

POLÍTICAS DE CUIDADO DIRIGIDAS A PESSOAS QUE USAM DROGAS: AVANÇOS, TENSÕES E DESAFIOS NA EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SP ENTRE 2001 E 2016

*Public Care Policies Addressed To People Who Use Drugs: Advancements, Tensions
And Challenges In The City Of São Paulo/SP Between 2001 And 2016*

Ana Lucia Marinho Marques¹

Márcia Thereza Couto²

Artigo encaminhado: 31/03/2021

Artigo aceito para publicação: 11/10/2021

RESUMO: O campo das políticas de drogas compreende um amplo conjunto de leis e programas relacionados à segurança, saúde e bem estar social de indivíduos e comunidades. Nesse artigo, objetiva-se apresentar a análise de políticas públicas dirigidas para o *cuidado* de pessoas que usam drogas, a partir de pesquisa documental e empírica com atores-chave no campo de formulação e gestão de políticas de drogas no município de São Paulo/SP entre os anos de 2001 e 2016. Especificamente, iremos analisar e discutir a implementação de três programas formulados durante esse período. O processo de formulação das políticas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas é permeado por um campo de disputas, refletindo em impermanências e descontinuidades dos programas e ações propostos, de acordo com interesses e concepções políticas sobre o problema. Dentre os principais aspectos discutidos, ressalta-se a importância de que as políticas e práticas nesse campo estejam orientadas pela Atenção Psicossocial, Intersetorialidade e Redução de Danos.

Palavras-chave: Políticas públicas. Atenção a pessoas que usam drogas. Atenção Psicossocial. Intersetorialidade. Redução de Danos.

ABSTRACT: The drug policies field comprises a wide range of laws and programs related to the safety, health and social well-being of individuals and communities. In this article, the objective is to present the analysis of public policies aimed at the care of people who use drugs, based on documentary and empirical research with key actors in the field of formulation and management of drug policies in the city of São Paulo / SP between 2001 and 2016. Specifically, we will analyze and discuss the implementation of three programs formulated

¹ Doutora em Saúde Coletiva - FMUSP e mestra em Ciências da Reabilitação – FMUSP. Professora do Departamento de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Email: anamarques32@gmail.com

² Pós-Doutora e Livre Docência pela Universidade de São Paulo. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco e mestra em Antropologia pela mesma universidade. Professora do Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Email: marthet@usp.br

during this period. The process of formulating care policies addressed to people who use drugs is permeated by a field of disputes, reflecting on impermanence and discontinuities of the proposed programs and actions, according to interests and political conceptions about the problem. Among the main aspects discussed, it is emphasized the importance of policies and practices guided by Psychosocial Care, Intersectoriality and Harm Reduction.

Keywords: Public policies. Psychosocial Care. Intersectoriality and Harm Reduction.

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas, como cursos de ação do Estado, são orientadas por determinados objetivos, refletindo ou traduzindo jogos de interesses e as escolhas governamentais sobre o que fazer, ou não: não fazer nada em relação a um problema ou demanda social também é uma forma de política pública (SOUZA, 2006).

Como políticas de drogas, compreende-se o conjunto de leis e programas que objetivam influenciar na decisão dos indivíduos com relação ao consumo de substâncias psicoativas e intervir sobre os impactos e consequências desse consumo relacionados à segurança, saúde e bem estar social de indivíduos e comunidades (BABOR et al., 2013). Babor e colaboradores (2013) consideram que as políticas de drogas atuais abarcam uma ampla gama de medidas administrativas que podem ser agrupadas em três categorias: os programas voltados para a prevenção; os programas de saúde e assistência social direcionados para o cuidado dos usuários; o conjunto de leis que proíbem ou regulamentam o uso, porte, distribuição e produção de determinadas substâncias.

Considerando essas três categorias propostas, nesse artigo priorizaremos a análise de políticas públicas direcionadas para o *cuidado* dos usuários, a partir de pesquisa documental e empírica com atores-chave no processo de formulação e gestão de políticas e seus relatos de experiência no município de São Paulo/SP, entre os anos de 2001 e 2016. Especificamente, iremos analisar e discutir a implementação de três programas formulados durante esse período. Sem nenhuma ingenuidade de que é possível pensar cuidado nesse campo sem analisar o impacto do proibicionismo e das ações repressivas na vida concreta das pessoas, o recorte objetiva apresentar um eixo de formulação e

implementação de políticas e programas que visam a garantia da assistência, acolhimento e cuidado.

No Brasil, vive-se atualmente num contexto marcado pelo congelamento do financiamento e crescente desmonte das políticas públicas e a não incorporação de evidências científicas nas tomadas de decisão política. No campo das políticas de drogas, são muitos os desafios que têm se colocado diante desse cenário e da crise que tem vivido o campo da atenção psicossocial. Desde 2016, foram editados documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que se tem chamado de “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. Essa ‘nova política’ se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e na ênfase no modelo biomédico, entre outros aspectos que representam o que autores têm denominado como a Contrarreforma Psiquiátrica (NUNES et al, 2019; PITTA, GULJOR, 2019; CRUZ et.al, 2020; LIMA 2019).

Um ponto importante a ser destacado é a separação entre a saúde mental e a gestão da política de álcool e outras drogas, que passou a ficar alocada na Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), no Ministério da Cidadania, com ênfase numa abordagem proibicionista, no financiamento das comunidades terapêuticas e na defesa do *paradigma da abstinência* (NUNES et al, 2019; PITTA, GULJOR, 2019; CRUZ et.al, 2020; LIMA 2019).

Tal como diferencia Passos e Souza (2011, p. 158), por *paradigma da abstinência* entendemos algo diferente da “abstinência enquanto uma direção clínica”, que pode ser uma meta possível e necessária dos projetos terapêuticos singulares, mas como “uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas”, que se exerce de forma coercitiva, “submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso”.

O *paradigma da abstinência*, que constitui a base das atuais proposições e políticas do país, produz e sustenta um circuito de exclusão social de uma população que vive entre as ruas e a institucionalização (ADORNO, 2015), situada entre o crime, a doença e o desvio moral. Na manutenção desse circuito, incluem-se o sistema carcerário, os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, instituições que se utilizam de discursos diferenciados, porém complementares. Num contexto em que crescem alianças neoconservadoras

que demandam o confinamento daqueles que se “alinham ao lado do mal” (ADORNO, 2015, p. 302), reitera-se a proliferação de estratégias de segregação e isolamento que, reconhecidamente, favorecem o aumento do estigma e da marginalização das pessoas que usam drogas (BRASIL, 2003; UNODC, 2009).

Num contexto marcado por tantos retrocessos e desafios, a análise do processo de formulação e gestão de políticas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas no município de SP, a partir da reflexão de atores-chave nesse processo, pode fortalecer a discussão sobre a necessidade de se pensar esse campo desde as perspectivas da Atenção Psicossocial, Cidadania e Direitos Humanos como referenciais éticos, técnicos e políticos que possibilitem transcender os reducionismos das abordagens ancoradas no paradigma da abstinência.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Os dados aqui apresentados e analisados fazem parte de uma pesquisa maior sobre políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas, no âmbito do município de São Paulo/SP, no período de 2001 a 2019 (MARQUES, 2019). A pesquisa teve como orientação a metodologia qualitativa, dado seu caráter compreensivo, contextualizado, interpretativo e dialético (MINAYO, 2017) e se utilizou das técnicas de pesquisa documental (CELLARD, 2014) e entrevistas em profundidade com informantes chave (BECKER, 1994). A produção dos dados empíricos ocorreu entre setembro de 2017 a junho de 2019, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP), sob o parecer nº 2.056.573 e mediante o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

O desenho da pesquisa empírica contemplou o delineamento de uma amostra de conveniência com informantes-chave (FONTANELLA et al., 2008), segundo a estratégia de “bola de neve” (NOY, 2008), que se caracteriza por buscar formar uma amostra não probabilística onde os participantes indicam outros participantes. Ao todo, foram realizadas 13 entrevistas, com oito homens e cinco mulheres, representando pessoas que mantiveram envolvimento considerado como significativo no processo de formulação e gestão de políticas, programas e práticas focadas na construção de respostas, no campo do *cuidado*,

para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no município de São Paulo, SP, no período em questão (2001 a 2019). Os entrevistados foram gestores, trabalhadores do campo da saúde e da assistência social, pesquisadores, membros de associações acadêmicas, membros de movimentos e organizações sociais, membros de redes/associações de usuários de drogas, membros do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas e Álcool.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e, na sequência, foi realizada a verificação da acurácia das transcrições. O material transcrito foi encaminhado por e-mail aos entrevistados para que fizessem a exclusão de trechos ou correções que julgassem necessárias.

Também foi realizada pesquisa documental, que tem como característica o uso de documentos para produção de dados, evidências e informações (THEÓPHILO, MARTINS; 2009) que permitam a apreensão da dimensão do tempo e contexto do objeto de análise. Para análise e triangulação com os dados empíricos produzidos nas entrevistas, selecionamos e analisamos projetos, leis e decretos municipais aprovados que tratavam de programas de saúde, assistência social e/ou intersetoriais direcionados para o cuidado de pessoas que usam drogas.

A análise dos dados produzidos pelas entrevistas e na pesquisa documental foi realizada sequencialmente através do referencial de análise de conteúdo temático, a partir da seleção e definição dos problemas e conceitos e incorporação de descobertas (BECKER, 1994; SILVERMAN, 2009). Após a leitura repetida e delimitação dos temas prioritários para análise, buscamos contextualizar a conjuntura das políticas de drogas municipais, no período adotado, e a partir do conjunto de problematizações colocadas pelos interlocutores.

Nesse processo analítico, foram identificados acontecimentos significativos no conjunto de proposições de políticas públicas, programas e ações voltadas para o cuidado de pessoas que usam drogas no município de São Paulo, os quais serão apresentadas a seguir. Abordaremos, especificamente, três programas municipais, implementados entre 2001 e 2016: Projeto “Cabeça Feita”, Ação Integrada “Centro Legal” e Programa “De Braços Abertos”. Assim, não se trata de apresentar um percurso linear, sequencial ou

evolutivo das políticas, mas buscaremos evidenciar elementos ético-político-teórico-conceituais que sustentaram esses três programas.

Situando a complexidade envolta entre o reconhecimento desse campo na agenda política e a necessidade de atuar visando o estabelecimento de uma proposta que desloque da abordagem punitiva para uma abordagem de cuidado e acolhimento, exploraremos as contingências com seus desafios e tensões, desde a perspectiva de nossos interlocutores e em diálogo com os documentos analisados e os referenciais teóricos incorporados no estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Projeto “Cabeça Feita”: álcool e outras drogas na agenda da Saúde

No início de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) assumiu o compromisso de reintegração do município ao SUS e o cumprimento de suas diretrizes³. Nesse processo, elegeu-se seis projetos prioritários e, dentre esses, estava o Projeto “Cabeça Feita”, que tinha como objetivo geral “implementar políticas de prevenção e tratamento para pessoas que usam e/ou abusam de álcool e outras drogas” (SÃO PAULO, 2002, p.6). Tal priorização aponta para a importância que este tema assume neste momento enquanto um problema que exigia a formulação de políticas públicas de saúde.

Segundo os interlocutores que ocuparam cargos de gestão nesse período, foi designada uma equipe técnica específica para elaborar um plano municipal de atenção voltado às pessoas com necessidades de saúde associadas ao uso de drogas, que desenvolvia o trabalho de forma articulada com outras duas áreas/equipes técnicas: Saúde Mental e DST/Aids. Por volta de 2003, há uma reorganização e a integração entre as equipes, constituindo uma “nova área”: Saúde Mental/Álcool e Drogas.

Quando entrei, a gestão já tinha começado, e nesse primeiro momento eram duas áreas separadas, a saúde mental era uma equipe, a questão de álcool e drogas era outra, ainda que se

³ Importante contextualizar que, em janeiro de 1996, havia sido implantado o Plano de Atendimento à Saúde, dividindo o município em módulos assistenciais gerenciados por cooperativas privadas e cuja organização distanciava-se das diretrizes do SUS (JUNQUEIRA, 2002).

conversassem, tinham pautas em comum, porque também estava começando a questão do financiamento dos CAPS pelo Ministério. (...) Mais do meio da minha estada pra frente, as duas áreas se juntaram, e aí a equipe cresceu e também começou a ter mais visibilidade (...) acho que foi importante esse movimento de unir essas duas agendas (Interlocutor 7).

Destacamos essa configuração inicial pois expressa, possivelmente, a constituição imbricada desse campo, resultante da sinergia das lutas e construções dos movimentos da Redução de Danos (RD) e Reforma Psiquiátrica (RP).

A questão “drogas endovenosas” se tornou objeto de preocupação das políticas de prevenção e controle da AIDS na cidade de São Paulo no final dos anos 1980, quando se elaboram as primeiras intervenções para o grupo específico de usuários de drogas injetáveis (cocaína, predominantemente) entre os quais era alto o índice de infecção por HIV devido ao compartilhamento de agulhas e seringas. A emergência do “usuário de drogas injetável”, como agente importante na dinâmica da epidemia pelo HIV/AIDS, visibilizou a importância da formulação de novas estratégias para o campo das drogas, que ampliassem a atenção em saúde para além das abordagens individualizadas. Os programas de trocas e distribuição de seringas, oficialmente instituídos pela Secretaria Estadual de Saúde em 1997⁴, apontam para a priorização colocada nesse momento na prevenção e minimização de comportamentos de risco relativos à disseminação do HIV e não na preocupação com a suspensão do uso de drogas injetáveis (REALE, 1997).

No município, os programas de RD foram, no início, majoritariamente desenvolvidos por organizações não-governamentais e militantes do campo da AIDS. Durante os anos 2000, com a diminuição do uso de cocaína injetável e o reconhecimento da relevância da perspectiva da RD para abordar problemas relacionados ao consumo de drogas em diferentes contextos, a SMS assume essa perspectiva de forma ampliada para o cuidado de usuários de drogas, como estratégia de saúde pública, e no diálogo com as diretrizes do SUS.

A guinada pra redução de danos como uma estratégia política nesse momento foi um divisor de águas (Interlocutor 5).

⁴ Lei Estadual nº 9.758, de 17 de setembro de 1997, que: autoriza a Secretaria da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e dá outras providências;

Nesse período, o município também passou a investir na implementação e ampliação de serviços de atenção comunitários, em consonância com as proposições para o campo da saúde mental e as diretrizes estabelecidas em âmbito nacional. Ênfase especial pode ser observada na implantação dos “Centros de Atenção Psicossocial – CAPS”, considerados dispositivos estratégicos dentro da rede comunitária e substitutiva às internações psiquiátricas. A equipe técnica que estava na gestão municipal nesse período investiu na implementação de CAPS e na habilitação de serviços já existentes, como ambulatórios especializados em saúde mental, hospitais-dia e os denominados Centros de Referência em Farmacodependência (CAPUANO et al., 2003), de acordo com as diretrizes e parâmetros estabelecidos pelo MS.

Era um momento muito difícil para a saúde pública em São Paulo, que estava saindo do PAS, e no campo da saúde mental em geral, uma das grandes questões ali, do dia a dia da operação da gestão, era fazer a habilitação dos serviços de saúde mental como CAPS, de acordo com as portarias do Ministério. Significava transformar muitos ambulatórios de saúde mental e hospitais-dia, que eram herança do modelo implementado na gestão Erundina, em CAPS (Interlocutor 9).

Entre 2001 e 2003, a primeira preocupação era colocar uma rede em pé, realmente ter serviços, a cobertura aumentar etc. (Interlocutor 7).

A constituição da rede nesse campo também enfrentou o desafio de articular serviços implantados em diferentes períodos e contextos, que apontavam para a diversidade de abordagens, recursos, concepções teórico-práticas e culturas institucionais. Nesse sentido, um interlocutor destaca a publicação da ‘Política do Ministério da Saúde (MS) para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas’, em 2003, como um importante documento norteador para a definição de diretrizes e parâmetros para a rede de cuidado.

A ‘Política de Álcool e Drogas do MS’ é um documento que inicia o norteamento técnico e político de uma atuação mais consistente, mais sistemática. Acho que esse é um documento chave para entender qualquer processo do ponto de vista histórico (...) Embora já existisse uma rede de tratamento em São Paulo, com as unidades de farmacodependência e tudo mais, ela ganha um impulso aí muito forte, tanto do ponto de

vista técnico, político, de diretriz técnica, política e clínica mesmo, mas também financeiro, porque a partir daí o Ministério começa a financiar parcialmente os serviços, começa a apoiar também com cursos de formação, em parceria com universidades federais (Interlocutor 7).

Nesse momento, duas diretrizes aparecem como fundamentais na formulação das políticas e redes de cuidado a usuários de drogas no âmbito do SUS: a implementação de uma rede de serviços comunitários e a Redução de Danos. Ressaltamos estes dois aspectos, que mobilizaram divergências nas narrativas dos interlocutores, indicando rupturas e descontinuidades nas proposições nesse campo.

Ainda que possam ser destacadas diferenças nas prioridades estabelecidas a cada gestão, a implementação da Rede de Atenção Psicossocial seguiu sempre em expansão, ampliando-se a cobertura e a diversidade nas tipologias de serviços⁵. Entre nossos interlocutores, pode-se dizer que houve um consenso com relação à importância de uma rede de serviços abrangente e diversificada. O principal ponto de discordância que identificamos é com relação ao melhor ponto de atenção da rede para a garantia da desintoxicação e cuidados ininterruptos, quando necessário. Essa divergência se expressou tanto nas diretrizes normativas e planos municipais quanto na opinião dos interlocutores. Também pode ser observada na contratação (ou não) de leitos em hospitais psiquiátricos, indicador que se altera notadamente entre uma gestão e outra.

De acordo com as entrevistas e os documentos consultados, as estratégias de RD seguem preconizadas para o cuidado nesse campo, durante todo o período estudado. Observamos, contudo, que há diferentes maneiras de serem compreendidas: para alguns interlocutores, a RD é apresentada como uma “alternativa” à abstinência, como um modelo clínico, ou um recurso a ser adotado; para outros, ainda que com concepções diversificadas, parte-se do princípio de que a RD é uma *diretriz* para toda a rede de atenção e cuidado. As diferentes compreensões vão representar, também, alternâncias com relação à priorização da incorporação da RD nas políticas e programas desenhados.

⁵ A expansão da Rede está sistematizada em Boletins que podem ser consultados em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=258529

Essas alternâncias denotam tanto as diversificadas concepções teórico-práticas, quanto as interferências resultantes dos jogos de disputas políticos entre atores e movimentos que atuam nesse campo. As divergências expressas com relação aos modelos de cuidado não refletem apenas as “opiniões” dos participantes, mas também escolhas políticas com relação a caminhos e investimentos, modos de organização, definição do papel e da interferência do Estado na formulação das políticas (GARCIA et al., 2008; RONZANI; COSTA, 2015).

3.2 Ação Integrada “Centro Legal”: contradições e (des)articulações entre Saúde, Assistência Social e Segurança Pública

No início do período estudado, identifica-se o fortalecimento da discussão sobre a importância da visibilização dos usos de drogas como questão de grande relevância para a saúde pública. No decorrer da década de 2000, observa-se acentuada preocupação com o consumo de crack e as situações de vulnerabilidade e desfiliação social dos usuários nas cenas de uso nas ruas. Ao relatarem suas experiências e percepções sobre as políticas, todos os interlocutores deram relevância aos programas e ações voltados para a abordagem dos problemas associados ao consumo de *crack*, com ênfase na região central do município, indicando que essa questão foi priorizada pela municipalidade, nas diferentes gestões.

Nós mandamos, para a Câmara Municipal e para a Assembleia Legislativa de São Paulo, um monte de projeto de criação de políticas públicas sobre drogas. Pressionamos para que houvesse essa implantação, mas sem sucesso. Todo mundo só queria saber do crack (Interlocutor 6).

O uso de *crack* ganhou crescente visibilidade enquanto um problema social, por uma série de fatores contextuais que não podem ser considerados de forma isolada: o aumento do consumo e do número de consumidores dessa substância em cenas de uso nas ruas, o aumento da população em situação de rua no município e principalmente na região central, a associação entre consumo de *crack* e pobreza, os conflitos decorrentes da gestão urbana dos espaços públicos e os projetos de “revitalização” urbana para a região, entre outros (FRUGOLI Jr, SPAGGIARI, 2010; GOMES; ADORNO, 2011; RUI, 2013; RUI et al., 2016).

A meu ver, a grande novidade dos anos 2000 é que gente muito pobre começa a usar droga. (...) o crack surge como um grande problema...e faz ressonância porque mexe com a miséria de forma tão visível (Interlocutor 4).

A relevância da questão visibilizou também novas questões a serem discutidas no processo de formulação de estratégias no campo do cuidado, mobilizando elementos que transcendiam o repertório acumulado de conhecimentos e ações desenvolvidas, tanto no movimento da RP quanto da RD.

Então, nos anos 2000, o crack se torna um problema real, visível, de política pública, mas não tá associado nem na grande história da Saúde Mental e nem na grande história da AIDS (..) então se começa a ter que se inventar métodos para se lidar com isso (Interlocutor 4).

De 2005 em diante, “drogas” virou o assunto mais relevante por conta das cenas de uso, nas grandes cidades. E a primeira, mais evidente era a de São Paulo. Então, aí os governos começaram a ter uma pressão fazer alguma coisa, apresentar políticas (Interlocutor 9).

No município de São Paulo, principalmente entre os anos de 2009 e 2012, desenvolveu-se a denominada Ação Integrada “Centro Legal” que tinha como foco as ações de repressão ao tráfico de drogas e atenção “às pessoas que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas, na região central da cidade” (SÃO PAULO, s.d.), buscando articular ações intersetoriais e principalmente a atuação conjunta entre segurança, saúde e assistência social (GENGHINI, 2015).

O protagonismo da assistência social no cuidado intersetorial com pessoas que usam drogas mostra-se fundamental, ao buscar intervir nas condições de risco social tais como perda de vínculos, estigmatização, pobreza, violência e desemprego, compreendendo que a situação de vulnerabilidade social pode agravar os problemas relacionados ao uso de drogas e que seu enfrentamento demanda a oferta de serviços que promovam o acesso a outros direitos fundamentais que, muitas vezes, não estão garantidos (BRASIL, 2016; MEDEIROS, 2017).

Tem aspectos da questão das drogas que são responsabilidade, sim, da política de assistência social. Assim como tem aspectos que são, sim, aspectos de saúde... (...) E a assistência social é muitas vezes vista como uma política compensatória, mas nós temos um trabalho crítico que nos permite pensar políticas de outras formas... (Interlocutor 3).

O alinhamento e articulação das agendas das políticas de saúde e assistência social, estabelecidos também nos planos e programas nacionais de enfrentamento ao *crack* (BRASIL, 2010), acompanhará a implantação de serviços em todo o município. Mas pelas especificidades do território da região central do município, onde se localiza a maior cena aberta de uso de crack do país, também conhecida como a “Cracolândia” paulistana, mostrou-se necessário o investimento em programas e equipamentos diferenciados. Entre esses, os documentos e entrevistas destacaram a implantação do “Programa Saúde nas Ruas”, constituído por equipes responsáveis pela abordagem e encaminhamento da população aos serviços de saúde e assistência social localizados na região, e o denominado “Complexo Prates”, o primeiro equipamento público intersetorial do município, voltado para “a atenção à pessoa em situação de rua, com agravos de saúde decorrentes do uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (SÃO PAULO, 2012)”.

Apesar do reconhecimento da importância da intersectorialidade no cuidado às pessoas e enfrentamento dos problemas associados ao uso de drogas, o que se observava, na prática, era dificuldade no alinhamento das agendas e ações da Saúde, Assistência Social, e, especialmente, da Segurança Pública.

(...) tinha grande desintegração com outras áreas, como Assistência Social... a gente não conseguia garantir coisas básicas, como a pessoa sair de uma internação, de um acolhimento e ter uma vaga no centro de acolhida na assistência social (...) saúde andava de um lado e a assistência social do outro, quer dizer, repetiam os contatos sem entender que as duas coisas estavam absolutamente ligadas, nunca funcionou. (...). E, também, não se tinha nenhuma articulação com segurança pública. A agenda da segurança pública corria em paralelo, a gente não tinha nenhuma incidência, tinha conflitos evidentes, policiais destratando trabalhadores da saúde... (Interlocutor 9).

Em janeiro de 2012, teve início uma intervenção policial que se estendeu por cerca de um mês, extensamente relatada pela mídia, a qual foi nomeada pela Polícia Militar de “Operação Sufoco”. Grande contingente de policiais militares adentraram a área impelindo os usuários de *crack* a deixar o local. Tendo como objetivo a dispersão dos usuários, estes eram obrigados a circular pelas ruas, sem poder se aglomerar nem permanecer de forma fixa em nenhum lugar, sob ameaças das forças policiais, golpes de cassetetes, ronda contínua de viaturas e motocicletas, utilização de balas de borracha e bombas de gás lacrimogêneo (RUI, 2013).

Essa intervenção teve uma série de desdobramentos que poderiam ser discutidos e optamos por destacar aqui a Ação Civil Pública proposta por promotores do Ministério Público Estadual contra o Governo do Estado de São Paulo, na qual denuncia-se abusos da Polícia Militar, que atuou com extrema violência. Esse documento foi elaborado a partir da tese de ineficiência da “Operação Sufoco”, apresentando dados que apontam a irrelevância da operação para a realidade criminal e apontando dois aspectos que iremos enfatizar: os prejuízos para o trabalho de agentes e às políticas públicas municipais de saúde e assistência social; a ofensa a direitos humanos fundamentais e ao princípio da dignidade humana (MPSP, 2012).

Ao colher depoimentos dos secretários municipais de saúde e assistência social, bem como de trabalhadores que atuavam na região, o documento do Ministério Público aponta para a desarticulação entre segurança pública e os demais setores, que afirmaram não terem sido avisados da operação e não estarem preparados para acolher os usuários que chegaram solicitando apoio e abrigo aos serviços localizados no território. O deslocamento e a dispersão dos usuários de *crack* para áreas diversas da cidade provocaram prejuízos para os vínculos estabelecidos e para a continuidade dos processos de abordagem. Além disso, com a priorização da região central para implantação de serviços especializados para o cuidado dessa população, havia lacunas assistenciais em outras regiões da cidade, dificultando ainda mais o acolhimento e o acesso aos serviços (MPSP, 2012).

O segundo aspecto a ser destacado, bastante enfatizado no documento, reforça essa desarticulação entre setores envolvidos, mas ainda mais, aponta para uma contradição: se por um lado havia investimentos do município no

desenvolvimento das redes de saúde e assistência social, de modo a assegurar direitos fundamentais, a “Operação Sufoco”, adotando uma abordagem militar para uma questão social, gerou graves violações de direitos e “dos valores fundamentais do Estado Democrático de Direito, ao sinalizar que segmentos pobres e excluídos podem ser humilhados, agredidos e violentados” (MPSP, 2012, p 133).

As recorrentes ações policiais contra os usuários de crack em situação de rua, como aponta a ação movida pelo Ministério Público, operam produzindo opressão e maior vulnerabilização, violando direitos e princípios democráticos fundamentais. Dessa forma, importante considerar que não parece ser suficiente a ampliação de serviços sanitários e socioassistenciais: a adoção de uma perspectiva de cuidado integral, equilibrada e abrangente não pode prescindir do debate sobre direitos e cidadania.

3.3 O Programa “De Braços Abertos”: desenvolvimento de políticas sociais integradas

Em 2013, alinhado com o Programa Federal “Crack, É Possível Vencer”, foi elaborado o Plano Intersetorial de Políticas sobre Crack, Álcool e Outras Drogas do Município de São Paulo, que teve como primeiro resultado a implantação do Centro Integrado de Reinserção Social ‘De Braços Abertos’. Situado estrategicamente próximo à localização do principal “fluxo” de consumidores de crack naquele momento, caracterizou-se inicialmente como um espaço de acolhimento dos usuários de substâncias psicoativas, com o intuito de detectar suas demandas e necessidades sociais e de saúde (COMIS, 2015).

Quando nós começamos, era uma construção que estava fora de qualquer construção de política pública, tanto da saúde quanto da assistência. A gente assumiu que era um serviço híbrido e que tudo o que a gente ia fazer naquele momento era tentar que as pessoas entrassem lá dentro pra conversar. Era inverno, a gente começou a oferecer água e chocolate quente, colocou uma televisão em um espaço e banheiro. (...). Quando nós começamos esse trabalho, as pessoas estavam muito resistentes a qualquer ação do Estado, mas quando perceberam que a gente não fez nenhum movimento de expulsá-los, e sim de convidá-los a entrar, eles começaram com o tempo a entrar (...). Aí foram construindo-se vínculos de confiança, e começaram a demandar atendimentos médicos, de questões que eles precisavam... também pediam para fazer ligações, aí a gente disponibilizou o telefone. Aí com o tempo eles começaram a pedir pra tomar banho, e a gente colocou um chuveiro... A gente foi trabalhando um pouco atendendo a demanda deles, e

fazendo rodas de conversa.... Na verdade, era isso, e no que isso se resume? Formação de vínculo (Interlocutora 11).

Foi a partir de iniciativas de aproximação, vínculo, escuta e negociação entre profissionais, gestores e a população a ser atendida, que se deu a implementação do Programa “De Braços Abertos” (DBA) (COMIS, 2015; RUI et al., 2016;). A participação dos potenciais beneficiários no processo de formulação do Programa foi considerado por alguns interlocutores como um de seus eixos mais importantes de sustentação.

Porque para gente estruturar o programa a gente contou com o eixo da participação popular (...) a gente discutiu muito com eles. Até o nome foram eles mesmos que escolheram. (Interlocutora 13)

Partindo do objetivo de 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, o Programa DBA caracterizou-se pela implementação de ações intersetoriais e articuladas entre as políticas municipais de saúde, direitos humanos, assistência social, trabalho, segurança urbana, entre outras (SÃO PAULO, 2014).

Então a gente aprofundou na reflexão de que não era uma questão só de saúde ou só de segurança ou só de assistência social, mas era uma questão de muita complexidade, não tinha nenhuma solução simples para aquele problema complexo, e todas as secretarias tinham que estar envolvidas nisso (Interlocutora 13).

A estruturação do Programa se baseou, primeiramente, na garantia da moradia, por meio da acomodação das pessoas em hotéis da região, alugados pela Prefeitura. Também foi assegurada a alimentação em um restaurante popular e o acesso ao cuidado e atenção integral em saúde, e foram criadas frentes de trabalho (CARVALHO, PELEGRINO, 2015; RUI et al., 2016).

A gente supõe que o direito à saúde é um direito fundamental. Porque a gente acha que um sujeito saudável conquista tudo. (...) A experiência do DBA mostra que ter uma casa é o direito

fundamental. Não é ser proprietário. É ter uma referência, o lar, ter moradia. Isso é o direito. (Interlocutor 4)

Estabelecer serviços que se configurem como “residências” não seria, em si, uma grande novidade, tendo sido implementadas experiências de moradias assistidas na gestão anterior a essa. O que diferenciou a oferta de moradia no âmbito do DBA, e que importa destacar, foi a inversão da racionalidade tradicionalmente usada nas estratégias assistenciais que se baseiam no acesso gradativo à moradia. Do ponto de vista programático, o Programa DBA baseava-se na abordagem conhecida internacionalmente como “Housing First” (Moradia Primeiro), que enfatiza a provisão de moradia permanente e estável como estratégia primária para as pessoas em situação de rua, inclusive para indivíduos com questões relacionadas ao uso abusivo de drogas e saúde mental. Um outro conceito fundamental e associado a essa abordagem é a “baixa exigência” (“low threshold”), que implica em não condicionar a oferta da moradia à abstinência ou à obrigatoriedade de adesão prévia a tratamento para saúde mental ou consumo de drogas, como forma de preparação ou “qualificação” para poder receber moradia (TSEMBERIS et al., 2004; CARVALHO, PELLEGRINO, 2015)

Acho que entrar primeiro com a questão de moradia é fundamental, acho que é uma saída que tem se revelado em outras países também como porta de entrada, digamos assim, para depois você oferecer outras coisas (...) E aí em relação ao uso de drogas, você não requerer essa abstinência que, enfim, pode ser obtida em algum momento, mas não é um pré-requisito pra que as pessoas participassem do programa. Então acho que isso certamente é uma inovação, que eu reputo como sendo uma coisa que inaugurou um outro patamar de política pública (Interlocutor 7).

Ainda que tenha enfrentado inúmeros desafios, fragilidades e problemas em sua implementação e expansão (TEIXEIRA et al., 2018; RUI et al., 2016), a decisão política de formular e sustentar este Programa se mostra fundamental e de grande relevância para a discussão de políticas de drogas ao apresentar a concepção de que não é o uso de crack, em si, que é principal problema a ser enfrentado mas sim as necessidades de reprodução social e de garantia de acesso a direitos sociais básicos da população atendida.

Então, nos anos 1990, (..) tem um boom também das comunidades terapêuticas que começam a crescer. (...) Para tapar um buraco, porque dizem; "nós fazemos o que o Estado não faz". De fato, o Estado não faz... Mas eles não dizem exatamente o que é que o Estado não faz: O Estado não dá casa, não dá emprego, não dá educação... é essa a discussão. (...) Por isso o DBA foi tão importante para se lidar com essa questão de forma diferente: de trabalho, educação, moradia (Interlocutor 4).

Nesse sentido, alguns interlocutores apontaram para a importância de se conhecer os percursos e experiências dos sujeitos circulando no "fluxo", fazendo uso de crack e vivendo em situação de rua. Além da importância da compreensão das singularidades das experiências individuais, trazem a necessidade do reconhecimento dos contextos e relações que caracterizam as trajetórias e a situação de vida desse grupo de pessoas.

Essas pessoas que estão na Cracolândia não se tornaram vulneráveis em razão do uso da droga. A grande maioria, claro que tem exceções, mas elas vêm de uma situação de grande vulnerabilidade social e elas estão inseridas neste contexto por causa dessa vulnerabilidade (Interlocutora 11).

O tema de drogas como política pública nos traz o desafio de lidar com populações muito vulneráveis, marginalizadas, excluídas e que o Jessé Souza chama de "ralé". A discussão da "ralé" é mais determinante na questão das drogas do que a droga em si (Interlocutor 4).

Assim, se é inegável a necessidade de formulação de políticas e programas de saúde e assistência social voltados a pessoas usuárias de crack e outras drogas em situação de rua, a análise desse contexto específico, ainda que com tantas particularidades envolvidas, permite afirmar a exigência da formulação de políticas que abordem de forma integrada as relações entre consumo de drogas e vulnerabilidade social, intervindo nas condições de vida e existência dessa população e tendo como foco a coesão social (UNODC, 2009; MARQUES, 2019).

Acho que tem que ter uma linha de ação, de exigências de um dever-fazer para a população que usa droga... Primeiro: moradia, tirar da rua. E o DBA mostra que é possível. É barato e a efetividade é maior. Você já viu esses estudos de *housing first*?

Eles mostram isso claramente. A Moradia faz toda a diferença. Hoje eu acho que é isso. Essas perspectivas de ação multisetorial, integrada... Condiz também com uma orientação da UNODC: o tema central do problema das drogas, na verdade, é coesão social. O investimento da política pública deveria ser em ter uma sociedade mais coesa. Não que isso elimine o problema das drogas. Mas porque os efeitos que a droga traz para aquela comunidade são muito menores. Assim como os efeitos de práticas criminosas são menores em uma sociedade mais coesa. Então, é desse lugar que penso, em termos de política pública para a questão das drogas. Não é a droga. É coesão, uma organização que induza condições básicas para os indivíduos que compõe a sociedade mais possível de cooperação (Interlocutor 4).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de formulação de políticas de cuidado a pessoas que fazem uso de drogas, considerado como um fato histórico e contextualizado, envolve disputas, contradições, significados e interesses diversos nas tomadas de decisão e na produção de discursos, saberes e práticas (MACHADO; MIRANDA, 2007; RONZANI; COSTA, 2015). Na análise da experiência do município de São Paulo, identificamos descontinuidades e rupturas importantes nos programas municipais desenvolvidos nos momentos de mudança de gestão. As mudanças políticas interferiram na constituição do SUS e do SUAS no município, e conseqüentemente, na implementação das redes e serviços públicos, refletindo-se em impermanências e alternâncias nas proposições de políticas, nos arranjos e culturas gerenciais e organizacionais, nos modelos de atenção e cuidado, na participação popular nos processos decisórios.

Ainda que sejam marcadas diferenças e alternâncias, é possível destacar, no período estudado, o investimento do município em desenvolver políticas e programas de cuidado alinhados com diretrizes e recomendações internacionais, pautadas na atenção psicossocial e na garantia de direitos e cidadania. Visibilizar os avanços que foram feitos contextualmente nessa direção pode ajudar a aprofundar a discussão sobre parâmetros e diretrizes fundamentais para o

cuidado nesse campo que precisam ser reafirmados e defendidos diante do cenário atual.

Nesse sentido, para finalizar, gostaríamos de enfatizar três aspectos já ressaltados na discussão e que consideramos de grande importância para o desenvolvimento de políticas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas: a implementação de uma rede de serviços de atenção psicossocial; a intersectorialidade; a RD como diretriz ético-política.

Tanto nas diretrizes recomendadas internacionalmente como nas experiências desenvolvidas em diversos países, coloca-se ênfase no cuidado em rede e em serviços territoriais, considerando-se que a atenção psicossocial comunitária, compartilhada e contínua possibilita abordar as múltiplas problemáticas relacionadas ao uso de drogas, bem como acionar parcerias e recursos da comunidade que possam ser utilizados para estimular mudanças e reorganizar a vida cotidiana (OMS, 2001; BRASIL, 2003; THORNICROFT, TANSELLA, 2002). Nesse sentido, é fundamental que essa rede não seja limitada aos serviços de saúde. As estratégias de gestão intersectorial favorecem a promoção das práticas mais eficazes e com efeitos sinérgicos em situações complexas, sendo fundamentais para a abordagem de problemas sociais, buscando o enfrentamento das vulnerabilidades e iniquidades sociais (TEIXEIRA et al., 2018). O fortalecimento de rede intersectorial deve articular estratégias e serviços e contribuir para a construção de espaços de coesão social, enfrentando problemas sociais como violência, corrupção, encarceramento, desemprego, bem como as lacunas no acesso a direitos básicos e aos serviços de saúde, educação, cultura, entre outros (UNODC, 2009; UNODC, 2018).

Por fim, ressaltamos a RD como exigência ética para esse campo. No contexto brasileiro, assim como em outros países latino-americanos, a RD tem se apresentado com um horizonte conceitual alargado e constitui-se como um campo ético-político, que considera fundamental a intervenção nos contextos em que vivem as pessoas e compreende a necessidade de reduzir a violência e as desigualdades desencadeadas pela guerra às drogas, ancorando a discussão do cuidado no fortalecimento e garantia de direitos sociais e humanos (GALANTE et al., 2009; MORAES et.al, 2015).

Ainda que outros aspectos possam ser destacados, na articulação desses três pode-se fundamentar a perspectiva do acolhimento das pessoas que usam

drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos, promovendo a reflexão sobre a necessidade de complexificar discursos e produzir práticas emancipatórias, comprometidas com a garantia de direitos e justiça social.

REFERÊNCIAS

ADORNO, R. C. F. *A produção das crackolândias: razões de mercado, pânico moral e elogio da violência do estado – a epidemia de uma miséria política brasileira*. In: Fernandez et. al (orgs.). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. p.291-306.

BABOR, Thomas et al. *La política de drogas y el bien público*. Washington, DC: Organizacion Panamericana de la Salud, 2013.

BECKER, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1994.

BRASIL. *A política do ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS; 2003.

BRASIL. *Decreto nº7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *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, 2016.

CAPUANO, Daniel Antonio et al. Busca ativa de casos de tuberculose pulmonar em uma unidade de atendimento em farmacodependência no município de São Paulo (agosto de 1999 a agosto de 2000). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 6, p. 255-261, 2003.

CARVALHO, Ilona Szabó; PELLEGRINO, Ana Paula. *Políticas de Drogas no Brasil: a mudança já começou*. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé, 2015.

CELLARD, André. *A análise documental*. POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, v. 295, p. 2010-2013, 2014.

COMIS, Maria Angélica de Castro. Programa Municipal “De Braços Abertos”: uma experiência de intersetorialidade. *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça-proximidades e opiniões*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, p. 177-186, 2015.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONCALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00285117, 2020.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, v. 24, p. 17-27, 2008.

FRÚGOLI Jr, Heitor; SPAGGIARI, Enrico. Da cracolândia aos nóias: percursos etnográficos no bairro da Luz. *Ponto Urbe-Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP*, v. 4, n. 6, 2010.

GALANTE, Araceli et al. Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Revista Escenarios*, v. 14, p. 113-121, 2009.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia e Sociedade*, v. 20, n. 2, p. 257-266, 2008.

GENGHINI, Marco Aurélio Barberato. *Políticas públicas destinadas à recuperação de pessoas em situação de rua dependentes de crack no município de São Paulo: uma análise comparativa entre a Operação Centro Legal, Projeto Nova Luz, Programa de Braços Abertos e Programa Recomeço*. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2015.

GOMES, Bruno Ramos; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Tornar-se “noia”: trajetória e sofrimento social nos “usos de crack” no centro de São Paulo. *Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, v. 15, n. 3), p. 569-586, 2011.

JUNQUEIRA, Virginia. *Saúde na cidade de São Paulo (1989-2000)*. 2ª edição revisada. São Paulo, Pólis/PUC – SP, 2002.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 29, n. 01, 2019.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MARQUES, Ana Lucia Marinho. Políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas no município de São Paulo/SP: uma análise desde a perspectiva da interseccionalidade. *Tese (doutorado)*. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2019.

MEDEIROS, P. F. P. Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e atuação em rede. In: VALOIS-SANTOS, N. T.; ALMEIDA, R. B. F.; OLIVEIRA, E. M. (Org.). *Apostila do Curso de Atualização para Qualificação da Rede de Atenção*

Integral a Pessoas que Fazem Uso de Drogas. Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz; 2017. cap. 5, p. 127-143.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. *Salud colectiva*, v. 13, p. 561-575, 2017.

MORAES, Maristela, MONTENEGRO, Marisela, MEDRADO, Benedito; ROMANI, O. Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil. *Psicologia em pesquisa (UFJF)*, v.9, p. 148-158, 2015.

MPSP. Ministério Público do Estado de São Paulo. *Ação Civil Pública contra o Governo do Estado de São Paulo*. São Paulo: 2012.

NOY, Chaim. Sampling knowledge: The hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. *International Journal of social research methodology*, v. 11, n. 4, p. 327-344, 2008.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, Dec. 2019.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 2001.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. 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, Apr. 2011

PITTA, Ana Maria Fernandes; Guljor, Ana Paula. A violência da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. *Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades*, [S.l.], n. 246, p.6-14, jun.2019

REALE, Diva. *O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade*. 1997. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) -Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RONZANI, Telmo M.; COSTA, Pedro H. A. *Desafios para a prevenção e tratamento em álcool e outras drogas: quais evidências procuramos?* In: FERNANDEZ et al. (orgs.). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. p.155-164

RUI, Taniele, FIORE, Mauricio, TÓFOLI Luiz F. *Pesquisa preliminar de avaliação do Programa "De Braços Abertos."* Plataforma Bras Política Drog (PBPD)/ Inst Bras Ciências Criminais [Internet]. 2016; Available from: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-De-Braços-Abertos-1-2.pdf>

RUI, Taniele. Depois da “Operação Sufoco”: sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulistana. *Rev Semest do Dep e do Programa Pós-Graduação em Sociol da UFSCar*. 2013;3(2):287.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. *Ação Integrada Centro Legal*. São Paulo: SMS; s.d. 2 pg. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-2865>.

SÃO PAULO. *Decreto nº 55.067, de 28 de abril de 2014*. Regulamenta o Programa De Braços Abertos e altera o Decreto nº 44.484, de 10 de março de 2004, que regulamenta o Programa Operação Trabalho

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. SMS/Associação Palas Athena, São Paulo: 2002. 144 p.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Instrumento normativo para monitoramento técnico, administrativo e financeiro dos serviços de saúde mental no Município de São Paulo*. 2012.

SILVERMAN, David. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. Bookman Editora, 2009.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias* [online]. 2006, n.16, pp.20-45.

TEIXEIRA, Mirna Barros; LACERDA, Alda; RIBEIRO, José Mendes. Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280306, 2018.

THEÓPHILO, Carlos Renato; MARTINS, Gilberto de Andrade. *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas, v. 2, n. 104-119, p. 25, 2009.

THORNICROFT G.; TANSELLA, M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World psychiatry*, v. 1, n. 2, p. 84-90, 2002.

TSEMBERIS, Sam; GULCUR, Leyla; NAKAE, Maria. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American journal of public health*, v. 94, n. 4, p. 651-656, 2004.

UNODC. United Nations Office on drugs and crime. *Da coerção à coesão: Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição*. UNODC: Viena; 2009.

UNODC. United Nations Office on drugs and crime. *People at the centre: UNODC support for UNGASS 2016 on the world drug problem*. United Nations Office: Vienna; 2018.