenta Programa de Braços Abertos, abril de 2014.
- SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, 2008.

SCHRAMM, F.R. Bioética da proteção é pertinente e legítima? **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 713–724, 2011.

SODELLI, M. Drogas, prevenção e as ações redutoras de vulnerabilidades. In: **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões**. 1. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 223–235.

STEFANCIC, A.; TSEMBERIS, S. Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention. **The Journal of Primary Prevention**, v. 28, n. 3–4, p. 265–279, 17 jul. 2007.

TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p. ISBN9788523207076

TEIXEIRA, C. F.; SILVEIRA, P. **Glossário de Análise Política em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2017. 222 p. ISBN9788523215835

TEIXEIRA, M. B. et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1455–1466, mai. 2017.

TEIXEIRA, M. B.; ENGSTROM, E. M.; RIBEIRO, J. M. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 311–330, mar. 2017.

TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. **Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo: Hucitec, 2015.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

UNODC. **World Drug Report**. Nova York: UNITED NATIONS, 2015.

VARGAS, E. V. **Entre a extensão e a intensidade corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

YIN, R. K. **Case Study Research: desing and methods**. 4. ed. Whashington: Sage, 2009.

ZARCONE, O. **Indignos da Vida: a forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

ZINBERG, N. **Drug, set and setting**. Yale University Press, 1986. 277 p.

APÊNDICE 1: Categorias de Análise e as perguntas investigativas

1. Políticas públicas sobre Drogas

Qual é o modelo de Política pública de drogas (PPD) do DBA?
 Qual a situação do uso de crack no território?
 Qual a maior dificuldade da gestão para o atendimento aos usuários de crack?
 Quais as estratégias de enfrentamento diante dessas dificuldades?

2. Operacionalização do Programa “De Braços Abertos” (DBA) pelos Eixos: Moradia, Trabalho e Renda, Saúde e Assistência Social

Quando ele começou? Como ele foi organizado? Quais são os seus objetivos?
 Quais são os princípios norteadores do Programa?
 Quais atividades que o DBA desenvolve?
 Quais critérios de inclusão e exclusão dos beneficiários?
 Como são operacionalizados os Eixos da Moradia, do Trabalho, da Saúde e Assistência Social?
 Quais as principais potencialidades, fragilidades e desafios do Programa?

3. Intersetorialidade

Quais são as ações intersetoriais realizadas pelo Programa?
 Como os setores trabalho/renda; moradia/alimentação; saúde e assistência social se relacionam na prática? Quais impasses e lições aprendidas?
 Quais as estratégias de articulação com os outros setores voltados para os usuários de crack?
 Como é realizada a gestão intersetorial do DBA?

4. Redução de Danos: práticas e políticas

ARD é um paradigma que norteia a concepção do programa? Quais ações evidenciam essas praticas?

5. Cuidado aos usuários de crack e outras drogas

Como é realizado o cuidado aos usuários de crack?
 Como é o percurso do usuário de crack na busca de cuidado?
 Quais as principais dificuldades para a garantia da integralidade do cuidado aos usuários de crack?

5.1 Acesso ao cuidado pela Equipe de Consultório na Rua (CnaR)

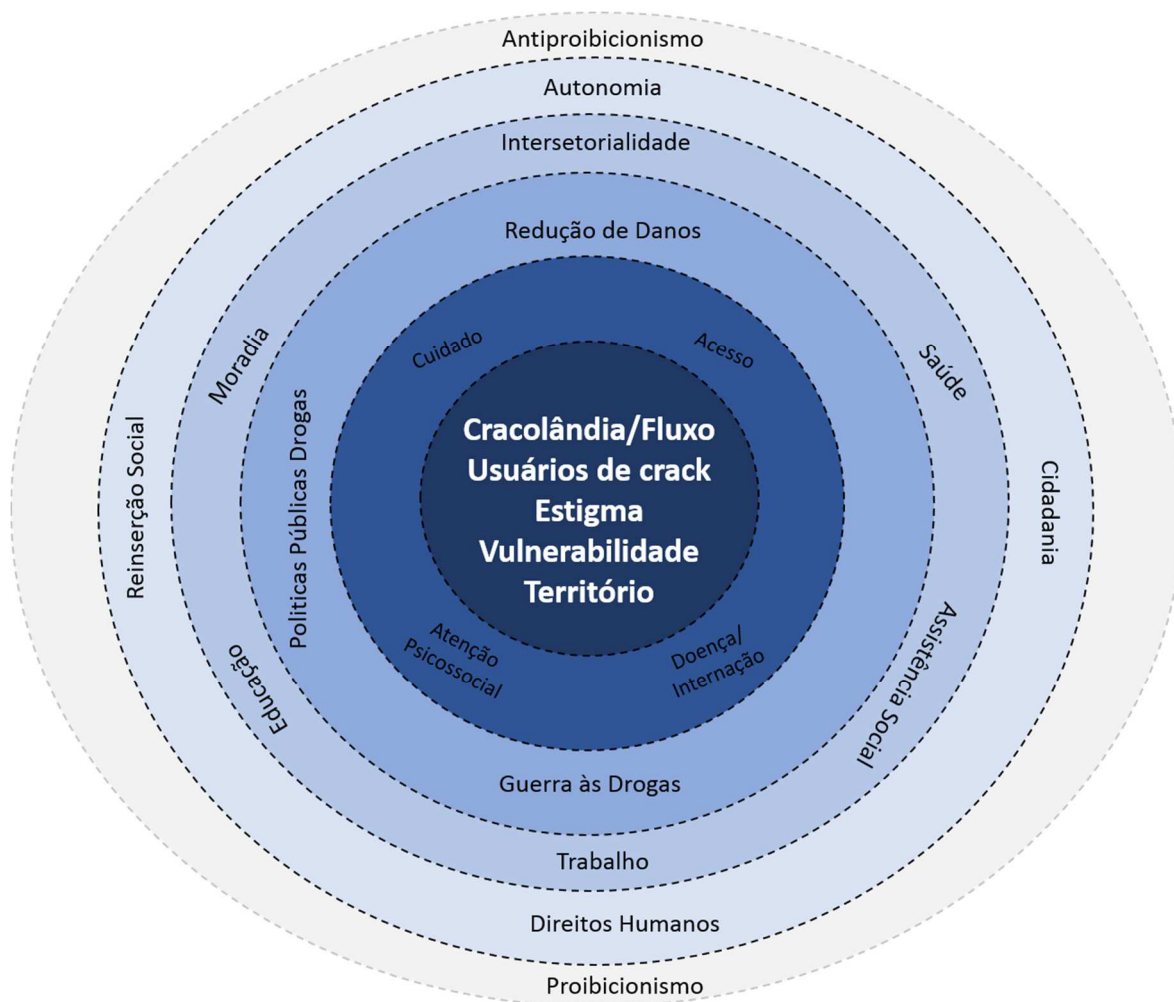
Como é realizado o cuidado aos usuários de crack, beneficiários do Programa?
 Como o trabalho do CnaR contribui para a ampliação do acesso dos usuários de crack?
 Quais os limites e potencialidades da oferta dos serviços do CnaR?
 Como é a integração da equipe do CnaR com a Rede de Saúde?

6. Estigmas e vulnerabilidades dos usuários de crack

Quais são as vulnerabilidades e os estigmas associados aos usuários de crack?
 Quais os fatores individuais e contextuais relacionados ao uso do crack?

7. Direitos Humanos e Cidadania

Quais são as principais violações de direitos dos usuários de crack?
 O que você acha necessário para garantir o direito de cidadania dos usuários de crack?

APÊNDICE 2: Mandala com os conceitos e categorias desta Tese

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO 1

Cinco Cartas em repúdio às ações violentas realizadas no fluxo/“cracolândia” em São Paulo de diversas entidades

1. Carta Rio em repúdio as ações de violência contra os direitos das pessoas que habitam o território da “cracolândia” do município de São Paulo e em Defesa do Programa De Braços Abertos (DBA). @CartaRioemDefesaDBa.

Nós trabalhadores, gestores, pesquisadores e militantes em defesa da vida do Rio de Janeiro, repudiamos veementemente as ações violentas contra os direitos das pessoas que vivem e circulam no território da denominada “cracolândia” ou fluxo do município de São Paulo ocorridas a partir de 21 de maio de 2017. Ações essas identificadas dentre outros como violência policial, privação de acesso a serviços básicos, internações compulsórias e a interrupção do Programa “De Braços Abertos”. Reconhecemos estas ações dos governos municipal e estadual de São Paulo como algo intolerável não somente para a comunidade local, mas para todos nós brasileiros. Trata-se de grave retrocesso e descumprimento das conquistas das políticas públicas que valorizam o cuidado em liberdade e, sobretudo, de pessoas com altíssima vulnerabilidade. Identificamos o DBA como uma experiência modelo para o Brasil e reconhecida internacionalmente como uma intervenção inovadora, ofertando a garantia de direitos e exercício de cidadania ao articular ações intersetoriais que incluem a oferta de moradia, alimentação, frentes de trabalho, acesso a saúde e diversas atividades de educação e produção de cuidado tendo o foco nas pessoas em uso prejudicial de drogas e não na droga propriamente dita.

No apoio à continuidade do DBA e incentivando outras experiências pautadas como uma política de droga baseada nos princípios da Redução de Danos e não na retirada de direitos, nosso coletivo reafirma a defesa imediata dos princípios relativos a uma política pública de atenção e cuidado aos usuários em uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas:

- A promoção da saúde, o respeito aos direitos de cidadania e a integração de políticas voltadas para o cuidado integral aos usuários em uso prejudicial de drogas, com ações intersetoriais que incluam, entre outros, a saúde, a assistência social, o trabalho, a educação e a cultura.
- O reconhecimento da estratégia de redução de danos como princípio orientador das políticas públicas, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal que garante o direito a todos sem exceção. A ampliação do acesso à Atenção Psicossocial no território, em seus diferentes níveis de complexidade e a garantia do acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado.
- O repúdio à criminalização dos usuários de drogas, tendo em vista que o encarceramento é um agravador da vulnerabilidade social e fomenta os processos de exclusão social.
- Contra as políticas públicas higienistas da “guerra às drogas” destinadas apenas a populações negras e pobres e a favor de políticas públicas sobre drogas que levem em conta a liberdade e a garantia dos direitos humanos baseada nos princípios da redução de danos.
- Contra o estigma veiculado na mídia sobre os usuários de crack como bandidos sem levar em conta os dramas sociais e sanitários em que se encontram imersos.

- Contra as intervenções que empreguem apenas as praticas biomédicas sem levar em conta a experiência humana e o seu contexto de vida.

Deste modo, demonstramos nossa solidariedade e manifestamos nosso irrestrito apoio aos profissionais e usuários do Programa “De Braços Abertos” de São Paulo.

Rio de Janeiro, 26 de maio de 2017. Brasil.

Assinam esta carta várias instituições e pessoas engajadas na discussão da saúde coletiva e políticas públicas de drogas, disponíveis em Carta Rio: @CartaRioemDefesaDBA. Disponível em:

https://www.facebook.com/pg/CartaRioemDefesaDBA/posts/?ref=page_internal

2. Carta de Manguinhos:

Nós, participantes do Seminário Internacional: Cenários da Redução de Danos na América Latina, reunidos no Rio de Janeiro nos dias 29 e 30 de maio de 2017, afirmamos que em tempos de radicalização da violação de direitos e ameaça à democracia, é preciso defender a radicalidade da potência do cuidado. Para tanto apresentamos esta Carta de Manguinhos [1], região constantemente atingida pela nefasta e violenta política de guerra às drogas que criminaliza e autoriza ações bélicas, neste como em tantos outros territórios periféricos de toda a América Latina.

O mundo vive um momento de avanço das forças conservadoras, que na América Latina se expressa através da fragilização dos processos democráticos; no aprofundamento das iniquidades socioeconômicas; no aumento da fragmentação e segregação social. Tais dinâmicas, em seu conjunto, põem em risco direitos fundamentais. Exemplo emblemático foi a recente intervenção no bairro da Luz, na cidade de São Paulo. Durante quatro anos, sustentou-se um projeto intersetorial inspirado nos princípios da Redução de Danos, que visava articular ações de garantia de direitos à moradia, trabalho/renda e cuidado na região conhecida como ““cracolândia””. Em maio de 2017, foi realizada uma operação policial com a intenção de uma “limpeza social”, com utilização do pânico moral para atender a interesses da especulação imobiliária. A violência e as arbitrariedades contra pessoas em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social, rotuladas como “viciados em crack”, seguiram-se por dias. Assim, uma política pública de cuidado, promoção da saúde e de direitos foi substituída pela repressão e violação de direitos. Arbitrariedades como estas não são exclusivas do Brasil, e casos similares são encontrados em muitos lugares da América Latina, onde a droga funciona como pretexto para intervenção territorial. Por outro lado, há outras situações de violência estrutural, como dificuldade de acesso a políticas públicas, assassinatos, prisões, exposição a doenças infectocontagiosas, falta de acesso a medicações e a políticas que garantam a cidadania. A Redução de Danos, em seus esforços pela promoção da saúde, cidadania, direito à cidade, justiça social e direitos humanos das pessoas que usam

drogas, não está isenta dos efeitos da conjuntura conservadora. O atual modelo de política de drogas opera seletivamente, criminalizando, encarcerando e estigmatizando, sobretudo as populações mais pobres, moradoras de regiões periféricas, e de modo diferenciado as pessoas em situação de rua, negras, indígenas, mulheres e jovens. As experiências bem sucedidas de cuidado são opostas à violência intervencionista defendida pelas políticas conservadoras. As evidências e o acúmulo político da Redução de Danos rejeitam propostas que não reconhecem a diversidade da experiência humana, e que se utilizem apenas da racionalidade biomédica e da criminalização de condutas consideradas desviantes. A Redução de Danos que realizamos no cotidiano de nossas práticas, em todo o continente, se apresenta como alternativa concreta ao fracasso de concepções e intervenções dicotômicas e simplistas. Não obstante, é preciso avançar ainda mais na direção de uma Redução de Danos interseccional, capaz de articular a defesa da reforma das políticas de drogas às lutas das mulheres, da população negra, dos povos indígenas, LGBTI's e das múltiplas juventudes. Diante disso, propomos a formulação de uma Redução de Danos inserida num projeto despenalizador e emancipatório, em que experiências subjetivas e corporais não sejam objeto de ações repressivas e disciplinadoras. A Redução de Danos, no atual contexto, é ferramenta potente de questionamento dos modelos de controle, implicando a afirmação e respeito à liberdade e autonomia das pessoas que usam drogas. Consideramos urgente compartilhar nossas experiências e resistências, promovendo intercâmbios que consolidem nossa articulação Latino Americana em defesa de políticas públicas de Redução de Danos conectadas a reforma da política de drogas.

[1] Manguinhos, bairro em que se situa a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), começou a se formar no início do século 20, a partir da remoção de favelas e cortiços do centro da cidade, parte do processo de higienização e modernização da cidade do Rio de Janeiro. Hoje, Manguinhos reúne mais de 30 mil habitantes, e é mais um dentre tantos territórios populares vitimados pelas múltiplas formas de violência engendradas no contexto da política de guerra às drogas, em toda a América Latina."

30 de maio de 2017, Rio de Janeiro.

Assinam a Carta de Manguinhos as seguintes organizações e instituições: Programa Institucional Álcool, Crack e Outras Drogas da Fundação Oswaldo Cruz - PACD/Fiocruz (Brasil); Asociación Intercambios (Argentina); Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención em Drogas - Aceid (Costa Rica); Acción Técnica Social – ATS (Colômbia); Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos - Aborda (Brasil); Iniciativa Negra por uma Nova Política de Drogas - INNPD (Brasil); Coletivo Intercambiantes (Brasil); Enfoque Territorial (Paraguai); Asociación Intercambios (Porto Rico); Programa Andrés Rosário (Argentina); Associação Redes de Desenvolvimento da Maré (Brasil).

Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/leitura-da-carta-de-manguinhos-encerra-evento-sobre-drogas>

3. Carta da ABRAMD: Carta de indignação frente à miséria das políticas públicas hoje na cidade de São Paulo:

A Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas – ABRAMD –que congrega pesquisadores, profissionais e cidadãos cujo centro de interesse é a pesquisa e a discussão das chamadas drogas e suas múltiplas relações com a sociedade contemporânea tem como marca de sua origem e missão a insígnia “**Ciência e Diversidade**”. Esta não é apenas uma menção, mas uma junção de compromissos: na contemporaneidade não há espaço para a ciência sem que ela seja entendida a partir da diversidade.

Somos uma associação multidisciplinar que considera a natureza complexa dos problemas contemporâneos e acredita que a sua compreensão, e possibilidade de superação exigem uma perspectiva compartilhada, diversa, democrática, em que o conhecimento e as intervenções possam ser partilhados com a diversidade crescente que caracteriza nossas sociedades.

Marcamos esse documento com essa introdução justamente para contrastar e se indignar com as ações que ocorrem na região que a profusão midiática deste país produziu como sendo a “*cracolândia paulista*”. Por trás das práticas e ações das políticas públicas disseminadas pelo Brasil e, em destaque, hoje, na cidade de São Paulo identificamos a reprodução de mentalidades obscurantistas, métodos autoritários, repressivos e violentos que mostram bem a persistência de uma sociedade que não conseguiu sair do século XVIII, cujo fato histórico mais marcante foi as Revoluções que trouxeram a bandeira do direito dos cidadãos frente à tirania do Estado. Desde então, consciência e indignação têm marcado a utopia e a ciência de uma nova sociedade mobilizada para tratar com respeito, discernimento e profundidade as questões sociais cada vez mais complexas da contemporaneidade.

A declaração universal dos direitos humanos surgiu como reação aos genocídios que cruzaram o século XX e tiveram sua maior visibilidade com os movimentos nazi- fascistas seguidos pelas décadas do terror na América Latina.

As organizações dos direitos humanos, juntamente com cidadãos, profissionais e pesquisadores, vêm buscando pautar suas ações e as políticas públicas com base no registro da existência da categoria “outro”. Com a consciência de que vivemos numa sociedade cada vez mais diversa e complexa, embora atravessada pelo poder do Estado, pela violência estrutural, pela reação autoritária à existência de direitos e, principalmente, pela expansão de um desabalado consumo estimulado e presente em todos os aspectos da vida social.

Ao pensar o Brasil e as suas tristes cidades, vemos que estas são hoje muito mais um amontoado de regiões partilhadas pelo mercado imobiliário do que aquilo que foi a sua origem – o urbano ou as cidades como o local de contato com as diferenças, com os

diferentes.

A situação da região da chamada “*cracolândia paulistana*” é, talvez, o exemplo mais acabado da miséria de nossas políticas públicas, que produz a miséria da maior parte da população desse país. A presença das drogas (lícitas, ilícitas ou prescritas) como parte do consumo contemporâneo e da busca de bem estar e do cuidado de si, ali também manifesta uma imposição e divisão de mercados.

O viver na rua significa estar vulnerável a esse consumo que, ao mesmo tempo, possibilita uma atividade de troca, comércio, manutenção da vida. As pessoas são expostas ao encarceramento em massa e à repressão constante. A situação de rua e o consumo das drogas desviam a atenção dos mercados ilícitos que, como temos visto hoje na sociedade brasileira, devem estar tramados com as relações de poder, que pouco a pouco vem sendo desvelados.

Acreditamos que estamos diante de uma ação repressiva e de uma cortina de fumaça. As estratégias autoritárias não apenas reproduzem as exclusões e a violência mas são efetivas para que pessoas na margem (na mais alta exclusão social, da moradia e do trabalho, e tendo como perspectiva o encarceramento e a violência) possam ter espaço para desenvolver a reflexividade em torno de seus próprios usos e ter autonomia em relação aos consumos e seus desejos.

Por outro lado, as estratégias que reconhecem esses cidadãos da rua como parte de nossa sociedade, embora insipientes nesse mar de miséria política, têm sido suficientes para demonstrar que dar o direito a um lugar de moradia, que não seja a imposição de um acampamento de refugiados, de uma internação que os exclua do convívio e do espaço público, - e possibilitar apoio, proteção social e escuta são mais eficazes para, gradativamente, possibilitar a esses excluídos cidadãos pensarem que podem ter outras emoções e interesses no seu cotidiano.

O grande desafio do século XXI está no conflito entre as razões de mercado e o respeito às diversidades e aos limites da terra.

A cidade de São Paulo é hoje o palco explícito de uma guerra que usa práticas do passado escravocrata, ditatorial e autoritário, fazendo acreditar que voltamos à época em que o direito de ir e vir era impedido, em que as pessoas, eram discriminadas e eliminadas da vida em sociedade pelas suas marcas corporais. É época, também, de reprimir traficantes, que na verdade nem o são.

Todos sabem que entre as populações de rua, e nas situações de pobreza, muitas vezes cortar um pedaço de pedra, ou partilhar uma pequena quantidade de maconha fazem parte de uma estratégia de sobrevivência. Nem sempre se usa, mas se troca como forma de conseguir uma roupa, um alimento ou uma cachaça.

As estratégias autoritárias impedem que venham a público os, de fato, grandes

traficantes deste país, ou do próprio Estado de São Paulo. Tal como as operações recentes que mostram a trama das empreiteiras e dos grandes frigoríficos, qual será a trama do tráfico das drogas consideradas ilegais?

Apenas com ironias poderíamos descrever as práticas fascistas e a manutenção dos modos de vida dos protegidos da cidade – as nossas tristes cidades – a triste saúde movida pela propulsão do mercado, da especulação imobiliária, dos automóveis, do consumo a qualquer custo como modo de vida. Quanto mais consumimos mais seremos felizes! Drogados são os outros, a nossa química de consumo é mais legítima, a pedra é cinza, o pó é branco, os “viciados” consomem na rua” os “consumidores” recebem em domicílio.

Transformar a região através das demandas e do interesse das construtoras e do setor imobiliário é repetir toda a trama de negócios e estado que estamos fartos de ver nesse último ano. E perpetuar o ritmo da triste cidade com torres padronizadas, shopping centers de todas as faixas e gostos e a circulação de veículos por vias sem nenhum atrativo, a repetição de uma miséria cotidiana, longe da invenção da diversidade da cidade, mas garantindo um consumo viciado e problemático dos bens e produtos do mercado como perspectiva de vida dos dependentes químicos do consumo, e do sofrimento dos que não podem consumir.

O que quer hoje a ação de aprisionamento dos corpos dos pobres e moradores de rua em circulação nas regiões alvo de ação da prefeitura é esconder a pobreza resultante da miséria política brasileira que, apesar de ter em circulação a sétima ou oitava economia do mundo, emprega o mínimo do mínimo para cuidar dos problemas e fenômenos sociais. Cuidar e acolher exige um processo com a ação da ciência e da diversidade, de local para morar, recurso para se alimentar e se vestir, respeitando a intimidade como direito humano, seja de pobres, médios ou ricos. É isso o que a política que vem sendo chamada de higienista quer: varrer os corpos indesejáveis e fazê-los desaparecer da visibilidade urbana.

É esta a indignação da Abramd! E é por isso que continuaremos a lutar pela construção de uma política que assegure a garantia dos direitos humanos a todos.

São Paulo, 25 de maio de 2017. Rubens Adorno, Presidente da Abramd

Disponível em:

http://www.congressointernacional2017.abramd.org/informativo/view?ID_INFORMATIVO=12

4. Carta do Fórum Estadual de Redução de Danos de São Paulo



CARTA DO FÓRUM ESTADUAL DE REDUÇÃO DE DANOS DE SÃO PAULO

26 de Junho de 2017

Defendemos uma ética do cuidado inclusiva e compartilhada que respeite as diferenças, promova a autonomia e a escolha dos sujeitos. Na redução de danos é primordial a desconstrução de estigmas e da lógica moralista e punitivista que prevalece na sociedade atual quanto ao uso de drogas. No estado laico, a prevenção e a assistência do consumo problemático de drogas requerem a construção de caminhos para conhecer e suportar a diversidade, ampliar e garantir possibilidades de vida, e também de acesso aos cuidados. Assim, reafirmamos ações extramuros, que ultrapassem os limites institucionais e reconheçam o território como lugar de potência para intervenções e invenções no campo das práticas de redução de danos.

No cenário atual temos aumento das Organizações Sociais (OS), sobretudo no campo da saúde e assistência social, o enfraquecimento dos movimentos sociais e a dispersão dos trabalhadores, implicando na precarização das condições de trabalho. A escassez de capacitações e supervisões para os profissionais que atuam junto a pessoas que usam drogas, gera fragilidades nas práticas de cuidados e nos vínculos com os usuários. A falta de compreensão das políticas previstas e a personificação das ações e o não entendimento do que é a premissa da garantia de direitos, implica em ações que fomentam e facilitam a retirada das escolhas do sujeito enfraquecendo assim, qualquer forma de autocuidado e acompanhamento por parte dos profissionais.

Precisamos afirmar as políticas públicas intersetoriais (Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública, Educação e Cultura, entre outras) na lógica de redução de danos, isto é, não moralistas, assistencialistas, proibicionistas e/ou paternalistas. A complexidade do fenômeno das drogas requer uma grande rede de serviços e profissionais comprometidos com uma ética do cuidado. Defendemos, portanto, que o preconceito, a criminalização e a segregação, pela truculência policial, violências sistemáticas, higienização social, e o encarceramento de pessoas pretas e pobres, não sejam as respostas de intervenção e cuidado.

Acreditamos que é imprescindível mudar essa realidade em que a corda sempre estoura do lado mais fraco. O estado não pode ser uma instituição potencializadora de danos, e sim garantidora de uma sociedade na qual os sujeitos partam do mesmo lugar de direitos.

Carta feita a partir das contribuições dos participantes do encontro do dia 26 de junho de 2017.

5. Moção do Coned/SP ao prefeito eleito da cidade de São Paulo. Ref. Programa “de braços abertos” .Secretaria da justiça e da defesa da cidadania conselho estadual de políticas sobre drogas – coned-sp

1. Considerando que é condição fundamental, para a construção de ações e políticas públicas para pessoas com uso abusivo ou dependência de álcool, crack ou outras drogas: a) a promoção de direitos individuais e sociais; b) a reabilitação psicossocial; c) minimizar danos sociais e à saúde causados pelo uso de substâncias psicoativas; d) o entendimento de que as questões relacionadas ao uso abusivo ou dependência possuem causas multifatoriais e, conseqüentemente requerem ações intersetoriais integradas e articuladas; e) que não há uma única estratégia para todos os casos; f) que para ter sucesso um programa de atenção aos usuários de álcool e outras drogas é preciso considerar as necessidades individuais;
2. Considerando a adesão do Brasil ao Plano de Ação Global para Ampliar o Acesso ao Tratamento em Saúde Mental (Mental Health Gap Action Programme - mhGAP), como uma estratégia global para diminuir a lacuna no acesso ao tratamento para transtornos mentais, neurológicos e associados ao consumo prejudicial de drogas, proposta pela Organização Mundial da Saúde;
3. Considerando que as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas podem estar mais vulneráveis à infecção pelo HIV, hepatites B e C e outras doenças, pelo uso compartilhado de seringas, cachimbos, canudos, comuns no uso de drogas e sexo sem proteção;
4. Considerando que o Ministério da Saúde adota a estratégia de redução de danos, vinculada à prevenção e controle da epidemia de AIDS desde o início dos anos 90 e que tal estratégia deve ser fomentada no âmbito da política de drogas;
5. Considerando que é imperioso ser dado o prosseguimento às diretrizes contidas nas legislações e indicadores epidemiológicos que apontam o caminho da intersectorialidade, economia solidária, tratamento de base comunitária e direitos humanos, focadas ao público dependente de substâncias de psicoativas (SPA), como premissas importantes e fundamentais para o êxito do atendimento aos dependentes bem como as suas famílias;

O CONED/SP, por meio desta moção, pautado nas notícias veiculadas pelos meios de comunicação, manifesta preocupação em relação à possibilidade de extinção do Programa De Braços Abertos (DBA), em razão de ser este um programa de abordagem intersectorial inspirado em experiências internacionais e pesquisas científicas sobre a temática do uso problemático de drogas, fundando-se em ações de baixa exigência, com a participação e o resgate dos direitos individuais e sociais dos usuários dependentes de SP. Além disso, o programa apresentou indicadores promissores desde sua criação, sendo um programa de execução em longo prazo, que busca sempre a inclusão, a reinserção social e o constante aprimoramento.

Isto posto, o CONED/SP sugere que sejam mantidas as ações do DBA e que, por meio das equipes técnicas que assumirão em conjunto com V. Exa. a gestão municipal a partir de janeiro de 2017, sejam respeitadas as diferentes estratégias voltadas à reabilitação e a reintegração praticadas hoje no DBA, com a perspectiva de melhor atender os indivíduos, garantir os direitos básicos que possam ajudá-los a superar suas vulnerabilidades sociais e que, inclusive, têm condições de serem complementadas e integradas a outras iniciativas

praticadas no município, bem como a outras políticas públicas executadas nos âmbitos federal e estadual; cientes de que para o êxito desta integração serão necessários o alinhamento de protocolos e pactuações que fortaleçam a rede de proteção social.

Certos de sua atenção e sensibilidade para o assunto, o CONED/SP aproveita a oportunidade para parabenizá-lo nesta nova jornada, colocando-se desde já à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam ainda necessários, convidando V. Exa. a participar de uma reunião do Conselho, para que se possa trabalhar em conjunto no enfrentamento das dificuldades relacionadas à execução de políticas públicas que melhor atendam à população.

São Paulo, 15 de dezembro de 2016.

Murilo Campos Battisti
Presidente

SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA DEFESA DA CIDADANIA CONSELHO ESTADUAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – CONED-SP. Disponível em: <http://pbpd.org.br/coned-sp-publicacao-de-apoio-ao-programa-de-bracos-abertos/> acesso em 20 de dezembro de 2017.

i
ii
iii
iv
v
vi
vii