



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
INSTITUTO DE ECONOMIA

CAROLINE DE OLIVEIRA RODRIGUES

**A CRACOLÂNDIA NO CONTEXTO DE GUERRA ÀS DROGAS: UM ESTUDO  
DO CASO DE SÃO PAULO**

CAMPINAS

2020

CAROLINE DE OLIVEIRA RODRIGUES

**A CRACOLÂNDIA NO CONTEXTO DE GUERRA ÀS DROGAS: UM ESTUDO  
DO CASO DE SÃO PAULO**

Monografia apresentada como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação da doutoranda Taciana Santos de Souza.

CAMPINAS

2020

## **RESUMO**

No Brasil, a Cracolândia da cidade de São Paulo é a maior e mais conhecida cena de uso e venda de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e, portanto, constitui em um dos principais problemas da cidade; é um espaço de grande visibilidade midiática e palco de disputa dos mais distintos interesses econômico, políticos e sociais. Logo, acabar com a Cracolândia sempre foi o grande desejo das esferas governamentais. Por isso, tal região tem sido alvo de inúmeras ações de repressão policial e políticas públicas. Nesse sentido, este trabalho tem por objetivo analisar as políticas públicas implementadas nessa região no período de 2013 a 2018. Para tanto, dividiu-se a pesquisa em três partes. A primeira retoma a história das drogas e as políticas proibicionistas. A segunda consiste em uma contextualização do cenário em que a Cracolândia de São Paulo está inserida. Por último, são analisadas as políticas desenvolvidas nessa região no período de 2013 a 2018. A partir do levantamento bibliográfico e dos dados analisados, concluiu-se que as políticas públicas voltadas para a região da Cracolândia são políticas “sem rumo”, que tem deixado de lado o bem-estar das pessoas que se encontram nesse território.

**Palavras-chave:** Cracolândia, crack, políticas públicas, economia das drogas

## **ABSTRACT**

In Brazil, the Cracolândia of the city of São Paulo is the largest and best known scene of use and sale of licit and illicit psychactive substances and, therefore, constitutes one of the main problems of the city; it is a space with high media visibility and a stage for disputing the most diverse economic, political and social interests. Therefore, ending Cracolândia has always been the great desire of governmental spheres. For this reason, this region has been the target of numerous actions of police repression and public policies. In this sense, this work aims to analyze the public policies implemented in that region in the period from 2013 to 2018. For this purpose, the research was divided into three parts. The first takes up the history of drugs and prohibitionist policies. The second consists of contextualizing the scenario in which the São Paulo Cracolândia is inserted. Finally, the policies developed in that region from 2013 to 2018 are analyzed. Based on the bibliographic survey and the data analyzed it was concluded that public policies aimed at the region of Cracolândia are “aimless” policies, which have left aside the well-being of the people who are in that territory.

**Key-words:** Cracolândia, crack, public policy, drug economics

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Produção de cloridrato de cocaína .....	19
Figura 2: Processo simplificado de produção de crack.....	20
Figura 3: Localização Cracolândia, 1990 .....	36
Figura 4: Área de intervenção do Projeto Nova Luz .....	37
Figura 5: Localização Cracolândia, 2017 .....	38
Figura 6: Cracolândia.....	39
Figura 7: Tipos de moradia na Cracolândia.....	43

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Fonte de renda dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012 .....	30
Tabela 2: Motivo principal pelo qual os usuários relatam ter iniciado o uso de crack e/ou similares, 2012 .....	32
Tabela 3: Frequência de uso de crack e/ou similares, Brasil, 2012.....	33
Tabela 4: Formas de consumo de crack e/ou similares pelos usuários, Brasil, 2012 .....	34
Tabela 5: Consumo de outras drogas por usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012 .....	35
Tabela 6: Panorama geral do mercado global de cocaína 2015-2016 .....	48
Tabela 7: Metas previstas e alcançadas do Programa Crack, é possível vencer.....	62

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de pessoas de 12 a 65 anos que consumiram substâncias ilícitas na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, Brasil, 2014.....	22
Gráfico 2: Prevalência do consumo de substância ilícita entre pessoas de 12 a 65 anos, Brasil .....	22
Gráfico 3: Faixa etária dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012 .....	23
Gráfico 4: Faixa etária dos usuários de drogas ilícitas, Brasil, 2015 .....	24
Gráfico 5: Sexo dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012.....	25
Gráfico 6: Cor/raça dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012.....	26
Gráfico 7: Escolaridade dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012 .....	27
Gráfico 8: Escolaridade do número de pessoas que consumiram alguma vez na vida drogas ilícitas, Brasil, 2015 .....	27
Gráfico 9: Distribuição dos usuários de substâncias ilícitas entre 12 e 65 anos, por região do Brasil, 2015 .....	28
Gráfico 10: Moradia dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012 .....	30
Gráfico 11: Classe de renda familiar mensal (em reais), Brasil, 2015 .....	31
Gráfico 12: Histórico do uso de crack e/ou similares dos usuários, Brasil, 2012 .....	34
Gráfico 13: Média de frequentadores da Cena de Uso da Luz.....	41
Gráfico 14: Prevalência do tempo na Cracolândia de São Paulo .....	41
Gráfico 15: Prevalência da situação de moradia, Cracolândia de São Paulo, 2019.....	42
Gráfico 16: Prevalência de procedência dos frequentadores da Cracolândia de São Paulo, 2019 ....	44
Gráfico 17: Prevalência dos motivos para frequentar a Cracolândia de São Paulo, 2019 .....	45
Gráfico 18: Prevalência anual do consumo de cocaína entre a população global de 15-64 anos, por região global, 2016.....	47
Gráfico 19: Tendência no número anual de usuários de cocaína, no mundo, 2006-2016 .....	48
Gráfico 20: Cultivo global de arbusto de coca, por hectares em milhares, 1990-2016 .....	49
Gráfico 21: Fabricação potencial de cocaína 100% pura na Bolívia, Peru e Colômbia em toneladas, 1990-2014 .....	51
Gráfico 22: Quantidade global de cocaína apreendida por região, em toneladas, 2007-2017 .....	52
Gráfico 23: Modelo de tratamento utilizado.....	75

Gráfico 24: Distribuição das CTs por região geográfica, Brasil, 2017 .....	77
Gráfico 25: Quantidade de CTs por região geográfica, Brasil, 2017 .....	78
Gráfico 26: Distribuição das CTs por intervalo de tempo que foram fundadas, Brasil, 2017 .....	79
Gráfico 27: Distribuição das CTs por quantidade de vagas ofertadas, Brasil, 2016 .....	80
Gráfico 28: Distribuição das vagas por macrorregião, 2016.....	80
Gráfico 29: Quartos disponíveis segundo condição de financiamento pelo governo federal (Senad), Brasil, 2016.....	81
Gráfico 30: Distribuição das CTs por orientação religiosa, Brasil, 2016.....	82
Gráfico 31: Métodos e recursos terapêuticos utilizados pelas CTs do Brasil, 2016.....	83
Gráfico 32: Fontes de financiamento, Brasil, 2016 .....	84
Gráfico 33: Sobreposição de fontes de financiamento público das CT's do Brasil, 2016.....	85
Gráfico 34: Motivação que levaram os dirigentes a atuar em CTs .....	86

## Sumário

Introdução.....	3
1. História das drogas: do início ao enfrentamento contemporâneo do crack.....	5
1.1 História das drogas.....	5
1.2 Drogas como problema e a política proibicionista .....	7
1.3 Da repressão à redução de danos .....	10
2. O mercado de crack .....	17
2.1 O que é o Crack?.....	17
2.2. Quem são os usuários de crack do Brasil?.....	21
2.3. Do crack á Cracolândia.....	36
2.4 O mercado global de Cocaína e Crack.....	46
3. Cracolândia e suas políticas públicas .....	58
3.1. Políticas Públicas na Cracolândia 2013 á 2016 .....	59
3.1.1 Programa Crack, é possível vencer .....	60
3.1.2 Programa Recomeço .....	63
3.1.3 Programa De Braços Abertos (DBA).....	66
3.2 Políticas Públicas na Cracolândia 2017 a 2018 .....	70
3.3 O mercado de tratamento de crack.....	75
3.3.1 Comunidades Terapêuticas (CTs) .....	76
Conclusão .....	88
Referências bibliográficas .....	91

## Introdução

As drogas são vistas pela sociedade como um problema social, que gera violência, desigualdade e causa degradação ao indivíduo e aos espaços em que ele habita, além de ser prejudicial à saúde. Todavia, alguns economistas nos chamam a atenção para o fato de a droga ser antes de tudo uma *mercadoria*, pois se existe venda é porque existe um bem a ser comprado, ou seja, se existe demanda é porque existe oferta. Essas mercadorias, sejam elas lícitas ou ilícitas, movimentam grandes montantes de dinheiro, enriquecendo empresários da indústria do crime e até contribuindo com a arrecadação do Estado; por isso, o mercado de drogas constitui, assim, um possível “4º setor da economia” submetido ao processo de acumulação de capital.

Desse modo, uma parte da Ciência Econômica destinou ao estudo da chamada Economia das Drogas, onde se busca desvendar o comportamento dos agentes econômicos envolvidos nesse mercado. Por meio dela, diversos economistas realizam pesquisas empíricas e teóricas acerca da oferta, da demanda e das políticas públicas desse mercado.

A presente pesquisa vem em um sentido primeiro de atender a necessidade de maiores estudos econômicos sobre a questão das drogas, visto que essa problemática é crucial para o desenvolvimento econômico e social, não somente por se tratar de um mercado ilícito onde é gerado emprego e renda, mas também por se tratar de uma guerra relacionada à pobreza, à desigualdade, à segurança e à saúde pública, bem como a um elevado número de mortes.

A problemática do mercado de drogas foi agravada com o avanço do capitalismo e da industrialização, isso porque o consumo de drogas pode ser visto como um efeito da lógica de acumulação de capital, o que representa a soberania da “ordem econômica” sobre o bem estar social. (SOUZA, 2011)

A Cracolândia é uma consequência nítida do avanço do capitalismo selvagem, onde foram segregados e excluídos da sociedade aqueles indivíduos que não se enquadravam na lógica imperialista. Sendo assim, faz-se necessário analisar as políticas públicas que estão sendo desenvolvidas pelo Estado, a fim de manter o bem-estar social dessa parte da sociedade.

Do ponto de vista da ciência econômica, esse estudo também se justifica pelo fato de as esferas governamentais empenharem uma significativa quantidade de recursos nas políticas públicas destinadas à Cracolândia de São Paulo. Isso significa o envolvimento de todo cidadão brasileiro que paga imposto, com a problemática desse espaço.

Área de grande visibilidade midiática e palco de disputas entre os mais distintos interesses sociais, políticos e econômicos, sobretudo do mercado imobiliário, a região que ficou estigmatizada como Cracolândia, situada no centro da cidade de São Paulo, é além de muitas outras coisas, a primeira e mais conhecida cena de venda e uso urbano de crack do Brasil. (FROMM, 2016, p.1)

Até 2012, poucas eram as políticas públicas voltadas para os frequentadores dessa região, todavia após uma violenta operação policial, em 2012, que ficou conhecida como “Operação Sufoco”, esse polêmico e significativo cenário sofreu grandes transformações e passou a ser alvo de inúmeras políticas públicas.

O presente trabalho possui como objetivo analisar as políticas públicas voltadas para a Cracolândia da cidade de São Paulo no período de 2013 a 2018, com ênfase nos aspectos econômicos e sociais concernentes. Para tanto, o trabalho está dividido em três capítulos: no primeiro capítulo, será apresentada uma revisão bibliográfica da história das drogas, passando pela problemática do seu uso e a política proibicionista; no segundo capítulo, será contextualizado o cenário em que a Cracolândia paulista está inserida, explicitando o que é o crack, a sua chegada ao Brasil, a formação da Cracolândia da cidade de São de Paulo, os seus frequentadores até o cenário global em que tal droga se encontra; no terceiro capítulo, discutiremos mais a fundo as políticas governamentais implementadas na Cracolândia durante o período estudado, bem como os interesses envolvidos no mercado de tratamento dos usuários de crack.

# **1. História das drogas: do início ao enfrentamento contemporâneo do crack**

A história das drogas contempla diferentes contextos que vão desde o início da humanidade até o atual contexto de guerra às drogas. O objetivo do capítulo é fazer uma revisão dessa história a partir de uma breve revisão bibliográfica das leis relacionadas ao consumo e à venda dessas substâncias. Assim, ele abordará a história das drogas no início da humanidade, passando pela problemática de seu uso e a política proibicionista e, por último, será discutido o atual contexto de repressão e a perspectiva de novas políticas de redução de danos.

## **1.1 História das drogas**

O consumo de drogas tem acompanhado toda a evolução da humanidade, modificando-se e desenvolvendo-se ao longo do tempo, de acordo com diversos contextos e finalidades (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007). Portanto, é necessário abordar a história das drogas, a fim de compreender a sua origem e sua evolução até os dias de hoje.

Segundo Carneiro (2005), foram as drogas orientais, chamadas de especiarias, que impulsionaram as grandes navegações dos séculos XV a XVII. Durante esse período, entendia-se por droga um conjunto de substâncias derivadas de produtos secos utilizados sobretudo na alimentação e na medicina, ou seja, no período colonial, as drogas eram um conjunto de riquezas exóticas e produtos de luxo destinado ao consumo e ao uso médico. Entende-se, portanto que, nessa época a definição de comida e drogas não era tão precisa.

Ao longo do tempo, as drogas foram sendo imbuídas de múltiplos significados, assumindo também díspares dimensões e formas de consumo. Nos dois últimos séculos, a droga, após atravessar os tempos mais remotos, acabou por assumir uma tripla dimensão: a de mercadoria, como ponto de ligação entre as componentes jurídica, econômica e fiscal; a dimensão lúdica e terapêutica, como fonte de desinibição favorecedora do convívio social e como instrumento de

tratamento médico; e, por último, as dimensões de objeto e de origem do crime, numa perspectiva emergente, sobretudo a partir de meados do século XX (Poiares, 1999<sup>1</sup> apud NUNES, p. 232).

Nessa época, as drogas tinham apenas valor de uso. Mais tarde, as ditas especiarias passaram a ter valor de troca, devido, especialmente, ao surgimento do mercantilismo, que impulsionou a comercialização de outras drogas que eram consideradas mercadorias de luxo como o açúcar, o café, o tabaco, entre outras. (SOUZA, 2015).

Foi com o avanço do capitalismo e da industrialização que iniciaram-se os primeiros conflitos acerca dos psicoativos. Devido a disputas por dominação de grandes mercados, deu-se início a guerra relacionada às drogas, resultando em guerras entre países, como a Guerra do Ópio entre a Inglaterra e a China. (SOUZA, 2015)

Sendo assim, o uso de drogas nem sempre possuiu as conotações que atualmente se conhece, até mesmo as substâncias que eram consideradas drogas foram modificadas com o passar do tempo, ou seja, o consumo de drogas possui raízes históricas e culturais.

Segundo Escohotado (2004), durante muito tempo, as drogas foram utilizadas como um instrumento para entrar em contato com as entidades divinas, funcionando como elo de ligação entre a realidade conhecida e a “vida prometida”. Ela também era utilizada como medicamento para o alívio de sofrimentos ou simplesmente para produzir prazer. (SENAD, 2011). Todavia, passados alguns anos, as drogas deixaram de ser utilizadas para tais fins e passaram a pertencer a empresa científica.

A indústria química passou a se desenvolver durante o século XIX e, através das melhorias de seus processos, foi possível isolar os princípios ativos de inúmeras plantas psicoativas, possibilitando a criação de novas drogas, como a morfina (1803), a heroína (1859) e a cocaína (1859). (DOMANICO, 2006)

Portanto, as drogas sempre foram utilizadas pelos seres humanos desde os primórdios da humanidade e “ao longo da história, cada grupo social determinou as suas regras de utilização e proibição. Isso ocorre ainda hoje, pois países e mesmo religiões diferentes definem de maneira distinta as drogas que podem e as que não podem ser usadas” (SENAD, 2011, p. 274). Até a década de 1950, as drogas não eram vistas como um “problema”, elas

---

<sup>1</sup> POIARES, C.A. Contribuição para uma análise histórica da droga . In: *Toxicodependências*, 5, pp. 3-12.

ainda pertenciam a um universo misterioso, vinculado sobretudo aos opiáceos – morfina e heroína - que eram consumidos por uma parcela marginalizada da população mundial; sendo assim não se tinha importância político-econômica. (OLMO, 1990)

Apesar dessa constatação da criminologista Rosa Del Olmo, cabe ressaltar que na década de 1950 já se havia promulgado algumas leis relacionadas as drogas, como a aprovação da 18ª Emenda do Ato Volstead, em 1919, mais conhecida como Lei Seca, pela qual foi proibida a comercialização e consumo do álcool no território estadunidense. Em 1930, a maconha estava proibida em 16 estados do país, o que culminou na Lei de Taxação da Maconha, que tinha como objetivo a extinção do consumo da erva (SOUZA, 2011). Esses são exemplos de leis que se preocupavam com a demanda por drogas nos Estados Unidos, sendo assim as drogas eram consideradas um problema para esse país, mesmo antes da década de 1950.

A superprodução dos opiáceos, nos laboratórios europeus, era a principal ameaça à saúde pública desde o pós-guerra. Ainda na década de 1950, as observações feitas pelos especialistas internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU), com relação às medidas de controle em termos farmacológicos, médicos e jurídicos, começaram a ser ouvidas. (OLMO, 1990). É interessante notar que a OMS entende como “droga qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (DOMANICO, 2006, p.66).

Logo, a história do consumo de drogas não é recente. Os usos, as substâncias bem como as finalidades foram transformadas ao longo dos anos, de acordo com o contexto em que estavam inseridas. Tais contextos estiveram associados aos tipos diferentes de usos sociais, sendo muitas vezes agravadas por questões políticas e interesses econômicos. A partir desses interesses, algumas drogas foram proibidas, enquanto outras possuem uso legal.

## **1.2 Drogas como problema e a política proibicionista**

São vários os fatores que levaram as sociedades atuais a agravarem o problema das drogas. Com o avanço do capitalismo e da industrialização, criou-se uma sociedade consumista, que busca suprir todos os seus anseios através do consumo seja ele de produtos legais ou ilegais.

Segundo Rodrigues (2005), a proibição das drogas é tida com um ponto de inflexão dentro do tema, porque foi um instrumento de controle social. Afinal, as práticas moralistas associavam determinados grupos minoritários, considerados perigosos para a sociedade devido aos seus hábitos e procedências, às substâncias psicoativas. Ou seja, pessoas que já seriam perseguidas e vigiadas pela sociedade sã, seriam ainda mais acuadas quando atrelada ao uso e comercialização de drogas. Sendo assim, as drogas passam por três níveis de discussão: as drogas como ameaça moral, como questão de saúde pública e como problema de segurança pública.

A partir da Convenção Única sobre Entorpecentes, realizada em Nova Iorque em março de 1961, o proibicionismo, bem como a abolição de todo uso ilegítimo de psicoativos, foi estabelecido como meta das políticas de drogas nos Estados. O efeito imediato é a repressão dos usuários e negociantes dessas substâncias, apoiado por policiais e agentes especiais de repressão. (RODRIGUES, 2005)

O Brasil seguiu os mesmos caminhos percorridos pelos Estados Unidos no âmbito proibicionista e repressor do consumo de drogas. Todavia, o desenvolvimento da economia das drogas atingiu patamares elevados mesmo com políticas de controle social.

Embora o proibicionismo tenha a conotação de perigo relacionado ao uso de drogas, essa concepção não é natural, e sim construída culturalmente e historicamente. Nem todas as drogas lícitas que possuem produção, distribuição e consumo regulamentado por lei, não são nocivas; por exemplo, o álcool que é consumido em diversas ocasiões, proporcionando prazer e confraternização, pode levar a doenças graves ou até fatais, como o infarto, além de estar relacionado a situações violentas e acidentes que matam milhares de pessoas todos os anos. Sendo assim, a separação das drogas entre lícitas e ilícitas não é respaldada somente pelo conhecimento médico, biológico ou psicológico, mas também por interesses econômicos e políticos. (SENAD, 2011)

A legislação proibicionista foi constituída ao longo de muitas décadas, devido a diversos tratados internacionais e a percepção da sociedade sobre os perigos associados ao consumo de drogas, mudando a lista de drogas lícitas e ilícitas constantemente. Um exemplo é a cocaína que era uma droga lícita até o início do século XX no Brasil, como parte da formulação de remédios, e passou a pertencer a lista de drogas ilícitas, pois houve um conjunto de forças sociais, que deu origem a uma série de negociações internacionais, que definiu a proibição de produção, venda e consumo da substância. Hoje a discussão de

proibição das drogas está estritamente relacionada ao crescimento de seu valor como mercadoria, impulsionando o tráfico e o aumento de violência (SENAD, 2011)

Durante os anos 1960, o consumo de drogas passou a ter uma conotação médica, ou seja, o usuário de drogas é considerado um “doente”, a droga um “vírus”, uma “epidemia” ou uma “praga” e o seu consumo é sinônimo de dependência, considerado um problema de saúde pública. O problema da droga se apresenta, então, como “uma luta entre o bem e mal”, onde os culpados eram os traficantes (pequeno distribuidor), que eram vistos pela sociedade como o influenciador a iniciação ao consumo, criando um pânico entre as “famílias de bem”, que tinham os seus filhos como “vítima”. O traficante “geralmente provinha dos guetos, razão pela qual era fácil qualificá-lo de “delinquente”. “O consumidor, em troca, como era de condição social distinta, seria qualificado de “doente” graças à difusão do estereótipo da dependência, de acordo com o discurso médico jurídico.” (OLMO, 1990, p. 34)

Na década de 1970, o discurso sobre drogas dos anos anteriores muda, agora o consumo passa a receber um olhar jurídico, e é nesse sentido que, em “1971, a ONU aprova o Convênio sobre Substâncias Psicotrópicas, e em 1972 o Protocolo que modificava a Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961, para incluir nas listas desta uma série de substâncias que haviam sido excluídas, entre elas as anfetaminas.” (OLMO, 1990, p.43)

É nesse período que se instala o “pânico” em torno da droga na América Latina, através dos discursos dos meios de comunicação. As informações que eram difundidas pelos Estados Unidos sobre o consumo de drogas foram importadas de maneira incoerente pelos “especialistas” latino americanos, o que consistiu o maior problema para o tratamento do assunto nos países da região, pois os diferentes tipos de drogas eram abordados da mesma forma, além de não ser levado em conta as especificidades de cada país. (OLMO, 1990)

As primeiras legislações sobre drogas (Ordenações Filipinas (1603) e Código Criminal do Império de 1830) tinham a ideia de que era necessário estabelecer uma “guerra contra as drogas”, com penas privativas de liberdade a fim de intimidar a sociedade a não consumir tais substâncias. Os usuários deveriam ser afastados da sociedade para serem ressocializados, com o intuito de evitar o surgimento de novos “delinquentes”. Foi essa a cultura dominante das décadas de 1970 e 1980, marcada pela política de “guerra contra as drogas”, que deveria ser combatida por meio da punição e repressão do usuário, considerado marginal, “que poderia ser corrigido com uma boa surra pedagógica aplicada no ambiente familiar” (SENAD, 2011, p. 38). Sendo assim, a guerra não era contra as drogas, mas sim

contra o usuário, acreditava-se que, vencendo os usuários, vencer-se-ia as drogas, pois nessa concepção só existe o tráfico porque existe o usuário, por isso a guerra deve ser contra ele.

Essa legislação foi implementada pelos Estados Unidos após a Guerra Fria nos anos 1980, o que influenciou na direção das políticas para as drogas nos demais países do Ocidente. No Brasil até os 1990, não havia nenhuma política específica para as drogas, havia baixíssimo investimento governamental nesse âmbito e as ações eram focadas na repressão. A estratégia adotada para a prevenção do uso de drogas era copiada dos Estados Unidos, via programa “Diga não às drogas”, enfatizando os aspectos aterrorizantes como forma de distanciar a sociedade dessas substâncias. (SENAD, 2011).

Todavia, essa legislação não representou efetividade alguma, a pena punitiva simplesmente agravou a situação, pois a suposição de que a punição mudará o ser humano que descumpriu a lei ou evitará que outros a descumpram através do amedrontamento, é totalmente equivocada. O uso de drogas não pode ser simplificado a uma questão de legalidade ou ilegalidade, o problema envolto ao consumo de drogas é muito mais amplo do que a legislação, envolve fatores sociais, culturais, históricos, psicológicos e políticos.

### **1.3 Da repressão à redução de danos**

A história da política de drogas brasileiras começou em 06 de julho de 1921, quando o então presidente, Epitácio Pessoa, sancionou o decreto nº 4.294, onde eram estabelecidas multas para os vendedores de cocaína, ópio, morfina e seus derivados, bem como internação aos intoxicados por álcool ou substâncias venenosas (BRASIL, 1921). Outros dois marcos nessa história, foi o decreto de fiscalização de entorpecentes nº 891 de 25 de novembro de 1938, elaborado pela primeira Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), no Estado Novo de Getúlio Vargas; e a lei n. 6.368 de outubro de 1976, que vigorou por três décadas, estimulando a repressão ao tráfico e ao uso de substâncias psicoativas – devido ao seu artigo 10, onde é estabelecido o tratamento sob regime de internação hospitalar, quando o quadro clínico do dependente for considerado grave, essa lei acentuou a medicalização dos usuários de tais substâncias e diminuiu as internações compulsórias (MACHADO; BOARINI, 2013). Em 1980, foi fundado o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, através do decreto nº 85.110, que tinha como principal objetivo formular a política nacional de entorpecentes, sendo “... necessário dizer que tais marcos definem o

aumento da repressão, das penas e do confinamento de usuários de drogas.” (BRANDÃO; CARVALHO, 2017, v.14, p. 188)

Somente em 1998, o Brasil passou a contar com uma política específica relacionada ao problema das drogas, a fim de reduzir tanto a sua demanda, quanto a sua oferta. Até então, o nosso ordenamento jurídico tinha como pilar a repressão centrada no usuário. A lógica era “extinguindo-se os usuários, acabam-se os problemas”, ou seja, a problemática da presença da droga na sociedade era reduzida ao usuário. Após a realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, onde foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderido pelo Brasil, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (SENAD) com o objetivo de coordenar a Política Nacional Antidrogas, coube ao SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira sobre drogas. (SENAD, 2011)

Em 2002, através do Decreto Presidencial 4.345, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), que foi atualizada em 2004, devido a uma participação popular, que levantou dados epidemiológicos cientificamente comprovados. Como resultado da mudança política passou então a chamar-se Política Nacional sobre Drogas. (CETOLIN ET AL, 2013)

De acordo com Senad (2011), a Política Nacional sobre Drogas é responsável por estabelecer os fundamentos, os objetivos e as estratégias, a fim de reduzir a demanda e oferta de drogas de forma planejada e articulada. Essa política consiste em um ponto de inflexão na história da abordagem da questão das drogas no país.

No campo legislativo e das políticas públicas relacionadas a drogas, tem-se ainda a Lei 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), nela reconhece-se a distinção entre usuários e traficantes de drogas, os quais são tratados de forma diferenciada e ocupam capítulos distintos da lei. E, dentre os atos regulamentares relacionados ao tema, destacam-se o Decreto Presidencial 7.179/2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. (Cetolin et al, 2013, p. 25)

A Lei 11.343/2006 não descriminalizou a posse de drogas ilegais para uso próprio. O que diferencia essa lei das primeiras legislações sobre drogas é o entendimento sobre a problemática que envolve o usuário de drogas, compreendeu-se que as penas privativas de liberdade não venceram a guerra às drogas. (SENAD, 2011)

A lei dedica o seu artigo 28 especialmente ao usuário de drogas, nele é estabelecido que toda pessoa que for abordada trazendo consigo drogas para o consumo pessoal sem autorização, será submetida as seguintes penas: “i) advertência sobre os efeitos das drogas; ii) prestação de serviço à comunidade e iii) medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo.” (PRESIDÊNCIA, 2006, n.p.) Com tais medidas os usuários deixam de cumprir penas privativas de liberdade, todavia cabe ao juiz a determinação se a droga se destinava a consumo pessoal, levando em consideração à “quantidade apreendida, o local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e os antecedentes do agente” (PRESIDÊNCIA, 2006, n.p.). Nesse artigo também é estabelecido que cabe ao juiz determinar “ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado” (PRESIDÊNCIA, 2006).

O artigo 33 da lei é referente ao traficante de drogas, definido por ela como toda pessoa que “importa, exporta, remete, prepara, produz, fabrica, adquire, vende, expõe a venda, oferece, tem em depósito, transporta, traz consigo, guarda, prescreve, ministra, entrega a consumo ou fornece drogas” (PRESIDÊNCIA, 2006, n.p.) ou matéria-prima, insumos ou produtos químicos destinado à sua preparação, ainda que gratuitamente, sem autorização, ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar. A ele cabe reclusão de 5 a 15 anos.

Ou seja, a distinção entre usuários e traficantes de drogas feitas pela lei estão presentes nos dois artigos apresentados. Comparando-os, percebe-se que a linha de separação entre ambos é muito tênue; a lei é muito vaga com relação aos aspectos a serem analisados durante a ação, dando margem a diversas interpretações, além de a decisão de qual pena será aplicada, estar toda centralizada na figura do juiz. Tais aspectos fizeram com que se reduzissem de maneira drástica as prisões de usuários; todavia ocorreu um substancial aumento das prisões por tráfico de drogas, sendo que, de acordo com Brandão e Carvalho (2017), 50% das apreensões foram realizadas com o “traficante” portando menos de 10 gramas de substância proibida. Podemos concluir, assim, que a lei 11.343 reflete em uma grave consequência que é o encarceramento em massa.

O conjunto regulatório que demarca evolução da guerra às drogas, composto por leis que foram “aprimoradas” nas décadas de Estados de Exceção (Estado Novo 1937-1945 e Ditaduras Militar 1964-1985), não reduziu seu caráter repressivo nos governos democráticos seguintes. O Estado neoliberal brasileiro tem

início com Collor de Mello e Itamar Franco, mas consolida-se na chamada Era FHC (1995-2002), segue assim nos governos do PT (Lula 2003-2007 / 2008-2011 – Dilma 2012-2015 / 2016). Muito embora há que se destacar as diferenças nos projetos (PSDB-PT), no último caso, alguns autores preferem chamar de Estado social-liberalismo. Em todo caso foi justamente entre 1990 e 2014 que se deu aquilo que Taigara Libano chamou de “A era do Grande Encarceramento”. A população carcerária brasileira em 1990 era de 90 mil e chegou a 607 mil em 2014, um aumento de 575%, dados estes que nos permitem denominar o Estado liberal brasileiro de Estado penal. (BRANDÃO; CARVALHO, 2017, v.14, p. 188)

Sendo assim, a guerra às drogas têm implicado em um grande encarceramento. Segundo o Conselho Nacional de Justiça no ano de 2019, contabilizou-se 812 mil brasileiros presos, apresentando um crescimento de 8,3% ao ano. Com isso, o Brasil passa a ser o terceiro colocado no ranking de maior população carcerária do mundo, ficando atrás somente dos EUA e China. De acordo com Luiz Felipe Barbiéri (2019) o número de presos no país pode chegar a quase 1,5 milhão em 2025.

Segundo o Ministério da Justiça e Secretaria da Administração Penitenciária (ANO), somente no estado de São Paulo, o número de apreensões por tráfico de drogas cresceu 508% nos últimos 12 anos, enquanto que a população carcerária do estado cresceu 64% no mesmo período (2005-2017), devido a lei de combate ao tráfico de drogas de 2006.

Todavia, a política nacional de drogas brasileiras não é exclusivamente repressiva. “Se a produção de leis e normas objetivando o recrudescimento penal sobre drogas cresceu acentuadamente a partir de 1990, nota-se também significativos avanços legais voltados para o aperfeiçoamento na atenção aos usuários de drogas.” (BRANDÃO; CARVALHO, 2017, p. 189)

Ou seja, tais políticas passaram por um agravamento desde a instauração da democracia no país, tendo como marco a lei apresentada acima. “Verificamos, assim, aparentemente a coexistência de dois Estados, um Estado penal caracterizado pelo acirramento das penas para tráfico de drogas e um Estado terapêutico que ampliou suas redes de atenção envolvendo parcerias públicas e privadas” (BRANDÃO; CARVALHO, 2017, p. 186)

Isto é, as primeiras décadas do século XX, revelam que a problemática das drogas no Brasil estava estritamente ligada às questões de segurança pública, tendo como foco a repressão ao invés de prevenção. Sendo assim, até a década de 1980, todo o orçamento

público era voltado para ações de redução de oferta de drogas ilícitas, zerando os investimentos em saúde pública com tratamentos e prevenções. Essa falha da saúde pública permitiu que as comunidades terapêuticas de caráter não governamental e religioso se expandissem até os dias atuais, diminuindo a responsabilidade do Estado de prestar assistência aos usuários de drogas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Todavia, a partir da lei 11.343/2006, as comunidades terapêuticas (CTs) “passaram a integrar oficialmente a rede pública de atenção e cuidado a usuários de drogas, e tornaram-se elegíveis ao financiamento público” (IPEA, 2018, p.7), as verbas destinadas ao financiamento das CTs são provenientes do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e são repassados pela Senad/MJ. Apesar de estados e municípios já financiarem essas instituições à algum tempo, o governo federal iniciou o seu financiamento em 2011, através do programa Crack, É Possível Vencer<sup>2</sup>.

Os primeiros tratamentos oferecidos aos usuários problemáticos de substâncias psicoativas eram as internações em hospitais psiquiátricos ou casa de recuperação, ou seja, o indivíduo era retirado de seu convívio social e submetido a uma disciplina que pregava abstinência como cura. Com a reforma psiquiátrica da segunda metade do século XX, esse tipo de tratamento perdeu forças, dando espaço a uma nova configuração no tratamento de dependentes químicos, onde serviços públicos são conectados a iniciativas da sociedade civil. (BRANDÃO; CARVALHO, 2017)

Resumindo, o Brasil tem seguido uma linha de política sobre droga onde os usuários são vistos como doentes e, portanto, precisam de tratamento. Sendo que, as opções de tratamento adotadas acabam por ignorar o contexto em que tal usuário está inserido, focando apenas na abstinência, ou seja, somente na substância, no quesito químico ou biológico, não olhando para o indivíduo de forma integrativa, cidadã.

No cenário internacional, o Brasil recebeu lugar de destaque após a instituição do SISNAD, ao prescrever medidas de prevenção de uso indevido e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre droga. Sendo assim, a

---

<sup>2</sup> O programa “Crack, é possível vencer” será abordado com maior profundidade no terceiro capítulo do presente trabalho.

justiça restaurativa, que tem como objetivo a ressocialização, passou a ocupar o lugar da justiça retributiva, baseada no castigo (CETOLIN ET AL, 2013).

Esse modelo de política pública é denominado por políticas de Redução de Danos, definido por “um conjunto de estratégias que visam minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente ter de se abster do seu uso” (DOMANICO, 2006, p. 67), e já eram utilizadas desde o início do século XX. Na Holanda, na década de 1980, os usuários de drogas injetáveis exigiram do governo serviços que diminuíssem a contração de hepatite B. Na mesma época, em Amsterdã, é fundada a “Junkiebond” (associação de usuários de droga injetáveis) que, preocupada com a saúde dos usuários de drogas injetáveis, mais especificamente com a disseminação de Hepatite B, inicia em 1984, com o apoio do governo, um projeto de troca de agulhas e seringas usadas por novas (PTS). Mais tarde, quando é comprovado a transmissão do vírus HIV por vias sanguíneas, essa passa a ser mais uma meta do projeto (Bastos, 1994<sup>3</sup> *apud* DOMANICO, 2006). Ou seja, as políticas de Redução de Danos baseiam-se em princípios de pragmatismo, tolerância e compreensão da diversidade, oferecendo alternativas de cuidado à saúde aos usuários que não querem ou não conseguem interromper o uso de drogas, a fim de promover mais qualidade de vida aos mesmo, além de prevenir uma série de doenças.

No Brasil, as estratégias de Redução de Danos foram implementadas em decorrência da preocupação com o crescimento do contágio com o HIV entre usuários de drogas injetáveis. Para estes, as estratégias incluem a troca de seringas usadas por seringas estéreis e descartáveis, a distribuição de preservativos, a disponibilização de informações sobre como utilizar o equipamento de injeção com menos risco de contaminação e sobre cuidados para a prática de sexo seguro. Além disso, os usuários recebem informações sobre serviços de saúde para a realização de exames e de tratamento para problemas clínicos e para dependência de drogas. Assim a atividade de troca de seringa não é um fim em si, mas um serviço oferecido com muitos outros cujo objetivo geral é a preservação da saúde. (SENAD, 2011, p. 280)

---

<sup>3</sup> BASTOS, F. I. Singular e plural: como se conjuga o verbo prevenir? In MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. Drogas e Aids estratégias de redução de danos. São Paulo: Ed. Hucitec; 1994. Ruína e reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS e UERJ; 1996.

No Brasil, as primeiras ações de Redução de Danos foram realizadas na cidade de Santos em 1992, devido às altas taxas de contração do vírus HIV pelos usuários de drogas injetáveis nessa região. O primeiro programa foi criado pelo médico sanitário David Capistrano, onde eram distribuídas seringas aos usuários de drogas injetáveis. Todavia, as ações foram interrompidas logo no início, devido a uma repressão policial que interpretou as mesmas como apologia e incentivo ao uso de drogas. Em 1994, o CONFEN demonstrou apoio às ações de Redução de Danos, que impulsionou a realização do primeiro programa brasileiro de Redução de Danos na Bahia em 1995. O programa estabeleceu como ações a intervenções de campo voltadas para os usuários de drogas, fornecendo informações sobre o HIV/AIDS e distribuindo insumos para reduzir o risco de infecção.

Desse modo, as ações de Redução de Danos foram impulsionadas pelas altíssimas taxas de prevalência de soro positividade para o HIV, por usuários de drogas injetáveis. Contudo, mais tarde, as ações de Redução de Danos foram ampliadas para os problemas relacionados ao uso de drogas não injetáveis, como o caso do crack (SENAD, 2011).

É dentro desse contexto de políticas públicas voltadas para os usuários de drogas, que consiste a análise do presente trabalho, com o recorte para a cidade de São Paulo, no período de 2013 a 2018.

## 2. O mercado de crack

Para que se faça compreender o objeto de pesquisa do presente trabalho, é necessário primeiro apresentar os significados do contexto em que a Cracolândia paulistana está inserida. Para tanto, neste capítulo, definiremos o que é o crack, a sua chegada ao Brasil, a formação da Cracolândia da cidade de São de Paulo, os seus frequentadores até o cenário global em que tal droga se encontra.

### 2.1 O que é o Crack?

A história do cloridrato de cocaína tem início em 1857, com a descoberta da cocaína, através de uma expedição austríaca, quando a folha de coca foi levada para o químico alemão Albert Nieman, o qual extraiu da planta o alcaloide cocaína (LARANJEIRA; JUNGERMAN; DUNN, 2003<sup>4</sup> *apud* SOUZA, 2011). A princípio, a chegada da droga não teve muita aderência pelo mercado, pois até então, a folha de coca era utilizada pelos nativos de regiões de grandes altitudes, com a finalidade de suportar a falta de oxigênio; por isso, em 1884, foi necessário Albert Nieman comprovar as propriedades anestésicas da substância, para que seu consumo crescesse. Todavia, a cocaína não foi aderida por muitos, devido ao seu elevado preço. (NEVINNÝ, 2003<sup>5</sup> *apud* SOUZA, 2011).

A cocaína é extraída da folha de coca, uma planta que pertence a um conjunto de “plantas da família das *Erithroxilaceae* e ao gênero *Erythroxylum*, composto de mais de 250 espécies, das quais mais de 200 são nativas dos trópicos americanos”. (NETTO, 2013, p. 15) A coca floresceu nas florestas úmidas da América do Sul e com o passar do tempo se adaptou às condições climáticas e de solo das regiões montanhosas do Peru, Bolívia e Colômbia (NETTO, 2013).

A planta desenvolve-se em regiões tropicais, com altitude entre 650 a 1700 metros, podendo chegar a até 5 metros de altura e vida média entre 40 e 50 anos. O alcaloide cocaína

---

<sup>4</sup> LARANJEIRA, Ronaldo; JUNGERMAN, Flávia; DUNN, John. **Drogas** – maconha, cocaína e crack – conhecer e enfrentar. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2003.

<sup>5</sup> NEVINNÝ, Joseph. The Coca Leaf – A pharmacognostic treatise. In: KARCH, Steven B. **A history of cocaine: the mystery of coca java and the new plant**. Londres: Royal Society of Medicine Pr Ltd, 2003. p. 11-49

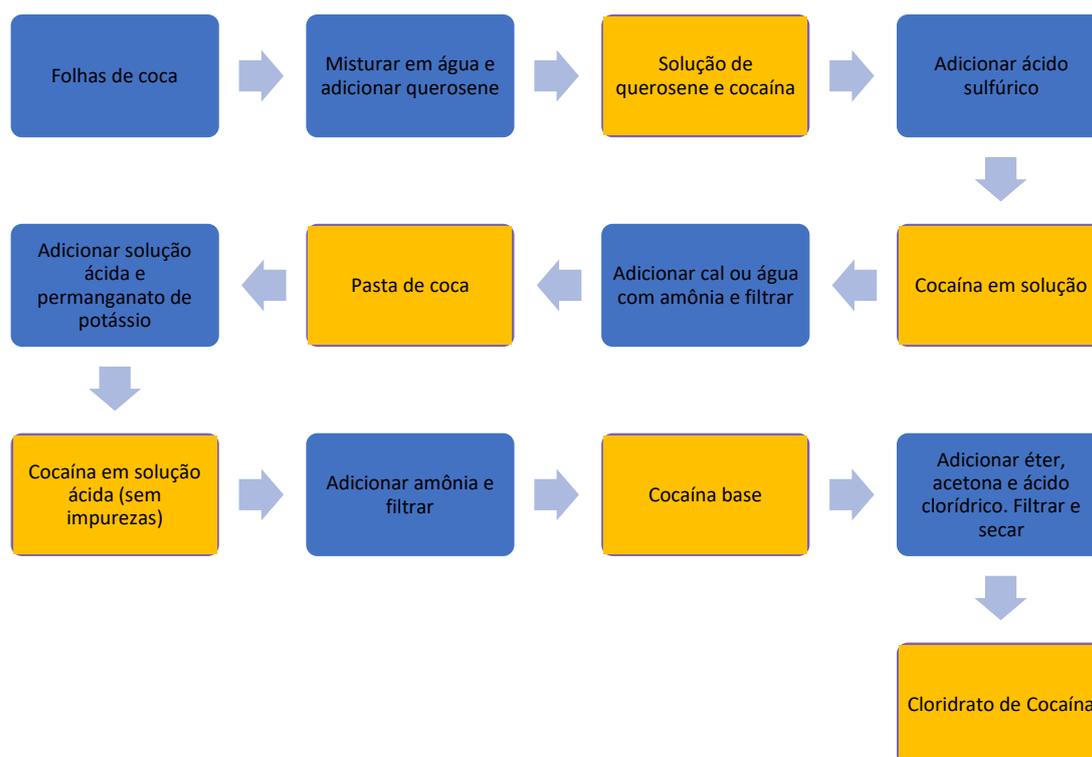
é encontrado em maior concentração nas folhas de gênero *Erythroxylum coca*, variando entre 0,1 e 1,5% por peso seco. (NETTO,2013)

A folha da coca (*Erythroxylum coca*) é utilizada há milhares de anos na América Latina; o seu uso tem raízes nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes, há mais de 4500 anos. A planta era utilizada pelos indígenas com a finalidade de suprimir as sensações de fome, frio e cansaço, causadas pela atitude, pelas longas jornadas de atividades laborais pesadas e caminhadas que duravam dias. As folhas de coca também eram consumidas em festas e viagens longas para a descontração, devido ao seu efeito estimulante. Também possuía valor de troca, sendo utilizada como “moeda” para a compra de outras mercadorias nas regiões em que eram produzidas, além de estarem associadas as práticas religiosas. (NETTO, 2013).

A folha de coca é mastigada junto com alguns produtos alcalinos, como cal e cinzas, a fim de liberar a cocaína presente nas folhas, que produz efeitos psicoativos. “Após o reconhecimento das propriedades da cocaína pelos cientistas ela passou a ser utilizada de diversas maneiras, inicialmente por injeção endovenosa ou por aspiração intranasal.” (DOMANICO, 2006, p. 10)

Para chegar ao pó (cocaína), é necessário que logo após a colheita, as folhas de coca sejam colocadas ao sol, para uma rápida secagem. Assim que finalizada a secagem, as folhas são transformadas em pasta-base. Para tanto, são moídas e colocadas em uma prensa, com ácido sulfúrico, querosene ou gasolina, onde são comprimidas até formarem uma base contendo até 90% de sulfato de cocaína. O processo seguinte, a obtenção da pasta, é mais complexo e exige equipamentos sofisticados; nesta etapa, a pasta é dissolvida em ácido hidrolórico, a fim de retirar as impurezas do sulfato de cocaína e produzir o cloridrato de cocaína. Nessa forma, a droga já pode ser ingerida, aspirada ou dissolvida em água para ser injetada. (DOMANICO, 2006)

Figura 1: Produção de cloridrato de cocaína



Fonte: Elaboração própria.

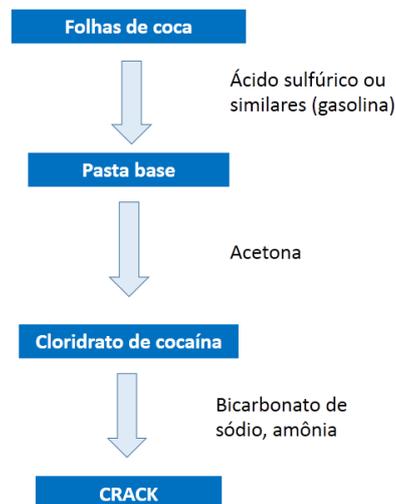
Há duas formas básicas da pasta de cocaína, a *lavada* e a *chicleada*. Adicionando ácido clorídrico à pasta de coca obtêm-se a pasta lavada, que é de cor branca e possui até 90% de sulfato de cocaína. A pasta *chicleada* (possui esse nome pois tem a mesma consistência de uma goma de mascar) é obtida a partir da queima da pasta base, que libera um óleo, que, quando ainda quente, se misturado com água, solidifica-se. (NETTO, 2013)

O passo seguinte da extração consiste na dissolução da pasta base em acetona, éter ou em uma mistura de ambas. Prepara-se uma solução diluída de ácido clorídrico em acetona. As duas soluções são misturadas e quase imediatamente forma-se o *cloridrato de cocaína* (COC.HCl) que precipita no fundo do recipiente usado. A solução é despejada sobre lençóis, de tal forma que o cloridrato é filtrado do solvente. Os lençóis são secos de modo a eliminar o excesso de acetona, e o cloridrato de cocaína de alta qualidade é desidratado em forno micro-ondas, sob lâmpadas aquecidas ou à luz solar, e então empacotado para comércio. (NETTO, 2013, p. 26)

Para chegar ao crack, a produção não para por aí, o cloridrato de cocaína é dissolvido em água, adiciona-se bicarbonato de sódio, e aquece-se a mistura, que ao secar adquire a

forma de pedra que ao ser acesa libera um vapor de cocaína (DOMANICO, 2006). O crack apresenta menor grau de pureza, pois, além de carregar os adulterantes do cloridrato de cocaína, possui resíduos das substâncias utilizadas em sua extração, de tal forma que sua porcentagem de pureza chega no máximo à 40%.

Figura 2: Processo simplificado de produção de crack



Fonte: Elaboração própria.

O crack pode ser utilizado de diferentes formas, como “cigarro”, misturado com maconha ou tabaco envoltos em uma seda, em cachimbos, latas de alumínio ou em copos de água, onde a pedra é acesa com as cinzas de cigarros depositadas no fundo do recipiente (DOMANICO, 2006). As cocaínas fumáveis (basuco, crack e freebase) são substâncias voláteis, após serem acesas, elas passam de sólida para gasosa em instantes, já o pó (cloridrato de cocaína) possui ponto de infusão mais alto, o que impede de ser fumado. (NETTO, 2013)

Sendo assim, o crack logo se tornou a droga popular das camadas mais baixas da sociedade, devido ao seu preço reduzido com relação à cocaína. Isso acontece, pois fumar é a forma mais rápida de levar uma droga ao cérebro; conseqüentemente, era necessária uma quantidade bem menor de crack para se produzir o mesmo efeito da cocaína, que era considerada a melhor droga da época. Tal fato, também permitiu que os produtores auferissem maior lucro sob a pasta-base.

## 2.2. Quem são os usuários de crack do Brasil?

Após esclarecido qual é a substância que o presente trabalho aborda, bem como a sua origem e produção, é necessário entendermos quem são os usuários de crack do Brasil, quais as suas características, onde estão localizados e como se dá o consumo de tal droga. Para isso, será utilizado como referência duas pesquisas realizadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), sendo elas: o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizado entre 2014 e 2015, mas publicado somente em 2019, devido a interesses políticos; e a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, realizada em 2012, e publicada em 2014.

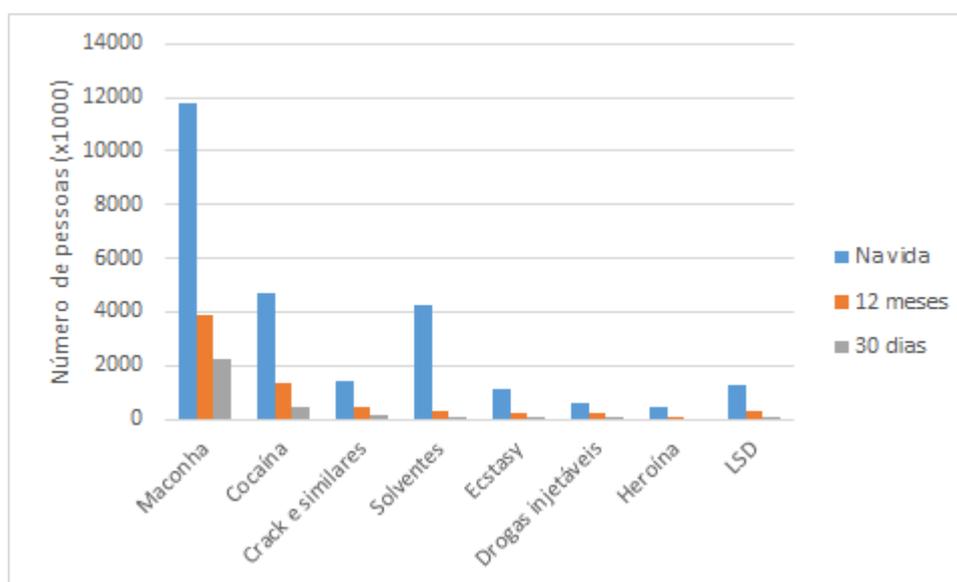
De acordo com o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, atualmente mais de 26,3 milhões de brasileiros já consumiram alguma substância ilícita pelo menos uma vez na vida. Se fizermos um recorte temporal de um ano anterior à pesquisa, temos que aproximadamente 7 milhões de pessoas ainda faziam uso de drogas no Brasil, ou seja, uma prevalência de uso 4,8%.

Os gráficos 1 e 2 revelam a distribuição desse consumo por tipo de substância ilícitas. A partir deles, pode-se observar que as substâncias com maiores prevalência de uso na vida são a maconha, cocaína e solventes. Todavia, com o passar do tempo, os solventes passaram a ser menos utilizados e o crack passou a ser a terceira droga mais consumida pelos brasileiros, esse é um dos fatos que levam os governantes a afirmarem haver uma epidemia do crack no país<sup>6</sup>. Isso pode ser efeito da disponibilidade das drogas, dos preços, da sazonalidade do consumo ou mesmo flutuações dos padrões de uso em diferentes momentos do ciclo de vida de cada pessoa.

---

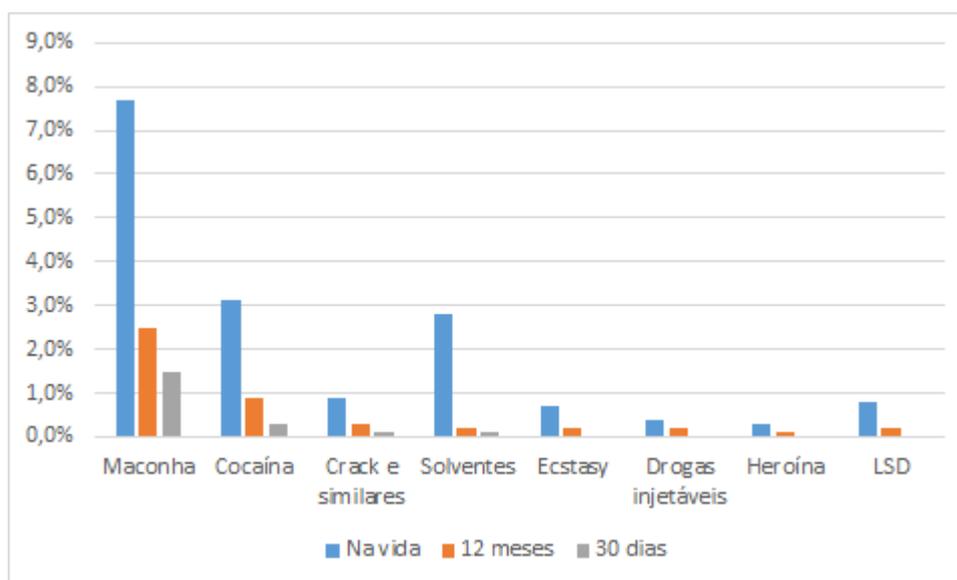
<sup>6</sup> Essa pesquisa revela não haver uma epidemia do crack no Brasil, dado que a sua prevalência de uso é de apenas 0,3%. Talvez esse tenha sido o motivo da pesquisa não ter sido divulgada assim que concluída, pois tal fato vai contra as políticas implementadas.

Gráfico 1: Número de pessoas de 12 a 65 anos que consumiram substâncias ilícitas na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, Brasil, 2014



FONTE: III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, 2017. Elaboração Própria.

Gráfico 2: Prevalência do consumo de substância ilícita entre pessoas de 12 a 65 anos, Brasil



FONTE: III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, 2017. Elaboração Própria.

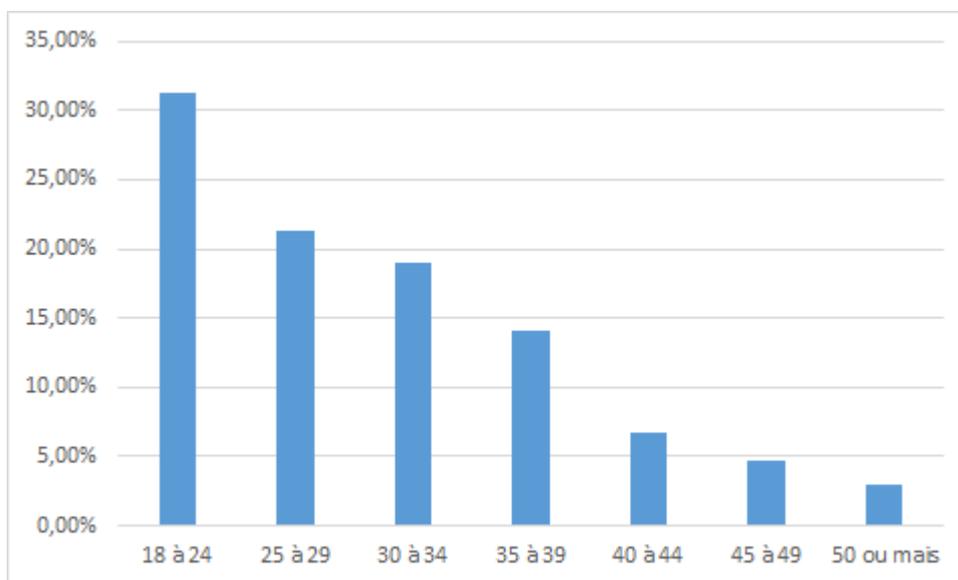
Observa-se também que o consumo de maconha é cinco vezes maior do que a de outras drogas, sendo que essa não é considerada uma substância ilícita por muitos países -

todavia, esse consumo não é objeto de pesquisa do presente trabalho. Apesar de o crack e/ou similares possuir baixa prevalência de uso, os usuários de tais drogas tem sido alvo de inúmeras políticas públicas, baseada em uma epidemia do crack, por isso faz se necessário entender que são essas pessoas.

Posteriormente a emergência das cenas de uso de crack nos grandes centros urbanos no Sudeste do país na presente década, as perguntas mais feitas pelas mídias e pelos estudiosos era: “Quem são as pessoas observadas nas cenas de uso? Quantas elas são?”. Nesse sentido, a SENAD junto com o Ministério da Saúde encomendou da Fiocruz a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, que buscou responder a essas perguntas e sanar a falta de informações sobre assunto.

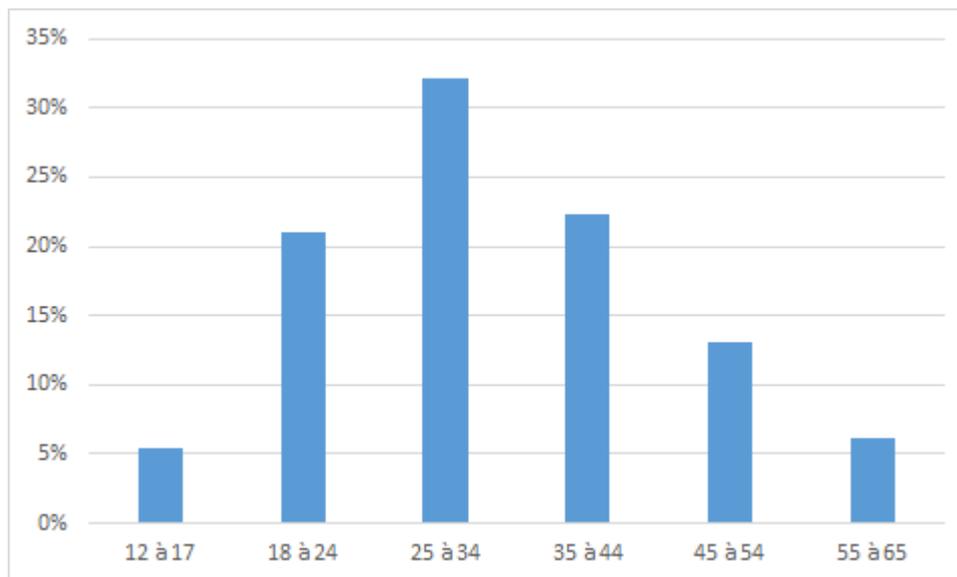
A pesquisa revelou que os usuários de crack são em sua maioria adultos jovens, com idade média de 30,28 anos, sendo que  $\frac{1}{3}$  deles está concentrado na faixa etária de 18 a 24 anos. Todavia, a pesquisa entrevistou apenas usuários com idade superior a 18 anos. Sendo assim, não foi possível estimar a quantidade de crianças presentes nas cenas de uso, e a média de idade ficou mais elevada do que geralmente se supõe. Já no III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, a distribuição dos usuários por faixa etária foi mais normal, isto é, não há uma concentração muito grande de usuários em apenas uma faixa etária, sendo que a maioria dos usuários (32,17%) possuem entre 25 e 34 anos. Isto ocorre, pois não foram entrevistados apenas os usuários de crack, nem somente os adultos, mas também as crianças a partir de 12 anos. Podemos observar tais diferenças nos gráficos 3 e 4.

Gráfico 3: Faixa etária dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012



FONTE: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, 2014. Elaboração Própria.

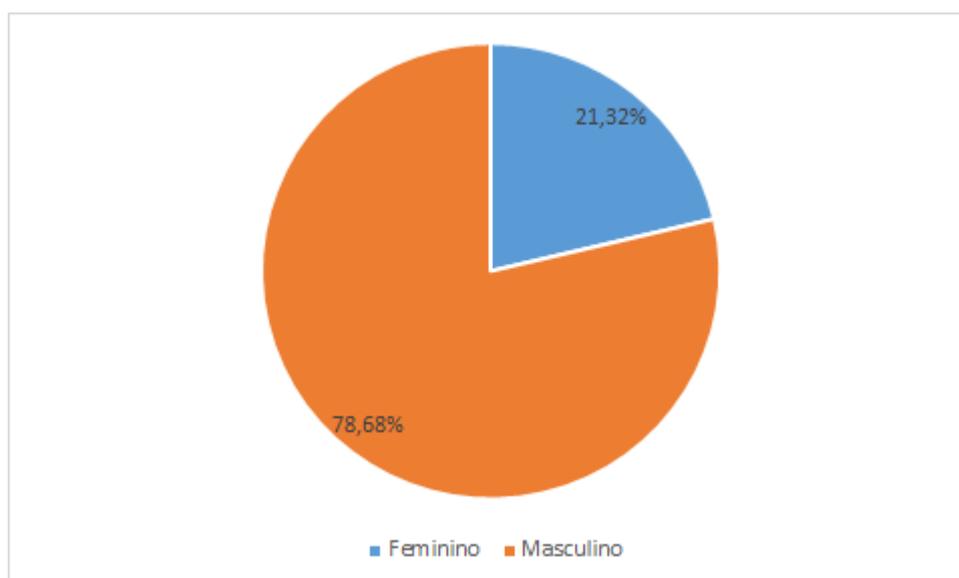
Gráfico 4: Faixa etária dos usuários de drogas ilícitas, Brasil, 2015



FONTE: III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, 2017. Elaboração Própria.

O gráfico 5 exibe a distribuição dos usuários de crack por sexo, por ele podemos perceber que tais usuários são predominantemente do sexo masculino (78,68%), seguindo a mesma distribuição encontrada III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas da População Brasileira. Contudo, essa não é a mesma distribuição por sexo da população brasileira obtida no Censo (IBGE) 2010, onde 48,97% da população pertencem ao sexo masculino e 51,03% ao sexo feminino.

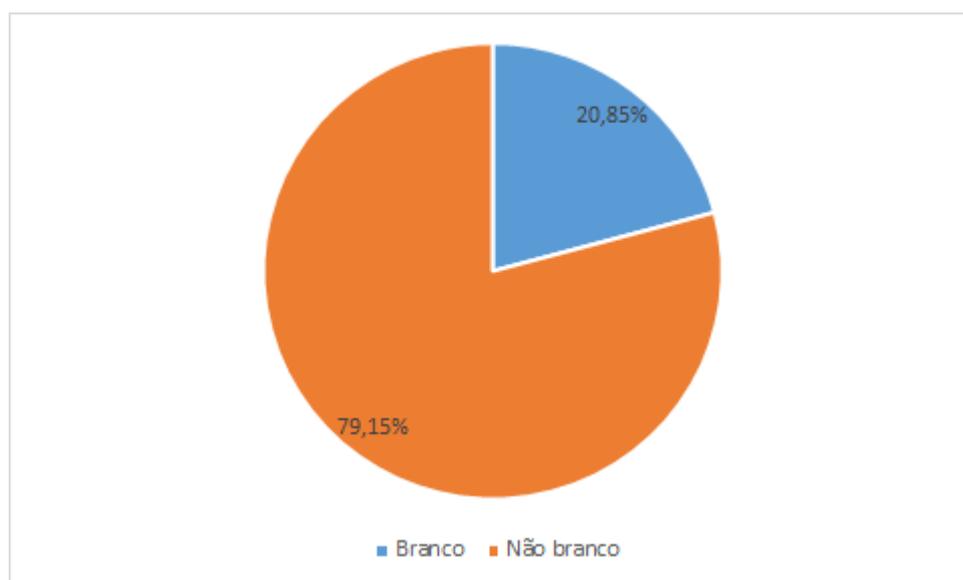
Gráfico 5: Sexo dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012



FONTE: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, 2014. Elaboração Própria.

A Pesquisa Nacional sobre o uso de crack ao observar a cor/raça dos usuários separou eles entre brancos e não brancos, sendo que os não brancos correspondem a categorias definida pelo IBGE como pretos e pardos, a pesquisa não considerou os indígenas e asiáticos, pois a presença deles nas cenas de uso eram insignificantes. Sendo assim, o resultado obtido foi de que 79,15% dos usuários de crack no Brasil não são brancos. Se compararmos essa distribuição com a população geral do país, de acordo com o último Censo (IBGE) realizado em 2010, os não brancos correspondiam a aproximadamente 52% da população brasileira, o que indica uma sobre representação de pretos e pardos nas cenas de uso, reafirmando a situação de vulnerabilidade social de tais raças no país. Cabe observar que essa também foi a distribuição de raça/cor encontrada no III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas da População Brasileira.

Gráfico 6: Cor/raça dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012



FONTE: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, 2014. Elaboração Própria.

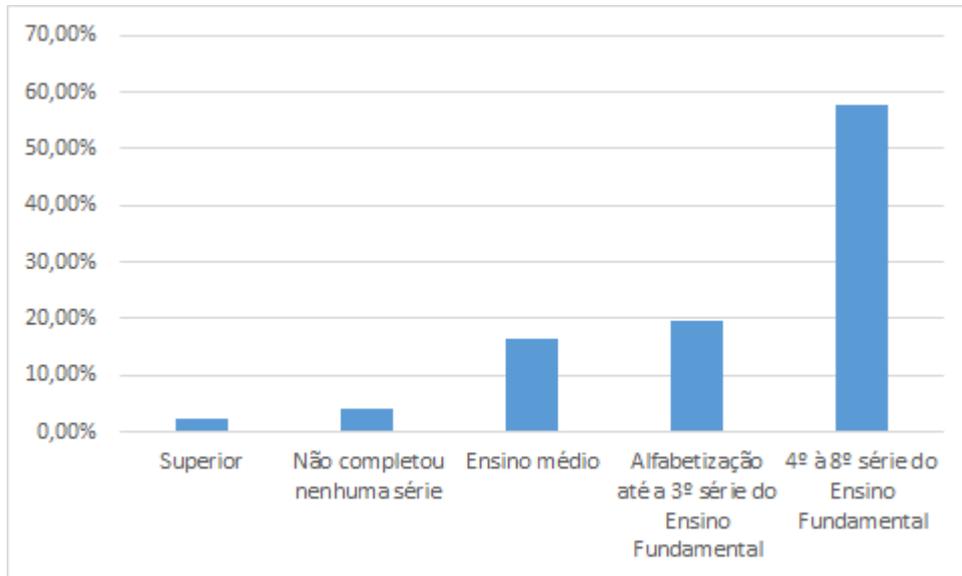
Quando analisado a escolaridade dos usuários de crack e/ou similares, a Pesquisa Nacional sobre o uso de crack revelou que poucos são aqueles que cursaram ou concluíram o ensino médio e é baixíssimo o número de usuários que possuem ensino superior, ou seja, os usuários de crack do Brasil possuem baixa escolaridade. A pesquisa também aponta que a ampla maioria dos usuários esteve em algum momento na escola, reforçando assim a importância de programas de prevenção no âmbito escolar em todos os níveis de escolarização, além de empenhos para reduzir a evasão escolar e a capacitação do quadro de funcionários da escola, para dar suporte população às voltas com problemas psicossociais.

Entretanto, esse não é o mesmo resultado obtido no III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas da População Brasileira: existe uma diferença significativa no consumo em relação à escolaridade, a maioria dos brasileiros que declararam já ter consumido substâncias ilícitas algumas vezes na vida possuem ensino médio completo e superior incompleto (36%). Podemos supor que essa diferença ocorreu devido à alta prevalência de uso da maconha, pois na primeira pesquisa foram entrevistados apenas os usuários de crack já na segunda foram entrevistados toda a população brasileira que já consumiu droga alguma vez na vida.

Não se pode fazer uma comparação simplista desses resultados com o restante da população brasileira, pois tanto o Censo 2010 quanto a PNAD Contínua de 2016, avaliam o nível de escolaridade da população de acordo com a faixa etária, estratificação essa, não feita nas pesquisas da FIOCRUZ, o que se pode dizer com base no Censo 2010 é que o nível de

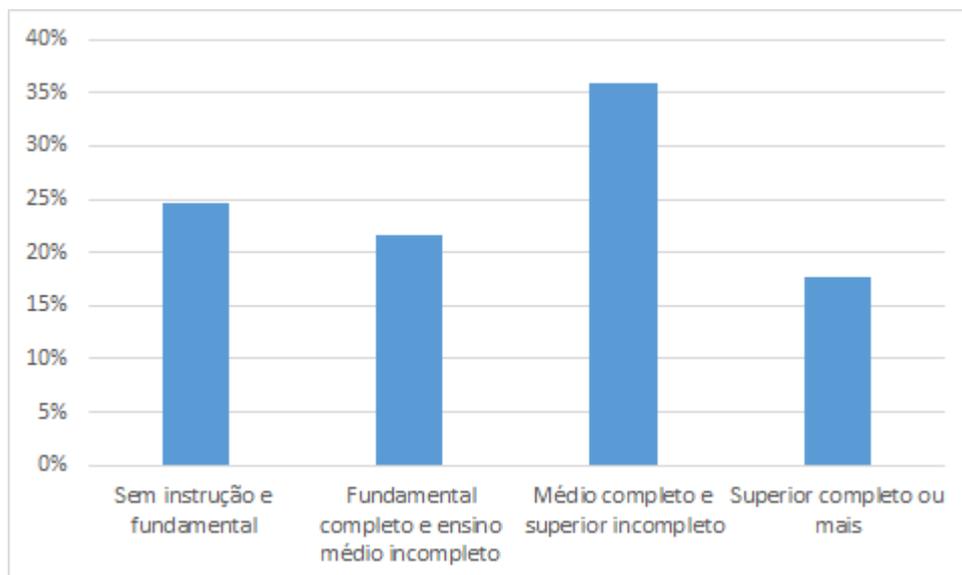
instrução dos brasileiros tem aumentado, todavia apenas 7,9% da população possui ensino superior completo, no III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas da População Brasileira esse número é superior a 17%.

Gráfico 7: Escolaridade dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012



FONTE: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, 2014. Elaboração Própria.

Gráfico 8: Escolaridade do número de pessoas que consumiram alguma vez na vida drogas ilícitas, Brasil, 2015

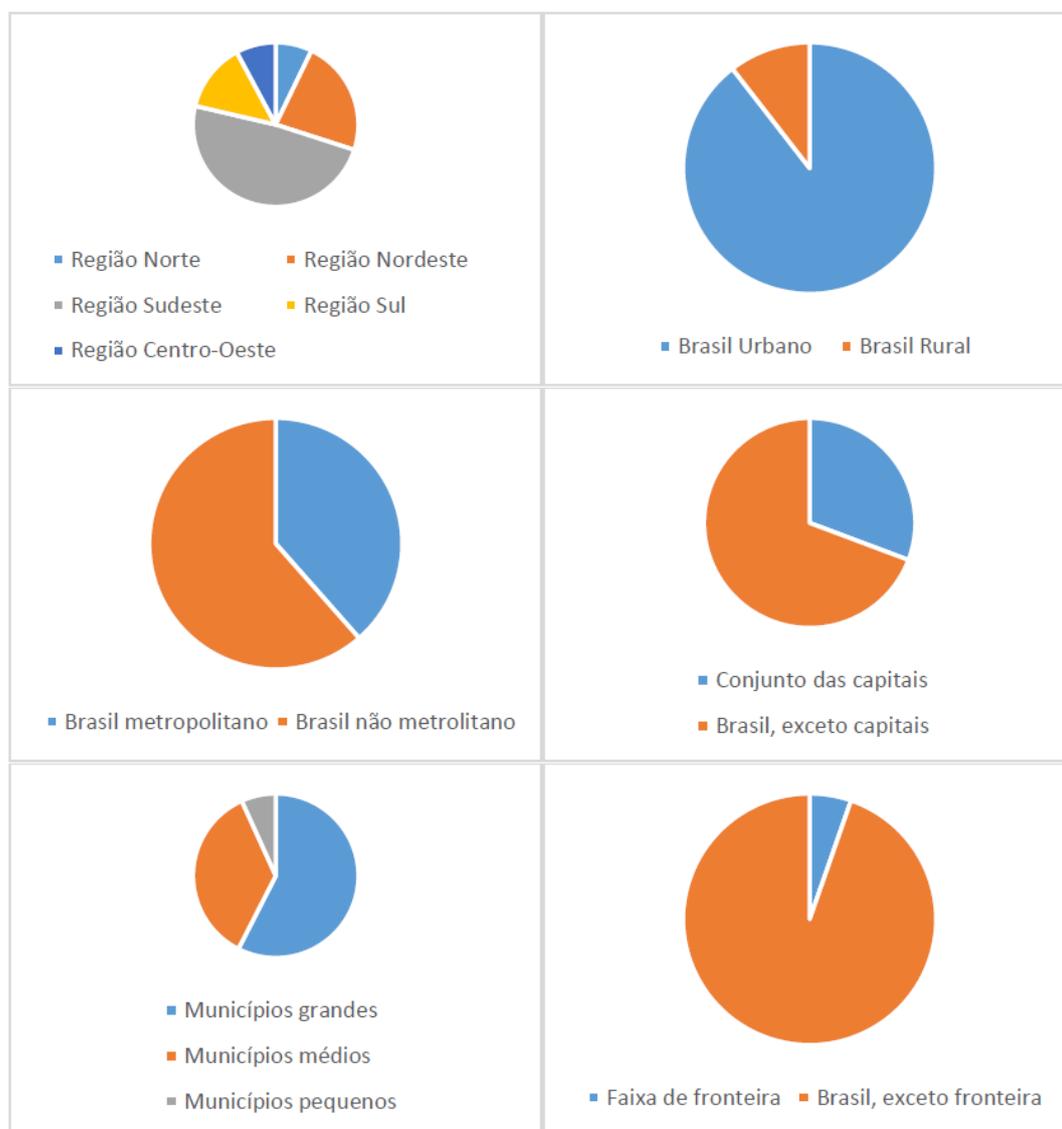


FONTE: III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, 2017. Elaboração Própria.

A pergunta que ainda fica é: onde estão localizados esses usuários? De acordo com o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, observa-se que

as maiores prevalências de consumo de drogas ilícitas são em áreas urbanas do que em rurais; em metropolitanas, quando comparada com não metropolitanas; capitais, quando comparado com não capitais; e municípios grande quando comparados com municípios pequenos. Quando analisado por macrorregiões, a maior prevalência está na região Sudeste, por isso, esse é o perímetro que será analisado no presente trabalho.

Gráfico 9: Distribuição dos usuários de substâncias ilícitas entre 12 e 65 anos, por região do Brasil, 2015



FONTE: III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, 2017. Elaboração Própria.

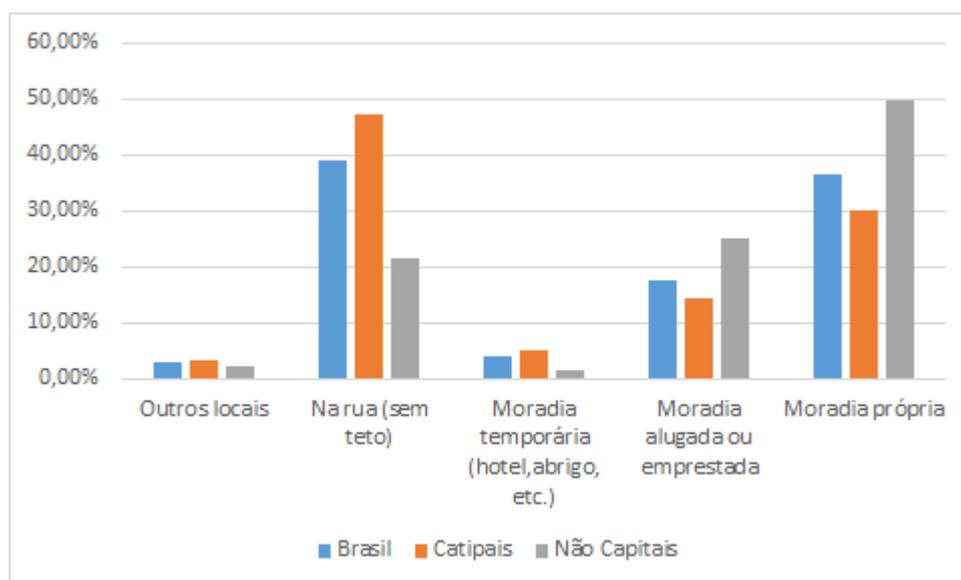
O gráfico 10 exibe a moradia dos usuários de crack brasileiros. Por ele, podemos perceber que a maioria dos usuários moravam na rua (39,04%) ou em casa própria (36,36%)

no momento da pesquisa. Todavia, não podemos afirmar de forma simplista que os usuários de crack do Brasil são uma população de rua, pois essa situação não é fixa, isso significa apenas que no momento da entrevista tais usuários passavam a maior parte do tempo na rua, mas não que ali permanecem pelo resto de suas vidas.

Ainda é necessário observar que a pesquisa foi voltada para usuários no contexto de cenas abertas de uso, logo, os indivíduos que fazem uso exclusivo de crack em locais privados e não mantêm relação direta com locais de venda foram, por definição, excluídos da pesquisa. Desta forma, a estratégia adotada foi capaz de representar somente os indivíduos que no momento da visita às cenas de uso nelas se encontravam, seja para adquirir a droga ou consumi-la. No entanto esta era exatamente a população até então desconhecida, na sua dimensão nacional, e que chamava a atenção da opinião pública, dos meios de comunicação e das autoridades, população esta que determinou a pergunta central sobre quem eram tais indivíduos, e a estratégia escolhida para respondê-la. (Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, 2014, p.54)

Foi observado também que há uma grande diferença de moradia entre os usuários das capitais e das não capitais, pelo gráfico podemos perceber que os usuários em situação de rua nas capitais correspondem a 47,28% dos entrevistados, já nas cidades não capitais somente 20% dos usuários encontravam-se nessa situação no momento da entrevista; assim os usuários dos municípios que não eram capitais evidenciaram um vínculo mais estreito com seus domicílios do que os usuários das capitais.

Gráfico 10: Moradia dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012



FONTE: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, 2014. Elaboração Própria.

A Pesquisa Nacional sobre o uso de crack optou por analisar a fonte de renda do usuário ao invés de analisar a renda familiar, como foi feito no III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas da População Brasileira. O resultado obtido pode ser visto na tabela abaixo. A forma mais comum de obtenção de dinheiro é através de trabalho informal, declarada por 64,9% dos entrevistados, seguida pela pedido de esmolas, declarado por 12,8% dos usuários; todavia, o que nos chama atenção é a quantidade de usuários que declararam obter dinheiro por meio de atividades sexuais (7,46%). Esse número é muito superior a proporção estimada de profissionais do sexo da população brasileira como um todo (inferior a 1%), sendo que a maioria dos usuários que utilizam dessa fonte de renda são do sexo feminino, algumas ainda possuem essa como a única fonte de renda para o consumo.

Tabela 1: Fonte de renda dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

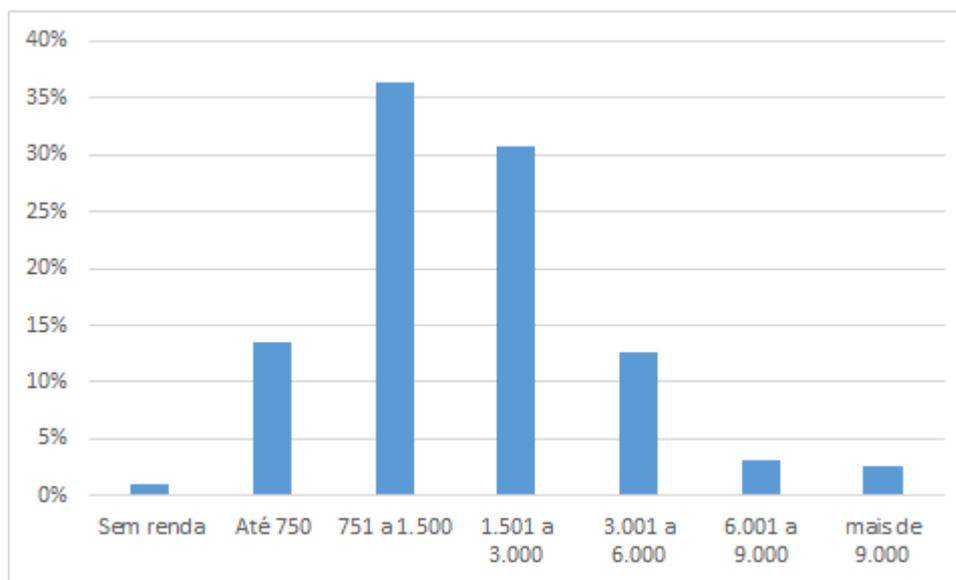
Fonte de renda nos últimos 30 dias	%
Trabalho por conta própria/autônomo ou trabalhos esporádico/bicos	64,9
Pedir esmola	12,8
Família/parceiro(a)/amigos	11,27
Atividade ilícita (outra que não tráfico de drogas. Como: furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatário, etc.)	9,04

Trabalho regular sem carteira assinada	8,19
Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro	7,46
Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de droga	6,42
Renda de assistência/benefício	5,4
Trabalho regular com carteira assinada	4,2

FONTE: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, 2014. Elaboração Própria.

No III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas da População Brasileira, constatou-se que a maioria dos usuários de drogas possuem renda familiar entre 751 a 1.500 reais por mês, esse valor é muito inferior ao observado na Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar – Contínua (Pnad- contínua) de 2019, onde foi revelado que a renda média domiciliar per capita do brasileiro é de R\$ 1.439 . Ou seja, majoritariamente, os usuários de drogas brasileiros são de famílias pobres, com maior vulnerabilidade social.

Gráfico 11: Classe de renda familiar mensal (em reais), Brasil, 2015



FONTE: III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, 2017. Elaboração Própria.

Quando os usuários foram questionados sobre os motivos que os levaram a consumir crack e/ou similares pela primeira vez, os entrevistadores obtiveram as respostas apresentadas na tabela 3. O motivo mais declarado (58,28%) foi que tal consumo ocorreu por

conta da vontade/curiosidade de sentir o efeito da droga, seguido pelo consumo em decorrência de problemas familiares (29,19%) e por pressão de amigos (26,73%). Nota-se que o motivo vontade/curiosidade está associado a disponibilidade da droga, reforçando que as medidas de repressão não devem ser focadas na demanda, mas sim na oferta de drogas. Já a questão do preço não é um fator que motiva muitos indivíduos a iniciar o consumo, todavia o fato de o crack possuir preço<sup>7</sup> inferior a cocaína (que foi verificado empiricamente durante a pesquisa) facilita o consumo prolongado.

Tabela 2: Motivo principal pelo qual os usuários relatam ter iniciado o uso de crack e/ou similares, Brasil, 2012

Motivo	%
Conseguiu a droga/ Sentiu vontade ou curiosidade de ter o efeito da droga	58,28
Perdas afetivas/ problemas familiares/ violência sexual	29,19
Por pressão dos amigos	26,73
Vida ruim, sem perspectivas	8,83
Perda do emprego/ fonte de renda	1,56
Preço barato	1,27

FONTE: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, 2014. Elaboração Própria.

Partindo para a questão de tempo de consumo, a pesquisa revelou que, no Brasil, os indivíduos fazem uso de crack por um tempo médio de aproximadamente 80 meses, sendo que essa média é mais elevada para as capitais (91 meses) do que para as cidades do interior (58 meses). Podemos supor que essa diferença se dá pelo fato de que em cidades menores o consumo é mais visível e feito por um grupo menor de pessoas, o que facilita a execução de políticas públicas voltadas para esses indivíduos, além de, nessas cidades, os consumidores estarem mais próximos de seus familiares (como foi mostrado anteriormente, quando analisado a moradia dos mesmos). Vale ressaltar que anteriormente à publicação dessa pesquisa as notícias comumente veiculadas diziam que os usuários de crack teriam apenas 3 anos de vida ao realizar o consumo constante da droga.

<sup>7</sup> O preço das drogas será abordado no tópico “O mercado global de cocaína e crack”

Com relação a quantidade de crack consumida, os usuários brasileiros declararam utilizar em um dia normal (padrão de uso) em média 13,42 pedras, todavia a pesquisa não foi capaz de estimar a quantidade de crack em gramas utilizada pelos usuários, pois cada pedra possui um peso e varia de acordo com o fabricante. Sendo assim, para estimar a quantidade em gramas, seria necessário realizar apreensões e estudos toxicológicos, não apenas um estudo observacional como foi feito.

Mas, além de entender qual é a quantidade de crack consumida pelos usuários brasileiros, é importante também examinar a frequência em que se dá tal consumo. Mais da metade dos entrevistados disseram fazer uso de crack diariamente, embora em quantidades variadas, dos quais, a maioria (56,3%) utilizam a droga de forma descontrolada, isto é, não utilizam todo o dia a mesma quantidade.

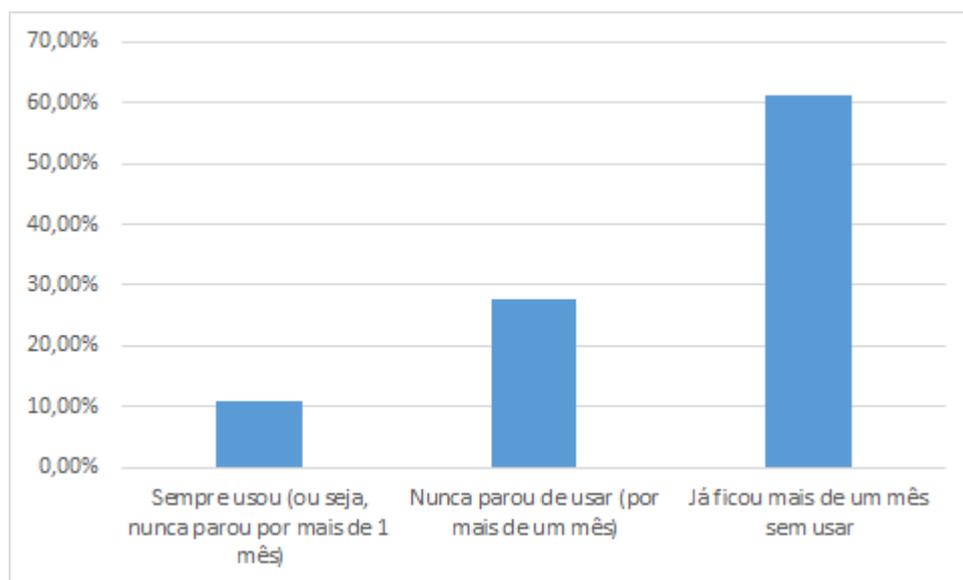
Tabela 3: Frequência de uso de crack e/ou similares, Brasil, 2012

<b>Frequência de uso</b>	<b>%</b>
Usa todo dia a mesma quantidade	12,42
Usa todo dia, uns dias mais, uns dias menos	56,3
Só usa de vez em quando, e usa quando estiver, sem controle algum	14,54
Só usa de vez em quando, e controla o uso mesmo quando sai para usar	16,73

FONTE: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, 2014. Elaboração Própria.

Quando analisado o histórico de uso de crack e/ou similares desses usuários, a grande maioria (61,31%) declarou já ter ficado mais de um mês sem fazer uso de crack, isso pode ter ocorrido devido a participação do usuário em programas de redução de danos ou a permanência em comunidades terapêuticas. Sendo que, 77,23% deles expressaram vontade de realizar um tratamento para dependência química.

Gráfico 12: Histórico do uso de crack e/ou similares dos usuários, Brasil, 2012



FONTE: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, 2014. Elaboração Própria.

Outro ponto observado pela pesquisa foram as formas de consumo de crack e/ou similares, dentre os usuários entrevistados a forma mais comum de uso é em cachimbo (74,94%), seguido pelo uso em latas de alumínio (51,8%). Nota-se que essas são as formas de consumo mais prejudiciais à saúde do indivíduo; o cachimbo, pois não possui um filtro, o que permite a passagem de partículas sólidas de crack, causando problemas respiratórios, quanto ao consumo feito em latas de alumínio ele pode causar contaminação por metais pesados, além dos riscos de queimaduras e lesões nos lábios. A forma mais recomendável para se fumar crack, do ponto de vista da redução de danos associado a esse consumo, são os copos plásticos descartáveis de água mineral, uma vez que, ao passar pela água no seu interior, a fumaça será umedecida e as partículas sólidas ficarão no líquido evitando a sua aspiração. Todavia, essa forma de consumo é a menos utilizada pelos usuários brasileiros (28,29%).

Tabela 4: Formas de consumo de crack e/ou similares pelos usuários, Brasil, 2012

Formas de consumo	Sim	Não
Usa crack e/ou similares em cigarro, misturado com tabaco	32,24%	67,76%
Usa crack e/ou similares com maconha	39,39%	60,61%

Usa crack e/ou similares em latas	51,8%	48,2%
Usa crack e/ou similares em copos plásticos	28,29%	71,71%
Usa crack e/ou similares em cachimbo	74,94%	25,06%

Os usuários de crack e/ou similares do Brasil declararam fazer uso de múltiplas drogas lícitas e ilícitas além do crack. A partir da tabela 5, observa-se forte superposição do crack com o tabaco, o álcool e a maconha. Tal conjuntura aponta para a necessidade de formulação de políticas públicas que englobe todas as substâncias de potencial uso problemático, pois esses indivíduos são poliusuários, não podendo ser estratificados.

Tabela 5: Consumo de outras drogas por usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

<b>Uso de drogas dos usuários de crack e/ou similares</b>	<b>%</b>
Álcool	77,07
Tabaco	85,06
Maconha/Haxixe	67,32
Cocaína	47,94
Inalantes/cola/solventes	21,69
Ecstasy	3,95
LSD	3,31
Benzodiazepínico/Diazepan	10,4

FONTE: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, 2014. Elaboração Própria.

Esse tópico tinha como objetivo entender quem são os usuários de crack do Brasil, onde eles estão localizados e qual é o padrão de consumo dessa substância. A partir dos achados apresentados, podemos concluir que os usuários de crack e/ou similares do Brasil, são em sua grande maioria jovens adultos, não brancos, do sexo masculino, com baixa escolaridade, não possui emprego ou renda fixa e encontram-se atualmente em situação de rua, principalmente nas ruas das capitais brasileiras. Ou seja, são pessoas que fazem parte de um grupo bastante vulnerável socialmente.

### 2.3. Do crack à Cracolândia

De acordo com Deborah Trinta (2017), o crack chegou no Brasil na década de 1980, com sua primeira aparição feita na cidade de São Paulo pelas periferias da Zona Leste. Durante a década de 1990, no entorno do bairro da Luz e do Campos Elíseos, localizados no centro da cidade de São Paulo, deu-se início a produção e venda da mais nova droga do mercado, o Crack. Mais tarde, esse espaço passou a ser ocupado por usuários dessa mesma droga e a sua produção foi deslocada para outras áreas. Por tal fato, o espaço ficou conhecido por Cracolândia e consiste no objeto de pesquisa do presente trabalho.

Figura 3: Localização Cracolândia, 1990



Fonte: Google Maps. Elaboração própria.

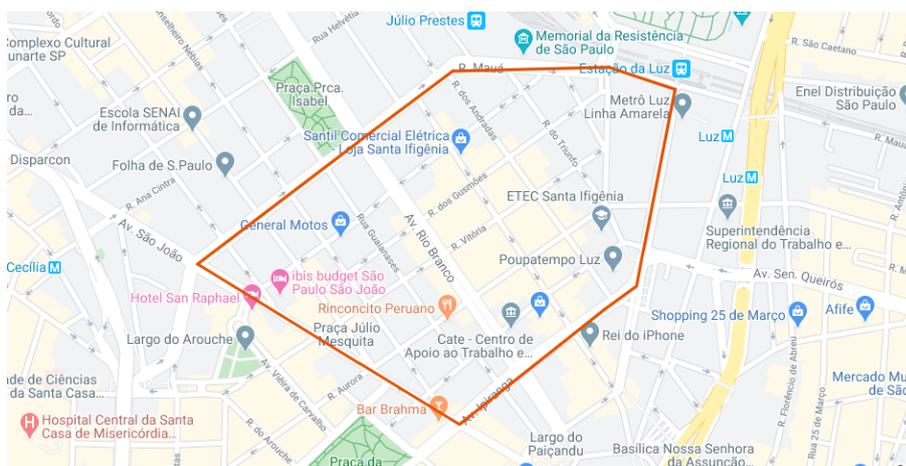
No início, a Cracolândia era situada nos entornos dos bairros Campos Elíseos e Luz, bairros esses que estão localizados no centro da grande São Paulo, próximos a importantes pontos turísticos da cidade como: o Museu de Arte Sacra, a Pinacoteca do Estado de São Paulo, a Estação da Luz e a Estação Júlio Prestes. O Campos Elíseos foi o primeiro e o único bairro planejado da capital paulista, criado em 1870 pelos barões do café, ou seja, essa era uma área nobre da cidade.

Segundo Frúgoli e Spaggiari (2010), a Luz pode ser dividida em bairro cultural e Cracolândia – cultural, pois o Estado tem investido na criação de instituições culturais nessa região desde a década de 1980, e após dez anos passou a ser ocupada também por usuários

de crack, dentre eles moradores em situação de rua e profissionais do sexo, que carregam com si a conotação de degradação e violência.

Em 2005, a região da Cracolândia, que tinha como perímetro definido pela prefeitura e pela mídia a área pentagonal da figura abaixo, foi submetida a um projeto de intervenção urbanística denominado Projeto Nova Luz, onde era prevista a demolição de uma grande área do bairro da Luz para dar espaço a construção de equipamentos culturais e instalação de empresas, através de incentivos fiscais, a fim de atrair novos investimentos e moradores de classes média e alta para a região. O projeto foi elaborado e aprovado sem nenhuma consulta e participação da população que já habitava o bairro da Luz, além de não ter sido considerado em nenhum momento a questão da Cracolândia, pois, para a prefeitura de São Paulo, esse era apenas um projeto urbanístico. Todavia, projetos de revitalização urbana não são apenas intromissões arquitetônicas e urbanísticas, elas interferem também em questões sociais do espaço onde estão sendo realizadas e precisam ser pensados junto a todos os agentes que serão afetados por tal ação. (MAGALHÃES, 2015)

Figura 4: Área de intervenção do Projeto Nova Luz

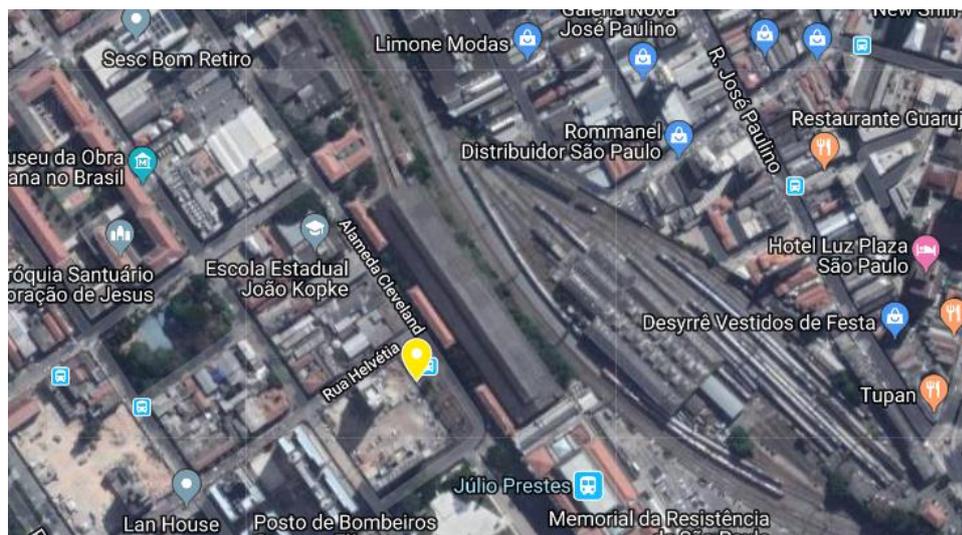


Fonte: Google Maps. Elaboração Própria.

Embora tenha ocorrido algumas demolições, o Projeto Nova Luz não foi finalizado. O prefeito Fernando Haddad decidiu arquivar o projeto, devido a pressões da associação de moradores, de comerciantes e proprietários de imóveis. Nesse mesmo período, o governador Geraldo Alckmin tentou acelerar a construção do Complexo Cultural Luz, que previa a construção de um complexo voltado para dança e ópera, mas, em novembro de 2015, o governo desistiu da construção do mesmo, devido a irregularidades na contratação do arquiteto que havia desenhado o projeto (MUSSUELA; PEREIRA; FAGUNDEZ, 2015).

Todavia, tais bairros ainda são habitados pela classe média alta, pois a sua localização permite grande mobilidade com o centro da cidade; tal fato resulta em especulações imobiliárias e projetos de desenvolvimento urbanísticos. Por isso, ao longo dos anos, foram realizadas inúmeras ações higienistas<sup>8</sup> nessa região, visando o fim da Cracolândia. Esse objetivo nunca foi alcançado, as ações apenas fizeram com que o fluxo de usuários deslocasse para outras sub-regiões dentro de tais bairros. Atualmente, a concentração de usuários está localizada na praça do cachimbo, que fica na esquina da Alameda Cleveland com a rua Helvétia no bairro Campos Elíseos.

Figura 5: Localização Cracolândia, 2017



Fonte: Google Maps. Elaboração Própria.

---

<sup>8</sup> As ações higienista realizadas na cracolândia de São Paulo, durante o período de 2013 a 2018, serão abordadas com maior detalhe no terceiro capítulo desse trabalho.

Figura 6: Cracolândia



Fonte: Google Maps

A palavra Cracolândia é formada por meio da junção da palavra “crack” mais o prefixo “landia”; ela é convencionalmente entendida como o local onde se faz uso e comércio da droga. Contudo, tal definição não é suficiente para o presente trabalho, que pretende demonstrar que a Cracolândia vai além da definição convencional. Nesse sentido, Deborah Trinta (2017) traz em sua dissertação de mestrado a seguinte definição:

[...]a Cracolândia não pode ser apreendida como desconectada do resto da cidade, tampouco pode ser considerada como um território fixo geograficamente. Tal territorialidade, para além da sua potencialidade em produzir conexões, é marcada pela itinerância (Frúgoli&Spaggiari, 2010), e já sofreu pequenos deslocamentos ao longo dos seus anos de existência pelas adjacências dos bairros da Luz, Santa Efigênia e Campos Elíseos. É por isso que considerar a chamada Cracolândia como **“uma espécie de territorialidade itinerante [...]** significa situá-la numa certa área urbana, mas sujeita a deslocamentos mais próximos ou mais distantes, a depender do tipo de repressão ou intervenções exercidas, além das dinâmicas de suas próprias relações internas”. [...]. Nesse sentido, a Cracolândia se corporifica nos usuários, ou melhor, se materializa no conjunto de seus corpos. Esse link entre “corpo-território” não se trata de uma correlação entre um corpo e um território, mas de corpos que coletivamente constituem um território e são constituídos por ele e que, simultaneamente, põem em prática uma “arte de produzir território em movimento (Certeau, 2014<sup>9</sup>; Marques, Brognoli&Villela, 1999; Perlongher, 2012, *apud* Trinta, 2017, p.25).

---

<sup>9</sup> CERTAU, Michel de. A invenção do cotidiano: 1. Artes de Fazer. Tradução de Ephraim Ferreira Alves. 21. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2014

Ou seja, a Cracolândia não é definida por um espaço geográfico, pois ao longo dos anos ela foi e ainda é deslocada para áreas arredores dos bairros da Luz, Santa Efigênia e Campos Elíseos. Sendo assim, a Cracolândia é materializada através dos usuários ali presentes, usuários esses que também não são fixos. Para tanto, se definiu a Cracolândia como sendo a concentração dos usuários de crack em tais regiões, no período de 2013 a 2018.

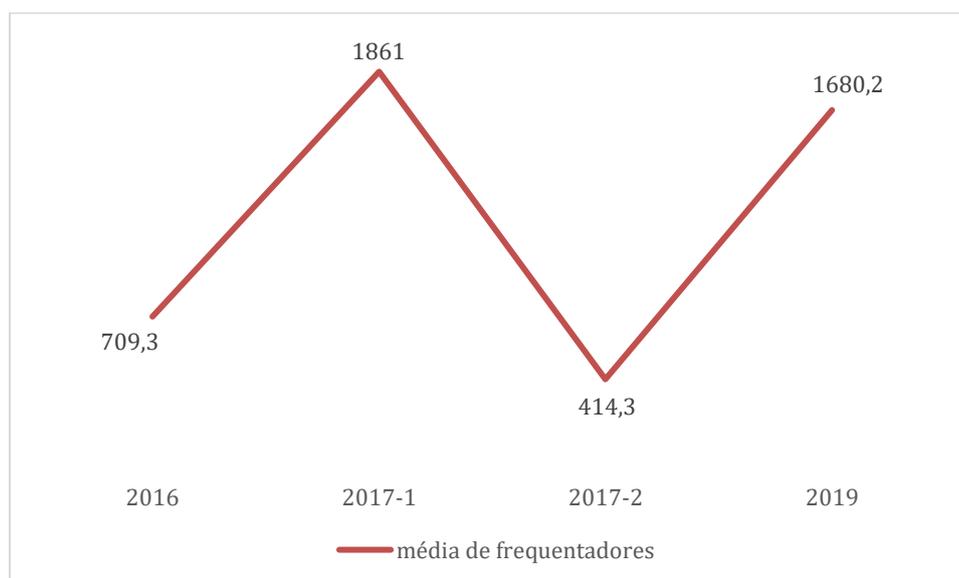
Segundo Raupp e Adorno (2010), existem dois tipos de usuários: aqueles que consomem a droga em situação de rua e aqueles que estão em “trânsito”, isto é, eles podem possuir uma estada fixa nas ruas ou estar apenas realizando uma visita ao local. Ou seja, na Cracolândia, os usuários estão em constante fluxo e em diferentes temporalidades, “esses são indícios de que a relação estabelecida com a droga não é igual para todos” (MAGALHÃES, 2015, p. 26).

Um estudo realizado pela Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (UNIAD), durante o período de 2016 a 2019<sup>10</sup>, revelou que, em média, a Cracolândia recebe 1680 usuários por dia, sendo que, observa-se uma concentração maior de pessoas no período da manhã. De forma geral, é notado que ocorre drástica diminuição da cena uso após a realização de operações policiais de repressão, retomando a média usual de frequentadores que fica entre 1500 a 2000, após alguns meses.

---

<sup>10</sup> As observações do estudo foram feitas em quatro ondas em períodos distintos. A primeira onda foi realizada em abril/maio de 2016, onde foram entrevistados 122 participantes; a segunda onde foi realizada após um ano da primeira onda, foram entrevistados 139 participantes; a terceira onda foi realizada em junho de 2017 após uma operação policial na região, nessa onda foram entrevistadas 71 pessoas; e por último, a quarta onda foi em novembro de 2019, e foi a onda com maior número de entrevistados, totalizando 240 pessoas.

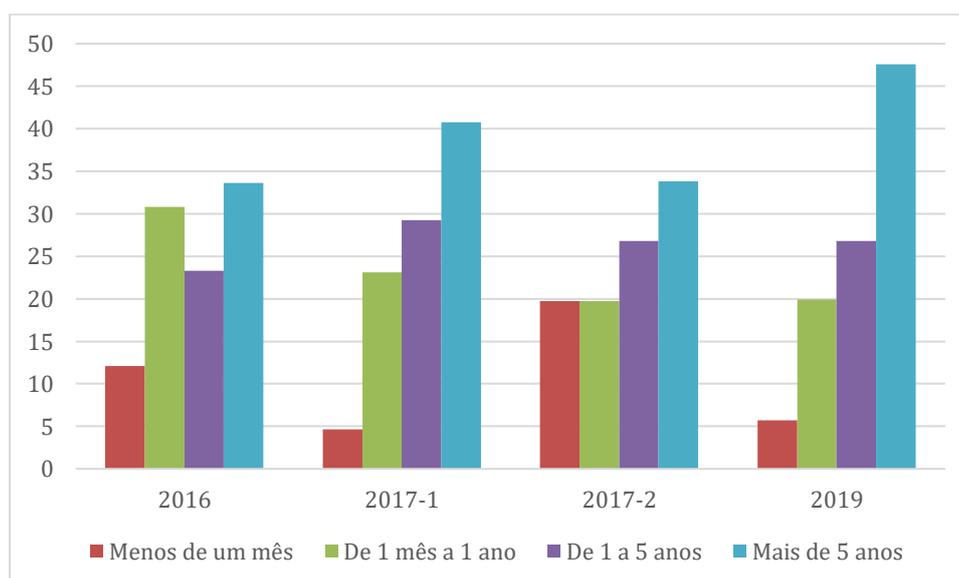
Gráfico 13: Média de frequentadores da Cena de Uso da Luz



FONTE: Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (2020). Elaboração própria.

Essa pesquisa também analisou o tempo de permanência dos frequentadores na cena de uso, revelando a existência de dois tipos de frequentadores: os “permanentes” e os “circulantes”. Mais da metade dos entrevistados declararam ser indivíduos permanentes (65,3%), ou seja, moram na Cracolândia, e 8,2% disseram apenas visitar a região para comprar drogas, usar e ir embora, esses são os indivíduos circulantes. Sendo que 47,6% disseram frequentar a Cracolândia de São Paulo há mais de 5 anos. A proporção de novos frequentadores da região (frequenta a Cracolândia a menos de um mês) está entre 26% e 43% dos entrevistados, sendo maior em períodos posteriores a operações de repressão.

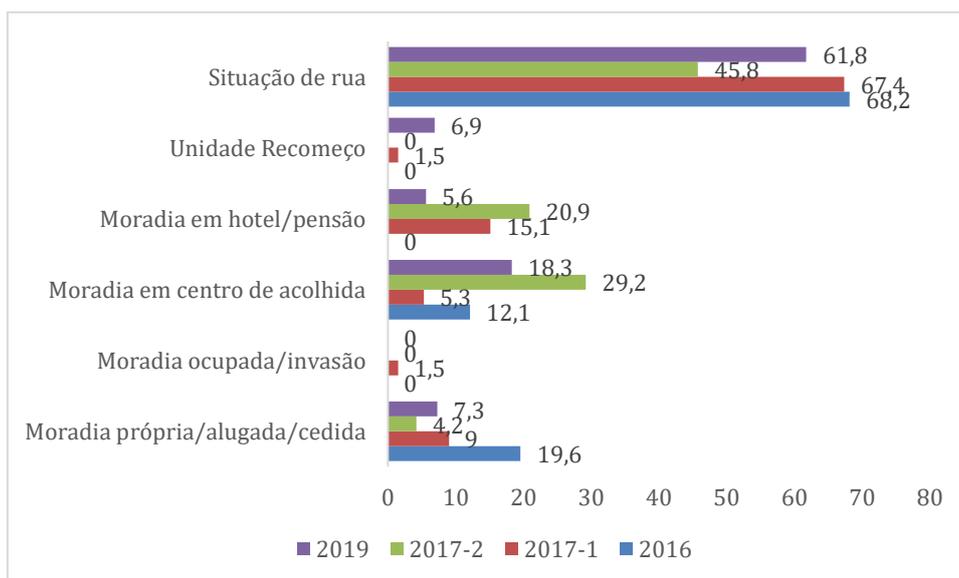
Gráfico 14: Prevalência do tempo na Cracolândia de São Paulo



FONTE: Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (2020). Elaboração própria.

Esses dados são confirmados ao examinar a moradia dos frequentadores. Em todo o período do estudo, a proporção de frequentadores que se encontram em situação de rua ficou acima de 45%, sendo que a maior prevalência de frequentadores em situação de rua foi em 2016 (68,2%) e a menor foi na segunda medição realizada em 2017 (45,8%) após a realização de uma operação policial truculenta. Destes, 42% permanecem nessa situação a mais de 5 anos.

Gráfico 15: Prevalência da situação de moradia, Cracolândia de São Paulo, 2019



FONTE: Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (2020). Elaboração própria.

Na Cracolândia, os moradores se dividem em tendas de moradia e tendas de “fluxo”. As tendas de moradia possuem em média capacidade de ocupação de 3 pessoas, enquanto as tendas de fluxo são um pouco maiores, abrigando em média 10 pessoas.

Vale ressaltar que essas tendas são removidas pela prefeitura de São Paulo de acordo com a política que vigora no momento. Durante o período estudado tal fato ocorreu no decorrer do programa De Braços Abertos, onde o caminhão de limpeza da prefeitura passava pela região duas vezes ao dia para realizar a limpeza do local, e assim não era permitido a instalação de tais tendas.

Figura 7: Tipos de moradia na Cracolândia



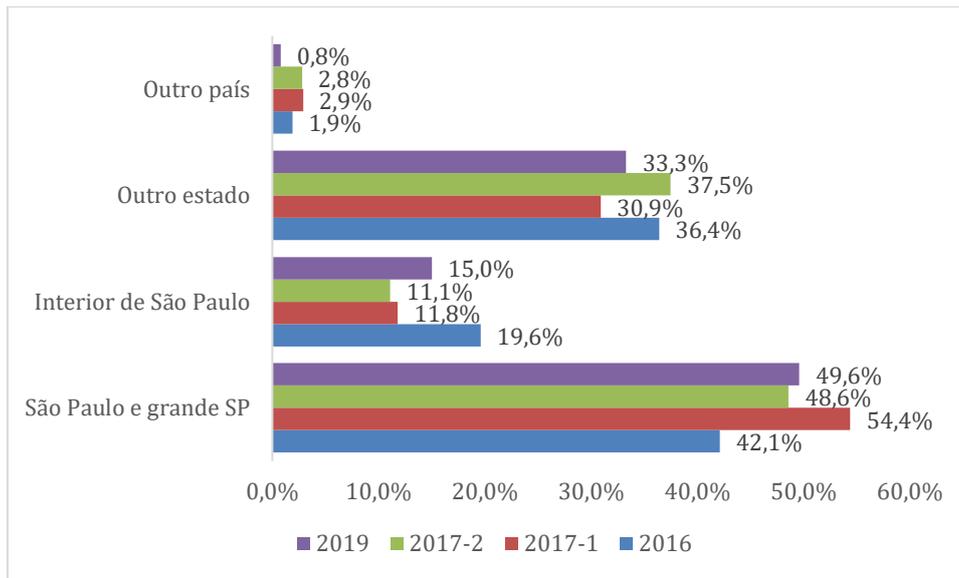
FONTE: Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (2020) p. 49.

Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (2020). A partir dos dados analisados, pôde-se concluir que a cada ano cerca de  $\frac{1}{3}$  de novos frequentadores chega à Cracolândia de São Paulo, e  $\frac{1}{3}$  dessa população é fixa, isto é, vivem na cena de Uso da Luz há mais de 5 anos.

Ou seja, a maioria dos usuários não estão ali apenas para fumar crack, existe uma relação entre os mesmos que envolve conflitos, festas, solidariedade e também disputas. Para muitos deles, esse é um local de sofrimento, mas também de afeto, lazer, refúgio e acesso a serviços assistenciais e de saúde, que estão concentrados naquela região. (RUI, 2012)

Faz-se necessário observar também a origem desses indivíduos. Segundo o LECUCA (Levantamento de Cenas de Uso em Capitais), aproximadamente metade dos frequentadores da Cracolândia são advindos da cidade de São Paulo ou da grande São Paulo, os usuários vindos do interior variam entre 11% e 19% dessa população, já os estrangeiros são a sua minoria ficando abaixo de 1% em alguns períodos. É interessante ver que mais de um terço deles veem de outros estados, mostrando que a Cracolândia de São Paulo é referência para os usuários de drogas em todo o país.

Gráfico 16: Prevalência de procedência dos frequentadores da Cracolândia de São Paulo, 2019

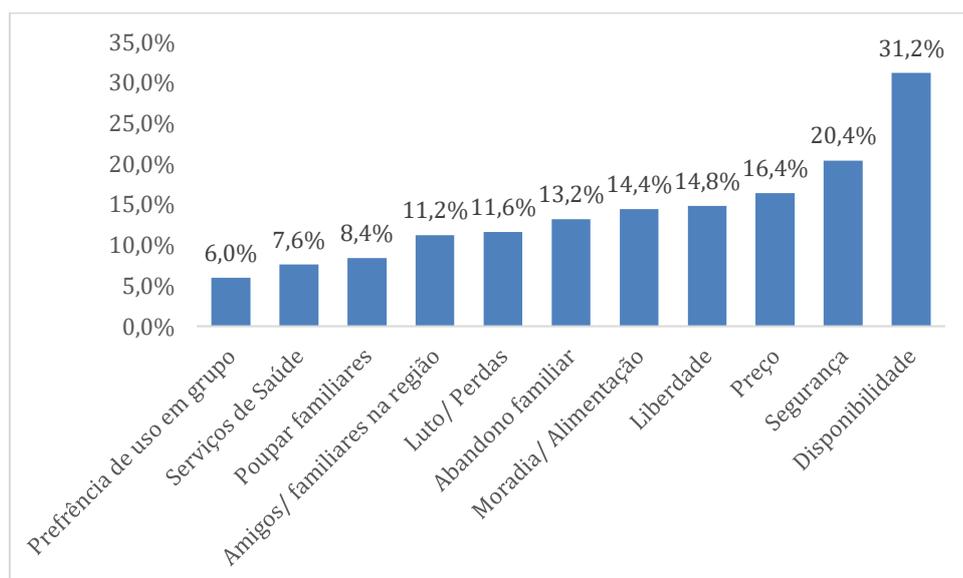


FONTE: Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (2020). Elaboração própria.

Quando analisado o perfil dos frequentadores da Cena de Uso da Luz, esses revelaram possuir o mesmo perfil levantado na Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack de 2014, ou seja, os frequentadores da Cracolândia são em sua maioria homens (68,7%), solteiros (77,6%), com idades média de 35,2 anos, de cor preta ou pardo (76,6%), com baixo grau de escolaridade (66,3% não possui ensino médio completo). Em geral, grande parte dos frequentadores não possui atividade remunerada (87%) e encontram-se em situação de rua (61,8%).

Ao serem questionados sobre o motivo que os levaram a frequentar a Cracolândia, as respostas mais frequentes foram a disponibilidade da droga (31,2%) e a segurança do uso entre pares (20,4%). Embora na Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, os entrevistados tenham declarado que o preço do crack não é o principal motivo que os levaram a consumir a droga, esse é um dos principais motivos que levam os usuários a frequentarem a Cena de Uso da Luz.

Gráfico 17: Prevalência dos motivos para frequentar a Cracolândia de São Paulo, 2019



FONTE: Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (2020). Elaboração própria.

Contudo, a Cracolândia não é frequentada apenas por usuários, ela também é ocupada por traficantes, que são os responsáveis pelas vendas das drogas, mas quando se deparam com policiais se declaram como só mais um usuário. Tem ainda os usuários que trocam as mais variadas mercadorias para adquirir a droga desejada, ou seja, não há uma distinção precisa entre o lícito e o ilícito nesse espaço, tudo se vende como forma de garantir a próxima pedra. Por isso, Rui (2012) também caracteriza a Cracolândia como uma espécie de bazar, onde “tudo vira pedra, e pedra vira tudo”.

Com isso, percebe-se que a Cracolândia consiste em um campo de disputa entre moradores, comerciantes, empresários, donos de pensões, policiais, traficantes, visitantes dos espaços culturais e do Estado; cada um com os seus devidos interesses e sua forma de abordar a questão do consumo de crack. Por isso, a Cracolândia precisa ser pensada dentro do contexto regional em que está inserida, sua relação com a economia local e seus vizinhos. (MAGALHÃES, 2015)

De fato, a Cracolândia do estado de São Paulo possui características muito específicas, mas ela está inserida no contexto global do mercado de cocaína e crack, portanto para compreendermos todos os aspectos econômicos envolvidos nesse meio, o próximo tópico abordará os dados desse mercado.

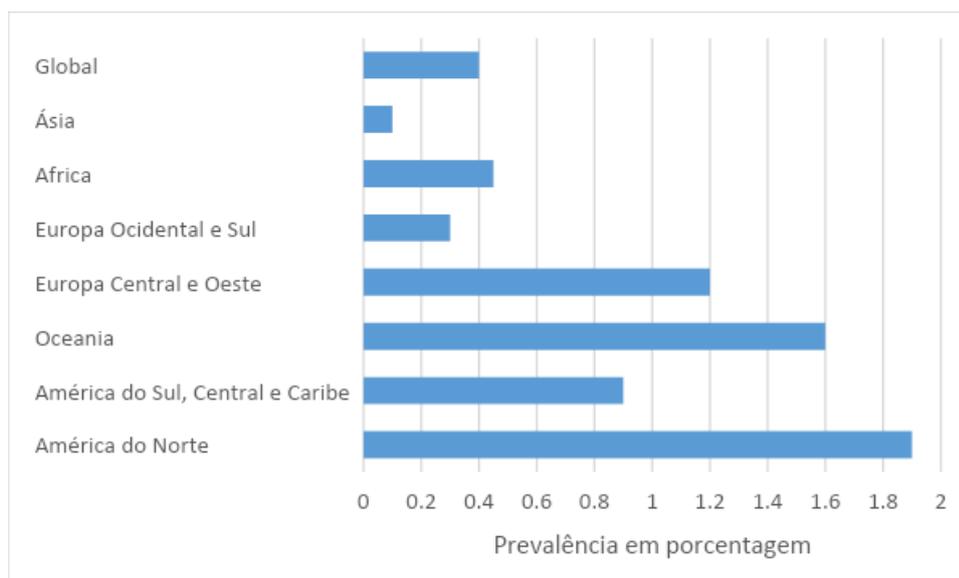
## 2.4 O mercado global de Cocaína e Crack

Primeiramente, é necessário ressaltar que, por ser tratar de um mercado ilícito, os estudos econômicos relacionados ao mercado de drogas possuem como principal barreira a falta de dados sobre o tema. Dada essa limitação, as informações aqui apresentadas baseiam-se no relatório mundial sobre drogas publicado anualmente pela *United Nations Office on Drugs e Crimes* (UNODC), onde são reunidas os principais dados e análises de tendências sobre a produção, o tráfico e o consumo de drogas ilegais. Os dados são coletados a partir de um questionário enviado aos países membros dessa organização. O relatório possui defasagem temporal de 2 anos.

O mercado global de cocaína apresentou expressiva expansão ao longo de 2016, contrapondo a década passada que apresentava relativa estabilidade. De acordo com o relatório anual sobre drogas da UNODC de 2018, estima-se que 18,2 milhões de pessoas fizeram uso de cocaína em 2016, um crescimento de quase 7% com relação ao ano anterior. Esse número era de 13 milhões de usuários em 2000. Mais da metade de todos os usuários de cocaína residem nas Américas, principalmente na América do Norte (34% do total global de usuários, isto é, aproximadamente 6,2 milhões de pessoas), e quase um quarto reside na Europa, principalmente na Europa Ocidental e Central, a Ásia e a Oceania juntas podem responder pelo quarto restante, já a África possui um número reduzido de usuários.

Analisando o número de usuários e sua alocação geográfica, observa-se que o aumento do número de usuários de cocaína possui forte correlação com o crescimento populacional, não apresentando grande crescimento do mercado consumidor global. Tal fato, pode ser constatado no índice de prevalência do uso anual de cocaína pela população mundial, entre 15 e 64 anos, que ficou estável ao longo da última década (SOUZA, 2015).

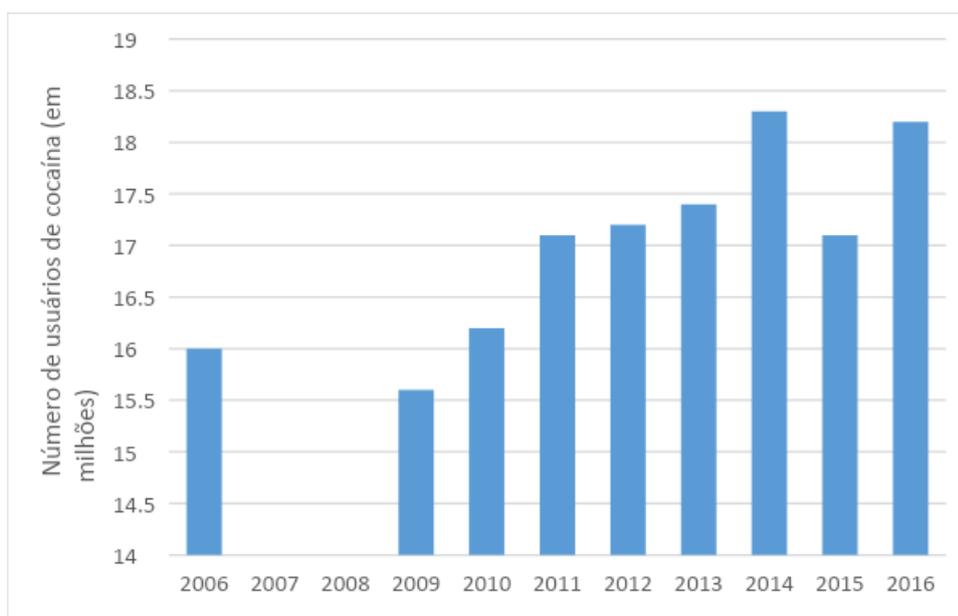
Gráfico 18: Prevalência anual do consumo de cocaína entre a população global de 15-64 anos, por região global, 2016



Fonte: UNODC (2018). Elaboração própria.

A prevalência anual global do consumo de cocaína foi estimada em aproximadamente 0,4% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos em 2016, com variações substanciais entre as regiões. A sub-região com maior prevalência de uso de cocaína é a América do Norte, onde os Estados Unidos é o país com maior índice, 2,4% da população estadunidense entre 15 e 64 anos fizeram uso de cocaína em 2016, seguidos pelo Canadá com 1,5%. A Oceania como um todo também possui alta prevalência de uso de cocaína, sendo puxada pelo consumo de cocaína na Austrália que possui a mesma prevalência dos Estados Unidos (2,5%). Na Europa Ocidental e Central, as maiores prevalências encontram-se no Reino Unido (2,3% da população entre 16 e 59 anos), na Espanha (2,0% na população de 15 a 64 anos em 2015) e na Holanda (1,9% da população de 15 a 64 anos em 2015). (UNODC, 2018)

Gráfico 19: Tendência no número anual de usuários de cocaína, no mundo, 2006-2016



FONTE: UNODC (2018). Elaboração própria.

A partir do gráfico acima, observa-se que há uma tendência de leve crescimento no número de usuários de cocaína global ao longo de 2006 a 2016. Todavia, o maior crescimento está centrado na área destinada ao plantio da folha de coca, que passou de 158.500 hectares em 2015 para 213.000 hectares em 2016, ou seja, o plantio cresceu 34% em um ano.

Tabela 6: Panorama geral do mercado global de cocaína 2015-2016

Ano	Usuário	Plantio	Produção	Apreensão
2015	17,1 mi	158.500 há	1,125 tons	864 tons
2016	18,2 mi	213.000 há	1,410 tons	1,129 tons

Fonte: UNODC (2017, 2018). Elaboração própria.

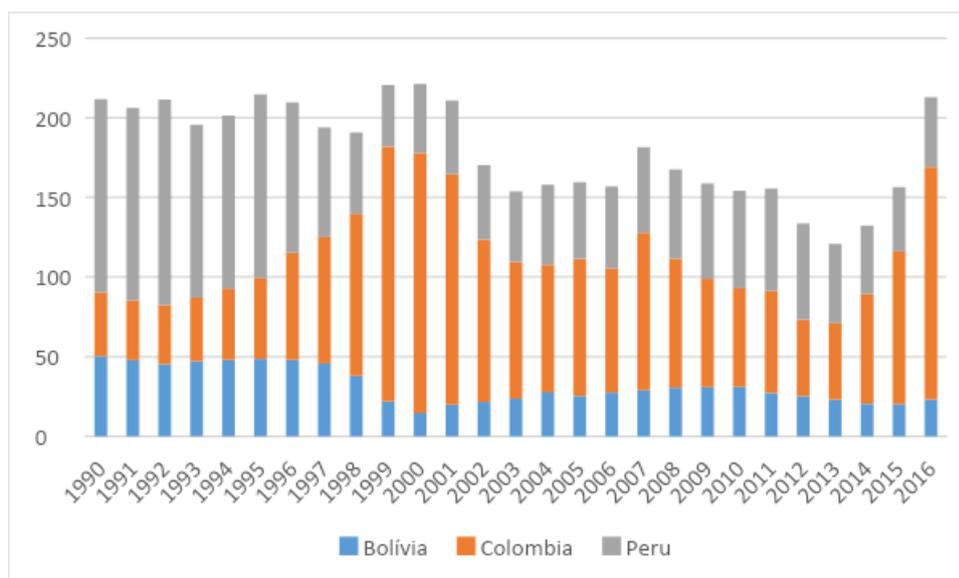
O cultivo de arbustos de coca flutuava dentro de uma tendência descendente desde o seu pico em 2000 até 2013. A tendência foi então invertida no período de 2013 a 2015, onde houve um aumento de 30% do total da área cultivada. Desde então, a área global sob cultivo de arbusto de coca aumentou 76% para atingir 213.000 hectares em 2016. Esse aumento foi impulsionado por mudanças do cultivo da planta na Colômbia, onde o plantio diminuiu 70% entre 2000 a 2013, para triplicar de tamanho de 2013 a 2016. Em 2014, a área destinada ao cultivo de coca na Colômbia cresceu 44%; em 2015, esse aumento foi de 39%, seguido por

um acréscimo de 34% em 2016. Com 146.000 hectares sob o cultivo de coca em 2016, a Colômbia responde por 68,5% do total mundial de plantio de folha de coca.

O aumento do cultivo da planta na Colômbia em 2016 pode ter sido resultado de diferentes dinâmicas: i) a pulverização da aérea diminui 33% em 2015, sendo que, em outubro desse mesmo ano, já não era feita essa erradicação; ii) fenômenos naturais afetaram as plantações; e iii) maiores preços da folha de coca, resultado de um acordo de paz. O cultivo de coca na Colômbia, principal produtor, em 2015, ainda era 41% menor do que em 2000, uma consequência de esforços de erradicação, inicialmente fortes, em combinação com melhor desenvolvimento de atividades alternativas aos produtores, especialmente após 2007. (UNODC, 2018)

O gráfico 20 mostra a quantidade de hectares destinados ao cultivo dos arbustos de coca, nos principais países produtores da cocaína:

Gráfico 20: Cultivo global de arbusto de coca, por hectares em milhares, 1990-2016



Fonte: UNODC (2006, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018). Elaboração própria.

Pode-se verificar com base nos dados apresentados, que no Peru, a área sob cultivo de coca diminuiu após 2011, caindo para 40.300 hectares em 2015, que pode ter sido o resultado de melhorias nas atividades de desenvolvimento alternativo e aumento nos esforços de erradicação. Da mesma forma, no Plano Plurinacional do Estado da Bolívia, o cultivo do arbusto de coca diminuiu 35% no período de 2011 a 2015, passando para 20.200 hectares,

refletindo suas políticas de controle social em coordenação com organizações sociais produtoras de coca<sup>11</sup> (política baseada em reduções "voluntárias" do cultivo de coca, limitando o cultivo a no máximo um arbusto por família). Paralelamente, a erradicação da coca quase dobrou, cerca de 6.000 hectares foram erradicados por ano no período de 2005 a 2009; esse número passou para 11.000 hectares entre 2011 a 2015 (UNODC, 2017).

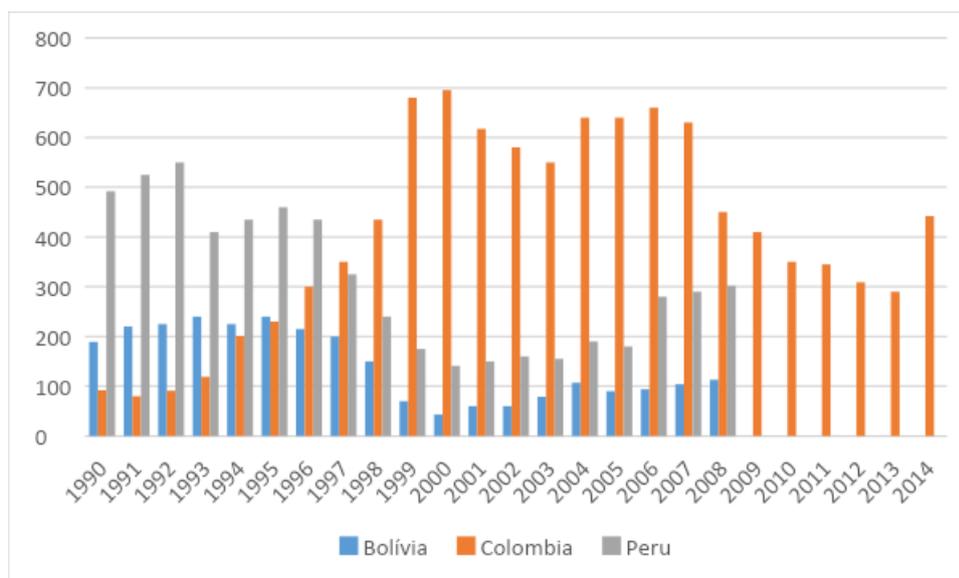
Após um declínio que começou em 2011, a área sob cultivo de coca no Peru aumentou para 43.900 hectares em 2016, o que equivale a 21% da área global cultivada com coca, isto é, resultado da não erradicação no país em 2016. No mesmo ano, o Estado Plurinacional da Bolívia foi responsável por 10% do cultivo global de coca, quando a área cultivada com coca aumentou 14%, passando a cultivar 23.100 hectares de coca, retornando ao nível registrado em 2013. Esse aumento encerrou com a tendência de queda iniciada em 2010, através de sua política governamental de redução "voluntária" do cultivo de coca. (UNODC, 2018)

Como consequência dos grandes aumentos nas áreas sob cultivo de coca e melhor conhecimento sobre a fabricação de cocaína nas principais áreas produtoras de folha de coca, estima-se que a fabricação global de cocaína tenha atingido o recorde de 1.410 toneladas em 2016, um aumento de 25% com relação ao ano anterior. A maior parte da fabricação de cocaína ocorre na Colômbia, onde a fabricação de substância alcançou estimadas 866 toneladas em 2016. Isso representa um aumento de 34% em relação ao ano anterior. Sendo assim, a Colômbia foi responsável por 61% da produção global de cocaína em 2016. A cocaína fabricada no Peru e na Bolívia também aumentou em 2016, embora em ritmo mais lento.

---

<sup>11</sup> Depois de várias negociações internacionais, em 2013, a ONU despenalizou a coca para uso tradicional na Bolívia, a lei legalizou o cultivo de 22.000 hectares de coca no país a serem utilizados para mastigação, medicina tradicional, rituais sagrados e uso culinário. Mas a folha de coca não pode ser exportada, pois continua proibida no restante do mundo.

Gráfico 21: Fabricação potencial de cocaína 100% pura na Bolívia, Peru e Colômbia em toneladas, 1990-2014

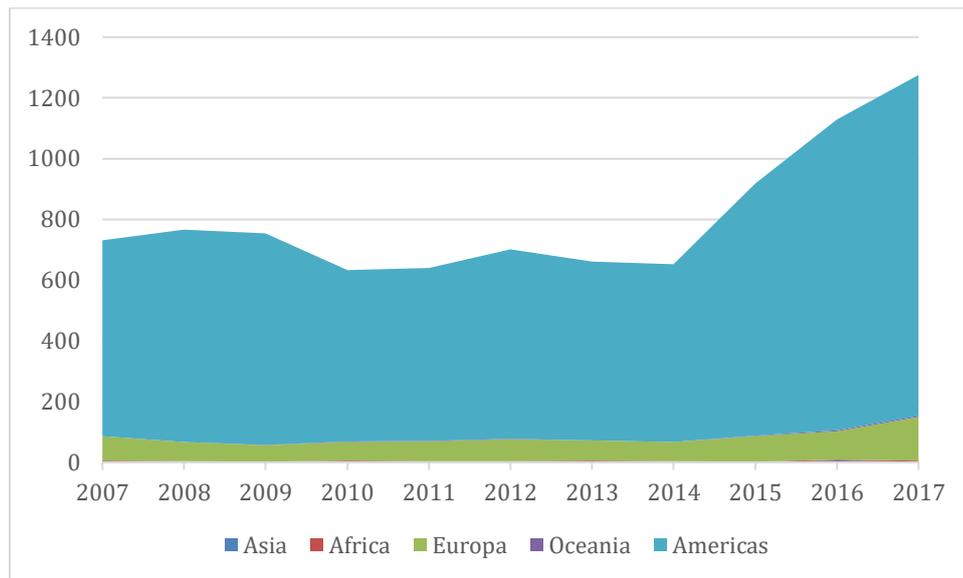


FONTE: UNODC (2006, 2010, 2014, 2016). Elaboração própria.

O número total de laboratórios desmontados, utilizados para o fabrico de produtos à base de coca e cocaína na Colômbia, mais que dobrou, de 2.334 em 2013 para 4.842 em 2016, sendo que 95% dos laboratórios eram destinados a fabricação de pasta de coca e base de cocaína, 5% estavam fabricando cloridrato de cocaína, o maior número já relatado. (UNODC, 2018)

No que se refere às apreensões, houve um aumento de 32% em 2015, totalizando 864 toneladas de cocaína apreendida. Essa tendência persiste em 2016, já que a quantidade de cocaína apreendida em todo o mundo nesse período aumentou 23% em relação ao ano anterior, atingindo 1.129 toneladas; esse é o nível mais alto já registrado desde 1998. (UNODC, 2017, 2018)

Gráfico 22: Quantidade global de cocaína apreendida por região, em toneladas, 2007-2017



Fonte: UNODC. Elaboração própria.

Nota: As quantidades de cocaína incluem: sais de cocaína, base/pasta de cocaína, "crack" e cocaína não especificada.

As apreensões do período de 2010 a 2015 ocorreram em 153 países, sugerindo que o tráfico de cocaína é um fenômeno global. No entanto, 90% da cocaína apreendida em 2015 foi na América, sendo que só a América do Sul foi responsável por 61% das apreensões realizadas na América, onde a produção é cada vez maior. Enquanto que na América do Norte, onde se localiza o principal mercado consumidor, as apreensões ficaram em torno de 16%. As apreensões da América do Norte e Caribe estão relacionadas ao trânsito da troca para EUA, México e Canadá. (UNODC, 2017)

Ou seja, o cultivo da coca bem como a fabricação da cocaína está concentrado na Colômbia. Por isso, a América do Sul foi a responsável pela maioria das apreensões globais em 2015. Todavia, o consumo da droga é maior na América do Norte onde as apreensões são bem menores. Sendo assim, podemos concluir que os esforços de apreensões estão concentrados na produção da coca, o que pode ocasionar em uma diminuição da oferta da droga.

A maior parte dos aumentos nas quantidades de cocaína apreendidas em 2016 ocorreu fora dos principais mercados de destino da cocaína na América do Norte e na Europa Ocidental e Central, refletindo a disseminação contínua do tráfico de cocaína para os mercados emergentes, a fim de fugir das rotas, onde a apreensão de drogas é maior. Por

exemplo, a quantidade de cocaína apreendida na Ásia triplicou de 2015 a 2016, com a maior parte do crescimento relatado no sul do continente, onde a quantidade apreendida aumentou dez vezes. (UNODC, 2018)

As intercepções na África também dobraram em 2016, sendo a maior parte desse aumento relatado em países do norte da África, onde a quantidade de cocaína apreendida foi seis vezes maior em 2016 com relação ao ano anterior, sendo responsável por 69% da quantidade apreendida nesse continente. Isto contrasta com os anos anteriores, quando a cocaína foi principalmente apreendida na África Ocidental e Central. (UNODC, 2018)

A quantidade de cocaína apreendida na Oceania aumentou mais de 75% entre 2015 e 2016, com a Austrália respondendo por 98% de toda a cocaína interceptada na Oceania. Na Europa, as apreensões em 2016 aumentaram 11%. (UNODC, 2018)

Os dados de apreensão sugerem que a maior parte da cocaína é traficada dos países andinos para os principais mercados consumidores da América do Norte, Europa Ocidental e Central. Embora as apreensões de cocaína traficadas para outras sub-regiões são comparativamente pequenas, eles sugerem que o tráfico de cocaína para essas sub-regiões tem aumentado rapidamente, contribuindo para a proliferação de rotas de tráfico em todo o mundo. Em alguns países dessas sub-regiões, as agências de aplicação da lei podem ainda não estar familiarizadas com o tráfico de cocaína, já que estão mais acostumadas a se concentrar em outras drogas com mercados estabelecidos há muito tempo. Nesses casos, os padrões de apreensão podem ocultar o tráfico significativo de cocaína não declarado.

O principal fluxo de tráfico de cocaína continua sendo o dos países andinos para a América do Norte, majoritariamente da Colômbia para os Estados Unidos, que continua sendo o principal destino dos embarques de cocaína interceptados na América do Sul. De acordo com o relatório mundial sobre drogas da UNODC de 2018, 92% das apreensões feitas nos Estados Unidos tinham origem colombiana e 6% vinham do Peru, sendo que, 80% da cocaína é transportada via Oceano Pacífico e 20% pelo Oceano Atlântico. Isto ocorre, pois, como dito anteriormente, a concentração da produção de folha de coca e fabricação de cocaína é centralizada no sul da Colômbia, onde o acesso mais próximo ao mar são os portos do Pacífico da Colômbia e do Equador. Para que a cocaína chegue ao Estados Unidos, primeiro ela é transportada para a América Central e México, através de navios e semi-submersíveis, depois ela atravessa a fronteira do México para o seu país de destino por meio

de transportes terrestre; esse transporte é feito por grupos do crime organizado mexicano. Em 2016, no entanto, as autoridades dos Estados Unidos relataram que mais cocaína foi apreendida no mar (46% do total) do que em terra (41%); em comparação, em 2013, 81% da cocaína apreendida estava sendo traficada por terra e 12% por mar. Isso sugere que, em 2016, menos cocaína estava sendo traficada via México para os Estados Unidos. De fato, de acordo com dados divulgados pelos Estados Unidos, a proporção de cocaína traficada para os Estados Unidos via México caiu de 70% de todas as entradas de cocaína em 2013 para 39% em 2016.

Ou seja, embora o mercado consumidor de cocaína não tenha mudado de região, a rota do tráfico de cocaína está se alterando, a fim de viabilizar a oferta do produto, fugindo das apreensões. Por isso, está crescendo um segundo fluxo mundial de tráfico de cocaína, esse fluxo possui distintos países de partida com destino a Europa Ocidental e Central, mais especificamente a Espanha, os países baixos, Alemanha e Bélgica, respectivamente nessa sequência. Durante o período de 2012 a 2016, 20% da cocaína que chegou a esse continente possuía origem colombiana, seguida pelo Brasil com 16%, Equador e República Dominicana com 9% cada e países africanos com 6%.

O Brasil é o principal país de partida da cocaína transportada para os países africanos e asiáticos. Isso sugere que as agências de aplicação da lei brasileira não estão sendo eficazes, podendo estar focadas em outras rotas ou drogas mais conhecidas.

Além disso, dadas as rotas de tráfico existentes, a maioria das interceptações globais de cocaína ocorre no mar ou próximo à costa. Cerca de 70% de toda a cocaína apreendida durante o período de 2012 a 2016 foi traficada via mar, outros 15% foram apreendidos nos aeroportos e o restante em rotas terrestres.

Pode-se concluir que o mercado global de cocaína e crack está prosperando e diversificando sua produção e distribuição. A sua produção ainda está centralizada nos países andinos, mais especificamente Colômbia, Peru e Bolívia, todavia o seu consumo está mais pulverizado, exigindo assim a formação de novas rotas de tráficos a fim de atender à crescente demanda e fugir das fiscalizações. A expansão de tal mercado durante os últimos anos sugere que as políticas de guerra às drogas têm sido ineficazes no combate a redução da oferta de cocaína.

Mas a pergunta que ainda fica é quanto esse mercado movimentava em valores monetários? Essa é a pergunta mais cobiçada dentro desse tema e a mais difícil de ser respondida. Embora os relatórios da UNODC nos tragam informações importantes sobre o mercado global de drogas, ainda se tem dificuldades para obter dados sobre o preço das drogas, principalmente por se tratar de um mercado ilícito. Até o relatório publicado em 2013, a UNODC disponibilizava as informações de preço de alguns psicoativos em nível de atacado e varejo, para Europa e EUA; em 2014, essa informação foi disponibilizada por região e, a partir do relatório de 2018, eles passaram a considerar também o nível de pureza das drogas. Tais mudanças na metodologia de coleta de dados dificultam ainda mais a realização de análises comparativas entre os anos. Além disso não foi encontrado nos relatórios dados relevantes sobre o preço da substância psicoativa aqui analisada (o crack).

A fim de cobrir essa lacuna, foi realizada uma entrevista com a antropóloga e mestre em filosofia Roberta Marcondes Costa, que trabalhou como redutora de danos de 2012 a 2016 pelo coletivo É de Lei<sup>12</sup>, na Cena de uso da Luz. De acordo com Costa, na Cracolândia de São Paulo existe uma dinâmica diferente na venda do crack; nos demais pontos de venda da cidade só é possível comprar a *pedra inteira*, que na Cracolândia chama-se *bloco*, esses são um quadrado de cerca de um centímetro cúbico de crack que custam R\$10 desde 2012 até hoje (ou seja, o preço real do crack tem diminuído ao longo dos anos) ; mas, na Cena de uso da Luz, os blocos podem ser transformados em vários *biricos*, que são lascas e pequenos pedaços de crack, sendo essa a forma mais importante para a circulação de mercadorias no território em questão, pois os *biricos* não possuem tamanho e nem preço específico, eles podem ser adquiridos por uma infinidade de valores, como R\$ 1 ou R\$ 2, e de outras “moedas de troca”, tais como cigarro, roupas, guarda-chuva, empréstimo de cachimbo, aluguel de carroça, celulares, ingresso de show, livros, ticket do Bom Prato<sup>13</sup>, enfim, todo o tipo de mercadoria e serviço pode ser trocado por um *birico*; por isso, eles são mais frequentemente consumidos pelos frequentadores da Cracolândia do que os *blocos*. A fim de comparação, Roberta diz que os *blocos* de crack são como se fossem uma lata de cerveja e os *biricos* um gole de cerveja; em qualquer bar que você vá não será possível comprar apenas um gole de cerveja, é vendido apenas a lata inteira, mas, na Cracolândia, é possível adquirir somente um “gole”.

---

<sup>12</sup> É de Lei é um coletivo que atua desde 1998 na promoção da redução de riscos e danos, sociais e à saúde, associados ao uso de drogas.

<sup>13</sup> Restaurante popular, subsidiado pelo governo do Estado, que vende refeições a R\$1,00.

Um estudo complementar ao Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (LECUCA) realizado em outubro de 2019 revelou que os frequentadores da Cracolândia gastam em média R\$ 192,50 por dia adquirindo crack, isto seria o equivalente a consumir 20 *blocos* da droga diariamente. Esse estudo também revelou que, por dia, passam pela Cracolândia, em média, 1680 pessoas. Fazendo uma conta rápida, de acordo com esse estudo, somente a Cracolândia de São Paulo movimentaria R\$ 323,4 mil por dia e, aproximadamente, 10 milhões por mês.

Todavia, esses dados foram contestados pelos coletivos que atuam naquela região. Daniel Mello, membro da Craco Resiste, coletivo que atua na Cracolândia desde 2016 e que é formado, inclusive, por ex-usuários de drogas que transitavam na região, em sua entrevista ao jornal *Brasil de Fato*, declarou:

Foi um número que nos trouxe estranhamento. Os primeiros questionamentos vieram justamente dos membros do coletivo que são usuários e eles colocam que se usa pouco dinheiro dentro do fluxo. Você troca por cigarro e outras coisas. Então, falar em dinheiro é muito estranho, o fluxo não funciona com dinheiro, funciona com escambo. Grande parte deles mal tem roupas para vestir, andam maltrapilhos. (MELLO, 2020)

A fala de Daniel Mello reforça o argumento da Roberta Costa de que, na Cracolândia, a droga é adquirida por meio de trocas de serviços ou mercadoria, e pouco dinheiro circula na mão dos usuários. A LECUCA também se mostra contraditória<sup>14</sup> ao revelar que nenhum dos usuários entrevistados possui renda fixa; de acordo com ela, 46% dos usuários roubam para conseguir dinheiro para o consumo da droga e 58% possuem como fonte de renda a mendicância.

Outro ponto questionado é em relação a quantidade consumida. Segundo Costa, é muito difícil calcular a quantidade de blocos consumida pelos usuários diariamente, pois, como já foi dito anteriormente, os *biricos* são os mais consumidos pelos frequentadores da Cracolândia e eles não possuem tamanho específico. De acordo com os usuários, é minoria as pessoas que utilizam 20 *blocos* de crack por dia, conforme dito por eles, caso consumissem essa quantidade, frequentemente, a droga os levaria a morte muito rapidamente. Costa

---

<sup>14</sup> Maurício Fiore e Luís Fernando Tófoli disseram em uma coluna na Folha de São Paulo que é preciso ter mais cuidado ao estimar o mercado da cracolândia. Texto na íntegra disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/02/e-preciso-mais-cuidado-ao-estimar-o-mercado-da-cracolandia.shtml>

também chama a atenção para a questão da temporalidade, pois naquele ambiente a noção do tempo é muito vaga, visto que os moradores dali passam dias “hibernados”, isto é, passam dias acordados usando crack e acabam perdendo a noção do tempo.

Ou seja, embora o mercado global de cocaína e crack esteja prosperando é muito difícil estimar o seu valor, mas, a partir da bibliografia pesquisada, podemos sugerir que a maior parte do lucro desse mercado não vem das cenas de uso em aberto, onde são concentradas as pessoas mais vulneráveis social e economicamente.

### 3. Cracolândia e suas políticas públicas

Após contextualizar o cenário global em que a Cracolândia da cidade de São Paulo está inserida, no presente capítulo, serão analisadas as políticas públicas implementadas na Cracolândia durante os anos de 2013 a 2018. E por último, será discutido o mercado de tratamento de crack.

No Brasil, a Cracolândia da cidade de São Paulo é a maior e mais conhecida cena de uso e venda de substâncias psicoativas, em especial o crack; é uma “área de grande visibilidade midiática e palco de disputas entre os mais distintos interesses sociais, políticos, econômicos e, sobretudo, como já mencionado, de especulações imobiliárias” (FROMM, 2016, p.1). Portanto, acabar com a Cracolândia sempre foi o grande desejo das esferas governamentais. Por isso, tal região tem sido alvo de inúmeras ações de repressão policial e políticas públicas higienistas.

No dia 3 de janeiro de 2012, mais uma vez a prefeitura de São Paulo apostava na repressão policial, como estratégia de acabar com a Cracolândia. O espaço onde encontravam-se os usuários foi ocupado por cerca de 100 policiais militares (PM) em viaturas, motocicletas e cavalos, impedindo que os mesmos deixassem o local. A Força Tática junto com o Batalhão de Choque da PM rodeava a região com cães farejadores e davam apoio a 95 servidores que realizavam a limpeza do espaço com a ajuda de caminhões pipa, era o início de uma operação que se estendeu por, aproximadamente, um mês, e foi nomeada como “Operação Sufoco”.

De acordo com comunicado oficial da Polícia Militar (PM), o objetivo da operação era "sufocar" o tráfico de drogas na região e impedir que a droga chegasse aos usuários, "restabelecer a ordem urbana" e "criar um ambiente seguro" para que assistentes sociais e de saúde da Prefeitura pudessem oferecer assistência aos "dependentes químicos. (MAGALHÃES, 2017, p.1)

Segundo o então coordenador de Política sobre Drogas da Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania, Luiz Alberto Chaves de Oliveira, a falta de droga e de espaço para o seu uso iriam fazer com que os usuários procurassem tratamento, afinal, de acordo com ele, todos os usuários ali presente faziam uso problemático de drogas, e somente a dor e o sofrimento iriam fazer com eles procurassem ajuda. Tal declaração causou

indignação e gerou muita polêmica, além de suscitar diversas críticas à operação, que ficou conhecida como “Operação Dor e Sofrimento”.

Essa operação foi um ponto de inflexão nas políticas públicas destinadas à Cracolândia da cidade de São Paulo, pois, além de não ter acabado com ela, pois os usuários apenas dispersaram-se para outros cantos da cidade, levando consigo a “Cracolândia”, de acordo com Fromm (2016), a operação repercutiu muito negativamente e resultou em denúncias contra o Governo do Estado de São Paulo a órgãos nacionais e internacionais de direitos humanos, além de uma Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público de São Paulo, contra o governo estadual.

Contextualizar tal ação é fundamental para o presente trabalho, pois ela foi um marco para a questão do crack na cidade de São Paulo, em especial para a Cracolândia, que passou a ser alvo de um grande número de serviços e políticas públicas, além de passar a ser vista também como uma questão de saúde pública. A seguir, apresentaremos as políticas públicas desenvolvidas na Cracolândia, durante dois mandatos da prefeitura de São Paulo, subsequentes à Operação Sufoco.

### **3.1. Políticas Públicas na Cracolândia 2013 à 2016**

Durante o governo de Haddad na prefeitura de São Paulo (2013-2016), a Cracolândia foi objeto de três políticas públicas distintas: o Programa Crack, é possível vencer, o Programa Recomeço e o Programa De Braços Abertos.

O programa Crack, é possível vencer, lançado em 2011 pela presidente Dilma Rousseff, era uma política do governo federal que tinha como intuito auxiliar estados e municípios a combater o consumo de drogas, por meio de três frentes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade.

O Programa Recomeço foi uma política do governo estadual, que consistia no pagamento de entidades especializadas para o tratamento de dependentes químicos que voluntariamente procurassem recuperação, ou seja, a política pregava a abstinência como solução para o dependente.

Quanto ao programa De Braços Abertos (DBA), foi um programa da prefeitura de São Paulo, ele tinha como objetivo a redução de danos na vida do usuário. Sendo assim, ao contrário do Programa Recomeço, o DBA não pregava abstinência. O programa oferecia um quarto compartilhado de hotel/pensão, alimentação e trabalho, a fim de reinserir o usuário na sociedade.

Dado que ambos os programas ocorreram no mesmo período e com objetivos diferentes, muitas vezes ocorreram conflitos de interesse e os usuários da Cracolândia foram disputados pelos programas.

### **3.1.1 Programa Crack, é possível vencer**

Em maio de 2010, o governo federal instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, através do Decreto 7.179. O plano visava buscar solução para o aumento do uso de crack e seus efeitos na vida dos indivíduos, via ações de aplicação imediata e outras de caráter estruturante. Dentro das ações imediatas, destaca-se o enfrentamento ao tráfico do crack em todo o território nacional, com especial atenção nos municípios que estão localizados na fronteira e a realização de uma campanha permanente de mobilização nacional para o comprometimento com o Plano. O objetivo era a melhoria do sistema de saúde que atende os usuários de crack e suas famílias. Quanto às ações estruturantes, elas são divididas em quatro eixos: i) integração de ações de mobilização, prevenção, tratamento e reinserção social; ii) diagnóstico; iii) campanha permanente de mobilização, informação e orientação, e; iv) formação de recursos humanos e desenvolvimento de metodologias. Os dois tipos de ações seriam feitos simultaneamente. (CETOLIN ET AL, 2013)

O governo federal pretendia investir no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas R\$ 410 milhões até 2014. Os recursos seriam aplicados em diversas ações de políticas públicas integradas, em diversos setores como saúde, educação, assistência social e segurança pública dos 26 estados além do Distrito Federal. A responsabilidade seria dividida entre municípios e estado.

O Plano recebeu muitas críticas devido ao orçamento insuficiente, então, em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério do Desenvolvimento

Social e Combate à Fome e com o Ministério da Justiça, através da Secretaria Nacional de Segurança Pública, do Departamento de Políticas, Programas e Projetos, do Departamento de Acompanhamento de Programas Sociais de Prevenção à Violência e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, lançou-se o programa “Crack, é Possível Vencer”, que foi uma ampliação e inovação do Plano Integrado.

O Programa tinha a finalidade de prevenir o uso e promover atenção integral ao usuário de crack, bem como enfrentar o tráfico de drogas. Tem por objetivo aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares; reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas; e promover ações de educação, informação e capacitação.

O novo programa objetivava uma abordagem multidisciplinar e abrangente, por meio de ações articuladas de enfrentamento ao tráfico e prevenção de uso, tendo como foco o atendimento médico social e a saúde pública. Suas ações seriam baseadas em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. No eixo cuidado, estariam as medidas das políticas de assistência social e saúde; o eixo prevenção destinava-se a reduzir o ritmo de crescimento do número de usuários de crack; já o eixo autoridade contemplaria as ações de segurança pública. Caberia aos estados e municípios a gestão integrada do programa em âmbito local, por meio de comitês que articulem a área de saúde, segurança pública, educação, assistência social, entre outras, para o planejamento, execução e avaliação das ações.

A estrutura do programa consistia em uma agência de segurança pública que pretendia integrar com as redes de atenção e cuidado já presentes nas comunidades; estabelecer vínculos com as comunidades envolvidas por meio de estratégia de proximidade das forças policiais, a fim de ganhar a confiança da população; e oferecer atendimento em redes de atenção e cuidado aos usuários. (MEREILLES, 2018)

O Governo Federal propôs que a execução do programa fosse feita nas capitais dos estados, cujos governos deveriam compartilhar um convenio em que as corporações militares receberiam verbas do Governo Federal destinado à compra de armas e veículos e, em contrapartida, deveriam oferecer aos policiais cursos sobre: políticas e legislação sobre drogas; epidemiologia do uso de drogas no Brasil; conceitos fundamentais sobre substâncias psicoativas; princípios básicos de abordagem psicossocial; papel do Sistema Único de Saúde e da Assistência Social; e a abordagem humanizada do usuário de crack. Assim, a realização desses cursos buscava desenvolver habilidades para aperfeiçoar a abordagem policial junto

aos usuários em situação de rua; desmitificar a visão preestabelecida e os estereótipos sobre o usuário; e formar um profissional consciente de seus limites e suas possibilidades de intervenção. (MEIRELLES, 2018)

De acordo com a estratégia adotada, a primeira meta estabelecida para o programa, era de que, até 2014,

as redes de atenção à saúde, a assistência social e as ações de prevenção nas escolas, fossem ampliadas, fortalecidas e sobretudo integradas, aumentando e melhorando sua capacidade de acolhimento aos usuários de drogas e apoio aos familiares; que essas redes contenham profissionais da saúde, educação, assistência social, lideranças comunitárias capacitadas no tema e com programas de prevenção nas escolas em execução; e que espaços urbanos, anteriormente ocupados com cenas de uso de crack, comecem a ser revitalizados, trazendo mais segurança as comunidades. Também é meta a integração das forças de segurança pública dos três níveis de governo, equipados para o combate ao tráfico e repressão aos traficantes. (GOVERNO FEDERAL, 2011, p. 5)

O novo programa receberia um investimento de R\$ 4 bilhões a serem aplicados até 2014. Mas, de acordo a Confederação Nacional dos Municípios, o valor previsto para a execução do programa foi menor do que o valor anunciado. O Governo Federal disponibilizou R\$3,5 milhões, para a realização de ações do programa entre 2011 e 2014. Todavia, foi pago somente R\$1,9 bilhão, o que equivale a 47,5% do que havia sido prometido, sendo que o maior executor do programa foi o Ministério da Saúde, tendo executado R\$1,5 bilhão das ações. Com isso, a maioria das metas propostas, em 2011, não foram atingidas.

Tabela 7: Metas previstas e alcançadas do Programa Crack, é possível vencer

<b>Rede de Atenção ao usuário de drogas</b>	<b>Objetivo do Governo Federal</b>	<b>Atingido</b>
Consultório de Rua	308	123
Abordagens Sociais na rua	308	194
Centros de atenção psicossocial de álcool e drogas – CAPS	175	59
Enfermarias especializadas	3.600	800
Unidade de acolhimento	618	60

Vagas em comunidades terapêuticas	10.000	7.501
Base móveis de videomonitoramento	70	130
Base móveis (qualificação dos profissionais)	8.400	7.538
Aumento de efetivo da Polícia Federal	1.200	1.119
Vagas de capacitação por meio da Educação a Distância	483.000	434.000

Fonte: CNM, 2014. Elaboração própria.

Embora as metas estabelecidas no início do programa não tenham sido atingidas durante o período proposto o Crack, é possível vencer continuou ativo e recebeu repasse de verbas até 2018.

### 3.1.2 Programa Recomeço

Em janeiro de 2013, após a Operação Sufoco, Geraldo Alckmin, o então governador do Estado de São Paulo, anunciou uma nova estratégia em relação a política sobre drogas. O governo do Estado em parceria com o Ministério Público, o Tribunal de Justiça e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), formou no interior do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) um plantão judiciário para agilizar os procedimentos legais necessários para a internação a força de usuários de drogas, assim os laudos médicos e as medidas judiciais seriam feitas em um só lugar. Foi nesse contexto, que o Programa Recomeço foi fundado, como uma alternativa as repressões policiais e um meio de acabar com a Cracolândia - retirando os usuários da rua e internado em comunidades terapêuticas. (FROMM, 2016)

O Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack do Governo do Estado de São Paulo, denominado “Programa Recomeço - Uma vida sem droga”, foi criado a partir do decreto nº 59.164, em 9 de maio de 2013, que tinha como objetivo a execução de ações de prevenção, tratamento, reabilitação, reinserção social, acesso à justiça e cidadania e redução de situações de vulnerabilidade social. Segundo constava no site do programa, que atualmente foi desativado, “a iniciativa propõe uma nova maneira de acolher este público, incentivando a procura espontânea por ajuda e, principalmente, apresentando aos mais resistentes a oportunidade de um recomeço, de uma vida nova”. Ele foi coordenado pelas secretarias de Saúde, de Desenvolvimento Social e da Justiça e da Defesa da Cidadania, e constituía em uma extensão do CRATOD da cidade de São Paulo. (FROMM, 2016)

Partindo do princípio que a dependência química é uma doença, a proposta do programa Recomeço era disponibilizar assistência médica aos usuários de drogas, em especial o crack, através de uma equipe multifuncional de atendimento que tem por objetivo prevenir o consumo de drogas e pregar a abstinência aos pacientes. A partir de uma avaliação médica, o usuário poderia ser encaminhado para tratamentos ambulatoriais e acompanhamento pela CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), até a internação voluntária ou compulsória em comunidades terapêuticas. (FROMM, 2016)

O programa atuava em parceria com entidades públicas e privadas e tinha como base o Cartão Recomeço, que era um benefício a ser usado para a recuperação de dependentes químicos, que procurassem ajuda voluntariamente ou obtivessem prescrição médica de internação. O governo estadual pagava R\$ 45,00 por dia de acolhimento do usuário de substâncias psicoativas às entidades cadastradas no programa, sendo que, para receber esse valor, o paciente precisava fazer uso do seu Cartão Recomeço recebido no início do seu tratamento - que tinha a finalidade de controlar a sua presença - e a entidade precisava enviar um relatório mensal unificado; o valor era creditado diretamente às entidades e era proporcional ao número de dias acolhimento, exceto quanto ao pagamento do primeiro mês do acolhido, cujo o valor era integralmente creditado à entidade credenciada, mesmo no caso de desistência ou cancelamento. Sendo assim, os dependentes e seus familiares não recebiam nenhuma quantia em dinheiro. Esse valor era pago por até 180 dias (seis meses), considerado por alguns especialistas o tempo adequado para a recuperação dos dependentes. (SÃO PAULO, 2013)

O programa pretendia atender, em sua primeira fase, 3 mil dependentes químicos distribuídos em 11 cidades, sendo elas: Diadema, Sorocaba, Campinas, Bauru, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, Presidente Prudente, São José dos Campos, Osasco, Santos e Mogi das Cruzes. Na capital, o Programa Recomeço já atendia os dependentes químicos por meio do CRATOD e do convênio com a Missão Belém.

O CRATOD é um centro de tratamento de dependentes químicos, que fica localizado no centro da cidade de São Paulo. A unidade é vinculada à Secretaria de Estado da Saúde e oferece atendimento 24 horas por dia (SÃO PAULO, 2018a). Quanto à Missão Belém, é um movimento religioso difuso no Brasil, na Itália e no Haiti, “como o próprio nome expressa, o movimento propõe a reviver o ministério de Belém: Jesus que nasce pobre no meio dos pobres, numa mísera gruta, colhido com carinho por Maria e José.” (MISSÃO BELÉM,

2018). Portanto, a Missão Belém oferece tratamento aos dependentes químicos, pregando o evangelho e os valores da família.

Esse programa gerou muitos debates em torno das internações compulsórias. Foi nesse contexto que o então ministro da saúde, José Gomes Temporão, médico sanitário com mais de 35 anos de experiência, afirmou que o problema dos “viciados” em drogas não é uma questão “política” nem “policia”, mas de saúde.

A questão central não é política. Não se pode ter um olhar sobre as drogas ilegais que seja um olhar higienista, de retirar o problema da minha visão, ou ter um olhar policial. Tem que partir de um olhar social (TEMPORÃO, 2013)

Para ele, o Programa Recomeço não passava de um programa higienista envolto de interesses políticos, que viola os direitos individuais.

Diante desse impasse, o então prefeito da cidade de São Paulo, Fernando Haddad se expressou contrário ao programa, e foi apoiado pelo Secretário Municipal de Direitos Humanos, Rogério Sotilli, que declarou:

Sou contra o uso da força. E a orientação compulsória é uso da força. Vamos trabalhar em outra perspectiva no sentido de valorizar e construir outros caminhos necessários para que essas pessoas saiam do crack, e não com o uso da força (SOTILLI, 2013)

Sendo assim, a prefeitura aliou-se ao “Programa Crack, é possível vencer” do governo federal a fim de criar uma política alternativa para o enfrentamento do crack. Foi nesse contexto que surgiu o programa De Braços Aberto, que será abordado no próximo tópico.

Ainda em fevereiro de 2014, o Programa Recomeço implementou o “Recomeço Família”, uma ação específica para orientação e tratamento dos familiares de dependentes químicos. O objetivo é preparar as famílias para conviver com os comportamentos dos dependentes advindos da abstinência e desenvolver habilidades para o enfrentamento das mesmas, permitindo que a família leve o dependente ao tratamento. Para atingir tal objetivo, o governo disponibilizou 12 postos de atendimento aos familiares, localizados nas regiões de São Paulo, Guarulhos, Campinas e Jundiaí, aonde são realizadas terapias em grupo ou individual, grupos de ajuda mútua e atividades psicoeducacionais.

Após 7 anos de existência, o programa possui mais de 66 unidades credenciadas espalhadas pelo território paulista, que somadas atende cerca de 3 mil usuário por dia. Visando ampliar esse atendimento em 14%, o atual governador do Estado de São Paulo, João Doria, disponibilizou uma verba de 25,9 milhões de Reais, que será distribuída para comunidades gerenciadas pela Coordenadoria de Políticas sobre Drogas das cidades de Araçatuba, Bauru, Campinas, Central, Franca, Itapeva, Marília, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Santos, São José do Rio Preto, São José dos Campos, Sorocaba e Grande São Paulo.

### **3.1.3 Programa De Braços Abertos (DBA)**

Braços Abertos é um ponto de inflexão entre várias tentativas simplistas e higienistas que tentavam com medidas simplificadas resolver problemas de alta complexidade. É importante lembrar que essas pessoas já fizeram fracassar os protocolos clínicos e pedagógicos tradicionais. A baixa exigência é combinada com uma grande disposição de parte dos trabalhadores para sustentar vínculos continuados e relações de construção de contratualidade. No interstício da práxis vai sendo construído o sujeito-cidadão. Daí a importância do lema: nunca desistir (Cavalcante, 2015<sup>15</sup>, *apud* Trinta, 2017, p.62).

Em janeiro de 2014, exatamente dois anos depois da Operação Sufoco, a prefeitura da cidade de São Paulo, deu início a Operação Braços Abertos, mas, dessa vez, a operação não estava pautada no paradigma de guerra. Essa operação que logo se tornaria um programa, iniciou-se com a realização de um acordo entre as lideranças locais, que mediarão à retirada pacífica de 147 barracas que ocupavam o entorno das Ruas Helvetia e Dino Bueno, região da antiga rodoviária, e também realizou o cadastro de cerca de 300 pessoas, as quais iriam receber moradia em quartos de hotéis (pensões simples), três refeições diárias no restaurante popular Bom Prato, além de vagas no serviço de varrição das ruas do Centro, pelo qual seria pago semanalmente o equivalente a 15 reais por dia em troca de 4 horas de serviço diário (RUI, 2016; FROMM, 2016). Essa ação tinha dois objetivos: a intervenção em um espaço urbano degradado e uma política de apoio e cuidado aos moradores da Cracolândia.

---

<sup>15</sup> Entrevista disponível em : <http://abramd.org/wp-content/uploads/2015/03/SP-DeBra%C3%A7osAbertos.pdf>

Em abril do mesmo ano, essa operação transformou-se no programa De Braços Abertos, por meio do Decreto nº 55.067. O programa tinha como “objetivo promover a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de substâncias psicoativas, por meio da promoção de direitos e de ações assistenciais, de saúde e de prevenção ao uso abusivo de drogas” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2014)

O DBA se estruturou como uma política de intervenção intersetorial, ao articular sete secretarias municipais, como a Secretaria de Saúde, de Segurança Urbana, de Assistência Social, de Desenvolvimento, de Habitação, entre outras, a fim de montar um comitê gestor para gerenciar o programa, além da adesão ao programa “Crack, é possível vencer” do Governo Federal. Essa estratégia de gestão intersetorial foi pauta no discurso de que, dada a complexidade dos fenômenos sociais, apenas um setor não consegue dar respostas eficientes à população.

Esse programa consistiu no último programa lançado pela prefeitura de São Paulo sob a gestão de Fernando Haddad, ele vem em contrapartida a todas as outras ações anteriores de repressão policial, que visavam somente o fim da Cracolândia. O DBA tem como propósito a melhoria de qualidade de vida dos seus beneficiários, sem exigir a abstinência e o distanciamento da Cracolândia, ou seja, o programa é pautado em políticas públicas de redução de danos e tem como diretriz parte de modelos internacionais, pautados pelos conceitos de *housingfirst* (primeira moradia) e de *lowthresholdservice* (baixa exigência). (BRANDÃO; CARVALHO, 2017)

Housingfirst é uma inovação relativamente recente em políticas sociais voltadas para pessoas que se encontram desabrigadas. Ela baseia-se no conceito de que a primeira e principal necessidade de um morador de rua é obter moradia estável e que outras questões que podem afetar o domicílio podem e devem ser resolvidas assim que a habitação é obtida. Esse conceito foi lançado por Tanya Tull através do programa “Housing First” na Califórnia, em resposta a um aumento acentuado no número de famílias com criança sem lar, o programa consistia em uma triagem e avaliação da segurança da criança, depois a família era encaminhada para uma moradia. O ponto central é a mudança partir do participante. (WIKIPEDIA, 2018)

A casa, além de direito humano básico, é um elemento estabilizador. Além de trazer segurança física e mental, ela facilita o acesso aos recursos básicos que todo ser humano precisa para sobreviver. Além de tudo, se provou mais barato para os cofres públicos nos países onde é aplicado. Governos compraram a ideia não “apenas” porque desejavam garantir direitos humanos, gerar mais empregos e movimentar a economia. Mas também porque pagar alugueis e equipes de suporte saiu mais barato do que arcar com frequentes atendimentos em salas de emergência de hospitais, tratamentos de detox, abrigos, casas de acolhida e até mesmo cárcere. (WIKIPEDIA, 2018)

Quanto ao conceito de *lowthresholdservice*, são programas de tratamento de baixo limiar, ou seja, são centros de cuidados de saúde baseados na redução de danos aos consumidores de drogas. Programas de "baixo limiar" são programas que fazem exigências mínimas ao paciente, oferecendo serviços sem tentar controlar o consumo de drogas e fornecendo aconselhamento somente se solicitado.

Compreende-se que garantir a moradia, ampliar o acesso à saúde e as ações assistenciais e proporcionar renda por meio da oferta de trabalho, são estratégias essenciais para a reinserção social. É nesse sentido que o De Braços Abertos pretendia atuar, disponibilizando aos usuários o seu direito garantido por lei, visando romper o ciclo de uso prejudicial de drogas e promover novas formas de inclusão e reinserção social aos moradores da Cracolândia, reduzindo, assim, a vulnerabilidade dos mesmos. (TEIXEIRA *et al*, 2018)

Outro ponto importante a se ressaltar, foi a parceria criada entre o DBA e o Programa Operação Trabalho (POT), o Decreto nº 55.067 que instituiu o DBA também alterou o Decreto nº 44.484 que regulamenta o POT, com a finalidade de incluir os beneficiários do DBA no POT. O Operação Trabalho foi criado em 2004, quando a prefeitura de São Paulo ainda estava sob a gestão de Marta Suplicy, ele tem como objetivo conceder atenção especial ao trabalhador desempregado, residente no município de São Paulo, pertencente à família de baixa renda, visando estimulá-lo à busca de ocupação, bem como à sua reinserção no mercado de trabalho, ou seja, os beneficiários do POT recebem primeiro qualificação profissional, por meio de cursos profissionalizantes e depois são encaminhados para atividades remuneradas, que pagam até um salário mínimo e meio por mês, sendo que o vínculo com o trabalhador é de um ano e pode ser estendido por mais um ano caso haja necessidade na prestação de serviço.

Durante o primeiro semestre de 2015, após um ano de criação do DBA, foi realizado uma pesquisa preliminar independente pela Plataforma Brasileira de Política de Drogas para avaliar o programa e, em tão pouco tempo, já notaram-se resultados importantes que foram apresentados no relatório da avaliação. Assim, 95% dos beneficiários do programa avaliaram que o DBA teve um impacto positivo ou muito positivo em suas vidas. Sendo que 76% deles participaram voluntariamente da frente de trabalho, haja vista que não é obrigatório trabalhar para permanecer no programa; desses participantes, 65% avaliam as condições de trabalho como boa ou ótima. Quanto às equipes de assistência social e de saúde, essas foram muito bem avaliadas pelos beneficiários. Mas o ponto mais importante, que foi observado durante a pesquisa, foi a redução do consumo de crack por parte dos beneficiários que passaram a ocupar parte do seu tempo com a atividade remunerada, deixando assim menos tempo livre para consumir drogas. (RUI, T.; FIORI, M; TÓFOLI, L.F., 2016)

Em contrapartida, existe a relação controversa de estrutura dos hotéis e alimentação. As estruturas dos hotéis foi o ponto que mais chamou a atenção da mídia, foi levantado que 46% dos beneficiários consideram a habitação boa ou ótima, enquanto 49% a avaliaram como regular ou péssima. No relatório, essa questão é colocada como sendo consequência das diferenças de estrutura e de higiene dos setes hotéis ativos durante a pesquisa, que eram bastante heterogêneos. No que tange a avaliação da alimentação, 49% dos beneficiários a consideraram entre boa ou ótima e 51% entre péssima e regular; as críticas levantadas eram em relação à variabilidade do tempero e do cardápio.

Os beneficiários ainda apontaram dois pontos de melhoria para o programa: as condições e a remuneração do trabalho (o desejo de que o valor do pagamento fosse maior e que o trabalho fosse formalizado, com registro em carteira), além das condições e da localização dos hotéis (dos nove hotéis cadastrados, no início do programa, seis localizam-se nas imediações do fluxo). A proposta do DBA era de oferecer hotéis na própria cena de consumo, para não afastar as pessoas do seu ciclo de convivência social. Para alguns beneficiários entrevistados, no entanto, tal localização é paradoxal, pois morar no centro da cidade traz diversos benefícios, como maior facilidade ao acesso de transporte, educação, serviços assistenciais e de saúde, postos de trabalho; por outro lado, a localização tão próxima à cena de consumo pode dificultar a relação dos usuários com o crack, uma vez que tal substância encontra-se disponível a poucos metros de distância.

Entende-se que o DBA se mostrou uma iniciativa inovadora, conseguindo a redução do consumo de drogas e promovendo a reinserção social de seus beneficiários. No entanto, o investimento dos recursos nos dois anos iniciais permitiu que o programa atendesse 460 pessoas e deixasse 218 na fila de espera, sem previsão de atendimento, ou seja, o investimento disponibilizado pelo governo federal e municipal não foi suficiente para acolher todos os usuários da Cracolândia. “Assim, o DBA nasceu forte na sua abordagem progressista às drogas, no entanto, frágil na sua concepção de acesso a todos os usuários, tendo uma clara barreira de acesso.” (TEIXEIRA *et al*, 2018, p.6)

Além disso, os paradigmas da garantia de direitos, da assistência social e da reinserção no mercado de trabalho não vieram desacompanhados de um paradigma securitário de “combate ao tráfico de drogas”. Destaca-se que a coordenação do programa está sob responsabilidade da Secretaria de Segurança Urbana, que aumentou o seu contingente policial na região. (TRINTA, 2017)

Embora o DBA tenha apresentado resultados muito positivos em sua pesquisa preliminar, o programa foi encerrado junto ao fim do mandato de Fernando Haddad. Ainda durante as eleições municipais, o então candidato a prefeito, João Dória, que depois se elegeu em 2017, declarou:

Primeiro, nós não vamos continuar com o programa Braços Abertos, não é um bom programa para a cidade. Nós vamos adotar o programa Recomeço, que o governo do Estado realiza nesta área, com a participação de duas secretarias: a de Promoção Social e da Saúde. Este programa propõe a internação daqueles que são vítimas do crack, que são psicod dependentes, para que eles, nesta internação, com tratamento clínico, eles podem ficar afastados das drogas. (DÓRIA, 2016)

### **3.2 Políticas Públicas na Cracolândia 2017 a 2018**

Com as eleições municipais de 2016, o candidato João Doria foi eleito no primeiro turno com a maioria dos votos (53,29%). Ainda nos debates eleitorais, Doria já havia declarado contrário ao Programa De Braços Abertos da gestão de Fernando Haddad, apelidando-o pôr “Braços Abertos para a Morte”, alegando que o programa incentivava o consumo de drogas. (PINTO, 2019)

Já no início de seu mandato, Doria anunciou o fim do DBA e começou o desmonte do programa com o fechamento gradual de hotéis e pensões e desocupação dos mesmos. além de quebrar os contratos de trabalhos, deixando os beneficiários sem moradia, trabalho e assistência. Tudo isso foi feito com a promessa de que no segundo semestre de 2017 seria lançado um novo programa para tratar da situação dos usuários de crack; todavia, não foi feita uma transição entre os programas, o seu objetivo imediato era apenas acabar com o DBA, deixando os beneficiários em suspenso, sobre o que de fato seria oferecido. (PINTO, 2019)

As políticas públicas realizadas na Cracolândia durante o mandato de João Doria na prefeitura de São Paulo (de janeiro de 2017 a abril de 2018) tiveram início com uma ação policial truculenta realizada em 21 de maio de 2017, onde novecentos policiais fortemente armados dispersaram o chamado “fluxo” (núcleo da concentração de usuários da Cracolândia), através da distribuição de cacetadas, uso de bombas lacrimogêneas e remoção das barracas, e prenderam trinta e oito traficantes. No final do confronto só sobraram destroços da operação, o esvaziamento do local e a dispersão dos usuários. Segundo Doria, a ação que tinha como objetivo a prisão de traficantes que comercializavam drogas por lá, acabou colocando fim à Cracolândia. (MELLO, 2018)

Todavia, a concentração do fluxo não acabou, ela apenas se aglomerou a poucas quadras de distância do local original e se dispersou em partes menores pelos arredores, tanto no Centro, como na Luz e outros bairros. Os usuários estão atualmente concentrados na Praça do Cachimbo, na esquina da Alameda Cleveland com a rua Helvetia. O que houve mesmo foi o fim do programa De Braços Abertos, da gestão passada, e a criação do Programa Redenção.

A ação de maio de 2017 fazia parte do marketing do ex-prefeito, que prometeu em sua campanha a chamada revitalização para a região da Luz, retomando os planos de Gilberto Kassab, que pretendia reformar o bairro com uma ampla intervenção urbana, removendo moradores comerciantes e até parte dos imóveis. Por isso, Doria defendia a intervenção policial associada a internações em massa. Na reunião estratégica de atuação na Cracolândia ele declarou: “Queremos que aquela imagem seja coisa do passado e que as pessoas que ali estão como psicodépendentes possam ter seu atendimento clínico” (MELLO, 2018).

O Programa Redenção pregava a abstinência dos usuários através da internação em hospitais. No diário oficial de 27 de maio de 2017, foi anunciada a assinatura de contratos

com três hospitais para disponibilizar 261 vagas para dependentes químicos: o Hospital Cantareira recebeu R\$ 7,4 milhões por 12 meses, o das Irmãs Hospitaleiras, R\$ 5,8 milhões e a Casa de Saúde João de Deus, R\$ 4,9 milhões

A prefeitura de São Paulo entrou na justiça pedindo para internar compulsoriamente os usuários de drogas que se espalhassem pelas ruas da região central da Luz, o Tribunal de Justiça negou, mas a estratégia de tratar pela abstinência continua. Foram criados cinco centros de assistência, em contêineres, chamados Atendes (Atendimento Diário Emergencial). Eles estão divididos entre a região da antiga Cracolândia (3 unidades), região da Avenida Roberto Marinho (1 unidade) e na Vila Leopoldina (1 unidade). “Os Atendes são destinados ao acolhimento e atendimento de dependentes químicos, onde são disponibilizados banho, alimentação, dormitório, cabeleireiro, barbeiro, oficinas de capacitação e ressocialização aos beneficiários” (SÃO PAULO, 2018b).

Segundo a prefeitura, em seis meses de trabalho, o Programa Redenção realizou mais de 2300 internações e quase 300 mil atendimentos nas quatro unidades do Atendes, que contam com mais de 1000 vagas em conjunto. Até novembro, os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) já haviam realizado 51 mil atendimentos na região da Luz, com 2.776 encaminhamentos para tratamentos ou internações, sendo 2.374 para internações voluntárias em leitos de desintoxicação em hospitais contratados (972 internações no Hospital São João de Deus, 658 no Hospital Cantareira e 744 no Hospital Nossa Senhora de Fátima), 216 encaminhamentos para leitos de pronto-socorro e hospitais municipais e gerais, e 186 para Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-Ad III) e Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Cratod).

O Programa atingiu esse formato após ter sido realizada uma fiscalização<sup>16</sup>, em agosto, do Redenção por parte do Ministério Público em conjunto com a Defensoria Pública de São Paulo e mais oito entidades<sup>17</sup>, em que foi concluído que “O Programa Redenção não

---

<sup>16</sup> Os resultados dessa fiscalização estão resumidos no documento “Estamos de olho: uma avaliação conjunta dos hospitais psiquiátricos do Projeto Redenção”, disponível em: [https://www.cremesp.org.br/pdfs/web\\_relatorio.pdf](https://www.cremesp.org.br/pdfs/web_relatorio.pdf)

<sup>17</sup> As entidades mobilizadas na fiscalização do Redenção foram: Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp); Conselho Regional de Enfermagem (Coren); Conselho Regional de Psicologia (CRP); Conselho Municipal de Política de Álcool e Drogas; Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Humana de São Paulo (Condep); Conselho Regional do Serviço Social de São Paulo (Cress); Conselho Regional de Nutricionistas; Vara da Saúde do Ministério Público e núcleos especializados da Defensoria Pública (Infância & Adolescência, Direito da Mulher, Idoso e Pessoa com Deficiência, Cidadania e Direitos Humanos).

tem nenhuma base técnica, ética, conceitual ou operacional que o justifique”, avaliou o representante do Conselho Regional de Psicologia, Ed Otsuka. Segundo essa avaliação, o programa estava consumindo um valor muito elevado do SUS (Sistema Único de Saúde), R\$1,8 milhões por mês, gastos com apenas três hospitais, que não tinham estrutura para receber os beneficiários, além de não haver qualificação do cuidado, respeito à singularidade e acompanhamento pós-alta; sendo assim, para que o programa desse continuidade seria necessária uma reformulação do mesmo.

Foi dentro desse contexto que, em dezembro de 2017, Doria anunciou que o principal vetor de sua política no combate ao crack seria a internação voluntária, resgatando algumas propostas do programa De Braços Abertos. No lançamento do Redenção, o psiquiatra Arthur Guerra, coordenador do programa, afirmou que utilizaria as políticas de redução de danos e que será dada ao usuário a possibilidade de aderir à redução ou optar pela internação. Trata-se de uma mudança de postura na gestão do programa, cujo viés inicial era mais repressivo.

Atualmente o Programa Redenção oferta serviços que permitem a melhoria da autoestima do usuário, atuando conjuntamente com o governo Estadual a fim de dar apoio ao dependente químico e encaminhar os ex-usuários para o programa Trabalho Novo. O Programa também tem parceria com o Conselho Tutelar para cuidar de casos com crianças e adolescente. (SÃO PAULO, 2018b)

O Programa Trabalho Novo da prefeitura de São Paulo, “busca inserir pessoas em situação de rua no mercado de trabalho e promover uma mudança de vida e o regaste da cidadania” (SÃO PAULO, 2018c). Para atingir seus objetivos, o programa conta com empresas solidárias que oferecem postos de trabalho para os beneficiários.

Os contratados pelo programa já são atendidos nos centros de acolhimento da Prefeitura e passam por uma capacitação socioemocional para assumir os postos de trabalho. O Trabalho Novo é realizado por meio das secretarias municipais de Trabalho e Empreendedorismo (SMTE), de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) e de Investimento Social (SEIS), em parceria com a ONG Rede Cidadã,

especialista em geração de oportunidade de trabalho para cidadãos vulneráveis socialmente.  
(SÃO PAULO, 2018c, n.p.)

Esse programa foi criado para substituir o Programa Operação Trabalho do DBA e sofreu inúmeras críticas que questionaram a sua efetividade, considerando que as exigências do mercado de trabalho da iniciativa privada vão muito além da capacitação socioemocional oferecida, o que dificulta a busca e permanência do beneficiário em postos de trabalho, formando uma longa fila de espera por uma vaga, além de haver dificuldade por parte dos contratantes em realizar a interação dos beneficiários com o restante de seu quadro de funcionários, o que leva o empresário muitas vezes a desligar o usuário. Ademais, um ano após o lançamento do programa, a prefeitura de São Paulo encontrou obstáculos para transformar o Trabalho Novo em uma política pública; a principal dificuldade é orçamentária, já que o programa é sustentado por doações privadas e não existe um vínculo formal com a administração municipal, apenas um termo de colaboração.

Apesar de a política adotada a partir de 2017 para a Cracolândia ter sido alvo de inúmeras críticas, o vice-prefeito Bruno Covas que se encontra a frente da atual gestão, após o prefeito João Doria ter deixado a prefeitura de São Paulo depois de 15 meses de mandato para assumir o governo do Estado de São Paulo, deu continuidade a essa política com caráter higienista, desconsiderando os apelos, vontades e perfil dos usuários, recuperando a antiga forma de guerra às drogas por vias de repressão policial, que acaba por criar repulsões, descontentamento e desconfiança dos usuários em relação ao poder público, afastando esses dos profissionais que estão à frente dessa questão tão complexa. (PINTO, 2019)

Outrossim, o promotor da área da saúde Arthur Pinto Filho aponta que o Programa Redenção nunca foi plenamente implementado, o programa apenas herdou algumas estruturas de programas anteriores e deu novo nome a elas, além de oferecer apenas alguns serviços paliativos como consultórios de rua e tendas de descanso. Para Nathália Oliveira (ANO), presidente do Comuda (Conselho Municipal de Política de Drogas e Álcool de São Paulo), o Redenção é um projeto “sem rumo”, “o Programa que chamam de Redenção é basicamente um consultório na rua, com trabalhadores no território, apagando incêndio, fazendo com que as pessoas tenham cuidados básicos de saúde. É paliativo, emergencial”, afirma Nathália. Atualmente, o Programa Recomeço do governo estadual, é a principal

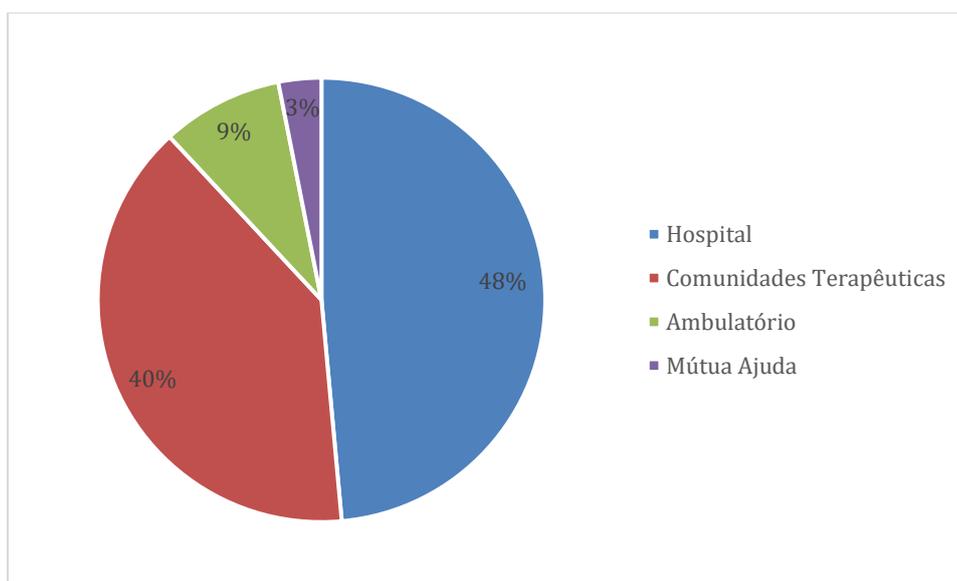
referência para os usuários em busca de tratamento, não havendo uma complementaridade entre programas municipais e estaduais.

### 3.3 O mercado de tratamento de crack

Após discutidas as políticas públicas implementadas na Cracolândia durante o período de 2013 a 2018, faz-se necessário discutir também o mercado de tratamento dos usuários de crack que se encontra paralelamente a tais políticas.

O uso de crack é visto por muitos como uma doença a ser tratada. O pânico moral induzido pela mídia, levou o público a conceber o uso de crack como risco de vida e, portanto, a necessidade de um tratamento. De acordo com o LECUCA, mais da metade dos frequentadores da Cracolândia de São Paulo (56%) já realizaram algum tipo de tratamento para dependência química, sendo que o modelo de tratamento mais referido foi o hospitalar seguido pela internação em comunidades terapêuticas.

Gráfico 23: Modelo de tratamento utilizado



FONTE: Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (2020). Elaboração própria.

Durante o período do estudo, foram realizados dois tipos de políticas de tratamento dentro da Cracolândia: as de redução de danos e as de internação, seja em comunidades terapêuticas ou em hospitais, ambas pregando a abstinência como cura à dependência. De acordo com o estudo apresentado, as políticas de internação parecem ter tido maior aderência

dos usuários. Sendo assim, faz-se necessário discutir mais a fundo os interesses envolvidos em tal método.

### **3.3.1 Comunidades Terapêuticas (CTs)**

Entre 2015 e 2017, o Ipea realizou uma pesquisa a pedido da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), a fim de expandir e aprofundar o conhecimento da Senad sobre as CTs, de forma que a secretaria pudesse melhorar a gestão dos convênios e contratos estabelecidos com elas. O objetivo da pesquisa era traçar o perfil das comunidades terapêuticas que atuam no Brasil. (IPEA, 2018)

Segundo o IPEA, essas instituições podem ser definidas como um modelo de tratamento a pessoas com transtornos resultantes do uso problemático de substâncias psicoativas. Elas possuem caráter exclusivamente privado e são organizadas em residências coletivas temporárias, onde os usuários de drogas são “confinados”, por longos períodos (em geral, de nove a doze meses) a fim de abandonar as drogas definitivamente. Ou seja, os programas oferecidos por essas instituições, prometem tanto tratar dos sintomas decorrente do uso de SPAs, como também promover uma reforma moral dos residentes, utilizando instrumentos de isolamento físico e social e pregando a abstinência. Durante a permanência nas CTs, estas pessoas são obrigadas a cumprir diversas atividades, como: reuniões em grupos de ajuda mútua, práticas religiosas, terapias psicológicas, trabalhos de limpeza, jardinagem e manutenção predial, entre outras, a depender da estrutura da CT.

O modelo de tratamento oferecido pelas CTs é baseado em três pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade, ou seja, elas combinam conhecimentos técnico-científicos com práticas espirituais. O trabalho compreende desde tarefas de manutenção da própria comunidade até atividades de geração de renda, que é entendido como terapêutico (laborterapia), visto que é esperado do usuário autodisciplina e autocontrole para a realização do mesmo, atitudes essas ausentes em pessoas que fazem uso problemático de SPAs; todavia, consideradas necessárias para o sucesso do tratamento e da vida social. Já as práticas espirituais não estão presentes em todas as instituições, mas são consideradas pela maioria como um recurso indispensável, a fim de diminuir as dores e sofrimentos dos indivíduos. (IPEA, 2017)

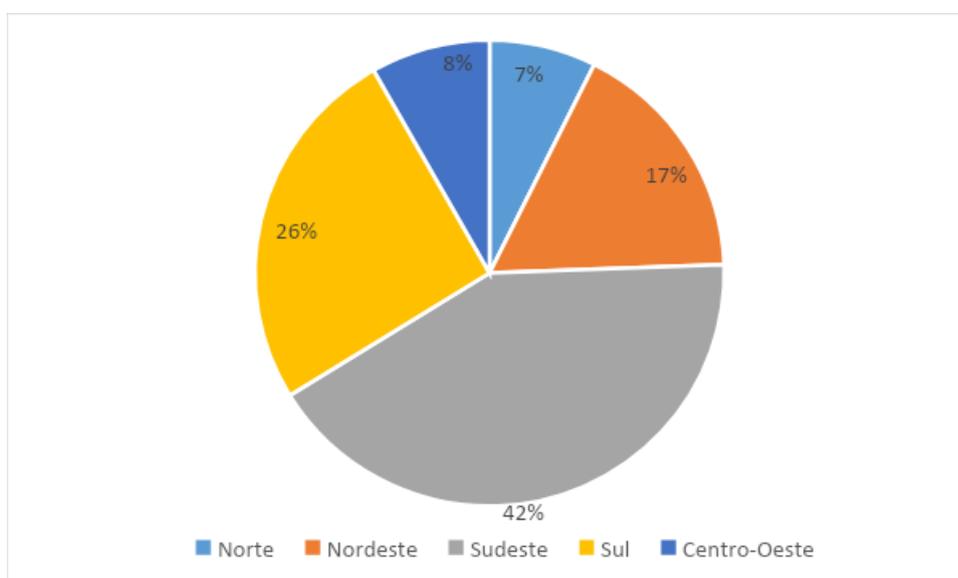
Outra característica do tratamento das CTs é a convivência entre pares, isto é, a realização das atividades rotineiras por pares ou grupos de residentes, com o intuito de que

esses compartilhem de suas experiências individuais, promovendo aprendizado, companheirismo e inspiração, ou seja, as instituições acreditam que o sucesso de um estimulam os demais. Por isso, elas hierarquizam residentes e ex-residentes de acordo com o cumprimento de metas de reabilitação, e assim eles podem exercer atividades de monitores e até coordenadores dos novos ingressantes. (IPEA, 2017)

Conforme dito no primeiro capítulo, desde 2011, as CTs passaram a ser financiadas pelo governo federal através da lei 11.343/2006, para que elas pudessem auxiliar o Estado no cuidado com essas pessoas, no contexto do programa federal “Crack, é possível vencer”. Por isso, é de extrema relevância para o presente trabalho avaliar quais foram os rumos que tais instituições tomaram, após tal ação do governo.

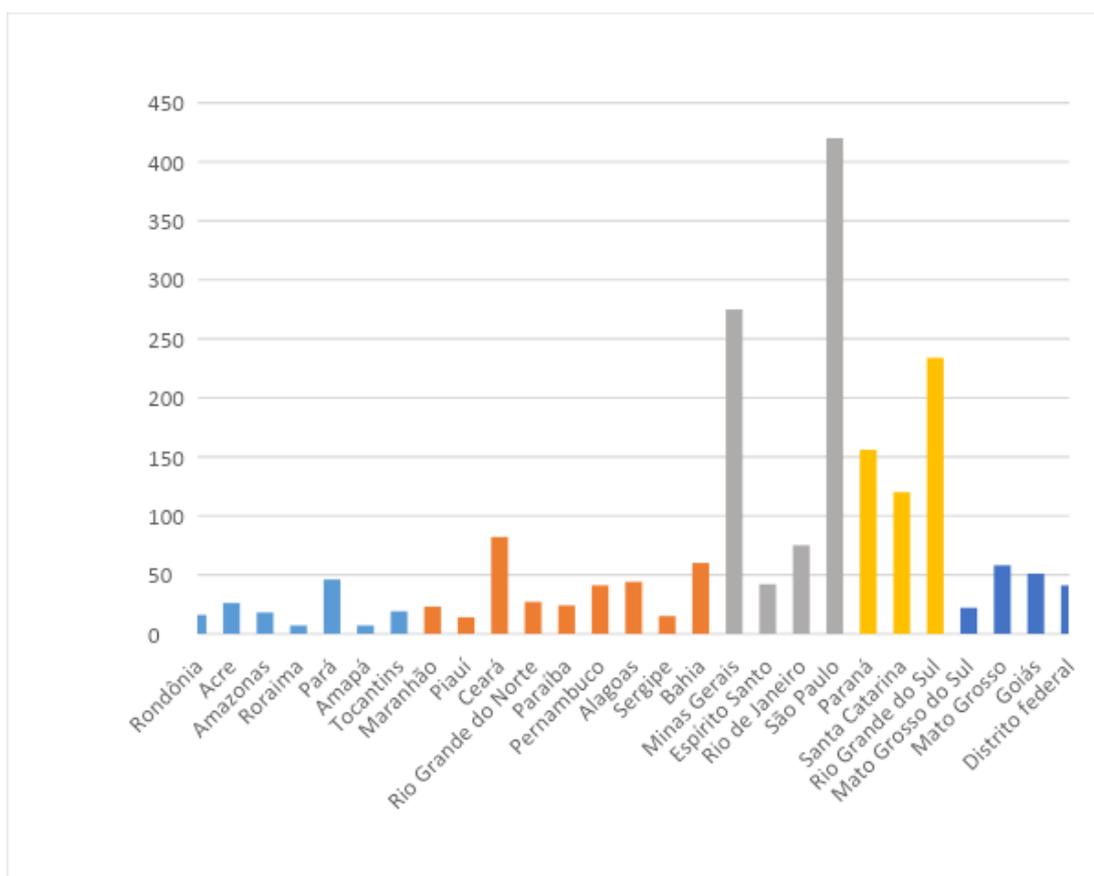
Atualmente, estima-se que haja cerca de 2 mil CTs em atividade no Brasil, que estão divididas pelo país conforme mostra o gráfico 7 e 8, dos quais podemos perceber que há uma concentração das instituições nas regiões Sudestes (42%) e Sul (26%).. No Sudeste, elas estão concentradas em São Paulo com 420 CTs e Minas Gerais com 275; na região Sul, o estado com maior quantidade de CTs é o Rio Grande do Sul com 234, seguido do Paraná com 156 e Santa Catarina com 120 CTs. Ou seja, as comunidades terapêuticas estão localizadas em todas as regiões do país, porém possuem maior concentração em grandes metrópoles.

Gráfico 24: Distribuição das CTs por região geográfica, Brasil, 2017



FONTE: IPEA; NOTA TÉCNICA (2017). Elaboração própria.

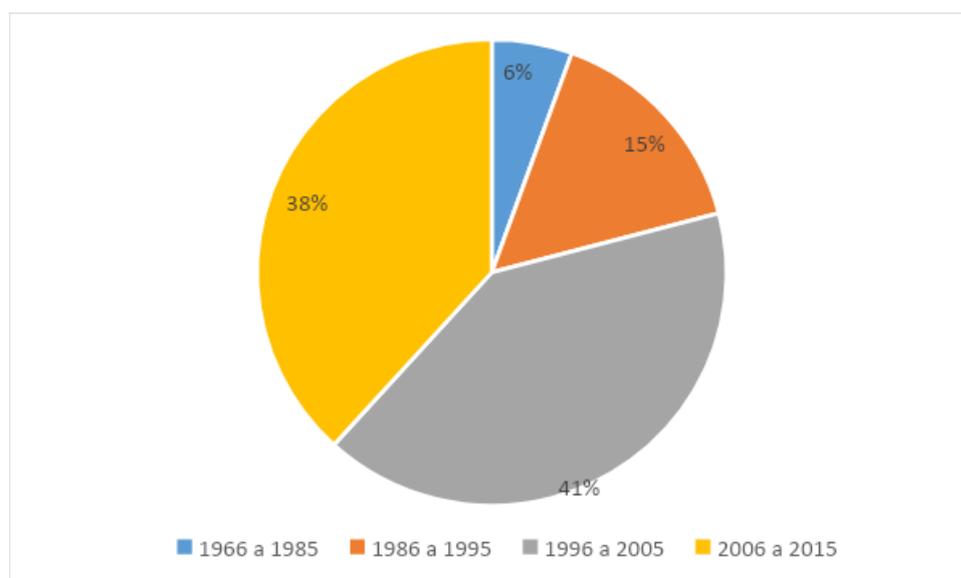
Gráfico 25: Quantidade de CTs por região geográfica, Brasil, 2017



FONTE: IPEA, NOTA TÉCNICA (2017). Elaboração própria

É importante observar também o período em que as CTs brasileiras foram fundadas. O levantamento feito pelo IPEA revelou que a maioria delas possui menos de 20 anos de atividade, 796 entidades foram construídas no período entre 1996 a 2005, e 746 entre 2006 e 2015, ou seja, a quantidade de CTs no Brasil mais que quadruplicou em 20 anos. Sendo que 38% delas foram fundadas durante o período de aprovação do financiamento do governo federal, sugerindo haver motivações políticas e econômicas para tais construções.

Gráfico 26: Distribuição das CTs por intervalo de tempo que foram fundadas, Brasil, 2017



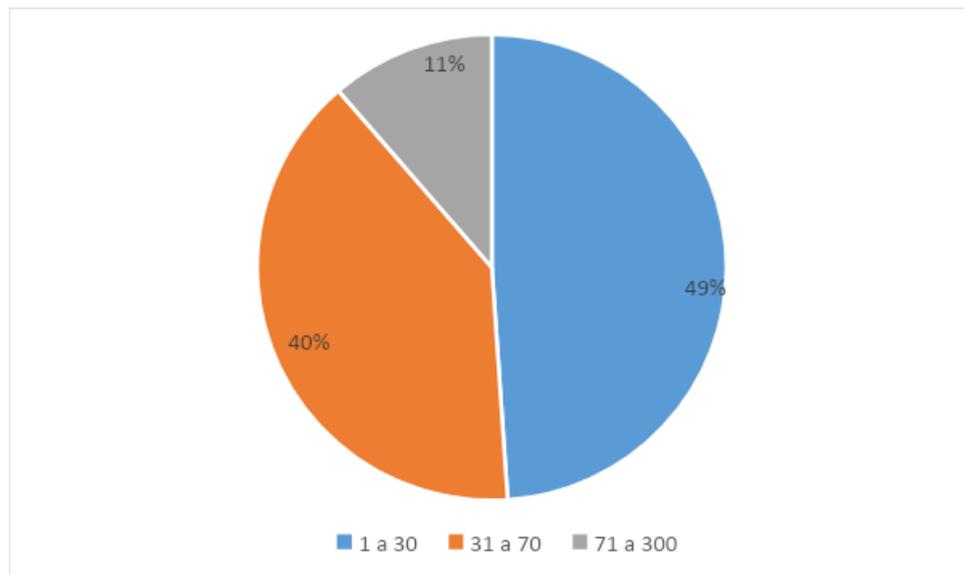
FONTE: Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/IPEA, 2017).

Elaboração própria

A pesquisa realizada pelo IPEA classificou as instituições em três grupos de acordo com a quantidade de vagas ofertadas: as CTs de pequeno porte, que oferecem no máximo 30 vagas; as CTs de médio porte, que oferecem de 31 a 70 vagas; e as de grande porte que ofertam de 71 a 300 vagas. Sendo que foi encontrado apenas uma instituição com 300 vagas e nenhuma com número de vagas superior a 300. De acordo com o gráfico abaixo, a maioria das CTs brasileiras são de porte pequeno, 954 instituições; seguidas pelas de médio porte com 775 CTs; e em menor quantidade são as CTs de porte grande, com apenas 221 instituições.

Ou seja, o Brasil possui cerca de 2 mil CTs que ofertam em torno de 84 mil vagas distribuídas pelo país conforme indica o gráfico 17. Percebe-se que tal distribuição segue a mesma distribuição da localização das CTs, isto é, as vagas são concentradas na região sudeste (43%) e sul (22%), seguidas pelo Nordeste com 20% das vagas do país.

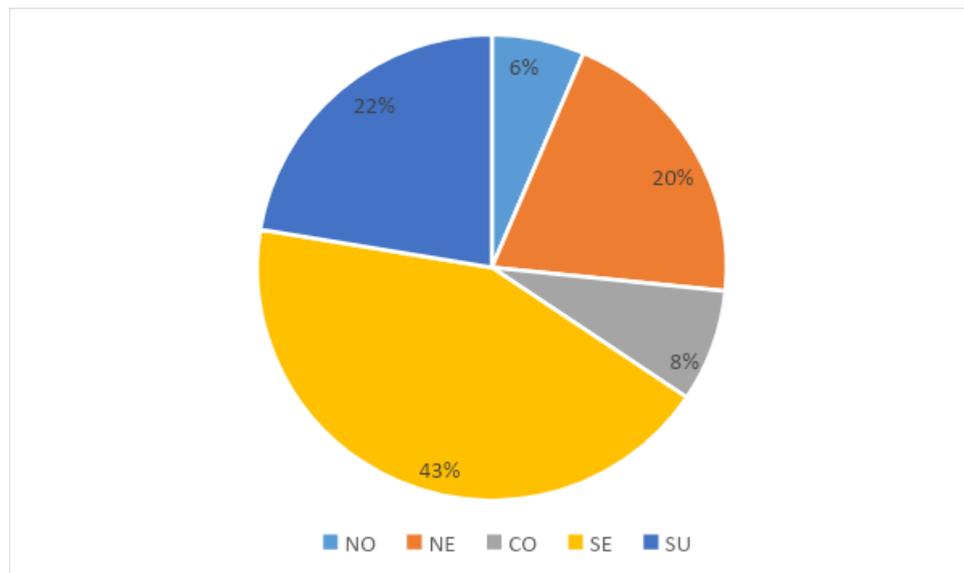
Gráfico 27: Distribuição das CTs por quantidade de vagas ofertadas, Brasil, 2016



FONTE: Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/IPEA, 2017).

Elaboração própria

Gráfico 28: Distribuição das vagas por macrorregião, 2016



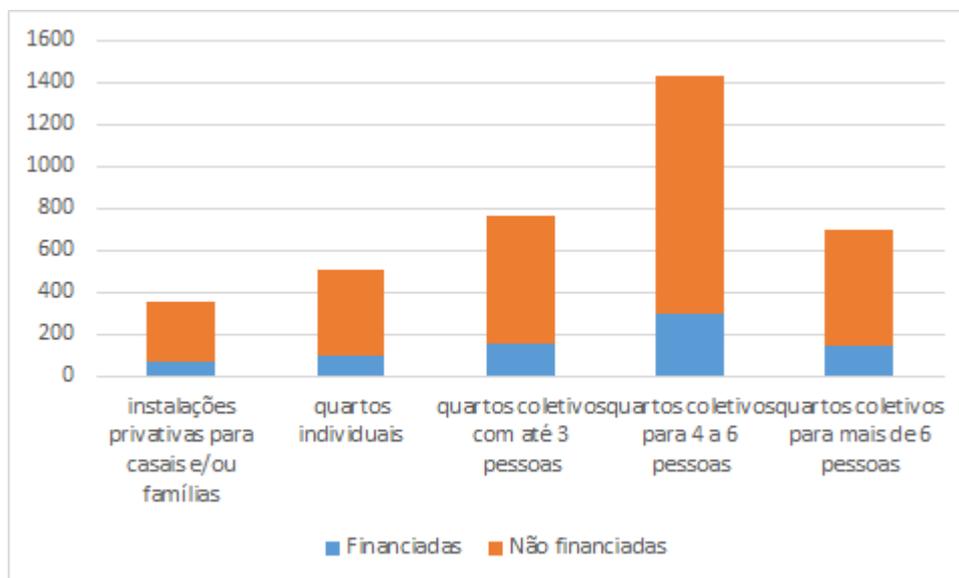
FONTE: Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/IPEA, 2017).

Elaboração própria

Durante a pesquisa, o IPEA investigou também como encontrava-se a infraestrutura das CTs. Observou-se então que 56% das CTs estão instaladas em terrenos que vão de 1.001 a 50.000 m<sup>2</sup>, sendo que 50,6% das vagas situa-se em CTs cujas edificações possuem entre 501 a 2.000 m<sup>2</sup>, das quais 32% é de edificações de 501 a 1.000 m<sup>2</sup>. 1.427 das CTs pesquisadas

oferecem quartos que comportam de quatro a seis pessoas, o que representa cerca de 73% das CTs brasileiras, 39% oferecem quarto para até três pessoas e 36% possuem quartos coletivos para mais de 6 pessoas.

Gráfico 29: Quartos disponíveis segundo condição de financiamento pelo governo federal (Senad), Brasil, 2016



FONTE: Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/IPEA, 2017). Elaboração própria

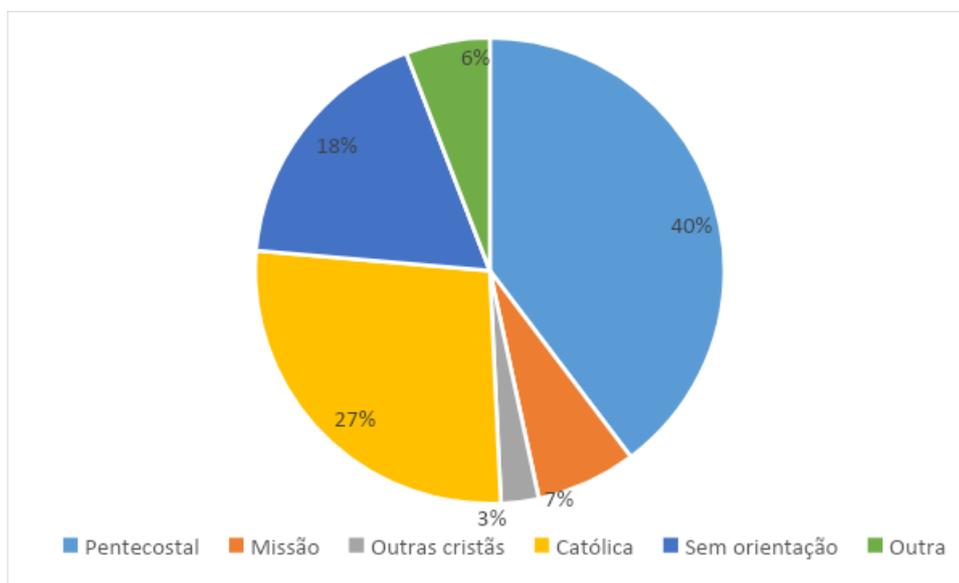
Observa-se que o tipo de quarto mais frequente entre as CTs financiadas são os dormitórios coletivos para quatro a seis pessoas, estando presente em 78,8% delas. Segundo o IPEA, isso ocorre, pois o governo federal financia somente 60% das vagas de cada CT; sendo assim, as instituições são influenciadas a otimizar seus espaços, potencializando a quantidade de vagas por quartos.

Tratando-se das instalações, 96% dos edifícios são construções de alvenaria, a maioria são abastecidos por poços artesianos (48%), enquanto somente 28,7% possui abastecimento de água por meio de redes públicas. Quanto ao esgoto sanitário, 46,3% realizam por meio de fossas séptica e apenas 19,2% dispõe de rede de tratamento de esgoto. 98% das CTs utiliza energia elétrica fornecida pela rede pública.

Um dos pilares do modelo de cuidado das CTs é a espiritualidade, sendo que na maioria das instituições pesquisadas (82%) esse trabalho é vinculado a uma doutrina religiosa. O gráfico 20 apresenta a distribuição percentual de CTs segundo a orientação

religiosa. As CTs pentecostais predominam em todo o país, seguidas pelas CTs católicas, e o terceiro maior grupo de CTs (18% das CTs brasileiras) não possuem orientação religiosa; assim podemos concluir que além de as CTs brasileiras serem vinculadas a uma doutrina religiosa elas em sua maioria são ancoradas em matriz cristã.

Gráfico 30: Distribuição das CTs por orientação religiosa, Brasil, 2016



FONTE: Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/IPEA, 2017).

Elaboração própria

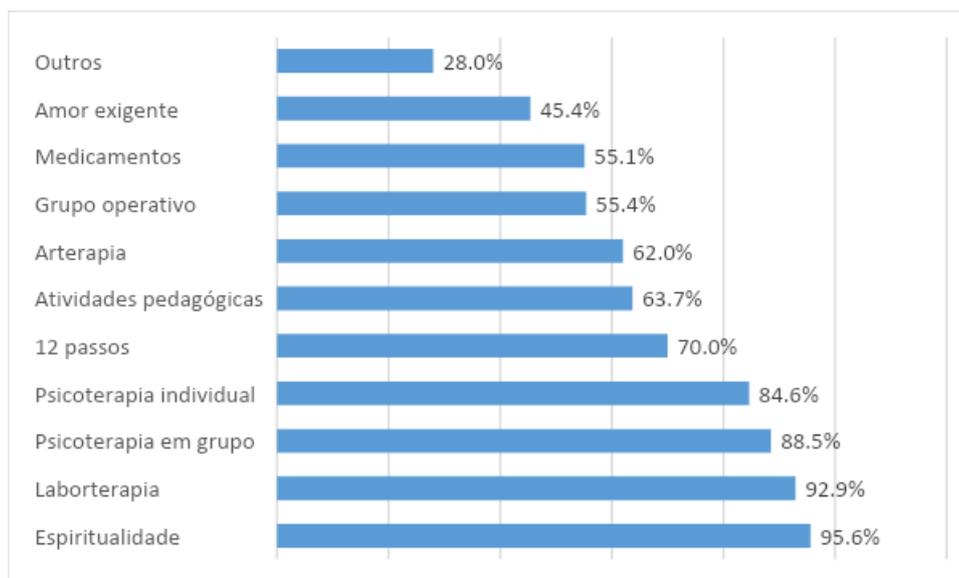
Percebe-se também que o aumento do número de CTs ocorreu no mesmo período em que houve um aumento da população evangélica no Brasil, passando de 9% da população em 1991, para 22% em 2010. O fato de a população evangélica aumentar no mesmo período em que aumentou o número de CTs decorre do fato de as Comunidades Terapêuticas de caráter evangélico colocarem para o usuário a conversão como salvação, assim os ex-usuários tratados em tais clínicas passam a ser evangélico, isso é entendido por alguns economistas como a troca de um vício por outro.

Outros elementos essenciais ao modelo das comunidades terapêuticas são disciplina e trabalho. O gráfico 31 mostra os métodos e recursos utilizados pelas CTs, a fim de alcançar tais pilares. A laborterapia e a espiritualidade são os métodos mais utilizados pelas instituições, sendo comum em mais de 90% delas. Verifica-se que muitas delas também fazem uso de recursos terapêuticos, como psicoterapia individual e em grupo. Todavia o que mais chama a atenção é o uso de medicamento, 55% das CTs brasileiras afirmaram aplicar

medicamentos em seus internos a fim de deixá-los mais calmos e tranquilos; esse fato é entendido pelo IPEA como um processo de padronização e profissionalização dessas instituições.

Com relação a laborterapia muitas das vezes ela não está articulada a um projeto de desenvolvimento pessoal do interno, ficando presa a atividades de manutenção da própria comunidade, levando a um grande descontentamento por parte dos mesmos.

Gráfico 31: Métodos e recursos terapêuticos utilizados pelas CTs do Brasil, 2016

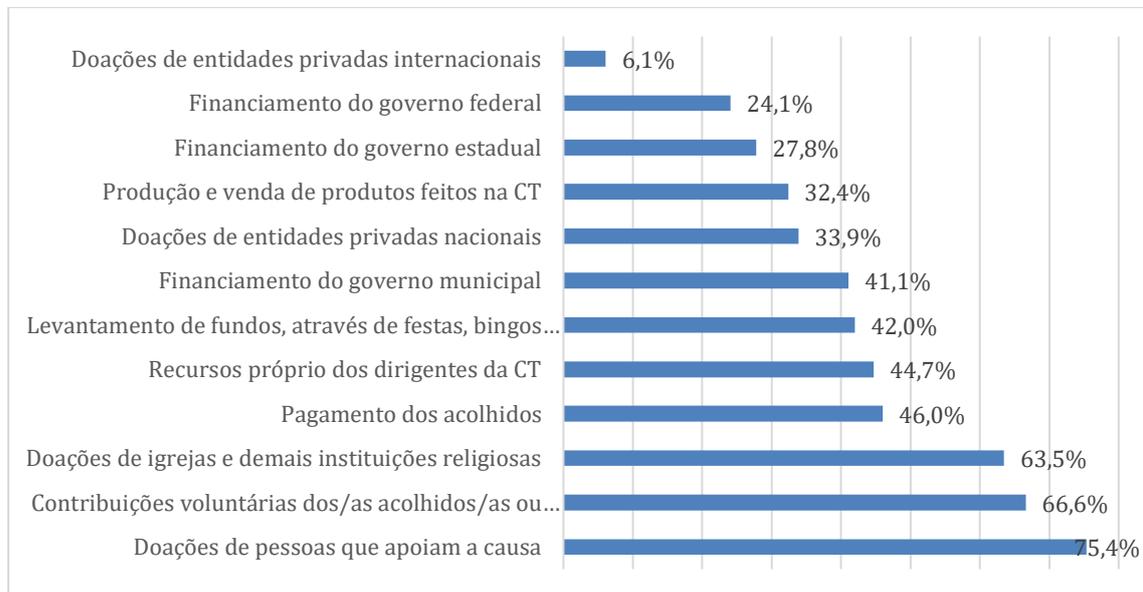


FONTE: Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/IPEA, 2017).

Elaboração própria

O gráfico 32 traz as fontes de financiamento das comunidades terapêuticas do Brasil. Observa-se que a fonte mais utilizada é de doações de pessoas que apoiam a causa, seguida por contribuições voluntários dos/das acolhidos/das e/ou seus familiares; mas o mais importante a analisar são os financiamentos advindos das esferas públicas, 41,1% das CTs declararam receber financiamento municipal, já as instituições que são financiadas pelo governo federal e/ou estadual estão em menor quantidade, 24,1% e 27,8%, respectivamente. Todavia, vale ressaltar que somente 50% das CTs pesquisadas responderam a todas as perguntas com relação ao financiamento, sendo assim o número de CTs que são financiadas pelo governo federal, estadual ou municipal pode ser ainda maior.

Gráfico 32: Fontes de financiamento, Brasil, 2016

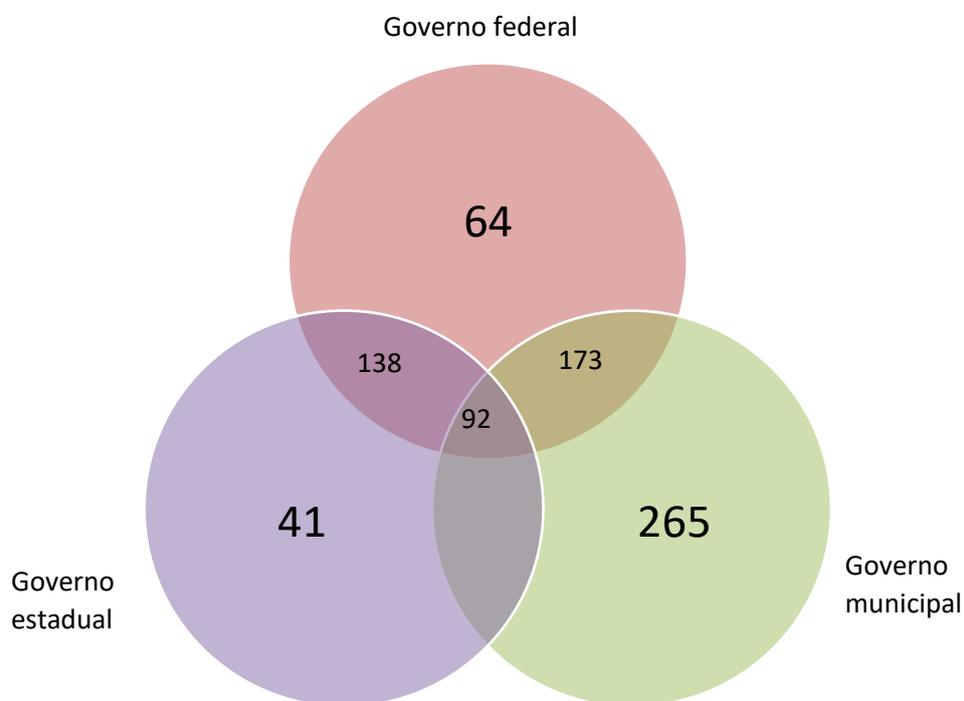


FONTE: Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/IPEA, 2017).

Elaboração própria

Com base nas respostas obtidas, o IPEA estimou que 8% das CTs brasileiras recebem financiamento dos três governos, isto é o equivalente a 92 instituições, e que 56% delas são financiadas por pelo menos duas esferas do governo, sendo a mais comum o financiamento por parte do governo federal e municipal simultaneamente. Ou seja, observa-se uma sobreposição de financiamentos públicos, que indica falta de controle por parte dos governos e podendo gerar interesses financeiros por parte dos dirigentes das CTs.

Gráfico 33: Sobreposição de fontes de financiamento público das CT's do Brasil, 2016

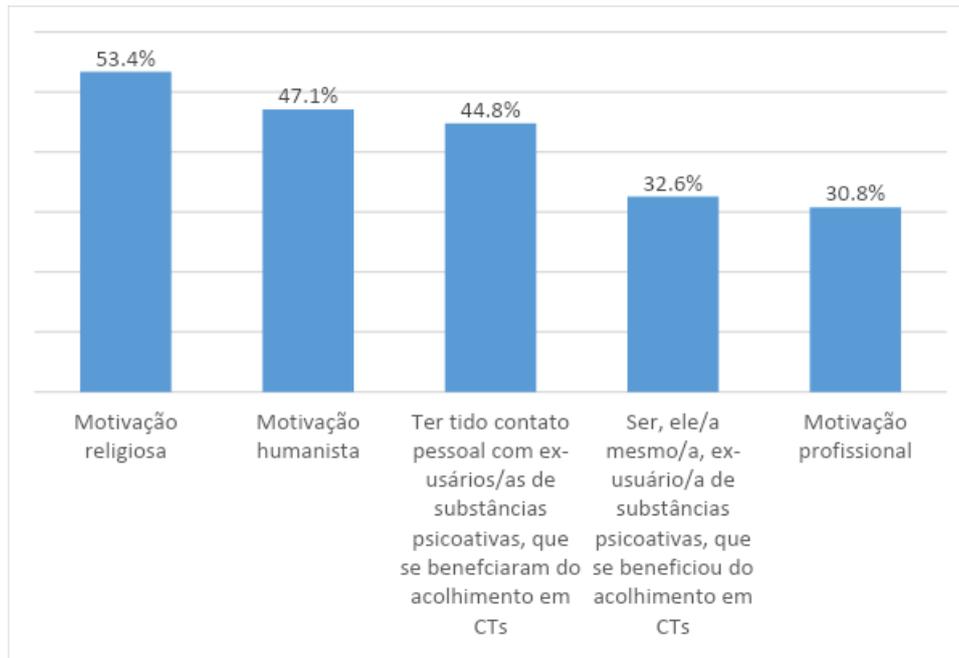


FONTE: Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/IPEA, 2017).

Elaboração própria

Quando os dirigentes das CTs foram questionados com a relação à sua motivação para atuar em comunidades terapêuticas, o IPEA obteve as seguintes respostas:

Gráfico 34: Motivação que levaram os dirigentes a atuar em CTs



FONTE: Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/IPEA, 2017).

Elaboração própria

A maioria dos dirigentes declararam atuar em CTs por motivação religiosa, reforçando o terceiro pilar deste modelo de tratamento - espiritualidade, mas centralizada na fé cristã -, contudo um grande número admitiu estar trabalhando em comunidades terapêuticas por motivações profissionais (30,8%).

O que coloca as CTs no centro do debate relacionado a atenção dos usuários de drogas é o requerimento de financiamento público. Em 2015, foi criada uma Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas constituída por senadores e deputados federais que são associados ou vinculados às CTs por meio de suas igrejas, e era encabeçada pelo deputado Eros Biondini. Essa Frente tinha como objetivo incluir as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional do Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde. Tal objetivo foi alcançado no ano seguinte de criação dessa Frente, o Ministério Público Federal alterou o status dessas instituições de “equipamento de apoio” para “equipamento de saúde”, através da portaria 1.482. (BRANDÃO; CARVALHO, 2017)

Em contrapartida, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Conselho Federal de Serviço Social manifestaram-se contrários a essa ação, alegando que tais estabelecimentos não estão de acordo com as normas da Reforma Psiquiátrica. Logo em seguida as CTs

lançaram uma nota de repúdio a CFP, dizendo que a Reforma Psiquiátrica não deve ser tratada como um axioma. (BRANDÃO; CARVALHO, 2017)

Isto é o debate brasileiro entorno das comunidades terapêuticas e mais amplamente do mercado de tratamento de usuários de drogas, por um lado temos grupos que são a favor da internação compulsória, alegando ser o melhor tratamento para aqueles que fazem uso problemáticos de substâncias psicoativas, e por outro, aqueles que entendem que tais internações não passam de uma ação higienista, uma ação de levar o problema para longe da sociedade, além de ir contra a liberdade individual. Todavia, tais opiniões são envoltos dos mais distintos interesses podem ser divididos entre: interesses sociais e políticos, ao tentar acabar com a Cracolândia por meio de internações compulsórias; interesses imobiliários, ao realizar ações higienistas visando limpar o local em que os craqueiros ocupam, para que sejam realizadas intervenções arquitetônicas e urbanísticas; e também financeiro, por parte dos dirigentes das CTs que muitas vezes acabam por tirar proveito da crença das famílias dos usuários, prometendo a salvação para o indivíduo ao realizar a internação. Ou seja, todas essas opiniões possuem também por trás interesses econômicos.

## Conclusão

A partir dos levantamentos bibliográficos apresentados e discutidos no presente trabalho, a primeira conclusão que se extrai é de que a problemática do mercado de drogas foi agravada com o avanço do capitalismo e da industrialização; isso porque o consumo de drogas pode ser visto como o efeito da lógica de acumulação de capital, o que representa a soberania da “ordem econômica” sobre o bem-estar social. (SOUZA, 2011)

Além disso, o mercado de drogas também produz efeitos no desenvolvimento econômico e social, não somente por se tratar de um mercado ilícito onde é gerado emprego e renda, mas também por se tratar de uma guerra relacionada à pobreza, à desigualdade, à segurança pública, bem como a um elevado número de mortes.

A Cracolândia é uma consequência nítida do avanço do capitalismo selvagem, onde foi segregado e excluído da sociedade aqueles indivíduos que não se enquadravam a lógica imperialista. Nesse sentido, o Estado desenvolveu inúmeras políticas públicas com interesses diversos voltados para esse espaço urbano sob a justificativa de manter o bem-estar social dessa parte da sociedade.

As políticas públicas voltadas para a Cracolândia realizadas até 2015 consistiam em ações policiais repressivas que visavam o fim da Cracolândia. Todavia, dado que a Cracolândia não consiste em um espaço físico, mas sim de usuários de crack que circulam naquela região, não é possível pôr fim a ela sem pôr fim aos usuários. Sendo assim, as políticas públicas precisavam deixar de ser voltadas para o espaço geográfico e passar a olhar para o usuário, a fim de promover uma melhora de qualidade de vida para essas pessoas. Ou seja, os governantes precisavam reformular as políticas públicas, pois aquelas com caráter higienista já se mostravam ultrapassadas e ineficientes, considerando o objetivo da recuperação do usuário.

O DBA teve duplo objetivo político: a oferta de uma política de apoio e cuidado e a intervenção em um espaço urbano nobre degradado e considerado violento pela maior parte da população. Foi uma política inédita no Brasil, parecia que estávamos caminhando progressivamente para políticas públicas que promovessem a melhoria de qualidade de vida dos usuários de crack que estavam concentrados na região da Nova Luz.

Todavia, em contrapartida, nesse mesmo período, o governo estadual parecia estar regredindo com as suas políticas voltadas para os usuários de drogas, voltando ao método de internação compulsória. O programa Recomeço do governo estadual, partia do princípio de que a dependência química é uma doença e tinha como objetivo a internação dos beneficiários em comunidades terapêuticas, onde era pregado a abstinência, ou seja, o governo estadual estava voltando aos primeiros métodos de tratamento existente, método esse que já se mostrou ineficaz para muitos usuários de substâncias psicoativas, além de ter sido considerado ultrapassado na reforma psiquiátrica da segunda metade do século XX.

Como essas políticas não estão desassociadas de interesses políticos e econômicos, quando foi trocada a gestão da prefeitura de São Paulo, onde foi eleito um prefeito de partido com ideais diferente do prefeito anterior, o Programa De Braços Abertos foi encerrado, para dar início ao Programa Redenção. No início, o Programa Redenção ia de encontro com o Programa Recomeço do governo estadual, ele tinha como objetivo a internação compulsória em massa a fim de retirar os usuários de drogas da Cracolândia para que fosse dada continuidade ao projeto de revitalização da Nova Luz. Contudo, após inúmeras críticas e processos judiciais, o Redenção foi reformulado, o principal vetor do programa passou a ser a internação voluntária, resgatando algumas propostas do De Braços Abertos. Então criaram centros de assistência destinados ao acolhimento e atendimento de dependentes químicos, onde são disponibilizados banho, alimentação, dormitório, cabeleireiro, barbeiro, oficinas de capacitação e ressocialização aos beneficiários; então é dado ao usuário a possibilidade de aderir à redução ou optar pela internação.

É válido observar que por mais distintos que sejam os três programas desenvolvidos na Cracolândia de São Paulo, durante o período de 2013 a 2018, todos eles estavam aliados ao programa federal “Crack, é possível vencer”, o que nos sugere ser um programa sem metas e objetivos claros, servindo apenas como meio de financiamento a todo tipo de programa voltado para usuários de crack, sem uma análise mais profunda dos mesmos.

Ou seja, podemos concluir que a Cracolândia é palco de disputa dos mais diferentes tipos de interesses políticos, sociais, econômicos e até mesmo do mercado imobiliário, e que, desde a operação policial de 2012, esse cenário tem sido alvo de inúmeras políticas públicas que disputam entre regimes de controle e cuidado, que explicitam os três paradigmas centrais e em disputa no diagrama nacional das políticas voltadas para os usuários de drogas: o

religioso, a redução de danos e a abstinência, por meio de internação em comunidades terapêuticas.

Também observou-se que as políticas públicas voltadas para a Cracolândia partem do *território*, acompanhadas de uma lógica extraterritorial, ou seja, não é levado em consideração todos os dados analisados como parte de um “diagnóstico” para a elaboração de tais políticas, acabando por focar única e exclusivamente no tratamento, considerando que o único problema é a *droga* ou a própria *dependência*, e ignorando todos os outros fatores, a realidade das vidas no local. Portanto, as políticas públicas formuladas para a Cracolândia são políticas que vem “de cima para baixo” e não “de baixo para cima”, ou seja, não é levado em consideração o *contexto* em que os frequentadores dessa região estão inseridos. Com isso, as políticas públicas voltadas para a região da Cracolândia são políticas “sem rumo”, que tem deixado de lado o bem-estar das pessoas que se encontram nesse território.

Por fim, outro ponto a se ressaltar é que o fato de se destinar muita verba às Comunidades Terapêuticas acarreta em um desfinanciamento dos CAPS-AD, tendo em vista que, no Brasil, se optou enquanto atendimento principal como política de drogas as internações em tais instituições. Fica evidente, portanto, o vínculo financeiro-político entre Estado e religião.

## Referências bibliográficas

AGÊNCIA BULA. Secretário de Haddad é contra a internação involuntária. **Agência Bula**, 2013. Disponível em: <<http://agenciabula.com.br/blog/2013/01/11/secretario-de-haddad-e-contra-a-internacao-involuntaria/>> Acesso em: 20 de maio 2020

AGOSTINE, Cristiane. Ex-ministro da saúde critica internação compulsória em SP. Valor Econômico, São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://valor.globo.com/politica/noticia/2013/01/21/ex-ministro-da-saude-critica-internacao-compulsoria-em-sp.ghtml>>. Acesso: 24 julho 2020.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Decreto nº 59.164**, de 9 de maio de 2013. Institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas. [S. l.], 9 maio 2013.

BARBIÉRI, L.F. CNJ registra pelo menos 812 mil presos no país; 41,5% não têm condenação. **G1**, Brasília, 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/07/17/cnj-registra-pelo-menos-812-mil-presos-no-pais-415percent-nao-tem-condenacao.ghtml>>. Acesso em: 23 julho 2020.

BRANDÃO, Beatriz; CARVALHO, Jonatas. "**PROGRAMA DE BRAÇOS ABERTOS" E AS POLÍTICAS DE DROGAS NA SOCIEDADE DE CONTROLE**: um diálogo histórico-antropológico. Outros Tempos, Rio de Janeiro, ano 2017, v. 14, n. 24, p. 184-206, 30 nov. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18817/ot.v14i24.606>. Acesso em: 2 jan. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto nº 4.294**, de 6 de julho de 1921. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-republicacao-92584-pl.html>

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 891**, de 25 de novembro de 1938. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-891-25-novembro-1938-349873-publicacaooriginal-1-pe.html>

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005.

CETOLIN, S. F. et al. Políticas Públicas sobre drogas. In: CETOLIN, Sirlei Favero; Trzcinski, Clarete (Org.). **A Onda das Pedras: crack e outras drogas**. Porto Alegre: Editora PUCRS; 2013.

CNM. **Crack, É Possível Vencer**. Estudos Técnicos, [S.I.], v.7, p.130-151, dez. 2014. Disponível em: <[https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca\\_antiga/ET%20Vol%207%20-%2019.%20Crack,%20%20C3%A9%20poss%C3%ADvel%20vencer.pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/ET%20Vol%207%20-%2019.%20Crack,%20%20C3%A9%20poss%C3%ADvel%20vencer.pdf)>. Acesso em: 15/11/2018

COSTA, M. Roberta. **Mil Fitas na Cracolândia: amanhã é domingo e craco resiste**. 2017. 284p. Tese de Mestrado (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Instituto de Estudo Brasileiros, São Paulo, 2017.

DOMANICO, Andrea. **Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nóias!**. 2006. 232p. Tese de doutorado (Doutorado)- Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2006.

ESCOHOTADO, A. **Historia geral de las drogas**. Madrid: Editorial Espasa Calpe, 2004

FOLHA DE SÃO PAULO (Brasil). **Programa para empregar morador de rua em SP perde ritmo e vive impasse**. Folha de São Paulo. São Paulo, 9 out. 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/10/programa-para-empregar-morador-de-rua-em-sp-perde-ritmo-e-vive-impasse.shtml>>. Acesso em: 06/05/2020

FRÚGOLI E SPAGGIARI(2010). Sem resolver a Cracolândia, Covas quer mix de moradia e terapia para usuário. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 27 abr. 2019. Cotidiano. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/04/sem-resolver-a-cracolandia-covas-quer-mix-de-moradia-e-terapia-para-usuario.shtml>>. Acesso em: 06/05/2020

FROMM, Deborah. “**Cristolândia**”, “**De Braços Abertos**” e “**Recomeço**”. Trabalho apresentado na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 03 e 06 de agosto de 2016, João Pessoa/PB, 2016.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. BASTOS, I. F. et al (Org). Rio de Janeiro. Ministério da Saúde. 2014.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira**. BASTOS, I. F. et al (Org). Rio de Janeiro. Ministério da Saúde. 2017.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Perfil das Comunidades Terapêuticas**. Diest (Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia), nº 21. 2017.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Comunidades Terapêuticas**: temas para reflexão. SANTOS, M.P.G. (Org). 2018. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190103\\_comunidades\\_terapeuticas.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190103_comunidades_terapeuticas.pdf). Acesso em: 25 julho 2020

JUSTIFICANDO (Brasil). **Programa de Doria para a Cracolândia não funciona, avaliam CRM e Ministério Público**. JUSTIFICANDO. Brasil 30 ago. 2017. Disponível em: <<http://www.justificando.com/2017/08/30/programa-de-doria-para-cracolandia-nao-funciona-avaliam-crm-e-ministerio-publico/>>. Acesso em: 06/05/2020

MACHADO, Letícia; BOARINI, Maria. **Política sobre drogas no Brasil:** a Estratégia de Redução de Danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, ano 2013, v.33, n. 3, p. 580-595. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>. Acesso em: 10 fev. 2020.

MAGALHÃES, Taís. **Campos de disputa e gestão do espaço urbano:** o caso da “Cracolândia” paulistana. 2015. 150p. Dissertação (Pós-graduação) - Universidades de São Paulo, São Paulo, 2015.

MATTOS, J. S. Márcio. **Crack e políticas públicas:** análise sobre a formação da agenda do programa “Crack, é possível vencer”. *Planejamento e Políticas Públicas (PPP)*, n. 49, 2017.

MEIRELLES, A. B. João. **CRACK, É POSSÍVEL VENCER!?** Sociodrama, drogas e políticas públicas. *Revista Brasileira de Psicodrama*, v. 26, n.1, p.86-100, 2018.

MELLO, Daniel. A Política de João Doria para a Cracolândia deu tão errado que seu vice está retomando o plano anterior- em silêncio. **The Intercept**, 2018. Disponível em: < <https://theintercept.com/2018/09/25/doria-cracolandia/>>. Acesso em: 19/11/18

MISSÃO BELÉM. **Quem somos.** 2018. Disponível em: <<https://missaobelem.org/quem-somos/>> Acesso em: 23/03/2020

MUSSUELA, A.; PEREIRA, E.; FAGUNDEZ, I. Governo desiste de erguer complexo cultural em terreno na região da Luz. **Folha de São Paulo**, 2015. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/saopaulo/2015/11/1703256-governo-desiste-de-erguer-complexo-cultural-em-terreno-na-regiao-da-luz.shtml> >. Acesso: 24/07/2020

NETTO, F. A. F. . **O problema do crack: emergência, respostas e invenções sobre o uso do crack no Brasil.** 2013. 92p. Tese de mestrado (Mestrado)- Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

NUNES, L. M., & Jóluskin, G. (2007). O uso de drogas: breve análise histórica e social. **In: Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, 4, 230-237

OLMO, Rosa. **A face oculta das drogas**. Rio de Janeiro: Editora Revan; 1990.

PBPD (Plataforma Brasileira de Política de Drogas). Nota PBPD sobre o fim do programa De Braços Abertos. **PBPD**, 2016. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/publicacao/nota-da-pbpd-sobre-o-fim-do-programa-de-bracos-abertos/>> Acesso em: 24 julho 2020.

PINTO, J. C. . **O Programa De Braços Abertos e o Programa Redenção em São Paulo: uma reflexão sobre suas principais diferenças sob a ótica do serviço social**. 2019. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 2019.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Assembleia Legislativa. **Lei nº 11.343/2006**, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)>. Acesso em: 30 maio 2019

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. **Lei nº 6.368**, de 21 de outubro de 1976. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm)> Acesso em: 23 julho 2020

RAUPP, Luciane; ADORNO, Rubens (2011). **Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo** (SP, BRASIL). *Ciência e saúde coletiva*, vol. 16, n. 5, p.2613-2622.

RODRIGUES, Thiago. Narcotráficos um esboço histórico. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005.

RUI, Taniele. **Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. 2012. 335 p. Tese de doutorado (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2012.

RUI, T.; FIORE, M.; TÓFOLI, L.F. **Pesquisa preliminar de avaliação do Programa ‘De Braços Abertos’**. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Decreto nº 55.067**, de 28 de abril de 2014. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/decreto/2014/5506/55067/decreto-n-55067-2014-regulamenta-o-programa-de-bracos-abertos-e-altera-o-decreto-n%C2%BA-44484-de-10-de-marco-de-2004-que-regulamenta-o-programa-operacao-trabalho>.

SÃO PAULO, Portal do Governo. **Entenda como funciona o Cartão Recomeço**. 2013. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/entenda-como-funciona-o-cartao-recomeco/>> Acesso em: 11/11/2018

\_\_\_\_\_. **Cratod**: referência multidisciplinar no tratamento de dependência química. 2018a. Disponível em: < <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/cratod-referencia-multidisciplinar-no-tratamento-de-dependencia-quimica/>> Acesso em: 11/11/2018

\_\_\_\_\_. **Projeto Redenção**. 2018b. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia\\_social/assistencia\\_\\_social/index.php?p=248259](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/assistencia__social/index.php?p=248259)> Acesso em: 16/11/2018

\_\_\_\_\_. **Trabalho Novo**. 2018c. Disponível em: < [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia\\_social/rede\\_de\\_comercio\\_solidario/index.php?p=3167](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/rede_de_comercio_solidario/index.php?p=3167) > Acesso em: 19/11/2018

\_\_\_\_\_. **Programa Recomeço Família**. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/destaques/pleno227/recomeco\\_familia\\_para\\_publicacao.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/destaques/pleno227/recomeco_familia_para_publicacao.pdf)> Acesso em: 23/03/2020

\_\_\_\_\_. **Governo de SP libera R\$ 128,8 milhões para redes assistenciais de 261 municípios**. 2020. Disponível em: <<<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/governo-de-sp-libera-r-1288-milhoes-para-redes-assistenciais-de-261-municipios-2/>>> Acesso em: 23/03/2020

\_\_\_\_\_. **Programa Recomeço: seis anos de atendimento no Estado de São Paulo. 2019.** Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/programa-recomeco-seis-anos-de-atendimento-no-estado-de-sao-paulo/>> Acesso em: 23/03/2019

SÃO PAULO, Cidade de São Paulo. **Programa Redenção completa seis meses com mais de 2300 internações.** São Paulo, 21 nov. 2017. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/noticia/programa-redencao-completa-seis-meses-com-mais-de-2-300-internacoes>> Acesso em: 06/05/2020

SENAD. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: ANDRADE, Arthur Guerra (Org.) **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas.** Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/SENAD, 2011.

SOUZA, Taciana. **A economia da droga: o mercado de crack e as políticas públicas no rio grande do sul.** 2011. 102 p. Monografia (Graduação)- PUCRS, Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia curso de Ciências Econômicas, Rio Grande do Sul, 2011.

\_\_\_\_\_. **A Economia das Drogas em uma abordagem heterodoxa.** 2015. 213 p. Tese de mestrado (Mestrado)- Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2015.

TEIXEIRA, Mirna *et al.* **Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil.** *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ano 2018, v. 28(3), p. 1-25, 2018.

TRINTA, Deborah. **O “fim da Cracolândia”:** etnografia de uma aporia urbana. 2017. 130 p. Tese de Mestrado (Mestrado)- Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas, 2017.

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD). **Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (LECUCA).** Madruga, S. Clarice (coordenação). São Paulo, 2020.

UNODC – UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Global Illicit Drug Trends 2006**. Viena: United Nations Publication, 2006.

\_\_\_\_\_. **World Drug Report 2010**. Viena: United Nations Publication, 2010.

\_\_\_\_\_. **World Drug Report 2014**. Viena: United Nations Publication, 2014.

\_\_\_\_\_. **World Drug Report 2016**. Viena: United Nations Publication, 2016.

\_\_\_\_\_. **World Drug Report 2017**. Viena: United Nations Publication, 2017.

\_\_\_\_\_. **World Drug Report 2018**. Viena: United Nations Publication, 2018.

WIKEPEDIA. HousingFirst. 2018. Disponível em: <  
[https://en.wikipedia.org/wiki/Housing\\_First#cite\\_note-3](https://en.wikipedia.org/wiki/Housing_First#cite_note-3)>. Acesso em: 19/11/2018