

## Políticas Públicas Estatais na Área de Drogas: O Caso do Programa “De Braços Abertos” (PBDA)

**Beatriz Souza Garofalo\***  
**Cássia Baldini Soares\***  
**Luciana Cordeiro\***



Na sociedade contemporânea, o consumo de drogas vem se tornando cada vez mais alvo de preocupação nos debates públicos, principalmente por sua representação como perigo para a saúde pessoal e coletiva e por sua associação com a criminalidade e a violência urbana (NAPPO, 2012).

No Brasil, é recente o movimento de reflexão sobre o fenômeno do consumo de drogas e a construção de políticas sobre drogas fora do âmbito criminal (MARQUES, 1998). Até o final da década de 1980, as políticas públicas, por meio de decisões judiciais, preconizavam o aprisionamento ou a internação em hospitais psiquiátricos para tratamento dos consumidores de drogas. Com o início do processo de

\* Beatriz Souza Garofalo Cavalcanti é Especialista em Saúde Coletiva e Atenção Primária/USP; Cássia Baldini Soares é Professora Livre-docente no Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP; Luciana Cordeiro é Terapeuta Ocupacional e Doutoranda em Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem da USP.

redemocratização do país e a incorporação do discurso biomédico às políticas públicas, iniciaram-se discretamente as transformações na construção das estratégias de enfrentamento ao consumo de drogas (COELHO ET AL, 2012).

Em decorrência desse novo discurso, determinados padrões de consumo foram categorizados. Houve inovação legislativa, na qual os consumidores passaram a ser vistos como “doentes” (dependentes químicos)<sup>1</sup> pelo sistema penal e não mais como “criminosos” ou “viciados” (MACHADO, 2007; COELHO ET AL, 2012).

Ao mesmo tempo, a partir dos anos 1980, com a preocupação que a disseminação do HIV fugisse do controle, países de diversas partes do mundo, incluindo o Brasil, voltaram seus olhares para os consumidores de drogas. Após acordos entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, com recursos financeiros da UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) uma série de programas com a perspectiva da redução de danos passou a ser implantada ainda que de forma pouco organizada e localizada em determinados centros, como ocorreu na cidade de Santos (ANDRADE, 2011).

Apesar de alguns avanços e de diversos países, sobretudo os de capitalismo central, adotarem a redução de danos como movimento de contraposição à guerra às drogas (SANOTS, SOARES, CAMPOS, 2012), o Brasil atualmente dispõe de duas políticas sobre drogas que parecem divergir entre si.

A “Política Nacional sobre Drogas” da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, antes denominada Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), foi criada em 2001, sob o juízo do Ministério da Justiça (MJ), e assumiu claramente nos seus nascimentos o posicionamento de guerras às drogas, passando a defender a ideologia de uma sociedade livre das drogas, caracterizada por uma postura firme e rígida do Estado na redução da oferta de substâncias, com ações repressivas nos locais de consumo de drogas, investimentos em centros especializados de tratamento e internação de

---

<sup>1</sup> A dependência é um dos possíveis prejuízos que podem advir do consumo e sua incidência é parcial entre os consumidores de drogas. Contudo, ela é categorizada como um problema de Saúde Mental, o que lhe atribui um caráter de doença, definida por critérios e classificações desenvolvidos por órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), com suas intervenções direcionadas a acompanhamentos e tratamentos, que respondem à multifatorialidade do processo de adoecimento, e não à sua determinação social (SOARES, 2007).

consumidores, além da criação de programas com características retrógradas, como as de combate ao crack (PASSOS, 2011; BRASIL, 2012; COELHO ET AL, 2012; ALVES, 2009).

Em contrapartida, o Ministério da Saúde (MS), para atender as propostas recomendadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, assumindo o atraso histórico brasileiro em relação às políticas sobre drogas, promulgou em 2003 a “Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas”, que avalia a questão de prisma político-ideológico diverso. O documento compreende o fenômeno contemporâneo do consumo de drogas como uma questão global de saúde pública, que envolve vários setores da sociedade e que está diretamente relacionada a aspectos econômicos e sociais, como a desigualdade social, a dificuldade de acesso a serviços e o desrespeito aos direitos sociais. Considera também a exclusão e estigmatização associada aos consumidores de drogas e a necessidade de mudanças desse paradigma, em que os consumidores passam a ser vistos como potentes beneficiários das políticas sociais. Menciona também a importância da reversão de modelos assistenciais, que não contemplam as necessidades da população e com isso comprometem a efetivação dos princípios do atual sistema de saúde (ALVES, 2009; BRASIL, 2003).

Nesse ambíguo cenário de interesses políticos e econômicos, houve a criação tanto de programas com investimento em centros de internação e ações repressivas, claramente baseadas no paradigma de guerra às drogas – como é o caso das comunidades terapêuticas – quanto de programas que propõem a redução de danos como estratégia de cuidado para os consumidores de drogas – disponibilização de insumos de proteção para o consumo, por exemplo.

Observa-se que o objeto dessas ações acaba sendo a droga em si e as transformações que ela operaria no consumidor. Por influência fortemente midiática, a droga que ficou conhecida como tendo poder de destruir o sujeito e sua família é o crack, que por ser uma droga barata, rapidamente se popularizou entre as camadas mais empobrecidas e marginalizadas. O crack se personificou e se apresentou como grande inimigo da sociedade. A figura estigmatizada do “zumbi” dominado pelo “poder do crack” foi cada vez mais produzida e estimulada pela mídia. Nos noticiários, sempre de maneira depreciativa, associados à criminalidade e à violência, os consumidores de

crack passaram a ser representados como aqueles destituídos de vontade e de humanidade; sua identidade social passou a ser vista permanentemente a partir de um estado situacional (efeito do crack) e iniciou-se a difusão da ideia de uma suposta epidemia, dissociada do proibicionismo e do aumento da pobreza (POSTIGO ET AL, 2014).

A produção de sensação de descontrole social sobre os consumidores de crack contribuiu para mobilizar o aparato repressivo e sanitário do Estado. Claramente destoante da Política de Álcool e outras Drogas do MS e sua proposta de redução de danos como estratégia de cuidado, em 2010 foi decretado em âmbito federal o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e implantado o “Programa Crack, é possível vencer”. Com investimento de 4 bilhões de reais, o programa foi estruturado em três eixos: cuidado (ampliação da capacidade de atendimento), prevenção (fortalecimento da rede de proteção contra o uso de drogas) e autoridade (enfrentamento ao tráfico e policiamento ostensivo) (BRASIL, 2010).

Assim, como parte das ações do “Programa Crack, é possível vencer”, a prefeitura de São Paulo inaugurou em janeiro de 2014, o Programa De Braços Abertos (PDBA). Voltado a consumidores de crack que moram e frequentam o bairro Campos Elíseos, região popularmente conhecida como “Cracolândia”, o programa sob a perspectiva da redução de danos, apresenta como principal proposta a oferta de moradia, alimentação e trabalho para seus beneficiários como forma de enfrentamento do problema do crack<sup>2</sup>.

Tomando o PBBA como objeto, este artigo tem como objetivo descrever e analisar as práticas do programa frente ao atual cenário político e econômico das políticas públicas estatais. Para tanto, toma-se por base o referencial teórico da saúde coletiva para analisar dados de experiência de estágio profissionalizante da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

---

<sup>2</sup> Ainda que o crack não seja problema de saúde pública no Brasil, como é o caso do álcool, por exemplo (BRASIL, 2006), foi a droga eleita para criação de plano federal e intervenção.

O presente artigo é resultado de um estudo de natureza descritiva-analítica, realizado no Programa de Braços Abertos da Prefeitura de São Paulo, durante o período de estágio profissionalizante do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo.

O estágio profissionalizante no PDBA foi aprovado pela Comissão Municipal de Residências da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo.

As atividades se concentraram nas observações das práticas realizadas na “tenda”<sup>3</sup> e no território, por profissionais com formação universitária e de ensino médio, e nas observações dos beneficiários na utilização do espaço físico. A coleta de dados foi realizada no período de 04 de setembro a 07 de outubro 2014, por meio da técnica de observação participante.

A observação participante foi dividida em três etapas, assim como sugere Queiroz et al (2007). Na primeira etapa ocorreu a aproximação da observadora ao grupo; na segunda etapa a observadora ampliou seu olhar sobre o grupo e resgatou a história do grupo e do local, realizou estudo de documentos (oficiais e não oficiais), observou a realidade (atendimentos e rotina da tenda), fez levantamento de pessoas chave e realizou entrevistas informais que ajudaram na compreensão da realidade. Os dados coletados foram registrados em diário de campo; na terceira etapa realizou-se a organização e análise do material coletado por meio da análise documental descrita por Prosser (2004) e utilizou-se a Redução de Danos como categoria analítica. Conceitua-se redução de danos como um movimento amplo, humanista e de contraposição à guerra às drogas que alberga diversas correntes antiproibicionistas. (SANTOS ET AL, 2010). O cumprimento das três etapas favoreceu o conhecimento e a análise da realidade social do grupo estudado (QUEIROZ, 2007).

Todos os envolvidos durante a observação participante foram considerados sujeitos do estudo: enfermeira residente, profissionais de terceiro grau, profissionais de nível técnico, estagiários, voluntários, beneficiários do programa e moradores da região.

As observações foram guiadas por um roteiro previamente estruturado, que contemplou as seguintes variáveis: contexto histórico do serviço, localização e área de abrangência, estrutura física, categorias profissionais, fluxo interno, perfil dos beneficiários, formas de participação popular, práticas e propostas de cuidado.

---

<sup>3</sup> Tenda é o espaço destinado ao acolhimento dos beneficiários e frequentadores da região.

## RESULTADOS

Durante o período de observação buscou-se informações e dados acerca da formulação do projeto do PDBA. No entanto, não foi possível encontrar informações disponíveis na literatura, nos sítios eletrônicos da Organização Não Governamental Brasil Gigante, parceira da prefeitura de São Paulo, ou até mesmo na Secretaria Municipal de Saúde, o principal ator público do programa. Desse modo, alguns dados foram coletados em veículos midiáticos.

O relato da observação participante encontra-se a seguir. Foi dividido em temas, tentando se aproximar ao máximo das variáveis do roteiro de observação.

### **PDBA como forma progressista de se lidar com o problema do consumo de drogas**

Anteriormente à gestão atual, a prefeitura de São Paulo adotou práticas higienistas para combate ao consumo de drogas. Exemplo disso foi a “Operação Integrada Centro Legal”<sup>4</sup>, organizada pela polícia militar, que objetivava “quebrar a estrutura logística” de traficantes que atuavam na área (IBCC, 2012). Na operação, policiais foram orientados a não tolerar mais o consumo público da droga e praticar ações repressivas e violentas, como a utilização de bombas de efeito moral e balas de borracha. A ação ficou conhecida como “operação sufoco”, pois segundo declarações do próprio coordenador de Políticas sobre Drogas da Secretaria de Estado da Justiça, acreditava-se que por meio da dor e do sofrimento os consumidores de crack iriam procurar tratamento (FERRAZ, 2012).

A operação sufoco provocou indignação e pronunciamento da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e da Comissão de Direitos Humanos da Câmara de Vereadores, além de alguns segmentos da sociedade civil, como universitários e moradores da região central. O Ministério Público de São Paulo abriu inquérito civil

---

<sup>4</sup> Vale registrar que a região onde se encontra a Cracolândia, no centro de São Paulo, é uma área privilegiada, com acesso à diversos bens e serviços, tornando-se objeto de disputa na selvagem especulação imobiliária paulistana. Em 2011, a parceria das esferas governamentais com a iniciativa privada, divulgou o projeto de reurbanização Nova Luz, que sob a perspectiva higienista da pobreza, visava a desocupação de grandes áreas da região central. Após a alternância de gestão no município de São Paulo, o Projeto Nova Luz foi interrompido (SÃO PAULO, 2011).

para investigar os possíveis abusos de poder e averiguar os objetivos da operação (PORTAL VERMELHO, 2012a; 2012b).

Dois anos após a desastrosa operação sufoco, a região da Luz e as pessoas que ali moravam e circulavam voltaram a ser foco de atenção. Dessa vez, a administração municipal entregou a coordenação dos programas voltados à problemática de álcool e outras drogas à Secretaria Municipal de Saúde (nas gestões anteriores, os programas eram subordinados à Secretaria de Segurança), o que demonstrou uma nova perspectiva de atuação sobre o problema do consumo de drogas. O Programa De Braços Abertos foi uma das propostas desenvolvidas nesse sentido.

### **De Braços Abertos**

Inspirado em programas canadenses e suíços<sup>5</sup>, que há pelo menos 3 décadas realizam práticas de redução de danos, o Programa De Braços Abertos (PDBA) é um programa intersecretarial (Assistência e Desenvolvimento Social, Direitos Humanos e Cidadania, Trabalho e Empreendedorismo, Habitação, Desenvolvimento Urbano, Esporte e Lazer, Cultura, entre outras), coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Cada secretaria auxilia na elaboração e execução das ações, de modo que cada uma possa contribuir com o que lhe compete (SÃO PAULO, 2014).

Com o compromisso de respeitar o direito à participação social, a atual gestão se propôs a formular um programa com espaço participativo, que atendesse às necessidades dos consumidores de drogas que frequentam a região da Luz e Campos Elísios. No início de 2013, o Grupo Executivo Municipal (GEM) do “Programa Crack, é possível vencer”, em parceria com alguns movimentos sociais, se aproximou da região com o objetivo de identificar e compreender quais eram as principais necessidades da população que ocupava as ruas próximas à estação de trem Júlio Prestes. O grupo encontrou muitas necessidades, para além do consumo de drogas, tais como: um lugar seguro para dormir e realizar as refeições, lugar seguro para cuidar das lesões e feridas e uma fonte de renda (BONDUKI, 2014).

---

<sup>5</sup> Nos programas de países como a Suíça, Holanda e Canadá é frequente encontrarmos em suas práticas de redução de danos a distribuição de seringas e a disposição de salas de consumo seguro (CBDD, 2011).

Dessa forma, o programa, de caráter progressista e inovador, oferece aos beneficiários<sup>6</sup>: moradia (hospedagem em um dos 7 hotéis conveniados), trabalho (contratação para serviços de varrição e zeladoria de ruas da região central com carga horária de 4 horas diárias e remuneração de 15 reais por dia de trabalho, além de duas horas de qualificação técnica se desejarem), alimentação (três refeições gratuitas por dia) e acesso aos serviços de saúde (encaminhamentos para os serviços de saúde da região) (SÃO PAULO, 2014). Ressalta-se que não há imposição de tratamento clínico ou de abstinência para que o indivíduo seja inserido no programa.

### **A tenda**

O PDBA concentra parte de suas atividades na “tenda”. A tenda está localizada na Rua Helvétia, próxima ao “fluxo”<sup>7</sup> da rua Cleveland, onde são realizados os acolhimentos e o cadastro de novos beneficiários. A tenda consiste em um espaço de baixa exigência, ou seja, um espaço que procura acomodar os horários de atendimento conforme as necessidades dos beneficiários, realizar acolhimentos mesmo quando estão sob os efeitos de drogas, não exigir a abstinência como pré requisito ou a participação em atividades para aceitação ou permanência dos beneficiários e frequentadores da região no programa. O cadastro é realizado por profissionais da área da saúde ou da assistência social, de segunda-feira à sábado das 07h00 às 22h00.

Além da oferta de moradia, alimentação e emprego, o programa também oferece espaço físico para a realização de atividades físicas, culturais ou de organização, como assembleias. O espaço conta com banheiros, tanques para a lavagem de roupas, equipamentos de ginástica e uma televisão de uso coletivo.

A construção da tenda é deficiente, aparentemente realizada com materiais de baixa qualidade e sem planejamento. O espaço é improvisado, não há sala para as reuniões de equipe ou para acolhimento e atendimento individual; todos os atendimentos são realizados sem privacidade. A metragem destinada às salas não compete com a quantidade de materiais armazenados ou com o número de pessoas que ali circulam, tornando o espaço estreito e abafado. A copa destinada para a alimentação

---

<sup>6</sup> Inicialmente os beneficiários eram composto apenas por população de moradores das barracas que ocupavam as ruas Helvétia e Dino Bueno. Mais tarde o programa foi expandido para consumidores de drogas da região, não restrito à pessoas em situação de rua.

<sup>7</sup> Fluxo: nome dado à aglomeração de pessoas em cena de consumo de substâncias psicoativas, atualmente localizada na esquina da Rua Helvétia com a Rua Cleveland, no bairro da Luz, em São Paulo



dos profissionais é a mesma onde são preparadas as sopas que são distribuídas aos frequentadores da tenda durante o período do almoço. As sopas geralmente são distribuídas aos frequentadores da tenda que pernотaram no “fluxo” e por esse motivo acabam ficando muitas horas sem se alimentar. Vale destacar que por ser um espaço de baixa exigência, a tenda pode ser utilizada por todos, não sendo necessário cadastro formal.

### **Cadastro de beneficiários**

Os interessados em participar do programa inicialmente são submetidos a uma entrevista com a equipe da assistência social. Durante a entrevista é confirmado se o interessado frequenta a região e se o mesmo consome crack de forma problemática. As vagas devem ser preenchidas preferencialmente para consumidores de crack; consumidores de álcool que também estão em situação de rua não são contemplados pelo programa. Após a entrevista, é realizado um cadastro, no qual os beneficiários apresentam alguns dados, porém não é exigida a apresentação de documentos.

Segundo os dados que foram apresentados no Seminário Internacional de Políticas sobre Drogas em novembro de 2014, organizado pela Prefeitura de São Paulo, até aquela data o programa contava com 513 beneficiários, sendo 307 homens, 166 mulheres e 37 crianças. A faixa etária predominante era a de homens de 30 a 40 anos, que não possuíam fonte de renda fixa. Grande parte dos beneficiários já havia passado por diversas instituições de saúde, socioeducativas ou prisionais (CASEMIRO, 2014).

Ao fazer o cadastro, o beneficiário tem a possibilidade de realizar três refeições gratuitas no restaurante Bom Prato. O Bom Prato faz parte de uma rede de restaurantes populares administrados pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social, que possui uma unidade no próprio bairro, a qual realizou uma parceria com o governo municipal para conferir o acesso aos beneficiários do programa (há repasse de verba para cada prato servido). O beneficiário também poderá compor as equipes de trabalho, sendo a principal frente, a limpeza urbana (varrição de ruas e avenidas). Posteriormente, alguns poucos participantes são indicados para outras atividades dentro das secretarias municipais, como ocupações dentro do quadro de manutenção, zeladoria e recepção.

Durante uma reunião de recepção aos novos beneficiários que aceitaram trabalhar na limpeza urbana, uma das assistentes sociais apresentou novamente as

propostas do programa, enfatizando alguns regulamentos sobre a importância do uso do uniforme durante as horas de trabalho, sobre as datas de recebimento da remuneração e principalmente sobre a oportunidade de recuperação da dignidade humana que, de acordo com ela, foi perdida com o consumo de drogas.

Por se tratar de público alvo bastante específico (consumidores de crack moradores da região), com frequência pessoas em situação de rua se passavam por consumidores de crack para conseguir o emprego e também pessoas de outras regiões da cidade procuravam o programa em busca dos benefícios oferecidos.

### **Profissionais e prática diária**

Grande parte dos atendimentos de saúde do PDBA são realizadas no território da Luz. Quando há a necessidade de qualquer tipo de atendimento médico no nível primário ou secundário, os beneficiários são encaminhados para diversos equipamentos da rede como a Unidade de Saúde da Família Santa Cecília, Pronto Socorro da Lapa, Serviço de Assistência Especializada Campos Elíseos, Complexo Prates, e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto Sé, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil Sé e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) III Centro.

Foi possível identificar que há três principais equipes de trabalho que atuam no programa. Os profissionais da primeira equipe não estão lotados no programa; eles estão lotados em serviços de saúde da região, mas atendem os beneficiários na tenda, pois até o término do período de observação, o PDBA não possuía Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), licença obrigatória para os estabelecimentos em que há prestação de serviços em saúde.

A segunda equipe é composta por profissionais de ensino técnico que são contratados pela Organização Social Brasil Gigante, que administra parte dos recursos do programa. A OS é responsável por supervisionar, acompanhar e controlar a ocupação das vagas de hospedagem, além de supervisionar e remunerar os beneficiários nas frentes de trabalho. Assim, tal equipe é dividida em grupos menores, composta por 3 monitores responsáveis por acompanhar 20 beneficiários do programa cada um, nas frentes de trabalho, nos cursos profissionalizantes e nos encaminhamentos aos serviços de saúde. A terceira equipe é composta por redutores de danos e oficinairos dos CAPS do território de abrangência (CAPS Prates, CAPS Adulto Sé, CAPS Infantil e CAPS

AD III Centro). Os oficinairos e os redutores de danos que já atuavam na região são responsáveis por realizar abordagens nas ruas e atividades dentro da tenda.

O programa ainda conta com estagiários de graduação de psicologia, educação física, assistência social e voluntários. O estagiário de educação física é responsável por promover atividades de cunho recreativo, como jogos de futebol aos frequentadores da região em uma praça próxima ao espaço da tenda. Os estagiários de psicologia e de assistência social realizam atendimentos assim como os demais profissionais.

Observou-se que os profissionais que atuam diretamente com a população não estavam alinhados com o modelo de redução de danos adotado no programa e não foram preparados quanto às práticas diárias. Durante conversas informais, quando questionados sobre a proposta de cuidado do programa e quais eram suas atribuições, foi possível perceber que muitos trabalhadores não tinham clareza a respeito dos reais objetivos e até mesmo da relevância das atividades por eles exercidas. Aparentemente, muitas ações e condutas eram realizadas individualmente e empiricamente, pois não havia procedimentos ou condutas previamente acordadas e tampouco espaço para discussões de caso ou reuniões entre as equipes.

Observou-se também ausência de equipe multiprofissional apta ao acolhimento/atendimento, que tenha compreensão ampliada sobre o consumo de drogas e sobre as práticas de redução de danos, para a população que mora e frequenta o bairro Campos Elíseos. Durante conversa informal sobre os objetivos do programa e sua proposta de oferecer emprego com remuneração semanal, o profissional responsável por monitorar a presença dos beneficiários no trabalho de varrição revelou que considerava que a redução de danos não fazia mais sentido naquele território. Para ele, “*o dano já está feito*”, “*eles não conseguem parar de usar*” [crack] e por esse motivo muitos beneficiários e frequentadores da região eram “*casos perdidos*”. Para esse profissional, a situação de extrema miséria vivenciada pelos moradores e frequentadores da Cracolândia era justificada pelo “poder” destrutivo causado pela substância crack. Portanto, as ações do programa não teriam resultado positivo uma vez que não incidem diretamente sobre o consumo da droga.

Há nítida escassez de comunicação entre os profissionais das equipes e importante ausência de registros das atividades realizadas e do projeto do serviço.

Muitas informações são transmitidas apenas verbalmente. Os atendimentos, as abordagens e as observações realizadas não são registrados quanto ao seu conteúdo, há apenas registros quantitativos (volume de produção). As consequências disso são diversas; por exemplo, uma beneficiária foi atendida por dois profissionais distintos no mesmo dia; durante os atendimentos a beneficiária relatou que seu companheiro há alguns dias reclamava de dores generalizadas pelo corpo; enquanto o primeiro profissional sugeriu que ela o levasse para o Pronto Socorro da Barra Funda para avaliação médica, o segundo profissional apenas escutou as queixas da paciente. No entanto, até o final do dia, nenhum dos profissionais registrou o conteúdo da abordagem realizada ou fez qualquer tipo de troca de informações em relação à paciente. Um não possuía nenhuma informação sobre o atendimento do outro.

### **Trabalho e moradia**

Segundo o relato de um profissional da ONG em conversa informal, a atividade de varrição realizada no período da manhã é nitidamente mecânica, estafante e expositiva. Muitos beneficiários que apresentam fragilidade física, após o período de trabalho não se sentem dispostos a participar das atividades educativas (cursos técnicos oferecidos pelo Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – PRONATEC), acarretando baixa adesão aos cursos no período da tarde. Porém, mesmo após quase um ano de existência do programa, poucas possibilidades de trabalho foram criadas e a alternância das atividades ainda não foi realizada. Além da renda do programa, muitos beneficiários também são contemplados em outros programas de transferência de renda como Bolsa Família e Renda Cidadã .

Com o objetivo de propiciar um espaço seguro de moradia para os frequentadores da região, o programa também oferece vagas em um dos 7 hotéis conveniados à prefeitura. Esses hotéis já eram utilizados pela própria população para o consumo de substâncias e pernoites. Em sua maioria, cada quarto abriga quatro moradores. Respeitam-se as formações familiares, permitindo o abrigo de casais e filhos.

Contudo, uma outra questão a ser discutida são as precárias condições estruturais, de higiene e manutenção dos hotéis. Recentemente um dos hotéis foi desocupado, pois havia sérios riscos de desabamento. Outros hotéis estão infestados de

roedores e insetos e contam com inúmeros problemas relacionados aos encanamentos da rede de esgoto. É evidente a ausência de reformas e melhorias prévias com o objetivo de propiciar um ambiente seguro e adequado para o recebimento das pessoas. Destaca-se a precariedade das condições de luminosidade e ventilação, contribuindo para a transmissão de algumas doenças como a tuberculose, doença notadamente problemática no centro da cidade.

### **Diversos olhares sobre a mesma população**

Há alguns anos, diversas organizações sociais, instituições religiosas e estatais atuam no território. As propostas de ação variam consideravelmente (encaminhamentos para serviços de saúde ou comunidades terapêuticas, doação de roupas e alimentos, evangelização, oferta de insumos, orientações de autocuidado, etc). Contudo, não há qualquer forma de articulação ou diálogo entre eles e, portanto, inexistem ações interdisciplinares e/ou intersetoriais construídas conjuntamente.

Como exemplo, em frente à tenda do PDBA, há um grande prédio inacabado, onde encontra-se a unidade do Programa Recomeço. O Recomeço é um programa do governo estadual de São Paulo, que parte de concepção funcionalista, focando as explicações sobre o fenômeno do consumo de drogas na droga em si, com seu poder sobrenatural e no indivíduo, como doente ou desviante. O programa tem como proposta a oferta de tratamento centrado na abstinência e na internação (voluntária, involuntária e compulsória) (SÃO PAULO, 2015)

Outro exemplo, é a unidade móvel da polícia militar localizada próxima ao “fluxo” que organiza suas ações independentemente das atividades realizadas por outras instituições. Desde 2012, o “Programa Crack é possível vencer” fornece aos estados alguns equipamentos como motos, carros e bases móveis da polícia para o monitoramento de determinadas regiões. Próximo à tenda do PDBA, há uma unidade móvel da polícia equipada com computadores e câmeras de alta resolução espalhadas por diversos pontos da região da Luz. A unidade móvel é capaz de enviar informações em tempo real para outras unidades base, com o objetivo de monitorar os consumidores, identificar os possíveis traficantes e prendê-los em flagrante. Segundo os dados apresentados pelo comandante da polícia durante uma visita técnica, o monitoramento da região é responsável pela prisão mensal de aproximadamente 70 pessoas

consideradas traficantes. Após a identificação do suspeito pelos vídeos, ele é abordado e revistado. Caso possua, no ato flagrante, alguma droga ilícita e/ou grande quantia em dinheiro para a qual não consiga justificar verbalmente a origem, ele é encaminhado para a delegacia de polícia e provavelmente se inicia um processo judicial, a depender da interpretação do delegado.

### **Primeiras avaliações sobre o programa**

A Prefeitura de São Paulo afirma que o consumo médio de crack diminuiu em até 70% entre os beneficiários. Porém, em nenhum momento foi apresentado o método utilizado para a coleta dos dados. Outro dado que chamou a atenção foi o elevado número de atendimentos registrados, 107 mil atendimentos realizados em 10 meses de programa (CASEMIRO, 2014), o que, à primeira vista, parece difícil de ser executado considerando o quadro de profissionais do programa e o contingente populacional atendido. Até o período final de estágio não houve oficialmente nenhuma avaliação quanto ao planejamento e execução do programa. No entanto, no início de 2015 foi divulgado pela imprensa do governo federal, o repasse de orçamento para a avaliação do programa que será executado pela sociedade civil. A pesquisa deverá conter métodos quantitativos e qualitativos para mensurar os impactos do programa na região, e tem também o objetivo de produzir conhecimento científico e gerar dados sobre o perfil dos beneficiários. O resultado deverá ser divulgado no início de 2016 (BRASIL, 2015).

### **ANÁLISE E DISCUSSÃO**

A partir das observações realizadas e das informações acerca do programa, advindas da mídia e também da prefeitura de São Paulo, o PDBA se mostra um programa progressista à medida que não visa o combate às drogas ou aos consumidores de drogas, mas busca oferecer certa proteção a estes. O programa compreende a redução de danos (RD) como estratégia para a diminuição do consumo de crack e promoção da saúde por meio da oferta de moradia, alimentação e trabalho. Espera-se que os beneficiários desenvolvam o autocuidado, melhorem sua qualidade de vida e, portanto, que resgatem a dignidade humana e sejam reinseridos socialmente.

Santos, Soares e Campos (2010) encontraram sete categorias empíricas ou formas de manifestação de RD, a partir da análise de produção bibliográfica sobre o

tema no Brasil. As práticas desenvolvidas no PDBA correspondem à categoria em que o objeto/sujeito da RD está alicerçado no modo de viver de uma dada “comunidade”. Isto quer dizer que essa forma de RD se fundamenta nas ações de promoção da saúde difundidas pela Organização Mundial da Saúde, que visam à harmonia social e ao aprendizado de boas práticas de saúde e desenvolvimento de estilos de vida saudável (OMS, 2015).

Nessa perspectiva, o consumidor é visto como um sujeito plural, participante de uma comunidade. Porém, a comunidade é concebida de maneira homogênea e são desconsideradas as formas de reprodução social dos grupos sociais e os diferentes processos que envolvem o consumo<sup>8</sup>. As práticas desenvolvidas não estão voltadas apenas à prevenção de doenças transmissíveis e agravos à saúde individual ou aos prejuízos relacionados ao consumo de drogas, mas também à promoção de estilo de vida saudável e melhoria da qualidade de vida, ampliando-se os objetivos a serem alcançados em relação a formas de redução de danos mais pontuais (SANTOS, 2008).

Essa perspectiva se fundamenta na compreensão de que os indivíduos da comunidade possuem autonomia para escolhas individuais e para o autocuidado. Além disso, se fundamenta na existência de diversos fatores que influenciam a manutenção do consumo prejudicial de substâncias psicoativas, para além dos fatores individuais, como os socioculturais e as particularidades de cada substância (SANTOS, 2008).

Percebe-se então, o caráter progressista do PDBA. Quando comparado a outras ações, como as do Programa Recomeço, fica claro que apresenta propostas completamente divergentes: enquanto um se orienta pela perspectiva da RD e propõe novas práticas no próprio território em que circulam os beneficiários, o outro permanece nos moldes reconhecidamente fracassados da guerra às drogas, em que os consumidores são concebidos como doentes/dependentes químicos, com pouco poder de decisão sobre si mesmos, e preconizando, pelas vias da internação, o tratamento para as sequelas cerebrais e comportamentais do consumo de drogas.

---

<sup>8</sup> Arruda (2014) em estudo empírico encontrou pessoas de três diferentes grupos sociais morando e frequentando a Cracolândia. Assim, essa população apresenta necessidades e saúde diferentes, e não pode ser considerada homogênea.

Tomando como referência a Constituição brasileira de 1988, que define a saúde como direito e os princípios de universalidade e integralidade do SUS (BRASIL, 1988), apesar de progressista, o PDBA não se apresenta como programa transformador e garantidor das necessidades de saúde. Alicerçado no conceito de saúde como resultado de multifatores<sup>9</sup> e sob a lógica do custo-efetividade, se organiza a partir de necessidades e intervenções pré-determinadas, além restringir aqueles que devem ser beneficiados. Mantendo a seletividade baseada no tipo de droga consumida e restrita a determinado território, o programa fere os princípios do SUS, promovendo a focalização dos serviços com atividades específicas aos chamados grupos de risco.

Na visão de caráter liberal do programa, por serem considerados sujeitos autônomos e livres, os moradores e frequentadores da Cracolândia são responsáveis pela própria condição e muitas vezes diretamente associados ao que há de pior na sociedade capitalista: a figura estigmatizada dos consumidores de crack (pobres e perigosos). Essa população causa incômodo e temor coletivo, estando frequentemente exposta à própria sorte e à mercê de instabilidades do Estado (COELHO 2014). Ideologicamente, os moradores e frequentadores da Cracolândia são representados como pessoas fracas e sem força de vontade, ou, no melhor dos casos, doentes, isto é, dependentes químicos que foram dominados pelo crack (SOARES, 2007). Na concepção hegemônica, o ideal seria (re)inserir essas pessoas na sociedade.

Soares (2007) aponta que a reinserção social é uma categoria própria do referencial funcionalista, que coloca o consumidor de drogas ilícitas como um sujeito desviante ou disfuncional, ou seja, que precisa ser tratado para ter condições de viver em sociedade. Assim, a ideia de um possível desvio pode gerar barreiras sociais que propiciam a violação de direitos (DIAS, 2008) e fortalece julgamentos moralistas, que muitas vezes são praticados pelos próprios trabalhadores da saúde (MOREIRA, 2014).

Os recursos precários ofertados aos beneficiários do PDBA promovem temporariamente a satisfação das necessidades mínimas de reprodução social. No entanto, as práticas descritas não são capazes de promover estabilidade de reprodução

---

<sup>9</sup> *A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grande desigualdades nos níveis de vida* (MS, 1986, p. 04).



social, isto é, tais sujeitos continuam a ocupar a mesma posição social, permanecem em situação de instabilidade e sem crítica acerca dos processos a que estão submetidos. Poderia se argumentar que essa oferta ao menos possibilita que esse grupo de pessoas sem trabalho possa ter uma oportunidade de reorganizar a vida. Porém, nesse caso não se leva em consideração que os problemas de reprodução social dessa população são próprios do modo de produção capitalista. Supondo que alguns, de fato, tenham a vida reorganizada a partir do programa, os que não têm o mesmo destino se tornam dependentes do benefício e são novamente culpabilizados pela sua condição. Isto é, repara-se parte do problema, mas não se busca as raízes deste, logo, o programa não traz soluções efetivas.

Tal fato ocorre não apenas com o PDBA, mas com as políticas públicas em geral. Por isso, faz-se necessário compreender as limitações inerentes às políticas públicas, pois elas estão submetidas à lógica do modo de produção capitalista e independem da competência e ideais de seus gestores e executores (CORREIA, 2015). Isto significa que ainda que de caráter não proibicionista e alinhada com a filosofia da RD, a proposta do PDBA se insere no quadro das políticas reparadoras, alicerçadas na ideologia dominante.

Para que se compreenda tal afirmação é necessário fazer discussão acerca do papel do Estado, maior envolvido na produção e manutenção das políticas públicas.

O Estado lança mão das políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos sociais que representam um compromisso público e que têm por objetivo suprir determinadas demandas em diversas áreas. Ideologicamente, compreende-se o Estado como responsável pela produção do bem comum, ou seja, por meio do Estado garante-se a efetivação do interesse coletivo. Porém, autores marxistas questionam a real efetividade do bem coletivo e a possibilidade de identificação de seus agentes no modo de produção capitalista (CORREIA, 2015; MASCARO, 2013).

Correia (2015) afirma, sob a perspectiva materialista histórica dialética, que na lógica do capital, o Estado não produz de forma livre e desinteressada o bem comum. No modelo atual, o Estado e o modo de produção capitalista caminham juntos, sendo o Estado aparato de constituição social, garantidor da mercadoria, da propriedade privada e dos vínculos jurídicos de exploração que jungem o capital e o trabalho. A forma

estatal é, portanto, aparato necessário à reprodução capitalista. Isto quer dizer que o Estado é uma instituição do capitalismo e a circulação do capital não se realiza sem a presença do mesmo (CORREIA, 2015; MASCARO, 2013).

Nesse contexto, para a manutenção do sistema capitalista, a força de trabalho, principal fonte de valor, apresenta-se como uma mercadoria como outra qualquer. É importante para a manutenção do status quo que os trabalhadores não tenham crítica acerca da exploração do trabalho assalariado como elemento que compõe a riqueza do capitalismo e de quanto essa relação é desigual. Tanto para o Estado como para o capitalismo que ele assegura, é necessário que o trabalhador seja tido como livre e igual, e não como um escravo ou um servo. Ele deve ser validado como o proprietário da única mercadoria que lhe é possível vender: sua própria força de trabalho (CORREIA, 2015; MASCARO, 2013). Sendo sujeito de direito, na perspectiva liberal, sob forma de contrato e de forma autônoma, o trabalhador vende sua força de trabalho ao capitalista em troca de salário, e o trabalho, que está na base da produção das mercadorias, é conectado a um circuito de trocas. A forma jurídica está posta, então, não como conjunto de normas, mas como a forma de subjetividade jurídica, isto é, as pessoas são portadoras de direito, logo, podem comprar, vender e trocar mercadorias (MASCARO, 2013).

Assim, para a manutenção desse processo, o Estado, como agente aparentemente neutro, que de forma generalizada anuncia que as relações de produção baseadas na troca sejam efetivamente estabelecidas entre sujeitos livres e iguais, é indispensável (CORREIA, 2015; MASCARO, 2013). Por meio dos mecanismos jurídicos, o Estado faz cumprir os preceitos de produção do bem coletivo, da igualdade e liberdade (de mercado), que não necessariamente se aproximam da liberdade e igualdade humana e promove assim, a universalização do direito (CORREIA, 2015).

Nesse cenário, as políticas públicas estatais se caracterizam como um dos instrumentos fundamentais no processo de construção e organização da sociedade e, desse modo, também são mecanismos que reproduzem as disputas de interesses políticos e econômicos e refletem, sobretudo, os interesses da classe dominante, ou seja, os interesses gerais do capital. Por vezes, a fim de evitar adversidades e conflitos, O Estado

cede à pressão social e cria políticas paliativas, seja por motivos eleitorais, ou por visibilidade social, etc. (VIANA, 2006).

No caso do PDBA, o que está aparente são as práticas de RD voltadas aos consumidores de drogas como tábua de salvação para essas pessoas. No entanto, políticas reparadoras paliativas como essa têm por essência a reprodução da força de trabalho e o amortecimento de “conflitos sociais para evitar uma crise de governabilidade ou então a transformação social” (VIANA, 2006, p. 2). “O Estado passa a intervir apenas para garantir um alívio para os pobres, produzindo serviços que o setor privado não tem interesse” (SOARES, 2007, p.47), mantendo, dessa forma, as relações capitalistas de exploração, alicerçadas pela ideologia e baseadas em valores e práticas hegemônicas.

A fim de promover equidade e transformar as condições de vida dos consumidores de crack e também de outras drogas, se faz necessário enfrentar a acumulação de riqueza e questionar a propriedade privada, pois tais condições são resultado da acumulação privada de capital (MARX Apud MONTAÑO, 2012). “Toda proposta de desenvolvimento econômico como forma de combater a pobreza (sem enfrentar a acumulação de riqueza, sem questionar a propriedade privada) não faz outra coisa senão ampliar a pauperização (absoluta e/ou relativa)” (MONTAÑO, 2012, p.280).

Tomando-se o consumo de drogas pela perspectiva da saúde coletiva, a solução desse problema está ligada ao fato da droga caracterizar-se, no modo de produção capitalista, como uma mercadoria geradora de lucro. Então, diz-se que o fenômeno do consumo prejudicial de drogas é complexo, fruto das contradições das formas de reprodução do capitalismo contemporâneo. Ainda, o consumo de drogas atende às necessidades de alteração da psicoatividade dos sujeitos (SOARES, 2007).

A fim de buscar as raízes do problema, a saúde coletiva propõe práticas de RD menos pragmáticas, cuja finalidade é a transformação dos perfis epidemiológicos e a emancipação dos sujeitos. A redução de danos emancipatória (RDE) toma como objeto/sujeito a classe social e se configura como conjunto de saberes e práticas que parte de “compreensão estrutural do complexo sistema de produção, distribuição e consumo de substâncias psicoativas, tal como se apresenta na contemporaneidade”

(SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2010, p. 1006). A RDE lança mão da educação emancipatória, que lê a realidade a partir de processos sociais históricos. Busca-se o desenvolvimento de crítica acerca dos problemas sociais enfrentados pelos sujeitos, tais como as desigualdades sociais, as diferentes formas de reprodução social e o próprio consumo de drogas, a fim de propor transformação das condições por meio da luta social (SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2010).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A observação participante realizada trouxe importantes informações acerca do PDBA, principalmente por não haver, até o momento, publicações científicas que descrevam ou avaliem as práticas desenvolvidas.

O programa se mostrou um avanço em relação às ações prévias desenvolvidas na cidade de São Paulo, sobretudo na região da Cracolândia. No entanto, a concepção de saúde baseada na multifatorialidade e a perspectiva de que as pessoas são responsáveis por seu desenvolvimento, uma vez garantidas as mínimas condições de reprodução social, apenas traz à tona o interesse hegemônico reforçado pelo Estado.

O PDBA é uma ação baseada em política pública estatal, que por sua vez é fundamental ao capitalismo, “produto das contradições capitalistas, e necessárias para a manutenção do modo de produção capitalista” (MONTAÑO, 2012, p.285). Uma vez que busca melhorar e humanizar o capitalismo ao invés de enfrentar a contradição capital-trabalho e a exploração do trabalhador pelo capital (MONTAÑO, 2012), poderá, com sorte, apenas ajudar algum beneficiário a reduzir o consumo de crack. O programa, no entanto, não promoverá estabilidade de reprodução social ou equidade em saúde.

Portanto, o PBA humaniza as relações sociais com os beneficiários, notadamente pessoas marginalizadas, porém os subordina a contar com a sorte de um Estado que cria políticas reparadoras para prover o mínimo para sua subsistência, com a intencionalidade de manter o desenvolvimento e a acumulação capitalista, de acordo com os interesses dominantes.

Como alternativa às práticas assistencialistas e pragmáticas alicerçadas em políticas reparadoras, a redução de danos emancipatória propõe mudanças radicais, ao invés de programas focalizados e não universais; propõe compreensão da situação e não

disciplinamento dos beneficiários; propõe organização e movimento e não trabalho manual; propõe emancipação.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vania. *Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas*. Cad. Saúde Pública. Num.11, vol.25, 2009.

ANDRADE, Tarcísio. *Reflexões sobre as Políticas de drogas no Brasil*. Rev Ciência e Saúde Coletiva. Num.12, vol.16, 2011.

ARRUDA, Marcel. *A Cracolândia muito além do crack* [dissertação mestrado]. São Paulo, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

BONDUKI, Nabil. *De braços abertos para a cidade*. Carta Capital. [Internet] 2014 set 18. [citado 2014 nov 30]. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/de-bracos-abertos-para-a-cidade-564.html>

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado; 1988. [citado 2014 dez 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

BRASIL. Ministério da Justiça. *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*. Decreto 1719, 20 de maio de 2010, Brasília; 2010. [citado 2014 nov 30]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20072010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2010/Decreto/D7179.htm)

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional sobre Drogas. SENAD. *Crack, é possível vencer*. Brasília; 2012. [citado 2014 nov 20]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/publicacoes/crack-e-possivel-vencer-1/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília; 2003. [citado 2014 out 25]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)

BRASIL. Portal Brasil. Cidadania e justiça. *Pesquisa avaliará impactos do programa 'De Braços Abertos'*. [citado 2015 fev 20]. Disponível em : <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/01/pesquisa-avaliara-impactos-do-programa-de-bracos-abertos>

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. Brasília. *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*, 2005. CEBRID - Centro Brasileiro

de Informação sobre Drogas Psicotrópicas / UNIFESP Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2006.

CASEMIRO, Sonia. *Política municipal sobre drogas: o Programa De Braços Abertos - desafios, perspectivas e resultados*. [Apresentado no Seminário Internacional de Políticas sobre Drogas, São Paulo, 2014].

CBDD - Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia. *Política de Drogas: Novas práticas pelo mundo*. Rio de Janeiro, 2011. [citado 2014 dez 20]. Disponível em: <http://www.bancodeinjusticias.org.br/wp-content/uploads/2011/11/Pol%C3%ADtica-de-drogas-novas-pr%C3%A1ticas-pelo-mundo.pdf>

COELHO, Heloisa; et al. *Políticas públicas de saúde aos usuários de álcool e outras drogas: contribuição da Saúde Coletiva ao debate..* Revista da Faculdade Estácio de Sá. Num.07, vol.02, Janeiro/Junho de 2012.

CORREIA, Marcus. *Por uma crítica imanente sobre os limites das políticas públicas de direitos sociais e o Estado na produção do bem comum no modo de produção capitalista*. Saúde e sociedade. Supl 01, vol. 24, 2015.

FERRAZ, Adriana. *Governo quer acabar com Cracolândia pela estratégia de dor e sofrimento*. Estadão de São Paulo. [Internet] 2012 jan 04. [citado 2015 jul 30]. Disponível em: <http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,governo-quer-acabar-com-cracolandia-pela-estrategia-de-dor-e-sofrimento,818643>

GERODETTI, João; CORNEJO Carlos. *Lembranças de São Paulo: a capital paulista nos cartões postais e álbuns de lembranças*. São Paulo, Culturais, 1999.

IBCC. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. *Plano de Ação Integrada centro legal*. Notícias. [citado 2014 nov 23]. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/noticia/13941-Plano-de-Ao-Integrada-Centro-Legal>

MACHADO, Ana; MIRANDA, Paulo. *Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública*. História, Ciências, Saúde. Num.03, vol.14, 2007.

MARQUES, Fernando; DONEDA, Denise. *A política brasileira de Redução de Danos pelo uso indevido de drogas: Diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios*. In: BASTOS Fabio; MESQUITA, Francisco (org). *Troca de seringas: drogas e Aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília, Coordenação Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde, 1998, pp.137-152.

MONTANÕ, Carlos. *Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento*. Serv. Soc. Soc. Num.110, Abril/Junho de 2012.

MOREIRA, Carla. *As políticas públicas de saúde no campo das substâncias psicoativas ilícitas e os direitos humanos*. [dissertação mestrado] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

NAPPO, Solange. *Epidemia! Existe para o crack?* (UNIFESP/CEBRID) [Apresentado no II Simpósio Crack, São Paulo, 2012].

PASSOS, Eduardo; SOUZA, Tadeu. *Redução de Danos e Saúde Pública: Construções alternativas à política global de "Guerra às Drogas"*. *Psicologia & Sociedade*. Num.01, vol.23, 2011.

PORTAL VERMELHO. *"Cracolândia não é um problema de polícia", diz defensora pública*. Portal Vermelho [Internet]. 2012a jan 05 [citado 2015 jul 30] Disponível em: <http://vermelho.org.br/noticia/172633-8>

PORTAL VERMELHO. *Jamil visita Cracolândia e vê pouco resultado da Operação Militar*. Portal Vermelho [Internet]. 2012b jan 05 [citado 2015 jul 30] Disponível em: [http://www.vermelho.org.br/noticia.php?id\\_noticia=172592&id\\_secao=10](http://www.vermelho.org.br/noticia.php?id_noticia=172592&id_secao=10)

POSTIGO Evelyn; SOUZA, Letícia, MELO, Natália, Breda Roselene. *A questão das drogas em perspectiva: uma entrevista com Taniele Rui, Mauricio Fiore, Heitor Frugoli Jr e Bruno Ramos Gomes*. *Revista Askesis*. Num.01, vol. 03, 2014.

QUEIROZ, Danielle; et al. *Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde*. *Rev Enf UERJ*. Num 15, vol.02, 2007.

SANTOS, Vilmar; SOARES, Cassia; CAMPOS, Celia. *The international scientific production on harm reduction: a comparative analysis between MEDLINE e LILACS*. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. Num.8, vol.01, Abril de 2012.

SANTOS, Vilmar; SOARES, Cassia; CAMPOS, Celia. *Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Num.03, v.20, 2010.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Programa Recomeço*. [citado 2014 dez 10]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas/o-programa/recomeco>

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Desenvolvimento Urbano. *Projeto nova luz: Plano de urbanização*. [citado 2014 dez 10]. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento\\_urbano/arquivos/nova\\_luz/201108\\_PUE.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/arquivos/nova_luz/201108_PUE.pdf)

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Núcleo de pesquisa em Ciências Sociais. *Censo da População em situação de rua na municipalidade de São Paulo*; São Paulo; 2011.

SOARES, Cassia. *Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectivas da Saúde Coletiva* [tese livre - docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007

VIANA, Nildo. *A Constituição das Políticas Públicas*. Revista Plurais (Online). Num.04, vol.01, 2006.

**Resumo:** O presente artigo objetiva descrever e analisar as práticas de redução de danos do Programa de Braços Abertos da prefeitura de São Paulo, sob a perspectiva da saúde coletiva, frente ao atual cenário político e econômico das políticas públicas estatais. Para coleta de dados realizada durante a experiência de estágio profissionalizante no programa, utilizou-se a técnica de observação participante.

**Palavras chave:** Políticas públicas; Redução de danos; Estado

**Abstract:** This paper aims to describe and analyse the harm reduction practices of “Programa de Braços Abertos” of Sao Paulo city council. Collective health framework was used, considering the politic and economic scene of public policies. To collect data of the programe during internship, the participatory observation was used.

**Keywords:** Pulic Policies; Harm Reduction; State