



**Nota Técnica COMUDA sobre a Política  
Municipal de Álcool e Drogas –  
Set/2017:**

**Conselho Municipal de Políticas  
Públicas de Drogas e Álcool do  
Município de São Paulo -  
COMUDA**



## Nota Técnica sobre Política Municipal de Álcool e Drogas – COMUDA – Set/2017

Recente pesquisa realizada pela *FIOCRUZ* contribui para modificar a percepção recorrente sobre o crack, pois os dados não indicam a existência da possível “epidemia” da droga, mas reforçam a relação da exclusão social com o uso abusivo da substância. Estimou-se em 370 mil pessoas o total de usuários regulares de crack ou similares nas capitais brasileiras, correspondendo a 0,8% da população desses locais. Neste universo, 40% estão nas cidades do nordeste e 30% no sudeste.

Sobre o perfil do usuário, revelou-se que 14% são crianças e adolescentes, mas a idade média está em torno dos 30 anos. 80% são homens, negros e não completaram o ensino médio. 30% estão em situação de rua e foram presos anteriormente. Entre as mulheres usuárias regulares, 40% se prostituem, 30% sofreram violência e 50% tiveram gestações enquanto usavam crack.

A pesquisa revelou ainda os “desejos” e necessidades dos usuários abusivos do crack, ao perguntar a eles o que gostariam de receber do serviço de saúde. As principais demandas foram: distribuição de alimentos; oferta de atenção à saúde e serviços de higiene; apoio para conseguir emprego; escolas e cursos e atividades de lazer.

É inegável a urgência no trato dessas pessoas que habitam as “cracolândias”, mas um olhar mais apurado sobre esses usuários acaba por revelar situações de exclusão social, geradas pela miséria, baixa escolaridade, baixa condição de empregabilidade, ausência de moradia, etc. Intervir no consumo do crack, necessário pelos danos que esta droga produz, também significa intervir nas condições de vida e existência.

O *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad)*, instituído conforme consta na [Lei nº 11.343/2006](#), estabeleceu parâmetros para prevenção do uso problemático de drogas, atenção e reinserção social de pessoas em situação de dependência química. Instituiu-se como marco legal para modificarmos paradigmas e procedimentos na política sobre drogas. Essa normativa abriu novos horizontes e contemplando uma perspectiva da intervenção integrada. As ações passaram a exigir iniciativas de promoção da saúde e conscientização sobre os riscos do uso de crack, álcool e outras drogas, além da disponibilidade de serviços de atendimento e de enfrentamento do tráfico.

Assim sendo, as ações no campo da prevenção, uso e abuso de substâncias psicoativas, sobretudo com as pessoas com alto grau de risco pessoal e social, devem ser pautadas por ações intersetoriais, devidamente articuladas e pactuadas que promovam a redução de danos à saúde, garantam os direitos sociais e humanos e promovam a inclusão social dessas pessoas, com qualidade de vida.

Os objetivos e diretrizes da PNAD, SISNAD e PORTARIA Nº 3.088, MS\2011 em âmbito municipal conforme relatório de resultados e repercussões nos territórios destacamos:



### **Na PNAD**

- Conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas consequências.

- Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade.

- Conhecer, sistematizar e divulgar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia.

- Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento.

- Avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis.

- Reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade.”

SISNAD artigos 3 e 4

Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

Art. 4º São princípios do Sisnad:



“ I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;

III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados;

IV - a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do Sisnad;

V - a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do Sisnad;

VI - o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito;

VII - a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito;

VIII - a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do Sisnad;

IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

X - a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social;”

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 Ministério da saúde



Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

CONSIDERANDO a Lei nº 11343/2006 Art. 18 ao 22, onde se fala de Prevenção ao uso indevido de drogas e sobre as Atividades de Atenção e de Reinserção Social de Usuários e/ou Dependentes de Drogas;

CONSIDERANDO a Política Nacional Sobre Drogas, a PNAD, quando cita sobre a importância da Sociedade Civil Organizada por meio do Conselho Nacional de Drogas,



o CONAD participar ativamente da construção, implantação e avaliação das políticas sobre drogas, em consideração a legislação e adaptando a nossa realidade, é importante incluir o Conselho Municipal de Políticas Sobre Álcool e Drogas - COMUDA nas etapas de construção, implantação e avaliação das políticas municipais.

CONSIDERANDO a observância aos pressupostos da Política Nacional Sobre Drogas – PNAD, instituída pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas por meio da Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005, que define, dentre suas diretrizes e objetivos, que deve ser garantido rigor metodológico às atividades de redução da demanda, da oferta e de danos, por meio da realização de levantamentos e pesquisas sistemáticas, avaliados por órgão de referência da comunidade científica, a serem divulgados para a população, de forma a aperfeiçoar e a subsidiar o intercâmbio de informações entre instituições municipais, estaduais e regionais, nacionais e estrangeiras, e organizações multinacionais similares;

CONSIDERANDO a observância ao Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, alterado pelo Decreto nº 7.637 de 08 de dezembro de 2011, que, de acordo com o inciso V, Art. 2º, tem dentre seus objetivos disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas, em conformidade com o estabelecido na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1.993, na Portaria nº 458, de 12 de abril de 2011, no que couber, e na legislação correlata;

CONSIDERANDO a observância ao Decreto nº 55.067, de 28 de abril de 2014, que regulamenta o Programa De Braços Abertos, no inciso IX – realização de estudos e diagnóstico para o acúmulo de informações destinadas ao aperfeiçoamento das políticas públicas de prevenção do uso, tratamento e reabilitação psicossocial de pessoas em situação de uso abusivo de substâncias psicoativas;

CONSIDERANDO que as políticas públicas de promoção de saúde e prevenção de agravos, como o abuso de drogas e a violência, são mais eficazes quando focadas nos coletivos, particularmente nos grupos sociais mais vulneráveis e nas normas sociais que determinam esses agravos;

CONSIDERANDO que o uso abusivo de drogas pode ser considerado um determinante de vulnerabilidade social, tendo em vista que os jovens são a maior parcela da população que faz uso de substâncias psicoativas, sendo facilmente atingidos pela violência associada ao tráfico de drogas no Brasil;

CONSIDERANDO que a efetivação dos direitos dos jovens e adolescentes moradores das regiões paulistanas mais vulneráveis reúne medidas de concretização da política pública municipal sobre drogas, possibilitando a prevenção do uso de substâncias e acesso a estratégias de redução de riscos e danos;

CONSIDERANDO que os fatores de proteção social contra a violência que atinge a juventude são também fatores de proteção contra o abuso de álcool e outras drogas entre adolescentes e jovens;



CONSIDERANDO que é necessário articular para a sociedade como um todo e para os jovens e adolescentes em especial, uma visão abrangente da influência do contexto econômico, social e cultural nos danos individuais e coletivos causados pelo abuso de álcool e outras drogas e pela violência;

CONSIDERANDO a necessidade de trabalhar sob a perspectiva intersetorial, fortalecendo a rede de suporte social disponível aos adolescentes e jovens em situação de maior vulnerabilidade;

CONSIDERANDO que o protagonismo dos jovens pode criar espaços privilegiados para o posicionamento criativo e participação construtiva junto aos pares e à comunidade, na escola e em outros ambientes de encontro, onde os adolescentes e jovens podem exercitar sua cidadania, seu direito à participação, sua assertividade e solidariedade, com a promoção do cuidado de si e dos outros;

CONSIDERANDO a Lei nº 13.321, de 06/02/2002 que institui o Conselho Municipal de Políticas Sobre Álcool e Drogas - COMUDA;

O COMUDA em suas atribuições, apresenta seguinte propostas de alteração para a implantação da Política Municipal de Drogas do Município de São Paulo:

Nos termos do documento devem ser observadas as seguintes diretrizes: a primazia dos Direitos Humanos no enfrentamento ao preconceito contra pessoas usuárias de SPA; considerar a diversidade cultural, social e econômica na construção de estratégias de ação; respeitar a autonomia dos indivíduos na reconstrução das trajetórias de vida; agir conforme o princípio da proteção integral de crianças e adolescentes; adoção de estratégias de redução de riscos e danos ao consumo de SPA; construção de ações intersetoriais e trabalho integrado; e garantia da participação social.

No esteio da conformidade e prosseguimento das políticas propostas, o Município realizou a 5ª Conferência Municipal de Políticas de Atenção às Drogas (COMPAD), convocada conforme o [Decreto nº 54.386/2013](#).

O objetivo da conferência foi promover a reflexão e o debate para a elaboração e apresentação, coletiva e individual, de propostas para o aprimoramento do Plano Intersetorial de Políticas sobre Crack, Álcool e Outras Drogas do Município de São Paulo. Além dos três eixos originais do Programa Crack, É Possível Vencer (prevenção, cuidado e autoridade), a 5ª COMPAD adotou um quarto eixo: gestão. As ações do eixo **Gestão** abordam o monitoramento, sistematização de informações, avaliação, mapeamento e fornecimento de dados sobre a implementação do Plano Intersetorial de Políticas sobre o Crack, Álcool e outras Drogas. As [propostas elaboradas pelos conferencistas](#) constam da página da SMDHC.

### **Contextos de Uso de Substâncias Psicoativas**

O uso de substâncias, a dependência, os comportamentos de risco e os estilos de vida são relacionados à múltiplos fatores (Glantz & Pickens, 1992), mas em ambientes empobrecidos, com fácil acesso às substâncias associados à poucas



oportunidades econômicas e de escolaridade, o uso é comumente favorecido (Hawkins et al, 1992; Brooks et al, 2012).

Segundo Bertoni e Bastos (2014), no Brasil verificou-se que entre 7.300 pessoas usuárias de crack entrevistadas, 80% não haviam chegado ao ensino médio, 97% não tinham emprego com carteira assinada, 39% moravam nas ruas, 8% admitia ter se envolvido com atividades ilícitas e 80% identificam-se como não brancos.

Os fatores sociais e econômicos estão associados, principalmente à severidade da dependência e à dificuldade de acesso à saúde, tendo em vista que os usuários mais problemáticos compõem um grupo marginalizado e estigmatizado que têm baixa adesão nos serviços e que também enfrentam obstáculos burocráticos e falta de moradia fixa (Galea & Vlahov, 2002; Perry et al, 2014). Além dessas dificuldades, as pessoas usuárias que são pobres também enfrentam maior violência policial, pois além de dormirem em áreas públicas e muitas vezes possuírem pequenas quantidades de drogas ainda são discriminadas por grande parte da população (Bastos, 2012).

É importante que as estratégias a serem desenvolvidas com essa população que faz uso abusivo, principalmente de crack se baseiem na redução do estigma, no discurso moralizante relacionado ao uso de drogas entre os profissionais de saúde, tendo em vista que estes são os principais contatos com as pessoas em alta vulnerabilidade (Krawczyk, Filho, Bastos, 2015).

### **Intersetorialidade**

O mundo passa por um momento de reflexão sobre as políticas de drogas. Desde 2009, quando as Nações Unidas aprovaram a Declaração Política e o Plano de Ação sobre o Problema Mundial das Drogas, ainda vigentes, houve grandes mudanças no cenário internacional. O paradigma repressivo, baseado em uma visão moralista e simplificadora da questão, vem sendo crescentemente questionado por países, organismos internacionais e entidades da sociedade civil.

O Brasil também busca um novo paradigma para a política sobre drogas. Não se trata de um processo simples, homogêneo e livre de contradições. Ainda em construção, o caminho para formular uma política pública justa, humana e eficiente, envolveu aprendizados difíceis e, por vezes, dolorosos. Foi necessário superar obstáculos conceituais e de execução; conciliar visões distintas, buscando identificar premissas compartilhadas; mobilizar atores locais, governamentais e não-governamentais, possibilitando ações verdadeiramente transversais; e defender princípios muitas vezes contrários ao senso comum.

É possível, hoje, identificar uma orientação política clara em relação às ações e programas sobre drogas no país. Essa consolidação tem raízes na Política Nacional sobre Drogas (2005) e passou pelas inúmeras lições do programa Crack, é possível vencer (2011). Isso culminou, no estabelecimento de um programa interministerial de políticas sobre drogas no Plano Plurianual 2016-2019, e, no plano internacional,



na destacada participação brasileira na Sessão Especial da Assembleia da ONU sobre o Problema Mundial das Drogas (UNGASS 2016).

O pressuposto elementar de uma política de drogas humanista é que **seu foco deve ser nas pessoas, e não nas drogas**. Foi necessário apresentar à sociedade um discurso e um conjunto de medidas concretas que demonstram que, para melhorar a vida daqueles que sofrem com as drogas e das suas famílias, é preciso oferecer cuidados de saúde e apoio social, garantindo, e não restringindo, seus direitos civis. Nesse sentido, o programa Crack, é possível vencer concentrou seus recursos para realizar a **primeira grande expansão dos cuidados para dependência de drogas** na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde - SUS, e na rede do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (SENAD, 2015).

As pessoas com problemas com drogas têm necessidades diferentes e, por isso, **não há apenas um caminho para o seu cuidado**. Algumas precisam mais de cuidados médicos, outras precisam de maior apoio para inserção no mercado de trabalho e a reestruturação de suas vidas, dentre outras necessidades. Assim, é importante que a rede de cuidado ofereça caminhos e estratégias diversas para lidar com o problema das drogas, de modo que **todos aqueles que busquem o serviço público encontrem acolhimento e respeito**.

O aprendizado do programa Crack, é Possível Vencer, os achados do Levantamento Nacional e experiências locais deixaram claro que, como problema multidimensional, **o consumo de drogas deve ser tratado de forma intersetorial pelas políticas públicas**. Articular ações de saúde, assistência social, educação, cultura e geração de renda é essencial para enfrentar a complexidade do problema e oferecer tanto prevenção do uso prejudicial como cuidado integral ao dependente.

O objetivo é disseminar modelos para a vinculação, oferta de serviços básicos de saúde e assistência social para pessoas em situação de rua e indivíduos em conflito com a lei. Os **programas integrados de moradia social, geração de trabalho e renda e cuidados em saúde** para dependentes de drogas em situação de vulnerabilidade social.

Um dado observado no relatório de gestão da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas é que cerca de 41% dos acolhimentos em comunidades terapêuticas duram menos que 60 dias, sendo que cerca de 75% dos projetos terapêuticos propostos têm mais de 6 meses de duração, ou seja, o dinheiro público destinado a estes tipos de acolhimento poderiam ser utilizados para outras maneiras de moradia (SENAD, 2015).

## **Garantia de Direitos**

As políticas de drogas devem ter como base os **direitos humanos** e incluir **perspectivas raciais e de gênero**; apoiando o reconhecimento de ações de **redução de danos** e a ampliação de serviços de cuidado; enfatizando que as ações de prevenção devem ser baseadas em **evidências científicas** e focadas na população



mais jovem e vulnerável, além de ser pautada em realidade, inclusive na realidade da população alvo.

**Garantia do direito à moradia, trabalho, saúde, assistência social, garantia de escolha em relação ao seu tratamento, liberdade e convivência familiar.**

## **Moradia**

A maioria dos programas que atendem adultos em situação de rua e com doença mental grave requerem desintoxicação e abstinência contínua para garantir a habitação transitória e permanente (Henwood et al, 2014). No entanto, baseados na abstinência e habitação, com abordagem de "tudo ou nada", não tem sido eficaz em relação à cronicidade de pessoas em situação de rua dependentes de substâncias psicoativas (Stanhope et al, 2009).

Os serviços para população em situação de rua que são dependentes de substâncias psicoativas que seguem uma abordagem baseada na abstinência exigindo que os consumidores obtenham sobriedade (normalmente 30-90 dias) antes de se tornarem elegíveis para habitação ou se manterem na habitação têm causado problemas como a falta de adesão, evasão e desengajamento (Watson et al, 2013).

O Housing First, como o nome indica, começa por colocar as pessoas diretamente em habitação permanente e usa uma abordagem de redução de danos, que efetivamente desvincula a habitação do tratamento propriamente dito, pois a habitação em si não é um tratamento. Embora a assistência com controle de uso de substância é oferecido, a abstinência não é obrigatória como um requisito para a manutenção da habitação (Pearson et al, 2007).

Se o abuso de substâncias se torna problemático - colocando em risco a saúde ou a segurança do consumidor ou de outros moradores da habitação, o programa de Housing First irá fortemente recomendar tratamento e reabilitação com a compreensão de que os usuários podem retornar ao quarto após o tratamento.

A necessidade de deixar as ruas para irem para uma habitação é muito procurada, no entanto, quando essa oferta se baseia na abstinência imediata e adesão a um conjunto de regras - toques de recolher, supervisão diária, tratamento obrigatório, sem visitantes, testes de urina e etc. A adesão pode não ocorrer, pois os usuários não aceitam essa proposição de "tudo ou nada" ficando sem condições de cumprir, abandonam o serviço e retornar para as ruas. Esse "controle" pode se tornar uma barreira de acesso ao tratamento.

A redução de danos tornou-se amplamente utilizada para além de suas origens na troca de seringas e sua incorporação em serviços para pessoas em situação de rua com dependência e comorbidades de saúde mental como uma



paleta mais ampla de opções para lidar com essas pessoas. Esse tipo de estratégia também pode ser usado em serviços que visam abstinência, no entanto, é necessário que seja desejo do usuário.

As diretrizes para implementação de serviços de Housing First comunitários dependem dos setores envolvidos, pois se verificou que é necessário: (a) colocação direta dos usuários em habitação permanente; (B) disponibilidade de serviços de apoio com baixa exigência; (C) nunca desistir de nenhum usuário, por mais difíceis que forem; (D) abordagens para assegurar que a recaída não resulte em desligamento da habitação; E (e) continuação da moradia em casos de usuários ficarem curtos períodos. Essas diretrizes garantem a moradia de maneira comunitária e visa à reinserção social.

### **Barreiras de Acesso**

O foco nas pessoas também orienta a construção de políticas de prevenção que se afastam de estratégias baseadas na estigmatização e no medo.

Lang et al (2013) levantaram as principais barreiras de acesso ao tratamento encontradas entre os profissionais que atuam com usuários problemáticos de substâncias psicoativas. Dentre elas, a discriminação em relação à população, pouca educação em relação aos tipos de drogas e estratégias, falta de recursos básicos, demora para realizar atendimento gerando perda do interesse dos usuários e impacto da política nos atendimentos, no sentido de descontinuidade dos serviços a cada troca de gestão.

Para lidar com essas barreiras verificou-se que algumas iniciativas poderiam modificar o status das ações. Em relação à discriminação, o contato por tempo prolongado com a população possibilitou a diminuição do preconceito em relação aos usuários. Em relação ao tempo de latência, gerentes de caso, mediadores de conflitos e rede intersetorial. Foram as estratégias para garantir a melhora no atendimento. Sobre a falta de conhecimento sobre as substâncias psicoativas foram realizadas capacitações permanentes para garantir a atualização dos profissionais.

### **Ações de redução de vulnerabilidades**

Uma ética do cuidado, baseada na redução de danos e riscos, coloca a vida e autonomia das pessoas em primeiro plano, acima de julgamentos sobre seus hábitos e escolhas. Assim, dependendo de cada sujeito e de suas circunstâncias, a abstinência, o uso controlado ou mesmo a substituição de drogas de adicção (notadamente no caso dos opióides) são todas estratégias legítimas e efetivas para lidar com o uso prejudicial de drogas. Os serviços públicos devem ofertar cuidado para as pessoas que têm problemas com drogas, independente da continuidade ou não do uso.



A redução dos danos é uma abordagem de saúde pública para lidar com questões relacionadas com as drogas que prioriza a redução das consequências negativas do consumo. Ao longo da última década, a redução de danos tornou-se discussão e debate dentro da comunidade científica e, cada vez mais, nos meios de comunicação social e o público em geral. A redução de danos visa reduzir as consequências adversas entre as pessoas que não conseguem cessar o uso de drogas, mas pode ser compatível com um eventual objetivo de abstinência a longo prazo.

Na verdade, as abordagens de redução de danos são muitas vezes o primeiro passo para a parada de consumo de drogas. Existem muitas estratégias possíveis que podem ser tomadas para resolver os problemas relacionados com a droga, as ações de prevenção de vulnerabilidades envolvem valores humanísticos: a decisão do usuário de usar drogas é aceita como fato. Isso não significa que se aprova o uso de drogas. Nenhum julgamento moralista é feito para condenar ou apoiar o uso de drogas, independentemente do nível de uso ou modo de ingestão. A dignidade e os direitos do usuário de drogas são respeitados.

O foco é nos danos: o fato ou extensão do uso de drogas de uma pessoa por si só é secundário à importância para o risco de danos consequentes ao uso. Os danos podem estar relacionados à saúde, social, econômico, ou múltiplos fatores que afetam o indivíduo, a comunidade e a sociedade como um todo.

Prioridade nas necessidades imediatas: a maioria dos programas de redução de danos tem uma hierarquia dos objetivos, com o foco na necessidade imediata. Alcançar os objetivos mais imediatos e realistas é geralmente visto como o primeiro passo em direção ao uso livre de risco ou abstinência. Assim, a redução de danos não é nem uma abordagem "nova" nem uma abordagem "alternativa", o conceito da promoção da saúde, com a minimização dos riscos e danos formam uma parte do contínuo mais amplo de estratégias de promoção da saúde e evitar doenças. Ambas as abordagens enfatizam a importância dos indivíduos e capacitando-os para aumentar as oportunidades de maximizar saúde, sejam quais forem as circunstâncias (Riley et al, 1999)

#### **Pressupostos da Política Municipal Sobre Drogas:**

Reconhecer as diferenças entre usuários, pessoas em uso indevido, dependentes e traficantes de drogas, tratando-os de forma diferenciada;

Priorizar o investimento em programas de prevenção ao uso indevido de drogas;

Garantir, Incentivar e Articular em conjunto e a partir do Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas (COMUDA) o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação das políticas intersetoriais no campo relacionado às drogas;

Garantir a implantação, efetivação e melhoria dos Programas, Ações e Atividades relacionadas à Redução de Danos, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida e direitos subjetivos do sujeito;



Garantir a Implantação, Implementação e Ampliação da Rede de Atenção Psicossocial na RAAS 06 levando em consideração a legislação vigente;

**Objetivos:**

Atuar na perspectiva de cuidado integral, universal, equânime e intersetorial aos usuários que fazem uso recreativo, indevido e/ou são dependentes de substâncias psicoativas;

Implantar projetos municipais de prevenção ao uso indevido de drogas fundamentados e validados cientificamente e que sejam adequadas à nossa realidade;

Implantar e Ampliar Adequadamente a Rede de Atenção Psicossocial no Município de São Paulo;

Implantar diretrizes Municipais para a promoção de estratégias e ações de Redução de Danos ligadas à Saúde pública e Direitos Humanos;

Realizar Levantamentos Epidemiológicos e Avaliações de forma sistemática por instituições de referência na comunidade científica dos programas implantados no Município de São Paulo;

Assegurar no âmbito Municipal em todas esferas da Gestão dotação orçamentária e ações preconizadas nessa política contemplando os pressupostos do COMUDA e incentivando a participação da sociedade nessa política.

**Atuar na Perspectiva de Eixos temáticos, garantindo que a política municipal seja integral e intersetorial:** Prevenção; Pesquisa; Acolhimento e Tratamento; Inserção Social; Comunicação; Grupos Específicos; Direitos Humanos; Cultura e Lazer

**Os objetivos** Estratégicos dessa Política precisam ser divididos por Eixo temático, e cada “Pasta” apresentar um Coordenador e uma equipe técnica que atue de acordo com as legislações vigentes.

**Criação de um Comitê** Consultivo de Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas que participe dos processos de Construção, Implantação e Avaliação das Políticas Públicas em desenvolvimento no Município e que seja composto por indicação da Sociedade Civil Organizada (COMUDA) e Gestão;

**Manutenção de espaço** institucional para discussão de casos em relação à internações realizadas no Município;

**Criação do Observatório** Municipal de Informações Sobre Drogas, nos formatos do OBID (SENAD), tal Observatório Municipal, será responsável por reunir as informações fundamentadas cientificamente sobre drogas que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento de novas políticas e projetos no município em relação à prevenção,



tratamento, cuidado, reinserção entre outras possibilidades... O Observatório estará ligado à Secretaria de Governo e ao COMUDA;

### **Diretrizes da Política Municipal**

- Respeito aos direitos humanos e à singularidade dos indivíduos;
- Humanização nas abordagens e nos atendimentos;
- Reabilitação psicossocial de pessoas em situação de vulnerabilidade social;
- Eficácia nos diagnósticos individualizados e nos respectivos encaminhamentos;
- Instituição de um sistema de inteligência em análise epidemiológica;
- Instituição de ferramentas de Intervenção Breve nos serviços da Atenção Básica
- Integração de ações voltadas à prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas no município de São Paulo;
- Participação social nas ações de prevenção do uso, tratamento e reinserção comunitária;
- Intersetorialidade e transparência de informações entre todas as Secretarias e entidades parceiras;
- Regionalização das ações;
- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.

### **Protocolos**

#### **Área de Saúde Pública:**

Atenção aos protocolos já existentes e os níveis de prioridade (pré-hospitalar; urgência/emergência; atenção básica e atenção especializada).

#### **Área de Assistência Social:**

Atenção aos procedimentos e protocolos de atendimento já estabelecidos pela Política Municipal de Assistência Social.

Utilização de toda a rede de serviços socioassistenciais do Município (acessados conforme demanda de cada atendimento). Que sejam serviços permanentes, que visem a autonomia dos indivíduos e que as pessoas sejam desligadas a partir de seu pedido.

#### **Reinserção Produtiva e Social:**

Atenção aos protocolos de atendimento já estabelecidos pela Secretaria Municipal de Trabalho.



Acesso às ações de inclusão produtiva, por meio de capacitação profissional e de outras iniciativas, conforme a demanda de cada atendimento.

**Acesso à Rede de Garantias de Direitos:**

Interlocução com o Balcão de Direitos Humanos, Conselhos Tutelares, Defensoria Pública, Ministério Público, Poder Judiciário, etc.

**Metodologia de Atendimento**

Abordagem inicial:

Primeiro contato com o indivíduo em situação de vulnerabilidade social por meio de escuta qualificada e criação de vínculos.

Cadastramento:

Coleta de informações e alimentação de bancos de dados da Administração Municipal.

Avaliação e diagnóstico:

Atendimento individualizado por equipe multidisciplinar.

Avaliação do estado de saúde para definição da conduta terapêutica, medidas de proteção e reinserção a serem adotadas.

Encaminhamento:

Elaboração de Projeto Terapêutico Singular (Saúde) e Plano Individual de Acompanhamento(SMADS);

Indicação de tratamento ambulatorial nos CAPS do território e condutas de seguimento do tratamento discutidas em equipe;

Criação de Espaço institucional para discussão dos casos.

Monitoramento e gerenciamento estratégico:

Análise e acompanhamento dos planos individuais integrados de atendimento, dos indicadores individuais dos GT's e dos Planos de Ações.

**Prevenção**

Fomentar o protagonismo juvenil, participação da família, da escola e da sociedade;

Promoção da cultura de paz – junto aos núcleos de prevenção à violência (SMADS);

Dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido;

Prevenção, cuidado e diminuição de riscos e danos associados ao consumo de substâncias em festividades municipais;



Promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tornem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, visando ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção;

Incluir processo de avaliação permanente das ações de prevenção realizadas pelo Governo Municipal, observando-se as especificidades regionais;

Fundamentar as campanhas e programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas consequências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura.

### **Pesquisa**

Promover e realizar, periódica e regularmente, levantamentos abrangentes e sistemáticos sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, incentivando e fomentando a realização de pesquisas dirigidas a parcelas da sociedade, considerando a enorme extensão territorial do país e as características regionais e sociais, além daquelas voltadas para populações específicas;

Garantir participação de usuários nas coletas de dados;

Incentivar e fomentar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas, qualitativas e inovações tecnológicas sobre os determinantes e condicionantes de riscos e danos, o conhecimento sobre as drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, redução de danos, reabilitação, reinserção social e ocupacional, desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, disseminando amplamente seus resultados.

### **Acolhimento e Tratamento**

As ações de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional devem ser vinculadas a pesquisas científicas, avaliando-as e incentivando-as e multiplicando aquelas que tenham obtido resultados mais efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas, promovendo o aperfeiçoamento das demais;

Desenvolver e disponibilizar banco de dados, com informações científicas atualizadas, para subsidiar o planejamento e avaliação das práticas de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou de organizações não-governamentais, devendo essas informações ser de abrangência regional (estaduais e municipais), com ampla divulgação, fácil acesso e resguardando o sigilo das informações;



Reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos;

PTS e PIA deve englobar aspectos jurídicos dos indivíduos, no sentido de que os funcionários devem acompanhar a situação jurídica de seus atendidos;

Garantir o apoio à implementação, divulgação e acompanhamento das iniciativas e estratégias de redução de danos desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, assegurando os recursos técnicos, políticos e financeiros necessários, em consonância com as políticas públicas de saúde;

Orientar e estabelecer, com embasamento científico, intervenções e ações de redução de danos, considerando a qualidade de vida, o bem-estar individual e comunitário, as características locais, o contexto de vulnerabilidade e o risco social;

Viabilizar o reconhecimento e a regulamentação do agente redutor de danos como profissional e/ ou trabalhador de saúde, garantindo sua capacitação e supervisão técnica;

Assegurar às crianças e aos adolescentes o direito à saúde e o acesso às estratégias de redução de danos, conforme preconiza o Sistema de Garantia de Direitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei n.º 8.069/1990);

Implementar políticas públicas de geração de trabalho e renda como elementos redutores de danos sociais;

Estabelecer estratégias de redução de danos voltadas para minimizar as consequências do uso indevido, não somente de drogas lícitas e ilícitas, bem como de outras substâncias

Garantir moradia às pessoas em alta vulnerabilidade e com uso problemático de substâncias por período estendido, enquanto for necessário para que a pessoa se organize.

### **Inserção Social**

Garantir participação social;

A inserção de frentes de trabalho de baixa exigência articulada com a educação;

Garantir acompanhamento em relação ao trabalho formal;

Fomentar cooperativas e outras formas de trabalho.

### **Comunicação**

Plano de comunicação adequado às questões culturais, de gênero, orientação sexual, etnia;

Criação de indicadores baseados nas pesquisas;

Realizar anuário que responda aos indicadores;



Garantir que o plano acesse diferentes públicos, tendo em vista ser um plano para o município, grupos específicos devem ser prioridade, a cultura, o lazer e direitos humanos devem se transversais.

### **Referências Bibliográficas**

Benjamin F. Henwood, Deborah K. Padgett, Emmy Tiderington, Provider views of harm reduction versus abstinence policies within homeless services for dually diagnosed adults *J Behav Health Serv Res*. 2014 January ; 41(1).

Stanhope V, Henwood BF, Padgett DK. Understanding Service Disengagement From the Perspective of Case Managers. *Psychiatric Services*. 2009; 60(4):459–464. [PubMed: 19339320].

Dennis P Watson, John Orwat, Dana E Wagner, Valery Shuman, Randi Tolliver The housing first model (HFM) fidelity index: designing and testing a tool for measuring integrity of housing programs that serve active substance users. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2013, 8:16.

National Alliance to End Homelessness: A plan, not a dream: How to end homelessness in ten years. Washington DC: National Alliance to End Homelessness; 2000.

U.S. Department of Housing and Urban Development: The 2009 annual homeless assessment report to Congress. Washington, D.C: Office of Community Planning and Development, HUD; 2010.

United States Interagency Council on Homelessness: Opening doors: Federal Estrategic plan to prevent and end homelessness: 2010 fact sheet. 2010.

George C, Chernega JN, Stawiski S, Figert A, Bendixen AV: Connecting fractured lives to a fragmented system: Chicago housing for health partnership. *Equal Oppor Int* 2008, 27:161–180.

Pearson CL, Locke G, McDonald WR: The applicability of Housing First models to homeless persons with serious mental illness. Washington, D.C.: U.S: Department of Housing and Urban Development Office of Policy Development and Research; 2007.



Tsemberis S, Asmussen S: From streets to homes – The Pathways to Housing Consumer Preference Supported Housing Model. *Alcohol Treat Q* 1999, 17:113–131.

Katherine Lang, Jaycie Neil, Judith Wright, Colleen Anne Dell, Shawna Berenbaum, Anas El-Aneed Qualitative investigation of barriers to accessing care by people who inject drugs in Saskatoon, Canada: perspectives of service providers. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2013, 8:35

Diane Riley, Ed Sawka, Peter Conley, David Hewitt, Wayne mi ti, Christiane Poulin, Robin Room, Eric Single, John Topp Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper. *Substance Use & Misuse*, 34(1), 1999.

Krawczyk N, Filho CLV, Bastos FI. The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. *Harm Reduction Journal*. 2015;12:24.

Glantz M, Pickens R. *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC: American Psychological Association; 1992.

Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in asoescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull*. 1992;112;64- 105.

Brooks JS, Lee JY, Brown EN, Finch SJ, Brook DW. Individuality and contextual influences on drug dependence: a 15-year prospective longitudinal study of adolescents from Harlem. *J Genet Psychol*. 2012;173;355-73.

Bertoni N, Bastos FI. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional. In: Bastos FI, Bertoni N, organizers. *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014. p. 45-67.

Galea S, Vlahov D. Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Rep*. 2002;117;S135-45.

Bastos FI. Structural violence in the context of drug policy and initiatives aiming to reduce drug-related harm in contemporary Brazil: A review. *Subst Use Misuse*. 2012; 47:1603–1610.



BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. 2ª edição revista e ampliada. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004.