

**CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO**

**ESCOLA DO PARLAMENTO**

**PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU “LEGISLATIVO E DEMOCRACIA  
NO BRASIL”**

**ELIANE APARECIDA DA SILVA**

As Políticas Públicas Municipal e Estadual de atendimento aos  
dependentes de crack na região da Luz em São Paulo

SÃO PAULO

2016

**CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO**

**ESCOLA DO PARLAMENTO**

**PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU “LEGISLATIVO E DEMOCRACIA NO  
BRASIL”**

**ELIANE APARECIDA DA SILVA**

As Políticas Públicas Municipal e Estadual de atendimento aos dependentes de  
crack na região da Luz em São Paulo

Monografia apresentada à Escola do Parlamento da  
Câmara Municipal de São Paulo como requisito parcial  
para aprovação no curso de Pós-Graduação Lato Sensu  
“Legislativo e Democracia no Brasil”

Orientadora: Carolina Cutrupi Ferreira

SÃO PAULO

2016

**CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA DO PARLAMENTO**

**PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU “LEGISLATIVO E DEMOCRACIA NO  
BRASIL”**

**ELIANE APARECIDA DA SILVA**

As Políticas Públicas de Atendimento Municipal e Estadual aos Dependentes  
do Crack na região do Parque da Luz – Cidade de São Paulo

Média da avaliação da banca examinadora.

Nota Final: .....

São Paulo, ..... de ..... 2016

ORIENTADORA: .....

## **DEDICATÓRIA**

O Deus, que sempre me deu sabedoria e coragem, para não desistir de realizar os meus sonhos e saber questionar a realidade e buscar novos caminhos. Ao meu pai Lucas, sempre me apoiando e incentivando, nessa minha nova jornada para realizar uns dos meus sonhos e nunca desistir.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus que sempre esteve me fortalecendo para concluir esse curso, me dando força para eu não desistir. Agradeço a todos da minha casa, companheiro e filhos, em especial meu amado pai, que sempre me apoiou e me incentivou essa jornada. Agradeço a todos os Professores que contribuíram com o meu aprendizado. Agradeço à minha orientadora, por me acolher nesse desafio me proporcionando um sentimento de vitória e sucesso. Aos meus amigos especiais que colaboraram muito com o meu progresso.

À Câmara Municipal, por ceder espaço para a Escola do Parlamento, desenvolver um aprendizado qualificado às pessoas que tem interesse em compreender melhor todo o processo político do nosso país.

## RESUMO

O objetivo desse trabalho é identificar as principais características dos programas “Recomeço” (governo do Estado de São Paulo) e “De Braços Abertos” (prefeitura Municipal de São Paulo). Busca-se observar se existem alguma abordagem de redução de danos e identificar os modelos de tratamento propostos pelas políticas públicas. Para tanto, foram pesquisados documentos do Ministério da Saúde, portarias, decretos, noticiários, palestras assistidas demonstrando conteúdos de suma importância para aplicação das políticas públicas sobre drogas para os usuários de uso abusivo das drogas e principalmente o *crack*. Concluiu-se que cada programa tem sua política aplicada diferenciada de abordagem, com ênfase maior em redução de danos pelo Programa “De Braços Abertos”.

Palavra-chave: Políticas Públicas, Redução de Danos, Dependentes Químicos, Recomeço, De Braços Abertos

## ABSTRACT

The objective of this work is to identify the main characteristics of the programs Recomeço (government of the State of São Paulo) and "De Braços Abertos" (Municipal Government of São Paulo). It seeks to observe if there is any harm reduction approach and to identify the treatment models proposed by public policies. To this end, documents from the Ministry of Health, ordinances, decrees, news reports, and assisted lectures were screened, demonstrating contents of great importance for the application of public policies on drugs for users of drug abuse and especially crack. It was concluded that each program has its applied policy differentiated approach, with greater emphasis on harm reduction by the Program "Arms

Keyword: Public Policies, Harm Reduction, Chemical Dependents, Restart, Open Arms

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO I - Apresentação da localidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) do Município de São Paulo.....26

IMAGEM I – Ambientes de tratamento de acordo com a necessidade do usuário e com o nível de atenção á saúde.....33

## LISTA DE SIGLAS

**ANVISA-** Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**CAPS-** Centro de Atenção Psicossocial

**CAPS/AD** – Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas

**CAPS-i** – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

**CAT-** Casa de Acolhimento Transitória

**CFP** – Conselho Federal

**CNPq** – Conselho Nacional de Pesquisa-

**CRAS** – Centro de Referência de Assistência Social

**CREAS** – Centro de Referência Especial se Assistência Social

**CTs** – Comunidades Terapêuticas

**GCM** – Guarda Civil Municipal

**INPAD** – Instituto Nacional de Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas

**NASF-** Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**PEAD** - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

**PM** – Polícia Militar

**PSDB** – Partido da Social Democracia Brasileira

**PT** – Partido dos Trabalhadores

**SAMU-** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SDTE** - Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo

**SENAD** – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

**SHD-AD-**Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas

**SMADS** - Assistência e Desenvolvimento Social

**SMDH-** Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania

**SMS** - Secretarias Municipais de Saúde

**SMSU** – Secretaria Municipal de Segurança Urbana

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**UNIFESP** – Universidade Federal de São Paulo

## **DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE AUTORAL E AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO.**

Eu Eliane Aparecida da Silva declaro ser o autor desta Monografia apresentada à Escola do Parlamento da Câmara Municipal de São Paulo para o Curso de Pós-Graduação “Legislativo e Democracia no Brasil” e que qualquer assistência recebida em sua preparação está divulgada no interior da mesma. Declaro também que citei todas as fontes das quais obtive dados, ideias ou palavras, usando diretamente aspas (“ ”) ou parafrazeando, sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravações ou quaisquer outros tipos. Declaro por fim, que este trabalho poderá ser publicado por órgãos de interesse público. Declaro que o presente trabalho está de acordo com a Lei 5988 de 14/12/1973, Lei de proteção intelectual, e que recebi da Instituição, bem como de seus professores, a orientação correta para assim proceder. Em ambos os casos responsabilizo-me exclusivamente por quaisquer irregularidades.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Eliane Aparecida da Silva.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>CAPÍTULO I – A PROPAGAÇÃO DO CRACK EM SÃO PAULO</b> .....	15
1.1 Efeitos e mudanças causados pelo uso abusivo do crack.....	16
1.2 O avanço das Políticas Públicas para o enfrentamento do crack ..	18
1.2.1 Redução de Danos .....	22
1.2.2 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS/AD).....	24
1.2.3 Serviços Hospitalares de Referência para Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras Drogas – SHR-D .....	27
1.2.4 Os Consultórios de Rua .....	29
1.2.5 As Casas de Acolhimento Transitório.....	30
1.2.6 As Comunidades Terapêuticas .....	31
<b>CAPÍTULO II – POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO E ATENDIMENTO AO USO DE DROGAS EM SÃO PAULO</b> .....	33
2.1 As Políticas Públicas sobre drogas aplicadas na Cracolândia na cidade de São Paulo .....	34
2.2 O programa Recomeço e seu atendimento .....	35
2.3 O programa De Braços Abertos e seu atendimento .....	39
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	44
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	46



## INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem por objetivo identificar as políticas públicas de atendimento aos dependentes químicos do crack, realizado pelo Programa “De Braços Abertos” (desenvolvido pela prefeitura municipal de São Paulo) e o Programa “Recomeço” (pelo governo do Estado) na região da Luz – Cidade de São Paulo, observando os diversos meios de abordagem.

O crack é umas das drogas que está em noticiários frequente devido o local utilizado para seu uso, a famosa “Cracolândia”, localizada no centro de São Paulo. Essa discussão é de suma importância; precisa-se debater acerca dos dependentes químicos que usam crack em nosso convívio social. Este ponto, pois, é o motivo para o presente estudo.

Em uma audiência pública realizada no Senado, apresentou-se um artigo sobre o surgimento do crack, no qual Ney Jansen<sup>1</sup> relata que o crack surgiu na década de 1970 nos Estados Unidos com as classes de bairros mais pobre.

No Brasil não foi muito diferente. Os primeiros relatos do uso surgiram em 1989 e, dois anos depois a primeira apreensão. Foi visto como “a *versão da droga usada por grupos marginalizados*” no mundo de acordo com a audiência no Senado<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Fonte: <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/crack-chama-a-atencao-para-dependencia-quimica/surgimento-do-crack-aconteceu-nos-eua.aspx>. Acesso em: 11/12/2016.

<sup>2</sup> Disponível em: <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/crack-chama-a-atencao-para-dependencia-quimica/surgimento-do-crack-aconteceu-nos-eua.aspx>. Acesso em: 11/12/2016.

Atualmente o uso de crack está presente em todas as classes sociais, caracterizando-se por causar, dependência química em seus usuários e o aumento da violência, geralmente aliado ao tráfico da substância e pelos usuários após o uso da droga, que se tornam mais agressivos e vulneráveis.

Segundo Michel (2001, p.54) o crack produz vapores que atingem a corrente sanguínea, após cruzarem rapidamente os pulmões. No início da sensação de confiança, poder e excitação. Após o uso satisfatório vem período de depressão, paranoia e outros sintomas. A importância que leva o estudo desta temática é o poder difuso das drogas entre todas as classes sociais, por estar no lar de muitas famílias brasileiras, independente da condição social. São exemplos recentes de uso da substância o prefeito de Washington e o advogado do ex-goleiro Bruno, do Flamengo, flagrados usando a substância droga<sup>3</sup>. Entendo assim a necessidade de abordar neste trabalho como vem funcionamento o enfrentamento ao uso de drogas, a partir de políticas públicas recentes.

Esse trabalho foi organizado em dois capítulos de maneira sucinta e objetiva, em razão do curto para seu desenvolvimento e entrega.

O primeiro capítulo apresenta um referencial teórico sobre o uso da substância *crack*, os efeitos e mudanças pelo uso abusivo das substâncias ilícitas e o uso na região da Cracolândia. Além disso, apresento os principais equipamentos e abordagens adotados pelo Ministério da Saúde para tratamento de usuários e dependentes químicos.

Já o segundo capítulo, busco apresentar dois programas atualmente em desenvolvimento na cidade de São Paulo. O Programa estadual Recomeço e o

---

Programa municipal “De Braços Abertos” consistem em diferentes políticas públicas implementadas para os dependentes químicos, principalmente o crack na cidade de São Paulo. O trabalho discorre sobre os programas e seus meios de abordagens utilizadas para os recursos de ambos.

O programa “Recomeço” enfatiza de uma política de internação com a utilização de Comunidades Terapêuticas. Já no programa “De Braços Abertos”, o foco não é abstinência e sim a garantia de direitos de uma qualidade de vida melhor, com cuidados especiais.

Por fim seguem as Considerações Finais, nas quais as diferenças dessas políticas discorro sobre o tratamento e garantia de direitos que ambos estabelecem nos programas e meu posicionamento sobre os programas.

## **CAPÍTULO I - A PROPAGAÇÃO DO CRACK EM SÃO PAULO**

Neste primeiro capítulo, apresento um breve resumo sobre o uso do crack e seus principais efeitos nos usuários. Citarei alguns equipamentos de saúde adotados pelo Ministério da Saúde o tratamento do uso abusivo das drogas, a partir de uma estratégia Redução de danos. Trata-se de uma abordagem que desenvolve melhores possibilidades de recuperação para dependentes químicos, os quais podem causar transtornos para si e para a sociedade.

### **1.1 Efeitos e mudanças causados pelo uso abusivo do crack**

Segundo pesquisador americano Ney Jansen, o crack teve surgimento na década de 1970 e ficou mais visível seu uso na década seguinte devido à classe mais pobre principalmente o negro mais jovem e de origem hispano-americana das cidades de Nova York, Los Angeles e Miami. No Brasil em 1989 foi relatado o uso da substância, e logo após dois anos foi noticiada a primeira apreensão da droga em São Paulo<sup>4</sup>.

Segundo Uchôa (1996), durante o governo de José Sarney, surgiram os primeiros relatos de que, nos bairros pobres da periferia de São Paulo, havia pessoas com comportamentos diferentes que tremiam e andavam rápido, após fumar um cachimbo com pequenas pedras desconhecidas, com aparência de sabão ou cera.

Segundo o autor, quem trouxe a primeira pedra ao nosso país é um mistério:

---

<sup>4</sup>Disponível em: <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/crack-chama-a-atencao-para-dependencia-quimica/surgimento-do-crack-aconteceu-nos-eua.aspx>. Acesso em 26/09/2016.

Continuará sendo. Pode ter sido trazida na bolsa colorida de um jamaicano excêntrico, um americano de óculos grandes e pulseiras de ouro e prata no braço, um boliviano de cabelo grosso e espetado ou mesmo por um religioso brasileiro que topou com a pedra na mão de um menino na periferia da cidade. O jogo de adivinhação está aberto. Fértil, mas nada objetivo, verdadeiro. Esse hiato, incógnita da chegada do crack em São Paulo, abre um leque para hipóteses e mais hipóteses, nenhuma confirmada. O fato concreto é que a droga começava a disputar com a cocaína a preferência nos pontos de venda de drogas, as chamadas bocas, em bairros como São Mateus, Cidade Tiradentes e Itaquera, na Zona Leste (UCHÔA. 1996 p.31).

Segundo Fernandez (1997, p.110), o aparecimento do crack produziu transformações no mercado da droga e na sociabilidade dos consumidores, sobretudo no “caráter da dependência e no apelo à prostituição para conseguir dinheiro para o consumo”.

A intensidade do prazer leva a pessoa a querer mais pedras, seus efeitos são menos de dez minutos. O uso contínuo da droga provoca danos no sistema nervoso e cardiovascular, os efeitos crônicos são comuns, dores de cabeça, tonturas e vômitos. “É que o crack, depois de superestimar, leva os neurônios à exaustão completa”. (UCHÔA- 1996, p.62).

Com as mudanças físicas e psicológicas no usuário de crack, o aumento da pressão arterial, alteração dos batimentos cardíacos, pode ocasionar derrame cerebral e outras doenças como explica Uchôa:

[...] em *overdose* os efeitos podem se prolongar levando ao coma e causando sérias lesões nos neurônios —, o crack é distribuído para outros órgãos, via circulação. No fígado, é metabolizado. Vai até o rim, que o elimina pela urina. Um processo rápido. Externamente, o craqueiro pode apresentar queimaduras nos lábios, na língua e no rosto por causa da proximidade da chama do isqueiro no cachimbo, onde a pedra é colocada e fumada. O resultado de toda essa “viagem” é perda de peso e, não raro, desnutrição profunda, o que desencadeia uma série de doenças. (UCHÔA, 1996, p. 63).

Segundo Nappo et al (1996, p.16), o crack possui maior e mais rápido absorção pela via pulmonar e seu início de ação ocorre entre oito e dez segundos. A duração dos efeitos também é efêmera entre cinco a dez minutos o que também aumenta o desejo de fissura pela droga.

De acordo com Nappo et al (1996, p.52), um efeito do uso é a falta de apetite e emagrecimento intenso por causa da inquietação psicomotora, agressividade e longas caminhadas em busca por crack nos momentos de fissura.

## **1.2. O avanço das Políticas Públicas para o enfrentamento do crack**

Andressa Lídicys Moraes Lima, ao entrevistar usuários de crack, relata que um deles refere-se ao usuário de crack como aquele que “perde valor, perde confiança, não é digno para a sociedade.” Para Lima esta fala, mostra não haver reconhecimento do usuário como cidadão de direitos. Está distante de sua realidade,

pois a humilhação e maus tratos caminham juntos diante a vida desses usuários, e o fazem sentir fora da sociedade. De acordo com a autora, todos são portadores de direitos e que o Estado não deve se distanciar de sua responsabilidade social em certificar a promoção de princípios modernizados com propósitos, sobre ideia de justiça moral de pessoas e grupos, a exemplo os usuários de crack, que são estigmatizados pelo desrespeito, indiferença ou privação de direitos.<sup>5</sup>

O ex-Ministro da Saúde Humberto Costa (2004), ressalta que o atraso histórico de responsabilização do Sistema Único de Saúde pelo enfrentamento do uso de álcool e outras drogas é uma problemática constante de saúde pública.

“A Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas” (BRASIL, 2004) do Ministério da Saúde indica que o tema “álcool e outras drogas” exigem ações que possam envolver diferentes saberes teóricos-técnicos<sup>6</sup>.

O ex-Deputado Marco Maia (2010) organizou um Seminário Internacional realizado pela Comissão de Seguridade Social e Família em Brasília nos dias 5 e 6 de julho de 2010<sup>7</sup>, e na ocasião Maia menciona que o prejuízo que o crack está causando na sociedade brasileira é de imensa preocupação de todos. Que o Brasil não está com soluções de acordo com a realidade imposta que as drogas trazem, como o crack.

Segundo Maia (2010), as Casas Legislativas são de suma importância para divulgar informações e promover debates sobre políticas públicas, soluções para a problemática das drogas.

---

<sup>5</sup> Fonte: LIMA, ANDRESSA LÍDICY MORAIS. In: SOUZA, Jessé (org). Crack e exclusão social, Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016, p.62.

<sup>6</sup> Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. In:\_\_\_\_\_. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2. ed. rev. ampl, p.22-40, 2004.

<sup>7</sup> CÂMARA DOS DEPUTADOS, Seminário Internacional realizado pela Comissão de Seguridade Social e Família em Brasília. “Políticas sobre Drogas”. Publicado em 2012.

A Cartilha sobre o Crack, elaborada pelo Conselho Nacional de Justiça (2011), informa que o uso do crack vem sendo observado em idades cada vez mais precoces, desse modo às políticas públicas precisam ser direcionadas para a prevenção do consumo nessas populações, visando primeiramente programas efetivos de prevenção de consumo de drogas ilícitas.

É preciso diversificar as opções de atendimento, criando serviços intermediários entre o ambulatório e a internação, como moradias assistidas, é preciso também integrar melhor a rede existente, incluindo um maior entrosamento entre a rede pública e os grupos de autoajuda. Essas ações podem alterar de forma positiva o panorama da saúde pública em relação a essa substância nos próximos anos.

Para Karam (1997, p.344) o tema drogas ilícitas, atualmente destinadas à publicidade consegue manipular o sistema penal como mercadoria, um paradigma que abastece a proteção e segurança, na realidade estimulante de situações de maiores e graves conflitos. É significativo em nossa legislação que nesse tema de drogas ilícitas, insiste demonstrando um dever geral de colaboração:

[...] que, expresso no artigo 1º da Lei nº 6 368/76, ressurgiu no substitutivo adotado pela Comissão Especial constituída pelo presidente da Câmara dos Deputados para apreciar os diversos projetos de lei que dispõem sobre a política nacional de drogas, que igualmente se inaugura com a regra que dispõe ser “dever de todas as pessoas, nacionais ou estrangeiras”, com domicílio ou sede no País, colaborar na prevenção do tráfico ilícito, do uso indevido e da produção de substância entorpecente e drogas afins (KARAM, 1997, p.345).

A liberdade individual, a intimidade e a vida privada estão em jogo, enquanto houver a proibição para a posse de drogas e seu consumo não atingir a terceiros, possui condutas privadas, que não podem ser objetos de criminalização, o Estado está intervindo com uma não autorizada criminalização (KARAM, p.347).

Santos e Oliveira (2013) discorrem sobre o avanço da legislação brasileira sobre drogas, avanços consideráveis historicamente e relevantes para essa população, como aprovação da Lei 11.343/2006, que revoga a Lei 10.409/2002. Se o tráfico de drogas e a produção de drogas ilícitas são atividades que merecem repressões exacerbadas, correspondendo à definição de novos crimes e com aumento das penalidades previstas, por outro já define condições de usuários e dependentes de drogas, de forma mais humanitária “que as leis anteriores, a atenção à saúde, a prevenção do uso indevido e a reinserção social”. Mudanças também, “estabelecidas ao porte de drogas para o consumo pessoal”.

A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que constituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), estabelece medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de Drogas, decreta normas para repressão e ao tráfico de Drogas ilícitas. Ele estabelece:

[...] que é preciso fazer mais e essa publicação é uma iniciativa que se unirá a outras em desenvolvimento na Câmara dos Deputados, como a nova Comissão Especial de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas, a qual, certamente, contará com o apoio dos parlamentares componentes da Comissão de Seguridade Social e Família, das Frentes Parlamentares da Juventude e de enfrentamento ao *Crack*, bem como dos que integraram a

mencionada Comissão Externa e, principalmente, da sociedade brasileira. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, MAIA S. A. MARCOS, 2012).

Segundo Santos e Oliveira (2013), as políticas públicas na questão de álcool e outras drogas nos estados modernos, foram alvos de muitas discussões, explicitando com mais fervor a criminalização e medicalização, para os usuários de substâncias psicoativas serem alvo direto do sistema judiciário, ou das internações compulsórias, por meio psiquiátrico de abuso.

Desde 2010 o governo federal busca implementar políticas para o atendimento dos dependentes de crack e outras drogas no Brasil. Paulina Duarte ex-Secretária Nacional sobre Drogas do Ministério da Justiça explica que o “Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras Drogas” surgiu a pedido da Presidência da República, em razão do crescimento do consumo da substância no país. Em audiência na Comissão de Seguridade Social e Família (2012, p.19), Duarte reforça que o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack” coordena ações prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários do crack e outras drogas. Que a ampliação dos leitos para tratamento tenderia a ser duplicada, recursos do Sistema Único de Saúde e detalhada pelo Ministério de Saúde. A assistência social em prol do acompanhamento sócio-familiar dos usuários de crack e outras drogas.<sup>8</sup>

### **1.2.1 Redução de Danos**

A estratégia de redução de danos surgiu no Brasil, devido à “epidemia do vírus HIV/AIDS”, na década de 1980 na Baixada Santista, pelos usuários de drogas

---

<sup>8</sup> Para mais informações sobre o Plano Integral de Enfrentamento do Crack e outras Drogas. Fonte: [bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/8407/politicas\\_drogas.pdf?...2](http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/8407/politicas_drogas.pdf?...2)

injetáveis. Segundo Rui (2012, p.56), em 1997, o governador Mário Covas anunciou uma lei que possibilitava a Secretaria do Estado a promover programas de distribuição de seringas com o objetivo de prevenir a epidemia do HIV/aids, a lei estabeleceu convênios com ONG's, universidades e secretarias municipais de saúde e que o Estado garantia anonimato aos usuários que procurassem o serviço. Mesmo sendo considerada como uma resposta *“pragmática”*, a Redução de danos, consolidou sua ação de prevenção em outros tipos de drogas, como o crack e também as doenças sexualmente transmissíveis, hepatites virais e tuberculose.

No campo da saúde pública, na área de psicologia, as ciências sociais e muitos ativistas, consideram a redução de danos *“umas das mais progressistas políticas de prevenção ao uso e abuso de drogas”*, pois não exigem uma *“brusca interrupção do uso”*, abrange como um direito de cada um, portando oferecem outras opções que causam menos prejuízos. (RUI, 2012, p.58).

Segundo Menezes (2016), a redução de danos enquanto estratégia da saúde demonstra um novo fenômeno para compreensão das drogas, que excede a abstinência e um paradigma moral que estabelece uma qualidade de vida; mas, também pode derivar em *“um esvaziamento do caráter político da Redução de danos”* a partir do momento que serve para atuar como instrumento de controle, admitindo elementos com vulnerabilidade e risco.

A redução de danos (Ministério da Saúde, 2004a, p.31) eleva o Ministério da Saúde, contemplar um conjunto de medidas de saúde, que visam minimizar as consequências causadas pelo uso e dependência de substâncias psicoativas, como diminuir os riscos de infecções pelo vírus HIV e hepatites. Essas medidas permitem menor exigência e são mais flexíveis na elaboração dos projetos terapêuticos. As ações de redução de danos sociais à saúde, consequências do uso de substâncias

ou drogas que causam dependência, devem abranger uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, de acordo com a Portaria 1.028, de 1º/07/2005<sup>9</sup>, e serem praticadas conforme o público alvo e a comunidade.

Essas ações de redução de danos devem se abranger em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o uso das substâncias ou drogas que causem dependência, incluindo o sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, hospitais psiquiátricos, dos abrigos, quaisquer instituições destinadas ao tratamento de usuários e dependentes e instituições que mantenham a privação ou restrição de liberdade das pessoas submetidas ao uso dessas substâncias.

A Redução de danos (Ministério da Saúde, 2004b, p.32) a princípio, está no dia-a-dia da humanidade, pois ao dirigir um carro, o cinto de segurança, já é uma redução de danos. Andar de skate um esporte perigoso, adrenalina do esporte é radical, mas se protegem com as joelheiras, capacetes e outros acessórios. A lista de atividades que envolvem a redução de danos na vida cotidiana é infinita.

Os Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras Drogas (CAPS/AD), são indispensáveis para o recebimento do incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos, estabelecidos pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.059, de 04/07/2005<sup>10</sup>.

Nos próximos subtítulos os equipamentos utilizados para o tratamento da dependência química como: o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras

---

<sup>9</sup> Disponível em:

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao\\_em\\_saude\\_mental\\_2004\\_a\\_2010.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf). Acesso em: 03/12/2016.

<sup>10</sup> Disponível em:

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao\\_em\\_saude\\_mental\\_2004\\_a\\_2010.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf). Acesso em: 03/12/2016.

Drogas (CAPs/AD), Serviços hospitalares, Consultório de Rua, Casas de Acolhimento Transitório e Comunidades Terapêuticas.

### **1.2.2 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS/AD)**

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPSad) são um dos serviços prestados estabelecidos pela portaria do Ministério da Saúde GM/336/02<sup>11</sup> no artigo 5º, e de outros Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) I, II e III, citados acima, sendo capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva com limites quantitativos mensais estabelecidos pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

O atendimento intensivo é acompanhamento diário conforme o quadro clínico atual do paciente, o semi-intensivo consiste em um quadro de tratamento frequente não precisam estar diariamente no Caps é conforme seu projeto terapêutico e, por fim, o não intensivo conforme seu quadro clínico pode ter uma frequência menor.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) inaugurado no Brasil foi na cidade de São Paulo em março de 1986, o CAPs Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPs da Rua Itapeva. A criação desse CAPs, decorreu de intenso movimento social e os trabalhadores de saúde mental, devido a situação precária dos hospitais psiquiátricos, único recurso para o tratamento dos usuários portadores de transtornos mentais.

O CAPs foi abrangendo vários municípios do país se concretizando e ampliando com melhorias minimizando as internações e moldando um novo modelo

---

<sup>11</sup>Portaria nº GM/336/02. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_336.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf). Acesso em: 03/12/2016.

assistencial. Foram criados outros CAPs com modalidades diferentes conforme a especificidades da demanda, CAPsI e CAPsII, CAPsIII, CAPs infantil e CAPsad.

CAPsI e CAPsII, essa modalidade o atendimento é diário para adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPsIII, o atendimento é diário e noturno de adultos, atendendo a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPsi, realiza o atendimento diário com crianças e adolescentes, com transtornos mentais.

Em resumo, os “CAPS I, II e III designam a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, nos quais o uso de álcool e outras drogas são secundários à condição clínica de transtorno mental”. (Ministério da Saúde, Saúde Mental no SUS, 2004c, p.24).

A partir de 2002, foi criado o CAPsad, para pacientes que cujo o principal problema é o uso abusivo de álcool e outras drogas.

O CAPs/AD oferece atendimento diário de acordo com as necessidades dos usuários de drogas, permitindo um projeto terapêutico com perspectiva individualizada com evolução contínua, desenvolvendo várias atividades desde o atendimento individual até o atendimento em grupos ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Uma equipe multiprofissional, constituída por médicos, psicólogos, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, que avaliam o usuário indicando o tratamento propício para cada caso.

No município de São Paulo os Caps existentes na tabela abaixo<sup>12</sup>:

Centros de Atenção Psicossocial	REGIÃO				
	SUDESTE	NORTE	CENTRO OESTE	SUL	LESTE
<b>CAPs Adulto I</b>			Butantã		São Mateus
<b>CAPs Adulto II</b>	Aricanduva Formosa, V.Monumento, V.Matilde, V.Prudente,Jabaquara	Brasilândia, Casa Verde, Pirituba Jaraguá,Pirituba, Jaçana Tremembé.	V.Madalena, Perdizes, Lapa, Sé	Jd.Lídia, M.Boi Mirim, Cidade Ademar, Capela do Socorro	Itaim Paulista, São Miguel, Itaquera, Ermelino Matarazzo, Guaianazes, Cidade Tiradentes
<b>CAPs Adulto III</b>	Sapopemba	Mandaqui	Centro, Complexo Prates, Itaim Bibi	Largo 13 Sto Amaro, Paraisópolis,	
<b>CAPs Álcool e Outras Drogas I</b>			Pinheiros		
<b>CAPs Álcool e Outras Drogas II</b>	Sapopemba, Projeto Pixote, V.Mariana, Ipiranga(V.Arapuã), Jabaquara, Mooca, Penha.	Pirituba, Cachoeirinha,		Santo Amaro,	Ermelino Matarazzo, Guaianazes, Jd.Nélia
<b>CAPs Álcool e Outras Drogas III</b>		Santana, Brasilândia		Capela do Socorro, Campo Limpo, Jd.Ângela	São Mateus, Itaquera, São Miguel
<b>CAPs Infantil</b>	Mooca, Penha, Sapopemba, V.Prudente, Ipiranga, Jabaquara Casinha	Perus, Freguesia Brasilândia, Casa Verde Cachoeirinha Limão, V.Maria V.Guilherme	Lapa, Sé	Parelheiros, Campo Limpo, Capela do Socorro, Sto Amaro, M.Boi Mirim, Cidade Ademar	Itaquera, Itaim Paulista, Guaianazes, São Miguel, São Mateus, Cidade Lider
<b>CAPs Infantil III</b>		Santana			
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>19</b>
<b>TOTAL GERAL 82</b>					

A política de atenção á álcool e outras drogas prevê a composição de uma rede que articule o CAPSad a leitos de atenção integral em hospitais gerais para desintoxicação e outros tratamentos.

<sup>12</sup> Fonte: Tabela criada com Informações dos CAPs do Município de São Paulo, descrita no site da Prefeitura. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=204204](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204), Atualizada em 11/11/2016. Acesso em: 05/12/2016.

### **1.2.3 Serviços Hospitalares de Referência para Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras Drogas- SHR-AD**

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.197 de 14/10/2004<sup>13</sup>, os casos com maior gravidade de dependência de álcool e outras drogas, situações urgência/emergência e de internação de curta duração, devem ter atenção hospitalar. Os Hospitais Gerais com o componente de atenção hospitalar define os objetivos dos serviços prestados para Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras Drogas. Esses objetivos foram citados no documento elaborado pelo Ministério Público e Tutela à Saúde Mental (2011, p. 39):

- Compor a rede de atenção Integral á usuários de álcool e outras drogas, participando do sistema de organização e regulação das demandas e fluxos assistenciais em áreas geográficas definida;
- Compor, na rede assistencial, a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas;
- Atuar respeitando as premissas do SUS e a lógica territorial, salvo em casos de ausência de recursos assistenciais similares, onde a clientela atendida poderá ultrapassar os limites territoriais previstos para abrangência do serviço;
- Dar suporte à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/emergência que sejam decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas, advindas da rede dos Centros de atenção Psicossocial para Atenção a Usuários de Álcool e

---

<sup>13</sup> Portaria nº 2.197 de 14 de outubro de 2004. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao\\_em\\_saude\\_mental\\_2004\\_a\\_2010.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf). Acesso em: 03/12/2016.

outras Drogas (CAPSad), da rede básica de cuidados em saúde (Programa de Saúde da Família, e Unidades Básicas de Saúde), e de serviços ambulatoriais especializados e não-especializados;

- Oferecer suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais para as quais os recursos extrahospitulares disponíveis não tenham obtido a devida resolutividade, ou ainda em casos de necessidade imediata de intervenção em ambiente hospitalar, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216/2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima e curta permanência (ou seja, de 24 a 48 horas, para casos de intoxicação aguda; de 3 a 7 dias, para tratamento da síndrome de abstinência do álcool, e de 3 a 15 dias, para tratamento de dependência do álcool, com a presença de intoxicação aguda com evolução para a instalação de abstinência grave, ou ainda outros quadros de síndrome de abstinência seguidos por complicações clínicas, neurológicas e psiquiátricas);
- Oferecer abordagem, suporte e encaminhamento adequado aos usuários que, mediante avaliação geral, evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica; e

Os recursos financeiros estabelecidos na Portaria do Ministério da Saúde nº1.612<sup>14</sup>, de 09/09/2005, deverão ser disponibilizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, onde forem credenciados

---

<sup>14</sup> Disponível em:  
[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao\\_em\\_saude\\_mental\\_2004\\_a\\_2010.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf). Acesso em: 03/12/2016.

os Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHD-AD.

É muito importante que se evite a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais ou clínicas psiquiátricas, diante da necessidade de atenção e estrutura específicas para esse problema. Desta forma, no caso da propositura de demanda que busque a internação compulsória do usuário, é importante que o Promotor de justiça conheça o perfil da unidade na qual se fará a internação. Importante que seja um leito de referência para o tratamento de usuários AD (álcool e outras drogas), ainda em hospitais gerais. Repita-se: hospitais psiquiátricos, pelas suas peculiaridades, não são ambientes adequados para o tratamento de dependentes químicos. (MPRJ, 2011, p.40).

#### **1.2.4 Os Consultórios de Rua**

A Portaria GM/MS 1.190/2009<sup>15</sup> dispõe sobre o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas 2009-2010 e prevê a implantação do Consultório de Rua (MPRJ, 2011, p. 41) com a finalidade da ampliação do atendimento domiciliar e territorial, além dos profissionais especializados em álcool/drogas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O “Consultório de Rua” é uma estratégia de acolhimento ampliada para usuários de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social, composto por integrantes da Saúde Mental, Atenção Básica e Assistência Social. São equipes multiprofissionais volantes que fazem as primeiras abordagens com os usuários para oferecer ações de promoção, prevenção e cuidados básicos em saúde. O

---

<sup>15</sup> Disponível em:  
[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao\\_em\\_saude\\_mental\\_2004\\_a\\_2010.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf). Acesso em: 03/12/2016.

“Consultório de Rua” pode realizar encaminhamentos aos usuários para uma equipe de Saúde da Família que presta serviços nas proximidades do local, dependendo do caso encaminham também para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) ou Centros de Atenção Psicossocial/Álcool e Drogas (CAPs/AD), para um apoio adequado.

### **1.2.5 As Casas de Acolhimento Transitório**

No final do ano de 2010 foram implantadas as Casas de Acolhimento Transitório (CAT's) por meio da Portaria GM/MS nº 4.132 de 17 de dezembro de 2010. As CAT's compõem de estratégias de abrigamento diferenciado aos usuários de drogas, mais uma das ações propostas adentro do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (Decreto de nº 7.179/2010<sup>16</sup>).

Esses equipamentos administrados pela saúde envolvem um aval técnico da equipe de saúde mental e programa de álcool e drogas e infanto-juvenil locais. Seu diferencial é atender às demandas do próprio município, evitando o afastamento dos usuários de drogas de seu território e familiares, quando encaminhados para locais afastados, o aumento do estigma, segregação e a dificuldade de reinserção são explicitadas com mais evidência. Após a realização do abrigamento é construído um projeto individual, que inclua a família para participação das atividades lúdico-psicoterapêuticas, e a garantia de oferta e acesso à rede de saúde, uma programação com possibilidades precoce para alta e retomada da vida em comunidade, para não produzir indivíduos afastados da vida em sociedade.

---

<sup>16</sup> Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm). Acesso em: 10/12/2016.

Há três modalidades de CAT, conforme algumas especificidades, idade e número de vagas disponíveis: CAT I (até dez leitos), CAT II(até 20 leitos) e CAT –i/ Infanto-Juvenil ( com até 12 leitos). Para implementação dos CATs , conforme a política nacional de enfrentamento ao uso de Crack, com base intersetorial de assistência social e de Saúde é necessário a existência de CRAS (Centro de Referencia de Assistência Social), CREAS (Centro de Referencia Especial de Assistência Social), CAPSi ( Centro de Atenção Psicossocial Infantil) ou CAPS/AD (Centro de Atenção Psicossocial/ Álcool e outras Drogas), que ampliem ações com crianças e adolescentes, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

### **1.2.6 As Comunidades Terapêuticas**

As Comunidades Terapêuticas são entidades privadas conveniadas ao poder público, que recebem verbas públicas para o tratamento e recuperação de usuários de álcool e outras drogas, regime de residência. Precisam ter licença da autoridade sanitária local para seu funcionamento regular. A ANVISA deliberou a Resolução RDC nº29<sup>17</sup>, com aprovação no dia 1º de julho de 2011, em substituição à anterior Resolução RDC nº 102/2001 das Comunidades Terapêuticas (MPRJ, 2011, p.43).

Esta norma regulariza um ambiente livre das drogas aos dependentes químicos, com destaque para a previsão de um técnico responsável com nível superior habilitado e um substituto com o mesmo porte; ficha para registro dos atendimentos periódicos individual dos internos; pessoas que necessitem de serviços não prestados pela instituição não serão aceito; o atendimento às famílias

---

<sup>17</sup>Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-29-de-30-de-junho-de-2011>. Acesso em: 10/12/2016.

deve ser garantido, como o tempo de permanência na instituição; as instituições precisa garantir o tempo de permanência voluntária. A ilustração abaixo indica o modelo dos equipamentos utilizados para o atendimento de pessoas com dependência química.



Fonte: Apresentação do Professor e Psiquiatra Ronaldo Laranjeira da UNIFESP, INPAD-CNPq, em 2010, São Paulo<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Fonte: Disponível em: [https://www.senado.gov.br/comissoes/cas/ap/ano-de-2010/AP20100511\\_Dr\\_Ronaldo\\_Laranjeira.pdf](https://www.senado.gov.br/comissoes/cas/ap/ano-de-2010/AP20100511_Dr_Ronaldo_Laranjeira.pdf). Acesso em 28/12/2016

## **CAPÍTULO II - POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO E ATENDIMENTO AO USO DE DROGAS EM SÃO PAULO.**

No capítulo anterior foram apresentados os equipamentos e estratégias utilizados para fomentar as políticas públicas para os dependentes e usuários de substâncias psicoativas, para melhor qualidade de vida. Nesse capítulo serão apresentados o programa “De Braços Abertos” da prefeitura Municipal e o programa Recomeço do governo Estadual.

### **2.1 As Políticas Públicas sobre drogas aplicadas na Cracolândia na cidade de São Paulo**

Taniele e Mallart (2015) corroboram que, na década de 1950 e fim dos anos 80, aconteceram desdobramentos de uma história urbana nas imediações de alguns bairros da região central de São Paulo, nos quais se destacam: o bairro da Luz, Santa Efigênia e Campos Elíseos. Por ser em locais marcados pela boêmia, prostituição e vários ilegalismos, [...] “uma narrativa comum que a associa diretamente a espaço de uso de crack e sua formação à Boca do Lixo”. Os primeiros noticiários referentes à Cracolândia foram à produção e venda da droga e não de seu uso.

Salatiel (2012) indica que nos anos 90 ocorreram várias chacinas nos bairros periféricos e nessas matanças foi observado que a maioria das mortes eram de pessoas viciadas em crack. Foram mortos por furtarem a própria comunidade em que residiam, para sustentação de seu vício do crack e denunciavam os traficantes

ou estavam com dívidas acumuladas. A partir dessa matança nas periferias e venda de drogas, que eram controladas por facções criminosas, os viciados do crack buscaram refúgio na região central, que se tornou propício para o uso e venda ilegal das drogas. A “facilidade de acesso, combinada com o uso “liberado” em imóveis abandonados ou nas ruas, fez surgir a Cracolândia”.

Taniele e Mallart (2015) se referem à região da Cracolândia como um “*Imã*”, em que vários atores se cruzam, um “emaranhado urbano”, vários caminhos, histórias e diversos percursos, que ficam mais complexos no dia-a-dia. Um pedaço de espaço urbano, que circula e movimenta pessoas, histórias, discursos, empresas, valores, práticas, políticas governamentais e criminais, e muito dinheiro. Essa vivência não se sintetiza apenas à compra e venda ao uso de crack.

## **2.2 O Programa “Recomeço” e seu atendimento**

O programa Recomeço é uma iniciativa do governo do Estado de São Paulo voltada ao tratamento de dependentes químicos, principalmente usuários de crack. Foi criado por meio do Decreto 59.164, de 9 de maio de 2013, posteriormente alterado pelo Decreto nº59.684, de 30 de outubro de 2013 e atualmente o Decreto de nº 61.674, de 02 de dezembro de 2015.

O “Programa Estadual de Políticas sobre Drogas- Programa Recomeço: uma vida sem drogas” é formado por um grupo gestor de representantes das Secretarias Estaduais da Justiça e da Defesa da Cidadania, do Desenvolvimento Social e da Saúde e coordenado pelo médico especialista Ronaldo Laranjeira. Esse programa teve seu início por meio de pressões sociais para combate à epidemia do crack,

principalmente na região da Luz,. A principal estratégia de enfrentamento ao crack é a internação compulsória e/ ou involuntária.

A Lei nº 10.216/2001 prevê três tipos de internação psiquiátrica: a internação voluntária, a pedido do usuário; a internação involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiros e a internação compulsória, aquela determinada judicialmente.

O programa “Recomeço” trabalha com estratégias em prevenção; tratamento; reinserção social e recuperação; controle e requalificação das cenas de uso, acesso à Justiça e cidadania<sup>19</sup>. O objetivo central é proporcionar condições de uma vida digna, mais saudável para essa população com dependência química e principalmente os usuários de crack e quando necessário à internação destas pessoas nos centros de referência.

O CRATOD é um centro de referência para as políticas públicas, criado através do Decreto nº 46.860, em 25 de junho em 2002, a partir da publicação da Portaria nº 2.103/GM em 19 de novembro de 2002 e habilitado junto ao SUS, como Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSAD).

O Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD) é um intermediário para as internações compulsórias ou involuntárias do programa Recomeço. O trabalho integrado do poder Judiciário e o Executivo foram instalados no Cratod, para um plantão judiciário que facilita o acesso as internações compulsórias e involuntárias oferecidas pelo programa.

Com a criação do Programa Recomeço, o CRATOD amplia suas atividades se tornando articulador da rede do programa para o Estado de São Paulo. Junto

---

<sup>19</sup> Disponível em: <http://programarecomeco.sp.gov.br/noticias/coordenacao-de-politicas-sobre-drogas-apresenta-as-principais-acoes-do-programa-recomeco/>

com as Secretarias de Desenvolvimento Social e de Justiça e Defesa da Cidadania conciliando ao tratamento ofertado pelo CAPS e a oferta referencial de leitos para desintoxicação e propiciando o acolhimento social em Comunidades Terapêuticas credenciadas e conveniadas após o chamado público<sup>20</sup>.

Uma pesquisa realizada dia 29/01/2013 pela Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania sobre a ação do Governo do Estado, justificam o motivo da internação compulsória e involuntária e o motivo dos representantes do judiciário no “Cratod”.

“A diferença é que, agora, representantes do Judiciário farão plantão em um equipamento médico (CRATOD). Conseqüentemente, a determinação judicial será mais célere. Após receber o primeiro atendimento (quando o paciente é levado de maneira voluntária ao CRATOD por um assistente social), o dependente químico será avaliado por médicos que vão oferecer o tratamento adequado. Caso a pessoa não queira ser internada, o juiz poderá determinar a internação imediata (desde que os médicos considerem que a pessoa corra risco e atestem que ela não tem domínio sobre sua condição física e psicológica)”<sup>21</sup>.( GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013)

A justificativa para essa nova ação é que o Estado estaria suprimindo seu papel de garantia de direitos para esse público se recuperar da doença. “São doentes graves que precisam de ajuda médica e psicológica. Muitos possuem comorbidades, como Aids, sífilis, tuberculose e hepatites virais, entre outras doenças associadas”(LARANJEIRA, Ronaldo, 2015). E muitos estão sem consciência sobre

---

<sup>20</sup> Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas/institucional/historico-do-cratod>. Acesso em: 29/12/2016.  
Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>. Acesso em 08/11/2016.

sua real condição, devido os altos graus de dependência química. Então seria legítima a intervenção estatal nesses casos. A abstinência é o foco do programa para uma vida social plena, Segundo o professor da Universidade Federal de São Paulo Fernando Kinker (2013), a internação compulsória não resolve, uma vez que os internos logo voltam à procura das drogas, e são privados de sua liberdade. Ou seja, se a pessoa não estiver disposta não adianta a internação, o programa ao invés de criar uma rede de serviços comunitários que possam estar presentes com os dependentes, financiam recursos com clínicas que deixam a desejar, que muitas vezes forcem os dependentes químicos a seguir alguma religião e a submeter em situações constrangedoras<sup>22</sup>.

Segundo Kinker (2013), a avaliação realizada no Brasil pelo Conselho Federal de Psicologia referente às Comunidades Terapêuticas, evidenciou que na maioria dos casos ocorre violência física e psicológica e que esses serviços não resolvem o problema de uso das drogas.

Alguns especialistas são favoráveis à internação compulsória como Arthur Guerra, psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e coordenador do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas. Em pesquisa realizada por Guerra, descobre-se que o papel do médico é não achar que é um direito do ser humano se matar, que a visão médica não vai deixar o paciente cometer esse ato de tirar a própria vida. Que no momento de fissura e excesso das drogas o paciente fica sem controle e tem que ser internado<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup>Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/06/0601.html>

<sup>23</sup>Disponível em: <http://www.reporterdiario.com.br/noticia/381210/internacao-involuntaria-para-dependentes-quimicos-divide-opinioe/>

Segundo Menezes (2016), para discutir os argumentos favoráveis e desfavoráveis à internação compulsória ou involuntária, é preciso procurar os locais onde essas pessoas serão de fato internadas. No caso do programa “Recomeço” isso ocorre nas Comunidades Terapêuticas (CTs), que são conveniadas ao programa, conforme o edital elaborado para seleção. As CTs podem ser ONG’s, empresas, instituições ligadas à religião, dependendo da sua gestão, com locais distantes da cidade, sua maior parte em chácaras, sítios ou fazendas, onde as pessoas ficam por tempo internadas. Como cita Menezes (2016), que muito além do vício as CTs têm uma visão de “transformação da personalidade do indivíduo, um amadurecimento pessoal” (MENEZES, 2016, p.73, apud SABINO; CAZENAVE, 2005), medidas realizadas para possível retorno da pessoa a sociedade.

As comunidades são estabelecimentos com regras de rotina, com atividades e a convivência dos internos controlada. O tratamento dessas pessoas está focado nas mudanças de comportamento e a decisão de parar com as drogas é de responsabilidade do próprio interno.

Para Menezes (2016), as Comunidades Terapêuticas exercem uma função para tentativa de adequação social de pessoas consideradas desviantes. São foco do programa “Recomeço” usuários de crack e moradores de rua, os considerados desviantes.

De acordo com Menezes (2016), as CTs, são entidades privadas e não aparelhos que funcionam dentro dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, uma vez que o quadro de funcionários das CTs em sua maioria é composto por internos com bom comportamento como exemplo para outros internos, alguns voluntários, ex-usuários, padres , pastores, nem sempre são profissionais de saúde.

Segundo matéria de Renan Truffi em 2013, o governo lançou o “Cartão Recomeço”, para oferecer o tratamento dos dependentes químicos principalmente os usuários de crack, no valor de 1350 reais mensais, nas Comunidades Terapêuticas privadas, com objetivo de beneficiar 3.000 dependentes. Contudo, apenas 224 pessoas aderiram ao tratamento para tentar se livrar da dependência química<sup>24</sup>.

O Cartão Recomeço, tem sido visto como higienista para a limpeza da Cracolândia. Pesquisa realizada pela Fiocruz indicou que 90% dos usuários estavam exacerbados com interesse em serviços de assistência social, por meios de atenção à saúde e não basicamente voltados ao tratamento da dependência química como por exemplo, as medidas ligadas à higiene, a repartição de alimento, apoio para conseguir emprego, escola ou curso e atividades de lazer, para facilitar o acesso e uso aos serviços de atenção e tratamento.

### **2.3 O Programa De Braços Abertos e seu atendimento**

O programa “De Braços Abertos” (DBA) é uma iniciativa da prefeitura do município de São Paulo, com o intuito de combater o uso das drogas no centro da cidade de São Paulo, na região da Luz.

As ações desse programa são coordenadas pelas seguintes secretarias municipais: Secretaria Municipal da Saúde; Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social; Secretaria Municipal de Segurança Urbana; Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania; Secretaria Municipal de Educação; Secretaria Municipal de Cultura; Secretaria Municipal de Habitação; Secretaria Municipal do Trabalho; Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação; Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano; Secretaria Municipal de Serviços; Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres; Secretaria Estadual da Saúde;

---

<sup>24</sup>Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sp/2013-12-23/bolsa-crack-nao-atende-nem-10-da-meta-de-dependentes-em-sao-paulo.html>

Secretaria Estadual da Justiça e da Defesa da Cidadania; Fórum Intersectorial de Drogas e Direitos Humanos,<sup>25</sup>.

O objetivo do programa DBA é abordar pessoas que estão em situação de vulnerabilidade extrema, como um cidadão de direitos e não como objeto, número ou estatísticas.

Segundo Bokany (2016) em seu documentário *“Uma abordagem do usuário abusivo do crack pela ótica dos Direitos Humanos”*, o trabalho do DBA tem foco na redução de danos, buscando alcançar a dignidade e melhorar a qualidade de vida do usuário dependente químico principalmente os de crack.

Conforme o Decreto nº 55.067 de 28 de abril de 2014 a política oferece moradia, tratamento e trabalho. De acordo com a entrevista realizada com Myres Maria Cavalcanti, ex-coordenadora do DBA, existe um “pacote de direitos” para aqueles que se encontra em extrema vulnerabilidade social e dependência química na Cracolândia, e que o conceito da baixa exigência relacionada à redução de danos “está associado ao princípio de Equidade do Sistema único de Saúde – SUS, que consiste em priorizar os mais vulneráveis”<sup>26</sup>.

A atual coordenadora do DBA, Lumena Furtado<sup>27</sup> indicou que o programa DBA trabalha com um tripé de direitos, que são a moradia, alimentação, trabalho com geração de renda. Isso faz uma diferença aos dependentes, que se sentem com mais autonomia, por ser um trabalho intersectorial voltado para pessoas em

---

<sup>25</sup>Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DBAAGO2015.pdf>

<sup>26</sup> Fonte: Entrevista exibida em 28 de maio de 2013. Disponível em: [abramd.org/wp-content/uploads/2015/03/SP-DeBraçosAbertos.pdf](http://abramd.org/wp-content/uploads/2015/03/SP-DeBraçosAbertos.pdf). Acesso em: 12/12/2016.

<sup>27</sup> Apresentação do Debate realizado na Câmara Municipal de São Paulo: “Ciclo de Debates sobre Saúde Mental, organizado pela Escola do Parlamento. 17/11/2016. Disponível em: <http://camarasp.flashserverbr.com/23483>. Acesso em: 18/11/2016.

situação de rua e extrema vulnerabilidade, produz um jeito renovador de cuidados diferenciados para os usuários.

A moradia no programa é a porta de entrada dos beneficiários, explica Lumena, “com um novo projeto de vida oferecido pelo programa, sempre com garantia de direitos” <sup>28</sup>. No programa existem princípios de políticas públicas e a “liberdade” é um dos pressupostos para cuidar das pessoas. Outro princípio é o vínculo com o usuário, construindo um novo projeto de vida, uma relação do trabalhador com cada usuário. Isso traz a singularidade e a busca de autonomia do cidadão.

A coordenadora menciona a criação estratégica do diálogo nos hotéis onde residem, fica mais favorável para realizarem as assembleias com participação dos mesmos que constroem suas próprias regras e acordos colocando novos processos de vida.

Segundo Menezes (2016), outro ponto citado foi a associação do DBA com a Guarda Civil Municipal (GCM). O DBA incorpora esses agentes e os seus equipamentos de vigilância a sua prática de Redução de Danos, distinguindo os usuários dos traficantes. Furtado reforça a complexidade na relação com a GCM, pois se trata de um programa que envolve diferentes atores. O DBA está num processo de descentralização, para outros bairros e vai se expandir com o processo de moradia qualificada. Em cada hotel trabalha uma equipe técnica para atuar junto aos usuários, para singularizar os cuidados, pensar no território, conectar com as redes.

---

<sup>28</sup> Apresentação do Debate realizado na Câmara Municipal de São Paulo: “Ciclo de Debates sobre Saúde Mental, organizado pela Escola do Parlamento. 17/11/2016. Disponível em: <http://camarasp.flashserverbr.com/23483>. Acesso em: 18/11/2016.

O programa de Braços Abertos é uma política que está ganhando adesão de beneficiários, especialistas e a sociedade também está com melhor aceitação ao programa.

Pesquisa realizada pelo DataFolha<sup>29</sup> indica que o DBA é conhecido por 58% dos paulistanos, 17% estão bem informados sobre o programa, 30% mais ou menos informados e 12%, mal informados, que,

Independente do conhecimento sobre o “De Braços Abertos”, e informados previamente do que se trata, 69% dos moradores da capital declaram ser favoráveis ao programa, e 22% adotam posição contrária. Há ainda 4% que são indiferentes, e outros 4% não opinaram sobre o assunto. Entre os mais jovens, 86% aprovam o programa, índice que cai para 62% entre os mais velhos. (DATAFOLHA OPINIÃO PÚBLICA, 18/07/2016.)

O Secretário de Segurança Urbana Benedito Mariano sustenta que,

segundo a pesquisa, dos beneficiários que responderam o questionário, 88% afirmaram ter reduzido o uso de crack; 83% são em tratamento de saúde; 53% recuperaram o contato familiar; 64% aderiram às frentes de trabalho; e 83% não possuíam documentação e tiraram após entrar no programa. “Isso tem tudo a ver com redução de danos, [...]”<sup>30</sup>

Os participantes do programa DBA são beneficiados com moradia, refeições e trabalho com remuneração de 15 reais por dia. A Secretaria Executiva de Comunicação municipal divulgou que, ao final de 2015, 453 beneficiários estavam

---

<sup>29</sup> Disponível em: [datafolha.folha.uol.com.br/.../1792846-programa-de-combate-ao-crack-no-centro-de...](http://datafolha.folha.uol.com.br/.../1792846-programa-de-combate-ao-crack-no-centro-de...) Acesso em: 11/11/2016.

<sup>30</sup> Disponível em: [www.redebrasilatual.com.br](http://www.redebrasilatual.com.br) > Cidadania > 2016 > 09. Acesso em: 11/11/2016.

cadastrados no programa e 54 mil dependentes químicos foram atendidos, sendo 599 com atendimentos odontológicos. Os perfis dos beneficiários do DBA são: 286 homens, 167 mulheres, inclusos na totalidade 6 adolescentes e 30 crianças.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa é analisar “as Políticas Públicas Municipal e Estadual de atendimento aos dependentes do crack na região do Parque da Luz – Cidade de São Paulo”.

Os programas “Recomeço” e “De Braços Abertos”, são políticas criadas para o mesmo público, mas com recursos diferenciados, não só financeiros.

O foco do programa Recomeço é a abstinência dos dependentes químicos, principalmente usuários de crack, para imediata internação. No ano de 2013 foi criado o Cartão Recomeço que assegura a internação como imprescindível para o tratamento dos dependentes químicos e usuários de crack, ao custo de 1350 reais mensais. Já o programa “De Braços Abertos” funciona a partir das diretrizes da redução de danos, com exigências limitadas aos beneficiários.

Alguns especialistas citados no texto são contra algumas estratégias de atuação dos programas. Para o coordenador do programa Recomeço Ronaldo Laranjeira, a internação é imprescindível para a recuperação desses usuários, e muitos são contra, pois muitas CTs impõem suas regras e os usuários não tem sua privacidade respeitada.

Em relação ao programa “De Braços Abertos”, Lumena Fortunato ressalta que os beneficiários têm outras oportunidades principalmente na frente de trabalho, pois recebem um valor para seu gasto pessoal, sem interferência do governo. Alguns especialistas discordam dessa política, muitos acham que o valor recebido influencia ainda mais o uso das drogas, principalmente o crack.

Entendo que há diferentes meios de captação em cada programa. A política aplicada no Recomeço, demonstra ter maior gasto público, e seu público alvo tem menor aderência ao tratamento disponível pelo programa. Enquanto no “De Braços Abertos” seus gastos são de custo menor e os beneficiários cadastrados são respeitados como cidadãos e seus direitos são garantidos, conforme menciona Furtado.

Em relação ao “De Braços Abertos” entendo que faltam muitos recursos para se tornar uma política de Estado, pois os debates aparentemente ideológicos questionam a eficácia do programa e a garantia de direitos desses usuários. Contudo, pelo que observei no conteúdo pesquisado considero um diferencial neste programa a participação da sociedade civil, que tem impacto relevante para se tornar uma política de Estado.

A avaliação desses programas é a vida dos dependentes químicos e usuários de crack que está em jogo e a partir dessas propostas que causa uma reflexão de consciência, há necessidade de grandes mudanças nas políticas públicas para esse público fragilizado, considerados doentes e a maioria dessa população estão em extrema vulnerabilidade social e são negras. Há de se avaliar o programa que mais beneficia a recuperação dos dependentes químicos, não importa qual tenha sido a droga que causou dependência. A política desenvolvida para combater a doença tem que ser para todos, não apenas o usuário de crack.

## REFERÊNCIAS

BOKANY V, “**Uma Abordagem do usuário abusivo do crack pela ótica dos Direitos Humanos**” (Atualizada em: 15/08/2016). Disponível em:

<http://www.horia.com.br/noticia/uma-abordagem-do-usuario-abusivo-do-crack-pela-otica-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 10/11/2016.

BONIS GABRIEL, ‘**Ação da Polícia parte da visão higienista**’, publicado em 06/01/2012. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/acao-da-policia-parte-de-visao-higienista>. Acesso em: 04/11/2016.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL, **Lei nº 10.216/2001**, Reforma Psiquiatra.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm).

Acesso em: 02/11/2016.

BRASIL. Decreto de nº 7179 de 20 de maio de 2010. **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack**. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm)

BRASIL. Decreto nº 6.117/07 define a “**Política Nacional sobre o Álcool e outras drogas**”. Disponível em: [www.brasil.gov.br](http://www.brasil.gov.br). Cidadania e Justiça 2014. Acesso em: 14/11/2016.

BRASIL. Decreto nº 61.674, de 02 de Dezembro de 2015. **Reorganiza o**

“**Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack**” – “**Programa Recomeço**”,

que passa a denominar-se **Programa Estadual de Políticas sobre Drogas** –

“**Programa Recomeço: uma vida sem drogas**”. Disponível em: [http://governo-](http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/263577563/decreto-61674-15-sao-paulo-sp)

[sp.jusbrasil.com.br/legislacao/263577563/decreto-61674-15-sao-paulo-sp](http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/263577563/decreto-61674-15-sao-paulo-sp).

Acesso em 09/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde . Diretrizes para a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. In:\_\_\_\_\_. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2. ed. rev. ampl, p.22-40, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 2197/GM Em 14 de outubro de 2004. Disponível em: [www.mprn.mp.br/...atencao-integral...usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/file](http://www.mprn.mp.br/...atencao-integral...usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/file). Acesso em: 05/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004c. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 05/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília, 2004b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1211.pdf>. Acesso em: 04/12/2016.

CARVALHO Bruna, **Ação do Denarc na Cracolândia foi “incidente”, diz Fernando Grella**. Carta Capital e Sociedade. Atualizada em: 30/01/2014. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/haddad-diz-que-incursao-violenta-do-denarc-a-cracolandia-esta-superada-2760.html>. Acesso em: 11/11/2016.

CAVALCANTI Myres, **Programa De Braços Abertos**. Disponível em: [abramd.org/wp-content/uploads/2015/03/SP-DeBraçosAbertos.pdf](http://abramd.org/wp-content/uploads/2015/03/SP-DeBraçosAbertos.pdf). Acesso em 12/12/2016.

COMISSÃO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, **Relatório DA 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. 2ª Edição, Brasília – DF, (2011).

Disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a\\_Edixo\\_relatorio\\_inspecao\\_VERSxO\\_FINAL.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf). Acesso em: 13/12/2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA- **Cartilha do Crack** - 4ª Composição com apoio Instituto Crack NEM PENSAR, 2011. Acesso em: 26/10/2016.

COSTA HUMBERTO, Apresentação: **“A Política do Ministério da Saúde para à Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”** 2ª edição revista e ampliada, Brasília-DF, 2004. Disponível em:

[http://www.campinas.sp.gov.br/governo/cidadania-assistencia-e-inclusao-social/prevencao-as-drogas/politica\\_do\\_ministerio\\_da\\_saude\\_para\\_atencao\\_integral\\_a\\_usuarios\\_de\\_alcool\\_outras\\_drogas.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/governo/cidadania-assistencia-e-inclusao-social/prevencao-as-drogas/politica_do_ministerio_da_saude_para_atencao_integral_a_usuarios_de_alcool_outras_drogas.pdf). Acesso em: 11/11/2016.

EM DISCUSSÃO. **Surgimento do crack aconteceu nos EUA**. Revista de audiência públicas do Senado Federal. Ano 2, nº8, Agosto de 2011. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/crack-chama-a-atencao-para-dependencia-quimica/surgimento-do-crack-aconteceu-nos-eua.aspx>. Acesso em: 26/09/2016.

FERNANDEZ LOBOS R.F.OSVALDO. **Dossiêaids, Redes juvenis, droga injetável e o HIV/AIDS**, 1997. Disponível em:

[www.revistas.usp.br/revusp/article/download/35038/37776](http://www.revistas.usp.br/revusp/article/download/35038/37776). Acesso em: 25/10/2016.

**FOGAÇA**, Jennifer Rocha Vargas. "Química do Crack"; *Brasil Escola*. Disponível em <http://brasilecola.uol.com.br/quimica/quimica-crack.htm>. Acesso em 27 de setembro de 2016.

JURISDIÇÃO. **Lei nº 11.343 de 23 de Agosto de 2006**. Publicado em: 24/08/2006.

Brasília- DF- 185º da Independência e 118º da República. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em 02/11/2016.

KARAM, Maria Lucia. **“In: Proposta Legislativa brasileira atual- Drogas: o processo legislativo, In: Ribeiro, Maurides Melo et al (orgs.) - Drogas- Hegemonia do Cinismo**. 1997, São Paulo, ed. Memorial

LANCETTI A., **“Fim do Programa Braços Abertos seria grande equívoco”**

(Atualizada em: 27/09/ 2016). Disponível em: <http://brasileiros.com.br/2016/09/fim-programa-de-bracos-abertos-seria-grande-equivoco/>. Acesso em: 11/11/2016.

LEI SECA, **1917: Apresentado o projeto da Lei Seca nos Estados Unidos**.

(Calendário Histórico). Disponível em: <http://www.dw.com/pt-br/1917-apresentado-o-projeto-da-lei-seca-nos-eua/a-319341>. Acesso em: 02/12/2016.

LIMA MORAIS LIDICY ANDRESSA, **A miséria moral na ralé “In: Crack e Exclusão social / organização, Jessé Souza**. -- Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

MENEZES F.LETÍCIA. **Entre a saúde e a repressão: políticas públicas na região da “Cracolândia” SP, 2016**, dissertação de Mestrado. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-18042016-142114/pt-br.php>.

Acesso em: 16/11/2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.059 de 04 de julho de 2005. “Legislação em Saúde Mental 2004 a 2010 “ Brasília – DF (2010) Disponível em:

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao\\_em\\_saude\\_mental\\_2004\\_a\\_2010.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf). Acesso em: 03/12/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.197 de 14 de outubro de 2004**. Disponível em:

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao\\_em\\_saude\\_mental\\_2004\\_a\\_2010.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf). Acesso em: 03/12/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.197 de 14 de outubro de 2004**. Disponível em:

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao\\_em\\_saude\\_mental\\_2004\\_a\\_2010.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf). Acesso em: 03/12/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº GM/336/02**. Serviços disponíveis, Artigo 5º, CAPS/AD Disponível em:

[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_336.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf). Acesso em: 03/12/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** /Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Acesso em 28/10/2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Ministério Público e tutela à saúde mental **A Proteção de Pessoas Portadoras de Transtornos Psiquiátricos e de Usuários de álcool e Drogas**. 2ª edição – Agosto de 2011.

Disponível em:

[www.mprj.mp.br/documents/112957/6059588/cartilha\\_saude\\_mental\\_2\\_ed.pdf](http://www.mprj.mp.br/documents/112957/6059588/cartilha_saude_mental_2_ed.pdf).

Acesso em 29/10/2016.

NAPPO A. SOLANGE. **Comportamento de Risco com Mulheres Usuárias de Crack em Relação Às DSTs/AIDS**, 1996, CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas), UNIFESP Universidade Federal de São Paulo). Disponível em: [abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/Usuarias-de-crack-CEBRID.pdf](http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/Usuarias-de-crack-CEBRID.pdf), Acesso em: 26/10/2016.

Políticas sobre Drogas, **Comissão de Segurança Social e Família, 2012.**

**Disponível em:**

[bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/8407/politicas\\_drogas.pdf?...2](http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/8407/politicas_drogas.pdf?...2).

Acesso em: 24/10/2016.

PORTAL GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, **Com Cartão Recomeço,**

**Governo amplia tratamento a dependentes químicos.** Publicado em:09/05/2013.

Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=228501#2>.

Acesso em: 16/11/2016.

Portaria 1.028/GM De 1º de julho de 2005. “Legislação em Saúde Mental 2004 a 2010 “ Brasília – DF (2010) Disponível em:

[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao\\_em\\_saude\\_mental\\_2004\\_a\\_2010.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf). Acesso em: 03/12/2016.

RUI C. TANIELLI, *Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack* (2012). Disponível em: [http://www.neip.info/downloads/Taniele\\_Rui\\_Tese.pdf](http://www.neip.info/downloads/Taniele_Rui_Tese.pdf).

Acesso em: 14/11/2016.

RUI TANIELE E FÁBIO MALLART, **A Cracolândia, um potente conector urbano,**

publicado em: 01/10/2015. Disponível em:

<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1963> . Acesso em: 0/11/2016.

SALATIEL R. JOSÉ, **Operação na Cracolândia: As pedras no meio do caminho**, publicado em: 20/01/2012. Disponível em: <http://vestibular.uol.com.br/resumo-das-disciplinas/atualidades/operacao-na-cracolandia-as-pedras-no-meio-do-caminho.htm>. Acesso em: 04/11/2016.

SANTOS T. A. Jessica, OLIVEIRA DE FL. Magda - Saúde & Transformação Social - In: **Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico**, v.4, n.1, p.82-89, Florianópolis, 2013.

TRUFFI Renan, **Cartão Recomeço, lançado em maio pelo governo de São Paulo...**, IG São Paulo. Atualizada em 06/01/2014. Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/sp/2013-12-23/bolsa-crack-nao-atende-nem-10-da-meta-de-dependentes-em-sao-paulo.html>. Acesso em: 16/11/2016.

UCHÔA M.A. **Crack; o caminho das pedras** – 2ª ed. São Paulo: Ática, 1996.

VALLEDA Luciano, **Política Redução de Danos**. RBA. Atualizada em: 26/09/2016. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2016/09/programa-de-bracos-abertos-tem-resultados-positivos-e-reconhecimento-internacional-7968.html>. Acesso em: 11/11/2016.

VERONA H., BICALHO DE G. PAULO PEDRO, **Apresentação do Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. 1ª edição, Brasília-DF, 2011. Disponível em: [http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio\\_Inspecao\\_Direitos\\_Humanos.pdf](http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf). Acesso em: 09/11/2016.