

# **Jamais fomos zumbis: O programa De Braços Abertos como ruptura, continuidade e radicalização da redução de danos<sup>1</sup>**

*Ygor Diego Delgado Alves (UNIFESP)*

## **O crack como questão de saúde pública**

A cocaína em pó é um alcaloide produzido a partir das folhas da *Erythroxylum coca* e é, do ponto de vista físico químico, conhecida como hidrocloreto de cocaína (Siegel, 1982). Dados arqueológicos remetem ao uso da coca pelas civilizações andinas a mais de 4500 anos (Siegel, 1982). O hidrocloreto de cocaína foi isolado pela primeira vez pelo químico Albert Niemann, no ano de 1860 (Ferreira & Martini, 2001). Seu uso na Europa, se popularizou através de produtos desenvolvidos pelo químico Ângelo Mariani, tais como pílulas, gomas de mascar, chá e vinho (Ferreira & Martini, 2001). Sigmund Freud exaltou as propriedades terapêuticas da nova droga em um artigo intitulado *Uber Coca*, de 1884. Neste trabalho, Freud recomenda o uso inclusive no tratamento de viciados em morfina, como seu amigo e professor Ernst Fleischel (Cohen; 2014). Com o barateamento da produção, possibilitado por um novo método de refino introduzido pelo laboratório Parke Davis, houve uma maior popularização do consumo que, aliado ao início da comercialização das seringas hipodérmicas, veio aumentar a percepção sobre seus efeitos deletérios (Ferreira & Martini, 2001).

As primeiras décadas do século XX, marcam o início de um maior controle sobre o comércio do hidrocloreto de cocaína até seu quase completo banimento como anestésico tópico e euforizante (La Parra, 1989). Ele ressurge apenas nas décadas de 60 e 70, nos EUA, e nos anos 80 torna-se uma droga, novamente, muito popular e de preço cada vez mais acessível (Labrousse, 2011; Gonzáles, 2013; Federico, 2011; Saviano, 2013). A produção de cocaína semi-refinada teve início no ano de 1885, e assim se pôde evitar as perdas decorrentes do transporte de folhas de coca à Europa. A este produto se dá o nome de pasta base e ela pode ser fumada (Siegel, 1982).

O crack consumido na região central da cidade de São Paulo é produzido pelo cozimento da pasta base de cocaína, ou *giz*, com adição de bicarbonato de sódio (Bastos, 2014). As informações a respeito de sua introdução em nosso país, localizam temporalmente sua chegada no final dos anos 80 e início dos anos 90 do século passado (Nappo et al., 1996). Para aumentar a lucratividade, impurezas podem ser acrescidas, como farinha ou Maisena. Portanto,

---

IV ENADIR 03. Drogas – interfaces entre Antropologia, Direitos, Políticas Públicas e Saúde

existem pedras com diferentes níveis de pureza e os usuários estão muito atentos a isto (Alves, 2015). As pedras de crack podem ser fumadas, ao contrário do hidrocloreto de cocaína, ou cocaína em pó que é termolábil e se decompõe com o aumento da temperatura. Para fumá-lo é necessário remover o hidrocloreto, o que não afeta o efeito da droga. Portanto, cocaína em pó e crack são, em suas principais características, a mesma droga (Hart, 2014). O que muda é a maneira como é consumida.

Consideramos fundamental observar que a mudança na via de administração não é, de modo algum, um fenômeno sem consequências. Esta mudança provoca uma significativa alteração quanto à rapidez de início dos efeitos e sua magnitude, principalmente, quando se comparada com o consumo da cocaína inalada. Assim, fumar crack acaba por se assemelhar ao uso da cocaína por via intravenosa (Díaz, 1998). Possivelmente por este motivo, muitos ex-usuários de cocaína injetável modificaram seu modo de uso com o advento do crack, aderindo à substância fumável (Ferri et al., 1997; Domanico, 2006; Rui, 2012, Adorno, 2013; Hart, 2014). A este processo também parece ter contribuído certo desejo de livrar-se dos riscos próprios ao consumo de drogas por via injetável, mais especificamente o de contrair AIDS (Domanico, 2006).

Infelizmente, o uso intenso do crack revelou-se, com o tempo, capaz de produzir uma série de danos tanto físicos, quanto psicológicos e sociais. Seus efeitos e manifestações clínicas são de amplo espectro: cardíacos, gastrointestinais, obstétricos, neurológicos, pulmonares, otorrinolaringológicas, psiquiátricos, endócrinos e renais (Andrade Filho, 2001). Outras implicações do uso do crack dizem respeito a sua dinâmica social mais propriamente dita. Trata-se de uma droga que, sob certas circunstâncias, revela-se empatogênica (Alves, 2015). A proximidade desenvolvida ao se compartilhar uma experiência ilícita e prazerosa dá ao usuário um senso de pertencimento a algo especial e impróprio que não é conhecido pelo mundo “careta” (Zinberg, 1984). Ou, no jargão dos usuários da região central de São Paulo, pelo “Zé povinho” (Alves, 2015). Isto o faz se sentir como membro de um “clube”; com relação aos não usuários, muitos podem sentir estranhamento, inclusive frente a velhos amigos que não usam, por temer críticas e desaprovação. O que faz surgir, aliado a outros fatores como a disponibilidade da droga e vulnerabilidade da população em situação de rua, cenas de uso conhecidas como *cracolândias*. O termo “cena” é aqui utilizado em seu sentido sócio antropológico e diz respeito a “um espaço de interação e congregação social” (Bastos, 2014, p.13) que pode ser delimitado em um contexto urbano dinâmico e interconectado.

O crack pode ser usado em condições caracterizadas pelos craqueiros como profundamente empáticas, ou com *sintonia* entre eles. Ao mesmo tempo, manifestam-se

situações de convivência difícil com familiares (Oliveira, 2007) aliadas ao rompimento de vínculos afetivos (Nappo et al., 1996) e uma progressiva aproximação dos outros usuários de crack (Alves, 2015). Assim, usuários em situação de rua, descrevem um forte sentimento de inadequação quando em ocasiões não relacionadas ao uso de crack, ou à vida na rua.

Uma vez nesta condição, os usuários de crack estão imersos em um campo de forças (RAUPP; ADORNO, 2011) e aderem a um estilo de vida próximo ao da “*communitas*” (Alves, 2014 e 2015). Rompem os laços com o sistema comercial legal, e passam a viver em um estado liminar e estabilizado de pobreza “levada até os limites da necessidade” (Turner, 1974, p. 176). Podem passar a viver de esmolas ou, mais propriamente, *mangueando*, nome dado ao ato de pedir esmolas na rua (Alves, 2015). Livres da propriedade, eles se libertam da estrutura, que fica relegada aos sujeitos mais ligados ao tráfico; a acumulação de bens passa a ser desencorajada pela própria cultura de uso (Alves, 2015). Neste contexto, a motivação para o uso passa também pela vontade de permanecer em segurança no ambiente inóspito da rua. “Portanto, a companhia de *parças usuários fortes* de crack é uma maneira de sobreviver na rua, fato que corrobora a ideia central presente em Zinberg (1984), relativa à importância do grupo de pares e seu padrão de uso” (Alves, 2015, p. 201).

O uso do crack é majoritariamente coletivo nas ruas da região central da cidade de São Paulo. Este uso possibilita a vivência de uma sociabilidade semelhante à “*communitas*” espontânea procurada, por exemplo, pelos *hippies* (Turner, 1974). Nela, a pobreza é algo fundamental, ela permite a manutenção de um estado desestruturado das relações sociais e possibilita relações fraternais entre despossuídos, marcadas pela reciprocidade das trocas na *treta* e menos afeita a relações baseadas em “pessoas sociais” com funções estruturadas. Essas funções são mais ligadas aos membros muitas vezes circunstanciais do tráfico de drogas, como o usuário/*vapor* (Alves, 2014). Longe de ser “uma substância que dá à pobreza acesso ao sonhado consumo contemporâneo” (Medeiros, 2010, p. 182), o crack abre as portas para a negação deste consumo e para a vida em “*communitas*” (Alves, 2015). Portanto, coloca-se a questão de se o uso é, do ponto de vista do vulnerável, um fator de risco ou de proteção?

A constatação desta vontade de estar em companhia de outros usuários nos permitiu, aos moldes dos termos correntes na psiquiatria como o de dependência química, ou dependência de substância. Sugerir a existência de uma dependência social de todas as relações, vínculos e práticas proporcionadas pelo uso do crack (Alves, 2015). Dependência social vinculada ao uso de drogas e, particularmente, ao uso do crack está ligada a importância dos vínculos pessoais na vida humana. Assim, podemos realmente separar o prazer das amizades, da companhia, dos relacionamentos amorosos, dos flertes entre usuários, tantas vezes por nós testemunhados nos

locais de uso, dos efeitos do crack? A vontade de retornar ao uso traz algo mais profundo que a fissura, e neste sentido vai muito além de se procurar “evitar o desconforto da privação” (Kay; Tasman; Lieberman, 2002) da droga. Se analisarmos as definições consagradas de dependência química veremos como a dependência social preenche uma lacuna de interpretação do uso de drogas e abre novas possibilidades para sua compreensão.

A dependência social diz respeito à atração exercida pelo contexto sobre os usuários de crack e nela, é fundamental se considerar o ritual de uso e o companheirismo. A cena de uso também é atraente por fornecer um meio protegido para se usar a droga e evitar as sanções das pessoas valorizadas pelos usuários de crack (Becker, 2008). É um porto seguro e de certa forma aconchegante de pares com interesses em comum em torno da droga, com uma visão, se não positiva, ao menos tolerante e dotada de valores com os quais se pode identificar e obter a satisfação e valorização negadas pela sociedade abrangente (Alves, 2015). A formação de cracolândias pelo país e, particularmente, em São Paulo, assim como parcela da dificuldade do usuário de crack em se manter afastado do ambiente de uso poderia começar a ter uma compreensão mais refinada a partir da ideia de dependência social.

Dado a existência do problema, uma série de políticas públicas procuraram dar conta do problema das cracolândias e estas políticas, muitas vezes, seguiram abordagens marcadas pela ideologia da “guerra às drogas”, ou “tolerância zero” (Marlatt, 1999). Estas políticas, muitas vezes, acabaram por lograr a marginalização do usuário de crack, tratado como criminoso. A substituição da rotulação como “usuário criminoso” por “usuário dependente”, quando acompanhada de medidas de força como são as internações involuntárias e compulsórias podem, caso não sejam realizadas dentro do mais estrito cuidado e dentro da lei, produzir igualmente discriminação e repressão (Bucher & Oliveira, 1994; Nascimento, 2006; Alves 2015).

O “problema das drogas” como *questão de saúde pública* contrasta, portanto, com o “combate às drogas” que restringe a questão ao campo da segurança pública. Mirar o uso do crack sob a ótica da saúde pública põe foco sobre os danos associados ao uso destas substâncias (Bucher & Oliveira, 1994; Soares, 2007). Procedendo desta maneira, ao considerar as evidências históricas da convivência das mais variadas sociedades humanas com o uso de substâncias psicoativas, a saúde pública pode abordar o assunto de modo mais realista como redução de danos. Porém, é importante salientar o quanto a discussão em torno do uso do crack deva transcender os debates ideológicos entre “proibição e liberação, abstinência ou redução de danos e entre CONAD e Ministério da Saúde” (Sapori, 2010, p.20). Ela deve sempre ter em conta os interesses do usuário de crack, de sua família e da saúde pública.

A redução de danos proporciona uma visão diferenciada da criminal e do uso como doença ao desviar o foco da drogadição em si, para suas consequências prejudiciais ao usuário e à sociedade (Brasil, 2003). A abstinência pode ser uma das metas a ser alcançada, mas não a única, portanto, objetiva-se mais a integração dos usuários na comunidade e não o, muitas vezes ineficaz, isolamento terapêutico e/ou punitivo (Miller & Rollnick, 2001). Esta visão norteia as políticas nacionais para usuários de álcool e outras drogas que passam a ser formuladas no país, ao descortinar do século XXI. Isto não significa, de modo algum, que políticas de redução de danos não convivam com abordagens voltadas à criminalização ou psiquiatrização dos usuários de drogas.

### **Duas políticas públicas na Cracolândia: o programa De Braços Abertos e o Programa Recomeço.**

Amplamente escudado nos princípios da redução de danos, o programa De Braços Abertos (DBA) “foca em pessoas que seguem usando drogas” (IHRA, 2010, p. 1). Um importante sinal de seu caráter diferenciado foi ter a coordenação do Grupo Executivo Municipal (GEM), responsável pela concepção e implantação do programa, sob a responsabilidade da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Neste sentido, os hoje beneficiários do DBA tem sua situação cotidiana considerada e avaliada, prioritariamente, sob a perspectiva da saúde e da assistência (Alves, 2015).

Esta ação intersecretarial foi destinada a ofertar abrigo, tratamento de saúde, alimentação, atividade ocupacional, capacitação profissional e auxílio financeiro aos beneficiários incluídos na execução de serviços de zeladoria nas ruas e teve início dia 14 de janeiro de 2014. Após dois dias, todos os cento e quarenta e sete barracos que ocupavam, até então, a Cracolândia, haviam sido retirados. A não construção de mais barracos no local foi pactuada entre a Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP) e os futuros beneficiários do DBA (Alves, 2015). A adesão ao programa foi da totalidade dos ocupantes dos barracos e se deu nos dias anteriores, ao serem contratados pelo Programa Operação Trabalho (POT) da Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo para trabalharem em atividades de zeladoria na região. Ocupação pela qual passaram a receber um auxílio financeiro no valor de R\$ 15 por dia de trabalho, incluindo os finais de semana, para os assíduos. Esta forma de contratação é uma adaptação do POT e compreende um valor de auxílio pecuniário mensal de R\$ 450,00 por 20 horas semanais de trabalho, ou quatro horas diárias nos chamados dias úteis. O POT prevê o investimento total de um salário mínimo e meio por beneficiário.

Como custo para a PMSP há também o pagamento das vagas em hotéis da região e alimentação correspondente a três refeições diárias no restaurante Bom Prato, programa do governo estadual responsável por fornecer refeições a um real em restaurantes geridos por Organizações Sociais. Também há cursos de capacitação ofertados a partir de aptidões e demandas dos beneficiários e o pagamento da equipe de técnicos e orientadores.

Ao garantir para os beneficiários do DBA vagas em hotéis da região, o programa do Município de São Paulo segue na linha de importantes iniciativas para a população vulnerável, como o “*Housing First*” (Collins et al., 2012). A partir de conversas informais com usuários de crack e lideranças locais foi se desenhando um grupo de interlocutores que passou a ser convidado a auxiliar na definição e planejamento das ações do programa. Deste modo foram incluídas reivindicações de habitação, lazer, assistência e trabalho, onde inicialmente se preocupava apenas com a saúde. Ou seja, todo um “pacote de direitos” (Garcia; Tykanori & Maximiano, 2014, p.153)

A criação de um sujeito coletivo (Garcia; Tykanori & Maximiano, 2014; Lancetti, 2014) possibilitou um primeiro exercício político de pactuação por parte dos beneficiários do DBA. Esta pactuação teve de enfrentar toda uma série de dificuldades operacionais oriundas, principalmente, da crônica vulnerabilidade na qual se encontra imersa a quase totalidade dos sujeitos atendidos. Ela também abriu caminho para a estruturação, pela via contratual, de uma nova temporalidade cotidiana dividida entre atividades voltadas ao trabalho, alimentação, descanso, estudo e lazer (Garcia; Tykanori & Maximiano, 2014). Esta nova cotidianidade se contrapõe a vivência anterior ao programa, muito centrada em necessidades prementes (Souza, 2009) e/ou atividades voltadas à obtenção de fundos para aquisição de drogas. Estas atividades podem ser resumidas nas expressões nativas *corre* e *treta*. O *corre* diz respeito ao movimento do usuário de crack em busca de fundos; a *treta* se refere à troca generalizada de pedras de crack, serviços variados e outros bens (Alves, 2015). Esta nova temporalidade vinculada ao trabalho permitiu o surgimento de novas perspectivas de futuro (Instituto Igarapé, 2015), ou de expectativas pós-pagamento (Garcia; Tykanori & Maximiano, 2014).

Novos sujeitos contratuais surgem e com eles, a possibilidade de troca cotidiana e criação de vínculos entre beneficiários, agentes de saúde, agentes sociais e orientadores socioeducativos (Alves, 2015; Instituto Igarapé, 2015). Estes vínculos só são possíveis de serem estabelecidos pela baixa exigência e preparo, ou “*low-threshold*” (Garcia; Tykanori & Maximiano, 2014; Instituto Igarapé, 2015) do programa, ou ainda, pela exigência apropriada (Alves, 2015). Por se basear na redução de danos, o DBA não obriga o beneficiário a manter-se abstinente, porém, também não deixa de gerar uma grande adesão aos tratamentos e

diminuição do consumo (Lancetti, 2014). Esta adesão só é possível devido ao elevado padrão de comprometimento dos beneficiários com o programa, assim como dos agentes e técnicos para com os beneficiários, e também pelo compromisso destes agentes públicos no interior do DBA (Igarapé, 2015).

Na região conhecida como Cracolândia, outro programa, agora estadual, procura dar atenção aos usuários de crack. Trata-se do Programa Recomeço (PR). O coordenador deste programa, psiquiatra Ronaldo Laranjeira, diferencia categoricamente o Recomeço, do DBA: “Não tenho vergonha de falar que este não é um programa de redução de danos. São formas distintas de intervenção que precisam entender e usar da melhor forma possível para cuidar das pessoas” (Maciel, 2014). Baseado em internações ambulatoriais, mas prioritariamente nas chamadas comunidades terapêuticas, o PR dispõe de 2,3 mil vagas preenchidas por internações involuntárias, compulsórias e voluntárias (Maciel, 2014; Laranjeira, 2015). Além da internação, há também a disponibilidade de 40 vagas em uma frente de trabalho para interessados (ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DA SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA DEFESA DA CIDADANIA, 2014)

Embora os dois programas sejam distintos, há compromisso oficial de trabalharem conjuntamente. A médica Myres Maria Cavalcante, coordenadora da área de Saúde Mental, Álcool e Drogas da Secretaria de Saúde do município de São Paulo avalia que: “Não dá para fugir de dizer que a política de álcool e drogas no município é para redução de danos. Não significa que o município não precise de internação. Precisa, sim, mas deve ser curta” (Maciel, 2014).

### **O modelo retroalimentativo da autorregulação do uso de drogas de Grund como referencial de análise**

A adesão aos tratamentos aparece como corolário da adesão ao programa e à nova rotina diária de compromissos. Esta rotina e as novas possibilidades do porvir são estruturantes na medida do incremento da habilidade pessoal para autorregular o consumo da droga (Grund, 1993). Isto não significa de modo algum colocar ênfase no aspecto social do abuso do crack em detrimento dos aspectos psicológicos de cada usuário e farmacológico da droga. Trata-se de levar em consideração as funções e significados do comportamento ritualizado relacionado ao consumo do crack, juntamente com as condutas cotidianas capazes de fornecer a infraestrutura para um possível processo de autorregulação controlador do uso (Grund, 1993).

Uma característica proeminente do comportamento ritualizado é que ele visa controlar ou regular a experiência de uso da droga (Zinberg, 1984). Este uso de drogas é amplamente

regulado por controles sociais – rituais e regras (ou “sanções sociais” como Zinberg as chamou) que moldam a maneira como a droga é utilizada. Através de processos de aprendizagem social com seus pares, rituais específicos e regras são desenvolvidos como adaptações para os efeitos das interações entre droga, personalidade e ambiente.

A habilidade para autorregular o uso da droga não se encontra igualmente disseminada por todos os usuários; autorregulação ou controle implicam em mais do que simplesmente limitar o consumo, devendo-se também levar em conta a prevenção dos problemas relacionados a este consumo na vida cotidiana. Isto se dá a partir da eficácia de regras e rituais que, aparentemente, aparece moderada por fatores adicionais (Grund, 1993). Estes fatores seriam a disponibilidade da droga e estrutura de vida dos usuários. Portanto, devemos considerar a interação entre disponibilidade da droga, rituais e regras, e estrutura de vida, para tentar especificar e detalhar o contexto social no qual os processos auto regulatórios se plasman (Grund, 1993, p. 236).

Quanto à disponibilidade da droga, Grund (1993) argumenta que, no caso holandês de uso de cocaína associada à heroína, por ele estudado, embora limitar artificialmente a oferta de drogas possa deter o seu consumo até certo ponto, isto teria um considerável custo psicossocial. Além de criar um incentivo econômico forte para a venda de drogas em circuitos empresariais desregulados, restringir a disponibilidade induz e alimenta um processo psicossocial, que multiplica muito o valor ritual das drogas – inaugurando um estreitamento do foco do usuário. Fixação na droga irá levar a uma forte limitação das expressões comportamentais quando a droga é ansiada e difícil de obter, e ao consumo exagerado e impulsivo quando uma dose se torna disponível. Como resultado, rituais e regras ao redor da droga se tornam menos dirigidos à autorregulação e segurança no sentido da saúde, porém, mais no da proteção, sigilo e facilitação do uso de drogas e atividades correlatas (por exemplo, transações com drogas). Em contraste, a ausência de incerteza quanto à obtenção da próxima dose libera o usuário das preocupações obsessivas correntes com (obter) as drogas e a necessidade de batalhar por ela. Suficiente disponibilidade ainda cria uma situação propícia ao desenvolvimento de rituais e regras que restrinjam o uso da droga e induzam padrões de uso estáveis.

Como observa Garcia; Tykanori & Maximiano (2014, p.154) sobre o DBA:

A suspensão do foco sobre a problemática das drogas, deslocando para a promoção de sujeitos contratuais, paradoxalmente, criou condições que reduziram ou até interromperam o consumo de drogas para muitos dos participantes.

Além da disponibilidade da droga, a estrutura de vida fornece um importante conjunto de variáveis que se referem a padrões regulares de atividades laborais, recreativos, domésticos e criminais que moldam e constroem o dia a dia de usuários de drogas. Faupel (1987) enfatizou a importância das atividades regulares (tanto convencionais quanto as relacionadas ao uso de drogas) que estruturam os padrões diários como determinante chave da estrutura de vida. Grund (1993) incluiu, além das atividades regulares, os relacionamentos pessoais, compromissos, obrigações, responsabilidades, metas e expectativas que são exigentes e simultaneamente têm valor social (afetos) ou econômico (salários) como determinantes igualmente importantes para a estrutura de vida.

A disponibilidade é uma pré-condição para o desenvolvimento e manutenção de rituais e regras reguladores. Disponibilidade da droga, rituais e regras, e estrutura de vida são uma tríade – fatores interativos em um processo circular coerente internamente no qual estes fatores são eles mesmos modulados (modificados, corrigidos e reforçados) por seus resultados. É um circuito de retroalimentação que determina a força de processos de autorregulação controlando o uso da droga.

No programa De Braços Abertos, a estrutura de vida é construída no processo de adesão e permanência no programa (Alves, 2015, 2014a e 2014b). A disponibilidade da droga, fundamental para a construção de alternativas de vida cotidiana não centrada em rituais e regras dedicados a sua aquisição é garantida pelo tráfico a varejo existente no *fluxo*. Ele é uma aglomeração humana com dezenas ou mesmo centenas de usuários de crack a depender de diversos fatores, desde climáticos, passando pela repressão policial ao tráfico, até a proximidade ou não dos dias de pagamento. A disponibilidade da droga também é fator importante na construção e localização do *fluxo*. Ele está onde há droga e vice-versa, o crack é levado para próximo aos usuários e estes, por sua vez, se dirigem para o local com maior disponibilidade de crack (Alves, 2015). A renda obtida pela participação nas atividades de zeladoria é garantia de sustento do uso regular de crack, além dos diversos outros gastos feitos a partir dela (Lancetti, 2014; Alves, 2015; Instituto Igarapé, 2015).

A ditadura do *corre*, esta verdadeira maratona diária em busca de fundos para o consumo de crack, através, muitas vezes, de atividades com razoável grau de periculosidade como a prostituição e os pequenos furtos pode ser superada. Em seu lugar vem a remuneração semanal, previsível e suficiente para um uso satisfatório do crack, sob o ponto de vista do usuário. Mesmo fazendo uso durante todo final de semana posterior ao pagamento, ele possui a expectativa de brevemente ter de novo oportunidade de reiniciar o ciclo de uso, posterior a novo pagamento, ou mesmo de modificá-lo em outra direção (Alves, 2015).

A estrutura de vida em praticamente todos os aspectos levantados em Grund (2013) pôde ser trabalhada dentro do programa De Braços Abertos. Seu escopo cobre desde as atividades diárias passando pelas conexões, compromissos, obrigações e responsabilidades, até as condições psicossociais não relacionadas ao consumo de drogas e aos fatores socioeconômicos, assim como os culturais. Os dias passaram a ter uma cadência regida pelas três refeições diárias, pelo horário de trabalho de zeladoria pela manhã e pelo sono noturno proporcionado pela acomodação dos beneficiários como hóspedes em hotéis da região. Para alguns, esta carga diária de atividades foi ampliada pela participação em cursos de formação profissional como os disponibilizados na Fábrica Verde, assim como os de jardinagem, informática, cabelereiro, entre outros (Alves, 2015; Instituto Igarapé, 2015). Isto tudo corresponde a uma gama de obrigações e responsabilidades a estruturar, no sentido de ordenamento do cotidiano, a vida dos usuários de crack. Criam-se responsabilidades quanto a horário, aparência, vestimenta, higiene, manutenção e manuseio de material didático e de trabalho.

O amparo proporcionado pelo encaminhamento dos beneficiários à rede CAPS, e à totalidade da Rede de atenção psicossocial (RAPS) disponível de modo matricial (Ministério da Saúde, 2011) com integração da saúde mental à atenção primária em saúde, como pudemos observar em campo, e com o CAPS na Rua possui, potencialmente, a capacidade de oferecer amplo acompanhamento psicológico aos beneficiários (Alves, 2014a, 2014b e 2015). Isto satisfaz mais um dos critérios estabelecidos por Grund (1993) para a retroalimentação do autocontrole do uso de drogas, as condições psicossociais dos usuários.

## **Bibliografia**

1. ALVES, Y. A Cracolândia como “Communitas” e o frade craqueiro. In: Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. 1 ed. Porto Alegre : Rede UNIDA, 2014, p. 83-98.
2. \_\_\_\_\_. Da Internação Compulsória aos Braços Abertos: continuidade e inflexão na atenção aos usuários de crack. In: XI Congresso Argentino de Antropologia Social, Rosário. Anais/ XI Congresso Argentino de Antropologia Social, 2014a.
3. \_\_\_\_\_. O programa De Braços Abertos da prefeitura paulistana: surgimento, consolidação e perspectivas. In: Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014b, p. 213-226.
4. \_\_\_\_\_. 'O jogo tá pegado': times e campeonatos de futebol com usuários de crack na região central da cidade de São Paulo In: 2º Simpósio Internacional De Estudos Sobre Futebol, 2014, São Paulo. Anais do 2º Simpósio Internacional De Estudos Sobre Futebol, 2014c.
5. \_\_\_\_\_. *Jamais fomos zumbis*: contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo. 2015. 365p. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

6. ADORNO et. al. Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. *Sau. &Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.2, p.04-13, 2013.
7. ANDRADE FILHO, A; CAMPOLINA, D; BORGES, D. M. *Toxicologia na prática clínica*, Belo horizonte, 2001.
8. ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, dez. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 14 maio 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>.
9. ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DA SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA DEFESA DA CIDADANIA. Nova etapa com vagas de trabalho para dependentes químicos. *Programa Recomeço*. São Paulo, 25/01/2014. Disponível em: <http://programarecomeco.sp.gov.br/noticias/programarecomecoinicianovaetapacomvagasdetrabalho> Acesso em: 29/04/15.
10. BASTOS, F. I; BERTONI, N. *O cenário do consumo de crack e o Inquérito Nacional sobre Crack*. In: BASTOS, F., & BERTONI, N. *Pesquisa nacional sobre o uso do crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.
11. BECKER, H. S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo, Hucitec, 1997.
12. \_\_\_\_\_. *Segredos e truques da pesquisa*. Rio de Janeiro, Zahar, 2007.
13. \_\_\_\_\_. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
14. BOURDIEU, P. *A miséria do mundo*. Petrópolis, Ed. Vozes, 2008.
15. BOURGOIS, P; SCHONBERG, J. *Righteous dopenfiend*. Berkeley: University of California Press. 2009.
16. BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. (1994). O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. *Revista de Saúde Pública*, 28, 137-145.
17. BUHLER, A. (1946). A coca. *Actas Ciba*, v.12, 246-282.
18. COHEN, D. *Freud e a cocaína: a história do uso da droga nos primórdios da psicanálise*. Rio de Janeiro, Record, 2014.
19. DÍAZ, A.F. (1998). *Hoja, pasta, polvo y roca: el consumo de los derivados de la coca*. Bellaterra (Barcelona): Universitat Autònoma de Barcelona (Servei de Publicaciones) (337pp).
20. ENGLUND, Harri & LEACH, James. “Ethnography and the MetaNarratives of Modernity”. *Current Anthropology* 41: 225248. 2000.
21. EVANS, L. Opção humanitária. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 15/02/2014. Opinião. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2014/02/1412570lizevansopcaohumanitaria.shtml> Acesso em: 14/05/2015.
22. FERREIRA, P.E.M. & MARTINI, R.K. Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2001; 23 (2), 96-9.
23. FERRI, C.; LARANJEIRA, R.; DA SILVEIRA, DUNN, J.; FORMIGONI, M. Increase in the search for treatment by crack users in 2 outpatient clinics at the city of São Paulo from 1990 to 1993. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 1997; 43: 25-28.
24. FEDERICO, M. *País narco: tráfico de drogas em Argentina*. Buenos Aires, Sudamericana, 2011.
25. FRÚGOLI JR, H.; SPAGGIARI, E. Da “cracolândia” aos nórias: percursos etnográficos no bairro da Luz. *Ponto Urbe*, São Paulo, v. 4, n. 6, 2010. Disponível em:

- <<http://www.pontourbe.net/edicao6-artigos/118-da-cracolandia-aos-noias-percursos-etnograficos-no-bairro-da-luz>>. Acesso em: 28 jan. 2014.
26. GARCIA, L.; TYKANORI, R.; MAXIMIANO, V. Uma experiência de integração de políticas sociais para usuários de drogas: estratégias de produção de contratualidade no programa “De Braços Abertos”, da cidade de São Paulo. In: BASTOS, F., & BERTONI, N. *Pesquisa nacional sobre o uso do crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.
  27. GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
  28. GONZÁLEZ, C. *Narcosur: la sombra del narcotráfico mexicano em la Argentina*. Buenos Aires, Marea, 2013.
  29. GRINNELL, R.M. *Social work research & evaluation: quantitative and qualitative approaches*. 5. Ed. Itasca, Illinois: E. E. Peacock Publishers, 1997.
  30. GRUND, J.-P. C. *Drug use as a social Ritual: Functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Rotterdam : Institute Voor Verslavingsonderzoek, Erasmus Universiteit, 1993.
  31. HENMAN, A. R. A coca como planta mestra: reforma e névoa ética. BASTOS, F., & BERTONI, N. *Pesquisa nacional sobre o uso do crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.
  32. HERZFELD, Michael. *Cultural Intimacy: Social Poetics in the NationState*. New York: Routledge, 1997.
  33. INSTITUTO IGARAPÉ. *Políticas de Drogas no Brasil: a mudança já começou*. Março de 2015. Disponível em: <http://igarape.org.br/politica-de-drogas-no-brasil-a-mudanca-ja-comecou/> Acesso em: 28 de abril de 2015.
  34. JACKSON-JACOBS, C. Hard drugs in a soft context: managing trouble and crack use on a college campus. *Soc Quart* 2004; 45(4): 835-56.
  35. JORGENSEN, D. L. *Participant observation: a methodology for human studies*. Newbury park, CA: Sage, 1989.
  36. LA PARRA, H.S..La maldición blanca: el papel de España en el tráfico de cocaína. Madrid: Ediciones El País, 1989, 173 pp.
  37. LABROUSSE, A. *Geopolítica de las drogas*. Buenos Aires, Marea, 2011.
  38. LANCETTI, A. Programa anticrack De Braços Abertos, da Prefeitura de São Paulo, tem tido êxito? Sim. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 27 dez. 2014. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2014/12/1567423-programa-anticrack-de-bracos-abertos-da-prefeitura-de-sao-paulo-tem-tido-exito-sim.shtml> Acesso em: 28 de abril de 2015.
  39. LARANJEIRA, R. Tratamento contra o crack. *Programa Recomeço*. São Paulo, 13/04/2015.
  40. LOFLAND, J.; LOFLAND, L.H. *Analyzing social settings: a guide to qualitative observation and analysis*. 3. ed. Belmont, CA: Wadsworth Publishing/University of California, 1995.
  41. MACIEL, C. São Paulo debate apoio a usuários de crack. *EBC*, São Paulo, 23/01/14. Disponível em: [www.ebc.com.br/print/noticias/brasil/2014/01/saopaulodebateapoioausuariosdecrack](http://www.ebc.com.br/print/noticias/brasil/2014/01/saopaulodebateapoioausuariosdecrack) Acesso em: 29/04/15.
  42. MARLATT, G. A. Redução de Danos: estratégias práticas para lidar comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
  43. MILLER, W. R.; ROLLICK, S. *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

44. NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e patologização do usuário de drogas. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 2006. 185-190.
45. NAPPO, S; GALDUROZ, J; NOTO, A. *Crack use in São Paulo*. *Subst Use Misuse*, 1996; 31: 565-579.
46. PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation methods*. Londres: Sage Publications, 1980.
47. RUI, T. Usos da “Luz” e da “cracolândia”: etnografia de práticas espaciais. *Saúde Soc*. São Paulo, v.23, n.1, p.91-104, 2014.
48. SAPORI, L. *Os impactos do crack na saúde pública e na segurança pública: resumo das principais conclusões*. PUC Minas, 2010. Disponível em: [http://www.pucminas.br/imagdb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20100826153926.pdf](http://www.pucminas.br/imagdb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20100826153926.pdf) Acesso em: 08/05/15.
49. SAVIANO, R. *CeroCeroCero: como la cocaína gobierna el mundo*. Barcelona, Anagrama, 2014.
50. SIEGEL, R.K. Cocaine smoking. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1982;14(4), 271-343.
51. SIGNORELLI, M.; AUAD, D.; PEREIRA, P. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(6):1230-1240, jun, 2013.
52. SILVA, S. *Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
53. SOARES, C. *Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva*. Tese (Livre docência) – Departamento de enfermagem em saúde coletiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
54. SOUZA, J. A. *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2009. Disponível em: <http://programarecomeco.sp.gov.br/noticias/tratamentocontraocrack/> Acesso em: 29/04/15.
55. STRATHERN, Marilyn. *Property Substance and Effect: Anthropological essays on persons and things*. 1999.
56. OLIVEIRA, L. G. *Avaliação da cultura do uso de crack após uma década da introdução da droga na cidade de São Paulo*. São Paulo: Tese de Doutorado, UNIFESP, 2007.
57. RAUPP, L., & ADORNO, R. d. (2011). Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, núm. 5, 2613-2622.
58. RUI, T. (2012). *Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. Tese de doutoramento. Campinas: UNICAMP/IFCH.
59. WAGNER, Roy. *The Invention of Culture*. Chicago: The University of Chicago Press. 1981 [1975].
60. ZINBERG, N. E. *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press, 1984.