

# BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

Ronaldo Laranjeira  
Glenda Simone Apolinário  
Sérgio Duailibi  
Clarice Sandi Madruga  
Cláudio Jerônimo



EDITORA  
 **brilho  
coletivo**

**BASEADO EM EVIDÊNCIAS:**  
**O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

Este livro é parte do projeto Pesquisas e Inovações em Prevenção de Transtornos Mentais e Uso de Álcool e Outras Drogas financiado pela Coordenadoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. (TED#176/2017).

This Book is part of the Research and Innovation grant for Prevention of Mental Disorders and Use of Alcohol and other Drugs, “Pesquisas e Inovações em Prevenção de Transtornos Mentais e Uso de Álcool e Outras Drogas”, funded by the Brazilian Ministry of Health. (TED #176/2017).

# BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

Ronaldo Laranjeira  
Gleuda Simone Apolinário  
Sérgio Duailibi  
Clarice Sandi Madruga  
Cláudio Jerônimo



**Copyright © 2021 Ronaldo Laranjeira; Gleuda Simone Apolinário;  
Sérgio Duailibi; Clarice Sandi Madruga; Cláudio Jerônimo**

**BASEADO EM EVIDÊNCIAS: o recomeço longe das drogas**

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta edição pode ser utilizada ou reproduzida em qualquer meio ou forma, seja mecânico ou eletrônico, fotocópia, gravação etc. Nem apropriada ou estocada em sistema de banco de dados, sem a expressa autorização dos autores.

Ronaldo Laranjeira; Gleuda Simone Apolinário; Sérgio Duailibi;  
Clarice Sandi Madruga; Cláudio Jerônimo

**1ª Edição**

1ª tiragem - Novembro de 2021

**Edição**

Editora Brilho Coletivo

**Revisão:**

Renata Rosa

**Diagramação:**

Reverson Diniz

**Capa:**

Reverson Diniz

ISBN - 978-65- 89417-56-9

CIP – (Cataloguing-in-Publication) – Brasil – Catalogação na Publicação  
Ficha Catalográfica feita na editora

---

Laranjeira, Ronaldo; Apolinário, Gleuda Simone; Duailibi, Sérgio;  
Madruga, Clarice Sandi; Jerônimo, Cláudio

BASEADO EM EVIDÊNCIAS: o recomeço longe das drogas / Ronaldo Laranjeira;  
Gleuda Simone Apolinário; Sérgio Duailibi; Clarice Sandi Madruga; Cláudio Jerônimo

1 ed. São Paulo, Editora Brilho Coletivo, 2021.

206 p.; 21cm (Broch.);

ISBN 978-65- 89417-56-9 CDD 360

---

Índice para catálogo sistemático

1. Serviço Social 2. Autoajuda 3. Drogas 4.Saúde I. Título

Brilho Coletivo

Av. Paulista, 1765 – 7º Andar – Bela Vista – São Paulo-SP – CEP: 01.311.930

WhatsApp: 11 9-5078-1506

contato@editorabrilhocoletivo.com.br

# SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>9</b>
-----------------------------	----------

## **PREFÁCIO**

RECOMEÇO, EVIDÊNCIAS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	11
-------------------------------------------------------------------	----

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
---------------------------	-----------

## **1.**

IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA SOBRE DROGAS NO BRASIL E EM SÃO PAULO.....	17
<b>1.1 O Consumo de Drogas Lícitas e Ilícitas .....</b>	<b>19</b>
<b>1.2 O Fenômeno da Cracolândia em São Paulo .....</b>	<b>21</b>
<b>1.3 Demandas e Desafios .....</b>	<b>26</b>
<b>1.4 Surgimento do Programa Recomeço .....</b>	<b>27</b>

## **2.**

### **IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA RECOMEÇO EM**

<b>SÃO PAULO - 1ª FASE .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1 Cartão Recomeço e Criação da Rede de Assistência.....</b>	<b>34</b>
<b>2.2 O Credenciamento das Comunidades Terapêuticas (CTs).....</b>	<b>40</b>

## **3.**

### **INOVAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA - PROGRAMA**

<b>RECOMEÇO - 2ª FASE.....</b>	<b>45</b>
--------------------------------	-----------

## **4.**

### **AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO PROGRAMA**

<b>RECOMEÇO.....</b>	<b>59</b>
<b>4.1 Financiamento Estadual de Comunidades Terapêuticas .....</b>	<b>62</b>
<b>4.2 Definição do modelo metodológico .....</b>	<b>68</b>
<b>4.3 Conceito de Acolhimento Social para comunidades     terapêuticas.....</b>	<b>73</b>
<b>4.4 Conceito de Desligamento Qualificado.....</b>	<b>75</b>
<b>4.5 Referências de garantia para os serviços de     acolhimento social.....</b>	<b>75</b>
<b>4.6 Definição dos direitos da pessoa acolhida .....</b>	<b>78</b>
<b>4.7 Reinserção Social como Método de Intervenção nas     Comunidades Terapêuticas.....</b>	<b>79</b>

## **5.**

O SISTEMA DE MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO SOCIAL DE LONGA PERMANÊNCIA DO PROGRAMA RECOMEÇO.....	83
<b>5.1 Gestão de monitoramento da rede de Acolhimento Social .....</b>	<b>84</b>
<b>5.2 Metodologia de monitoramento do acolhimento em serviços de acolhimento social de longa permanência: .....</b>	<b>95</b>
<b>5.3 Fases de avaliação e coleta de dados: .....</b>	<b>97</b>
<b>5.4 Estudo Retrospectivo de validação dos indicadores de monitoramento das Comunidades Terapêuticas do período de 2014 a 2016 .....</b>	<b>105</b>

## **6.**

MORADIA MONITORADA E A UNIDADE RECOMEÇO HELVETIA .....	119
<b>Conclusão.....</b>	<b>140</b>

## **7.**

A EXPERIÊNCIA QUE FICOU.....	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	145

## **8.**

UM CAMINHO .....	149
------------------	-----

## **ANEXO 1**

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO .....	153
--------------------------------------------------------------------	-----

## **ANEXO 2**

EMBASAMENTO DE MARCOS LEGAIS PARA O PROGRAMA RECOMEÇO .....	163
----------------------------------------------------------------	-----

## **ANEXO 3**

RESULTADOS ESPERADOS.....	195
---------------------------	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	197
----------------------------------	-----

<b>BIOGRAFIAS .....</b>	<b>201</b>
-------------------------	------------

# AGRADECIMENTOS

Governo do Estado de São Paulo

Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado de São Paulo

Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo

Secretaria da Educação do Estado de São Paulo

Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

Ministério Público do Estado de São Paulo

Ministério da Saúde

Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Ordem dos Advogados do Brasil – Estado de São Paulo

Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo

Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT

Rede Parceira de Comunidades Terapêuticas Legalmente Constituídas  
do Programa Recomeço

Federação Brasileira de Amor-Exigente

Aos dependentes químicos em recuperação e suas famílias que foram  
atendidos pelo Programa Recomeço

Aos profissionais que direta ou indiretamente estiveram envolvidos  
no processo de recuperação e reinserção social dos usuários de  
Substância Psicoativas.



# PREFÁCIO

## RECOMEÇO, EVIDÊNCIAS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

*Por David Uip\**

Dois dias após minha posse como secretário de Estado da Saúde de São Paulo, visitei pessoalmente, numa manhã de sábado, a região conhecida como “Cracolândia”, no centro da cidade de São Paulo.

Fiquei espantado com aquele cenário de degradação humana, de centenas de pessoas doentes vivendo em situação de rua, adictos primordialmente por crack, uma droga sabidamente devastadora. A situação de vulnerabilidade dos usuários de drogas era algo de doer na alma.

Para contextualizar a questão, em 2001, a Reforma Psiquiátrica promoveu mudanças importantes na saúde mental, abolindo os manicômios e criando uma rede de CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) para tratamento ambulatorial aos pacientes. No caso da dependência química, foram implantados os CAPS/AD Álcool e Drogas.

No entanto, questões importantes foram deixadas de lado, como soluções para o atendimento de casos graves e agudos, de pacientes que, sem consciência de sua condição, e podendo colocar em risco suas próprias vidas ou de terceiros, precisavam ser internados para desintoxicação ou encaminhados a outros serviços que não apenas os CAPS.

Criou-se, assim, um “vazio” no SUS (Sistema Único de Saúde) para o tratamento de pacientes psiquiátricos com quadros mais severos. Somente pessoas com bom poder aquisitivo tinham acesso a atendimento em clínicas particulares.

O Programa Recomeço, implantado pelo governo do Estado de São Paulo em 2013, sob a coordenação técnica e científica do professor Ronaldo Laranjeira até início de 2019, foi pensado e desenhado para oferecer assistência integral, humanizada e especializada aos dependentes químicos e com suporte e apoio aos seus familiares, por meio de uma rede integrada e hierarquizada, e a estruturação de toda uma linha de cuidados.

O número de vagas para tratamento, recuperação e acolhimento de dependentes químicos na rede pública de São Paulo passou de 500, em 2011, para 3,3 mil em 2018. O CRATOD (Centro de Referência em Álcool, Tabaco e outras Drogas), situado na região central de São Paulo, passou a funcionar 24 horas, inclusive aos finais de semana.

No CRATOD, foram implantados uma Unidade de Acolhimento, CAPS e um Plantão Judicial, com médicos e representantes do Ministério Público e da Ordem dos Advogados do Brasil, para dar celeridade aos casos de internação involuntária e compulsória, previstas em lei para dependentes com quadros gravíssimos. Os “conselheiros de rua” atuam ativamente na abordagem dos dependentes químicos da região.

Mais de 80% dos pacientes atendidos no CRATOD são classificados como doentes graves, que precisam passar por um período mínimo de abstinência para depois serem encaminhados a outros serviços, como CAPS e comunidades terapêuticas.

O governo do Estado firmou convênios com comunidades terapêuticas e com clínicas privadas para atendimento especializado e multidisciplinar aos dependentes. Também houve a preocupação de se criar mecanismos de reinserção dos pacientes ao convívio familiar, comunitário e ao mercado de trabalho.

O Programa Recomeço é fruto de uma parceria entre as secretarias de Saúde, Justiça, Segurança Pública, Educação e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo, constituindo-se em um case de sucesso na implantação de uma rede assistencial para tratamento e recuperação de usuários de drogas.

Neste livro, Ronaldo Laranjeira, um dos maiores especialistas do país em dependência química, em conjunto sua equipe de especialistas, traça um histórico do programa e faz um relato muito interessante e aprofundado sobre o modelo de gestão e metodológico na relação de parceria com as comunidades terapêuticas, fornecendo dados relevantes sobre a experiência pioneira do Estado de São Paulo no enfrentamento da epidemia de crack, que vem servindo de exemplo para todo o Brasil.



# APRESENTAÇÃO

O uso de drogas no Brasil hoje representa um dos maiores problemas de saúde pública e de segurança. Direta ou indiretamente, o consumo de drogas atinge, no mínimo, um em cada dez brasileiros, afinal, ele não se restringe somente aos usuários. Estimativas advindas do segundo Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas (LENAD II), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), demonstram que para cada dependente de drogas ilícitas existem, em média, mais quatro pessoas afetadas no âmbito familiar, comprometendo, em aspectos sociais, psicossociais e econômicos, uma população de quase 30 milhões de brasileiros.

Tal cenário torna preponderante a adoção de políticas públicas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas e à dependência química em nosso país. Para isso, é importante analisar friamente qual a melhor solução para estas questões, deixando ideologias de lado e utilizando as melhores evidências científicas disponíveis na criação de tais medidas, que devem ser voltadas para proteger os direitos dos brasileiros.

As políticas públicas sobre drogas devem servir para prevenir e proteger a população. Se só no âmbito familiar, cada usuário de drogas impacta outras quatro pessoas, não é difícil imaginar o impacto social e de saúde que a dependência química causa na população. Com base nestas premissas, foi criada uma política pública sobre drogas no estado de São Paulo, por meio de um programa de governo denominado Programa Recomeço, com toda a sua interface transversal com outras políticas públicas setoriais e com a sociedade civil organizada.

Este livro apresentará as ações realizadas no Programa Recomeço, notadamente aquelas referentes à Recuperação e Reinserção Social.



# 1.

## IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA SOBRE DROGAS NO BRASIL E EM SÃO PAULO

Nosso país era marcado pela ausência de políticas públicas sobre drogas ou ações eficientes até a década de 1910, quando, influenciado por um movimento internacional, o governo federal sancionou o Decreto nº 11.481/1915, para regulamentar as políticas sobre drogas. O foco na época era principalmente a repressão ao ópio e à cocaína, e as medidas eram baseadas pelo campo da justiça e segurança pública.

A partir da década de 70, surge no Brasil uma nova influência acerca da questão das drogas que se viabilizou com o surgimento de critérios de diagnósticos, trazendo nessa mesma década uma nova percepção: o alcoolismo e o uso abusivo de drogas se tornaram uma doença. Foi somente então que o país passou a considerar a relação da dependência química e do uso abusivo do álcool uma questão da saúde.

Entretanto, atualmente, enquanto organizações mundiais estão definindo quais são os parâmetros de tratamento e apontam outras formas de atenção ao usuário, o Brasil se apega ao embate entre tratamento ambulatorial e o tratamento através da internação. Deveria ser consenso que a primeira forma de tratamento seria mobilizar uma rede de serviços de atenção básica, transformando o serviço em busca ativa.

Em 2006, com a publicação da lei nº 11.343, observou-se a despenalização do usuário ao evitar que ele seja preso por portar

drogas para consumo próprio. O parágrafo 7 do artigo 28 desta lei federal prevê que “o juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado”. Porém, esse encaminhamento não acontece na prática. Encarcerar o usuário realmente não é a solução, oferecer a ele e à população prevenção e tratamento, sim. Para isso, a união entre os sistemas judiciário e de saúde é crucial. Isso se dará por meio da chamada “Justiça Terapêutica”. A medida prevê, após uma criteriosa seleção de casos, a aplicação de programas de tratamento, determinados após audiências individuais com os usuários, com monitoramento do dependente para acompanhar a evolução de sua reabilitação. A lei dos Juizados Especiais Criminais possibilita acordos do tipo, propostos pelos Promotores de Justiça. Ao ampliar a interface entre a justiça e a saúde no país, não incentiva-se a prisão, mas sim o auxílio de uma equipe multidisciplinar, contando com juízes e promotores ao lado de profissionais de saúde e da assistência social. Torna-se fundamental que uma série de medidas intersetoriais sejam tomadas em parceria com estados, municípios e a sociedade civil em termos de saúde e proteção social. É preciso reconhecer que a dependência química é uma doença crônica, que deve ser tratada e, antes disso, prevenida.

As atividades de prevenção, tratamento e serviços de recuperação devem ser ampliadas e integrarem-se ao Sistema de Saúde Pública de âmbito municipal, estadual e federal. Os profissionais da Saúde, da Assistência Social e da Educação devem estar plenamente capacitados para exercer atividades de prevenção e detecção precoce do uso, inclusive ofertando às famílias acesso a programas de orientação específicos, que proporcionem o conhecimento dos meios de prevenção ao uso de substâncias.

O sistema de recuperação social, que é o conjunto das ações que devem acontecer após a interrupção do uso, também deve ser reforçado,

com programas de qualificação profissional e reinserção no mercado de trabalho. Tal sistema pode contar com o apoio da sociedade civil, integrando ações realizadas no apoio à recuperação e reinserção social, também pelos grupos de ajuda mútua, como AA, NA e AE, o que aumentaria sua abrangência.

## **1.1 O Consumo de Drogas Lícitas e Ilícitas**

Um dos pilares mais fundamentais da prevenção do uso de substâncias ilícitas é a postergação da experimentação do álcool entre adolescentes e a inibição do seu abuso na população em geral (UNODC, 2018). Para tal, são fundamentais políticas públicas de saúde que limitem sua disponibilidade e regulem sua venda adequadamente.

Existem evidências robustas mostrando que medidas ambientais, como a redução da oferta, da disponibilidade de bebidas alcoólicas e a taxação para o aumento do preço, são estratégias mais eficazes para inibir o consumo precoce e o desenvolvimento do alcoolismo e os danos relacionados ao uso.

O Brasil é notório por não implementar ou não praticar adequadamente as recomendações em políticas públicas de prevenção ao uso de álcool propostas por órgãos de referência mundial. Bebidas alcoólicas, além de extremamente baratas no país, têm uma mídia massificada por propagandas incentivando o seu consumo, sem se submeter às limitações adequadas. Torna-se, então, mais difícil qualquer intervenção, seja de tratamento ou preventiva, com a população que vive nesta realidade.

Enquanto o tabaco e o álcool são considerados os principais responsáveis pelos danos das substâncias na população, a metanfetamina, crack e heroína são consideradas as drogas que mais causam danos aos

indivíduos, enquanto crack, heroína e álcool são as drogas que mais causam danos a terceiros (NUTT et al., 2010), com comprometimento das relações familiares e sociais.

O cenário do uso de cocaína e crack em particular, no Brasil, é sem dúvida preocupante. Com uma população predominantemente jovem, o abuso e a dependência de drogas se tornaram um grave problema de saúde pública no país. Seu impacto é ampliado com o surgimento de camadas advindas de extremos da sociedade, porém igualmente vulneráveis ao consumo de psicotrópicos: uma classe média com poder de compra (e de acesso de forma geral), bem como uma grande camada economicamente desfavorecida, sem instrução e amparo social.

A existência dessas populações igualmente vulneráveis, combinada à ausência de iniciativas de prevenção orientadas para a população mais necessitada, potencializam este problema social, que tem reflexo nas altas taxas de violência urbana, na morosidade do sistema de justiça e na sobrecarga do sistema de saúde pública.

De acordo com o segundo LENAD (2012), a substância ilícita mais utilizada no país é a Maconha, visto que 5,8% da população adulta total já fizeram uso desta substância ao menos uma vez na vida, isto é, 7,8 milhões de adultos utilizaram maconha ao menos uma vez na vida. Entre os adolescentes, o número é de 597 mil indivíduos (4,3%).

De acordo com a UNODC (REF), o Brasil foi apontado como uma das nações onde o consumo de estimulantes como a cocaína (forma nasal (“pó”) ou fumada (crack, merla ou oxi). Segundo o LENAD (2012), 5 milhões de brasileiros com mais de 18 anos já fizeram uso de cocaína na vida, e há cerca de 1 milhão de usuários de crack. Estima-se que um terço dos usuários reside na região Sudeste e que mais de 160 mil usuários vivem no Estado de São Paulo.

### Dados representativos do Estado de São Paulo (LENAD II - 2012)

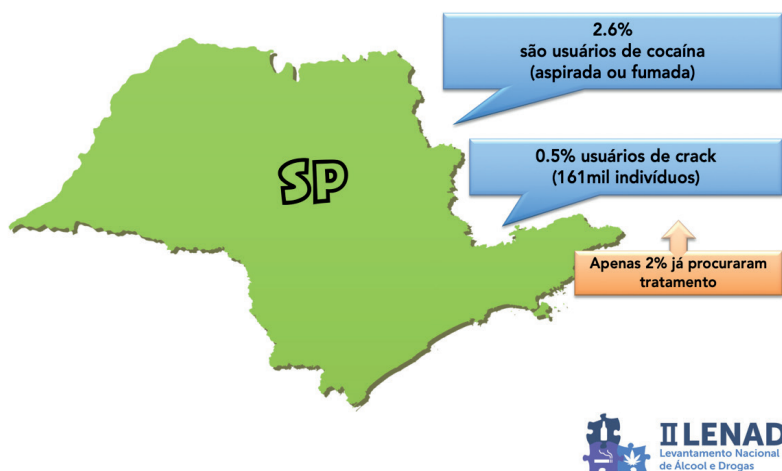


Figura 1 - Dados Representativos do Estado de São Paulo

## 1.2 O Fenômeno da Cracolândia em São Paulo

Há indícios de que o surgimento do crack no município de São Paulo ocorreu na zona leste na década de 90, e posteriormente na região central no bairro da Luz que, mais tarde, ficou conhecida como “Cracolândia” (UCHOA,1996) e concentra pontos de prostituição, tráfico e cena de uso de drogas.

O estudo das dimensões e do perfil dos frequentadores da Cracolândia vem sendo realizado desde 2016, inicialmente por uma demanda acadêmica, através do curso de especialização em dependência química da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD/ UNIFESP), tendo em vista a formação de conselheiros de rua com experiência neste contexto. Posteriormente, o estudo foi replicado em dois momentos em 2017 (abril e junho), como parte da consultoria

do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD) para a Secretaria de Desenvolvimento Social do Governo do Estado de São Paulo, a fim de abastecer a gestão do Programa Recomeço com informações relevantes para o manejo das ações no território da Cracolândia. Em 2019, 4ª onda do levantamento, o estudo não possuiu caráter acadêmico ou governamental, sendo realizado de forma independente através de parcerias institucionais.

O monitoramento das dimensões e a compreensão do perfil da população que reside na maior cena de uso do país são fundamentais para entender como a diversidade dos indivíduos que ali se encontram está relacionada com diferentes demandas e motivações, além de proporcionar o planejamento de ações e serviços nas áreas da saúde, assistência social e segurança pública. O monitoramento epidemiológico de populações específicas permite a elaboração de estratégias de cuidado, acolhimento e reinserção social baseadas em evidências, aprimorando a rede de assistência como um todo.

De acordo com os dados do Levantamento de Cenas de Uso de Capitas (LECUCA), o perfil sociodemográfico dos frequentadores da Cracolândia (SP) mostrou que a população é, em sua maioria, composta por homens (68.7% [2019]), solteiros (77.6% [2019]), com idade média de 35.2 anos); as mulheres participantes da pesquisa representaram 23.7% [2019] da amostra, com idade média de 34.6 anos. Observa-se que 7.5% [2019] dos frequentadores são transgêneros (idade média de 30 anos). As proporções de mulheres e transgêneros parecem flutuar no decorrer dos anos, apresentando um aumento das mulheres e uma diminuição da população transgênero entre 2017 e 2019.

### Perfil Sociodemográfico dos Usuários da Cracolândia

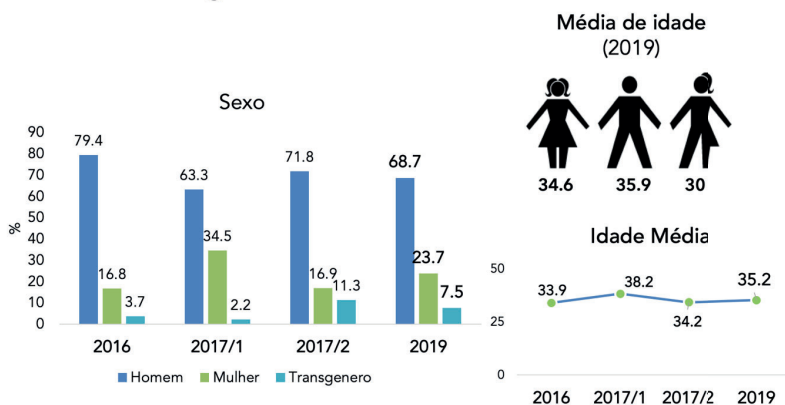


Gráfico 1 - Perfil Sociodemográfico dos Usuários da Cracolândia - LECUCA 2016-2019

No âmbito das vulnerabilidades sociais, a maior parte (61.8%) dos frequentadores da região estão em situação de rua, e entre estes, quase 42% declararam estar nesta situação há mais de 5 anos. A maior prevalência de frequentadores em situação de rua foi em 2016, quando mais de 68% referiram estar nesta situação. Cabe destacar que a definição de situação de rua aqui não equivale à utilizada em levantamentos domiciliares de forma geral, não incluindo nenhuma das opções de acolhimento por diária oferecidas na região: hotéis, albergues ou república, considerando estadias. Desta forma, referir estar em situação de rua, no levantamento realizado, significa dormir de fato na rua. Em junho de 2017 (Onda 3), foi registrada a maior prevalência de usuários referindo morar em centros de acolhida, perfazendo quase 30% dos entrevistados.

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

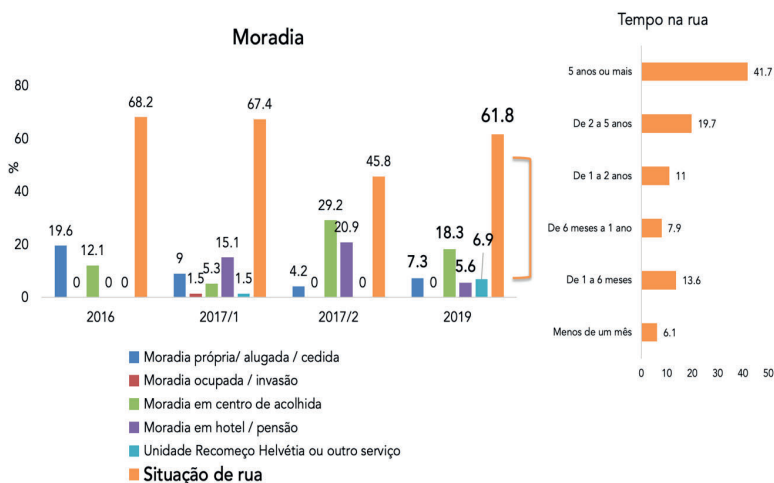
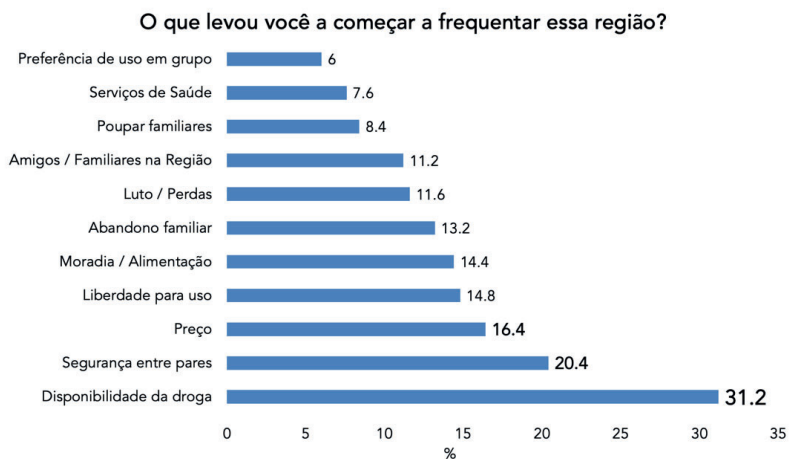


Gráfico 2 - Moradia dos Frequentadores da Cracolândia - LECUCA - 2016-2019

O LECUCA mostrou que praticamente metade dos frequentadores da cena de uso nunca teve contato com qualquer tratamento para dependência química. Pelo menos dois terços deles não se encontram em estágios de motivação que permitam qualquer intervenção de encaminhamento para tratamento. Esta evidência mostra a importância da manutenção das intervenções de baixa exigência para esta população, e fundamenta a implantação das ações do Programa no território.

A implantação de serviços socioassistenciais direcionados a esta população que sejam distantes da cena de uso dificilmente atingirá esta população, uma vez que os resultados apontam que o deslocamento desta população para outros territórios, por conta da busca por serviços, é pouco provável.



Fonte: LECUCA (Levantamento de Cenas de Uso em Capitais) Resultados da Série Histórica 2016, 2017 e 2019

O estudo também mostrou que, embora os frequentadores da Cracolândia compartilhem entre si um grau extremo de vulnerabilidade social, a diversidade quanto ao seu perfil social e psicológico é igualmente extrema. As evidências mostram quanto essa população necessita de cuidados urgentes, com ações intersetoriais articuladas e integradas, pautadas pela garantia de direitos, pelo respeito à autonomia dos indivíduos na reconstrução de trajetórias de vida e pela redução dos riscos e danos relacionados ao consumo de drogas.

Nesse sentido, as políticas públicas devem prever diversos modelos de atendimento, de forma a respeitar as individualidades e suportar a construção das estratégias singulares para recuperação e reinserção social dos dependentes químicos.

### **1.3 Demandas e Desafios**

A dependência de substâncias psicoativas (SPA), por ser uma doença crônica e complexa, impõe a estruturação de um sistema de saúde, de assistência social e demais políticas sociais articuladas e comprometidas com o cuidado integral, tanto da saúde do usuário quanto de sua vida familiar, educacional, ocupacional e financeira. Políticas intersetoriais de desenvolvimento social, saúde, habitação, educação, cultura, trabalho e justiça também devem ser acionadas para assegurar moradias assistidas, centros de convivência, esporte e lazer, dentre outras necessidades do usuário de crack e outras drogas (MORAES et al, 2011). Essas iniciativas são cada vez mais importantes para viabilizar lugares melhores para esses cidadãos, que estão em condição de fragilidade e vulnerabilidade.

O estado tem como missão garantir os direitos e o acesso a bens e serviços aos cidadãos e grupos em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal, por meio da formulação, coordenação e avaliação de políticas públicas. Diante deste foco e tendo em vista o alinhamento de oportunizar melhorias face às problemáticas detectadas, especificamente na questão de dependência de álcool e drogas, em especial o crack, surgiu a necessidade de se implementar uma proposta de trabalho que atendesse aos anseios de uma política pública eficaz.

Para Rua (1998), a política pública consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto aos bens públicos. Inicialmente, deve-se ter em mente que política pública é um conjunto de decisões e não uma decisão isolada. As políticas públicas podem ser formuladas principalmente por iniciativa dos Poderes Executivo ou Legislativo, separada ou conjuntamente, com base em demandas e propostas da sociedade, em seus diversos segmentos.

A participação da sociedade na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas é assegurada, em alguns casos, na própria lei que as institui. Assim, também nas políticas públicas sobre drogas, a sociedade pode participar ativamente, por meio dos conselhos, em nível municipal, estadual e nacional. Audiências públicas, encontros e conferências setoriais são também instrumentos que se vêm afirmando nos últimos anos como forma de envolver os diversos segmentos da sociedade em processo de participação e controle social.

#### **1.4 Surgimento do Programa Recomeço**

No Estado de São Paulo, a política sobre drogas orientou-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada e adotou como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no sentido de ampliar a consciência para a importância da intersetorialidade e da descentralização das ações sobre drogas no território do estado de São Paulo.

Um dos principais objetivos é proporcionar condições para uma vida saudável e digna a esta população, auxiliando os dependentes de substâncias psicoativas, seus familiares e a comunidade a trilharem, da melhor maneira possível, o caminho para a recuperação e o retorno a uma vida plena. Assim, essa ação intersetorial promoveu a ampliação de acesso à justiça e a cidadania, apoio socioassistencial, proteção social, acolhimento, recuperação e tratamento de saúde aos dependentes químicos e suas famílias.

O processo de construção desta política pública iniciou-se em 2011, com a elaboração de um plano estratégico visando ações específicas, as quais teriam, como resultado principal, a criação de um programa estadual de políticas sobre drogas, futuramente, chamado de Programa Recomeço.

O plano foi elaborado e desenvolvido a partir das seguintes ações:

- ✓ a criação de um Comitê Gestor de Política Intersetorial com o objetivo de integrar, articular e avaliar as ações intersetoriais no governo do estado, e propor ajustes necessários na garantia da eficácia desta política pública e no propósito da reinserção social dos usuários dependentes químicos e suas famílias;
- ✓ o incentivo à adesão das organizações sociais e prefeituras municipais nas propostas estratégicas de reinserção social, com o objetivo principal de conquistar da autonomia e melhoria das suas condições sociais;
- ✓ a oferta regionalizada de serviços e equipamentos para o acolhimento de pessoas em situação de rua, em situação de abandono ou sem referências familiares ou de moradia e que não conseguissem, definitiva ou temporariamente, prover sua autonomia;
- ✓ o aprimoramento dos mecanismos de modelos de abordagem social em vias públicas aos usuários de drogas lícitas e ilícitas em situação de rua, criando manejos e ferramentas de qualificação aos profissionais nas políticas intersetoriais;
- ✓ a promoção de campanhas publicitárias para disseminação de informações e orientações à população quanto ao papel do poder público e seus serviços na execução desta política pública no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas e suas famílias.

Em 2013, o então governador do estado de São Paulo, Geraldo Alckmin, convidou o Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira, psiquiatra e professor titular do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP e coordenador da UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas), para ser o

coordenador-geral técnico científico do futuro programa sobre drogas, a ser chamado ***Programa Recomeço***.

*A idealização do programa teve como base dez princípios:*

- 1) Os Direitos Humanos são parte fundamental dessa política. Os cidadãos, em especial as crianças e adolescentes, têm o direito de viver num ambiente seguro e livre de drogas, quer em sua família, quer na sua comunidade.*
- 2) A redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas nas comunidades deve estar no núcleo dessa política. A melhor forma de reduzir os danos causados pelas drogas é reduzir o consumo. Em epidemias virais, o mais importante é diminuir rapidamente a circulação do vírus. Vale o mesmo para as drogas. Sem diminuir sua circulação nas ruas, os problemas só serão agravados.*
- 3) O Brasil é o único país do mundo que faz fronteira com todos os maiores produtores de coca. Esse desafio demanda uma política de controle de bordas rigorosa para podermos diminuir a circulação e a oferta dessa mercadoria. Aderir à facilidade de acesso ou dificultar a ação de combate ao tráfico agrava a situação e facilita o aumento da disponibilidade e o consumo, inevitavelmente, cresce. Para isso, o uso e o tráfico devem continuar sendo considerados crimes e devem ser punidos por legislações mais claras e consistentes. O primeiro com penas alternativas, que podem incluir medidas como da Justiça Terapêutica e o segundo com prisão para reabilitação social mais longa.*
- 4) Uma eficaz política nacional em relação às drogas deve reconhecer que a dependência química é uma doença crônica do cérebro, que deve ser tratada e, antes disso, prevenida. Tanto a Saúde Pública quanto a Segurança Pública estabelecem ações complementares,*

*necessárias e que devem estar presentes.*

- 5) *As atividades de Prevenção, Tratamento e os Serviços de Recuperação, devem integrar-se no Sistema Único de Saúde e no Sistema Único da Assistência Social. O SUS e o SUAS devem implementar práticas de tratamento e recuperação baseadas em evidências, e devem abandonar de vez, como política única e exclusiva para dependência química, a “redução de danos”, como única alternativa para as políticas públicas em atenção à dependência química, tanto para prevenção quanto para tratamento e recuperação.*
- 6) *Um plano de prevenção, municipalizado, deve proporcionar atendimento adequado. É indispensável que sejam criados programas específicos, para todas as crianças e adolescentes do país e, em especial, para grupos de risco, como são, por exemplo, os que abandonam precocemente a escola. Os profissionais da Saúde e da Educação devem estar plenamente capacitados para exercer atividades de prevenção e detecção precoce do uso.*
- 7) *Faz-se necessário abandonar a exclusividade dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD) como a única alternativa de tratamento e recuperação. O SUS deve financiar clínicas de internação para desintoxicação e o acolhimento voluntário para recuperação em Comunidades Terapêuticas Legalmente Constituídas. O acesso ao tratamento de qualidade deve ser direito de todo usuário do SUS. Sem isso, precisamente as famílias mais carentes de recursos não têm como ser socorridas. As internações, voluntárias ou não, em locais adequados, com critérios médicos competentes devem estar disponíveis a quem necessite, na hora da necessidade.*
- 8) *As famílias devem ter acesso a programas de orientação específicos, que proporcionem o conhecimento dos meios de prevenção ao uso*

*de substâncias. Pais, mães, avós, chefes de família devem ser os primeiros “agentes de prevenção”, a começar pelas substâncias lícitas, como álcool e tabaco. Além disso, devem estar previamente informados sobre como lidar se e quando algum de seus membros começar a usar drogas, bem como conhecer estratégias de desestímulo ao consumo.*

- 9) *O sistema de recuperação social, ou seja, o conjunto das ações que devem acontecer após a interrupção do uso não prescinde de amplo suporte estatal e de políticas de proteção social. É imprescindível o suporte do poder público e das comunidades aos grupos de apoio. São ações no apoio à recuperação e reinserção social, e pelos grupos de ajuda mútua - Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Amor Exigente (AE). Tal apoio precisa abranger a reabilitação profissional das pessoas em recuperação.*
- 10) *A rede de pequenos e médios traficantes ampliou-se enormemente nos últimos anos. Faz-se urgente definir estratégias para monitorar a ação dos pequenos traficantes, que é o caminho aos consumidores. É preciso, portanto, que esses pequenos traficantes sejam internados em unidades prisionais especiais, com tratamento associado. E, desenvolver estratégias mais eficazes no combate ao crime organizado e ao narcotráfico.*



## 2.

# IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA RECOMEÇO EM SÃO PAULO – 1ª FASE

As diretrizes sobre drogas do Estado de São Paulo começaram a ser implantadas em 2011, quando foi instituída a Coordenação de Políticas sobre Drogas, subordinada então à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, sob a coordenação inicial do Dr. Mario Sérgio Sobrinho.

A Coordenação foi criada para implementar as decisões das Câmaras Temáticas e do Comitê Executivo e Gestor da Política sobre Drogas no estado, além de também ser responsável pela Comissão Estadual para Assuntos referentes à Bens Apreendidos do Tráfico de Drogas.

A Coordenação tinha por objetivo estabelecer diretrizes, orientar na formulação dos Planos de Trabalhos dos eixos do Programa Estadual da Política sobre Drogas e promover a articulação de programas e ações com outros órgãos, entidades governamentais e com a sociedade civil.

Com a criação da Coordenação, estabeleceu-se a necessidade de elaborar uma regulamentação e garantir a execução de políticas de enfrentamento ao uso de drogas, fomentando serviços de cuidados complementares em centros de acolhida, moradias assistidas, repúblicas terapêuticas e casas de passagem para usuários de substâncias psicoativas.

O início das ações estratégicas aconteceu na capital com a ampliação de leitos hospitalares para desintoxicação e com o serviço de abordagem social em parceria com a organização XXXX, a qual realizava a abordagem aos dependentes químicos em locais de cena aberta de uso de drogas lícitas e ilícitas, principalmente o crack.

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

Houve também a implantação de uma unidade social móvel, dentro do Centro de Referência de Tabaco e outras Drogas (CRATOD), para proporcionar escuta humanizada e encaminhamento qualificado dos usuários e famílias que procurassem ajuda, além de um plantão judiciário do sistema de garantia de direitos em parceria com a OAB, Ministério Público, Defensoria Pública e Tribunal de Justiça.

Estabeleceu-se ainda um serviço de acompanhamento e acolhida aos familiares de dependentes químicos para o processo de reinserção social, com atendimento deste público em grupos abertos, realizando acolhimento e atendimentos individuais.

Em 2013, instituído pelo Decreto nº 59.164, o *Programa Recomeço - Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack* surgiu objetivando as ações intersetoriais das secretarias estaduais de Educação, Saúde, Desenvolvimento Social, Justiça e Cidadania e Segurança Pública, e estruturou-se nos eixos de Prevenção, Tratamento, Recuperação e Reinserção Social, Acesso à Cidadania e Justiça e Requalificação do território.

### **2.1 Cartão Recomeço e Criação da Rede de Assistência**

Para expansão do programa, além da ampliação das vagas em leitos de desintoxicação de forma regionalizada, sob responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde, foi implantado também, este modelo inédito de parceria para vagas em Comunidades Terapêuticas, através do conceito por sistema online de controle de ocupação de vagas, resultando na criação do Cartão Recomeço (coordenado à época pela Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania - SJDC e operacionalizada em conjunto com as Secretarias de Desenvolvimento Social e da Saúde).

A principal finalidade da criação do modelo de controle das vagas ofertadas pelo Cartão Recomeço era o gerenciamento e o monitoramento da recuperação dos usuários de substância psicoativa nas Comunidades Terapêuticas credenciadas pelo Estado de São Paulo.

Foi uma ação de parceria entre o Governo do Estado de São Paulo e os municípios paulistas, promovendo o custeio das despesas de acolhimento voluntário, para indivíduos que realizavam uso nocivo ou eram dependentes de substâncias psicoativas, em organizações sociais que executavam o modelo de Comunidade Terapêutica, as quais prestavam serviços de acolhimento, recuperação e reinserção social.

O modelo social de recuperação com o Cartão Recomeço seria então o primeiro instrumento de monitoramento e avaliação dos serviços prestados aos dependentes químicos e com métrica de avaliação de indicadores de resultado. Na primeira fase do Cartão Recomeço, foram selecionadas 11 cidades: Campinas, Bauru, Diadema, Mogi das Cruzes, Osasco, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Santos, São José dos Campos, São José do Rio Preto e Sorocaba, todas inicialmente precisariam cumprir os critérios do Termo de Adesão previstos na Resolução Conjunta 01/2013.

Os critérios usados para a escolha destes municípios inicialmente foram o tamanho da rede de referência em assistência social e saúde mental, o porte populacional, a oferta de serviços de retaguarda social, saúde e de cidadania, além da localização em regiões-polos no estado.

O município, ao aderir ao Programa Recomeço e o Cartão Recomeço através da assinatura, se comprometeria em assumir as seguintes ações:

- ✓ Implantar os recursos necessários, de acordo com a base populacional e a demanda territorial, previstos na legislação do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

- Social para o atendimento de saúde e de assistência social aos dependentes de substâncias psicoativas e respectivas famílias;
- ✓ Realizar avaliação médico-odontológica e juntar cópia dos documentos do interessado (RG e CPF);
  - ✓ Providenciar documentos de identificação pessoal dos interessados, quando necessário;
  - ✓ Inscrever os usuários de substâncias psicoativas na ação Cartão Recomeço, observada a ordem de apresentação e sua aptidão nas avaliações médico-odontológica, criando e mantendo atualizado o cadastro de inscritos;
  - ✓ Gerir e monitorar as vagas nas unidades de acolhimento social credenciadas e disponibilizadas pelo Grupo Gestor do Programa Recomeço;
  - ✓ Indicar um Profissional de Saúde que será referência no atendimento do beneficiário;
  - ✓ Garantir, no processo de recuperação, a referência e contrarreferência do usuário da substância psicoativa, nos termos da legislação do Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive no caso de desligamento automático pelo atingimento do limite de 180 (cento e oitenta) dias de acolhimento;
  - ✓ Garantir o acesso aos serviços de saúde e/ou saúde mental, preferencialmente pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que deverão avaliar clinicamente, elaborar projeto terapêutico individual, emitir parecer para inclusão no programa, quando indicado e, por meio de um profissional de referência, acompanhar o projeto terapêutico em saúde e reinserção social em parceria com a assistência social no território;
  - ✓ Assegurar a visita da família ao acolhido, respeitando o Plano de Atividades a ser apresentado no processo de Chamamento Público;

- ✓ Fiscalizar as entidades credenciadas quanto à regularidade de funcionamento e ao cumprimento do Plano de Atividades a ser apresentado no processo de Chamamento Público;
- ✓ Garantir o recâmbio do beneficiário ao município que o inscreveu na ação “Cartão Recomeço” após a conclusão do acolhimento ou o desligamento, quando necessário;
- ✓ Designar técnico responsável pela execução local do Programa;
- ✓ Solicitar novo cartão magnético, em caso de erros, extravios, furto/roubo ou danos no cartão anterior;
- ✓ Reportar ao Grupo Gestor do Programa Recomeço qualquer indício de irregularidade;
- ✓ Divulgar o Programa Recomeço.

O Programa Recomeço teve uma atuação estratégica diferenciada com modelo de gestão para atuação na cidade de São Paulo e no restante do estado.

Importante destacar como resultado desta primeira fase da implementação do Programa Recomeço, na capital, foi a nova forma de gestão e de atribuições das funções do equipamento de saúde disponível naquele momento como foi o CRATOD - Centro de Referência em Álcool, Tabaco e outras Drogas.

A reorganização do CRATOD obteve resultados impactantes para execução do Programa Recomeço. A instituição realizou em média 12 mil atendimentos pelo modelo “Urgência Recomeço” no seu primeiro ano (2013), mais de 11 mil atendimentos ambulatoriais e 1,2 mil atendimentos odontológicos. Um canal direto de informação e orientação para a sociedade foi desenvolvido, o chamado ***Disk Recomeço***, com o objetivo de responder dúvidas e oferecer esclarecimentos para a população sobre o programa estadual e sobre tratamentos para dependência química. Este serviço recebeu mais de 20 mil ligações apenas em 2013.

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

As ações voltadas para os usuários na rua iniciaram a partir da instalação da “Rua Recomeço”, em que um ônibus adaptado foi posicionado na esquina das ruas Helvetia e Dino Bueno. O veículo contava com uma equipe composta por enfermeiro e dois técnicos de enfermagem e por conselheiros especializados em dependência química, e tinha o objetivo de apoiar o serviço de busca ativa, uma estratégia de intervenção, baseada em evidência, voltada para usuários em situação de rua e que não têm acesso a serviços em equipamentos tradicionais. Uma média de 130 usuários por semana procuraram a equipe do ônibus nesta primeira fase, e uma média de 60% deles tinham indicações de internação para desintoxicação.

O sucesso advindo da experiência da instalação do ônibus no local da cena de uso levou à implementação de tendas, ampliando a estrutura de atendimento e expandindo a equipe com treinamento de escuta qualificada. Foram disponibilizados cerca de 80 profissionais (conselheiros) para orientação aos usuários de substâncias psicoativas na cena de uso. A relevância das ações direcionadas aos usuários na cena de uso levou ao planejamento e criação da Unidade Recomeço Helvétia, que será descrita adiante.

Foi neste mesmo período que, na cidade de São Paulo, foi implantada uma inovação de acompanhamento e apoio familiar, com a criação das 13 unidades do “Recomeço Família”, que teve como objetivo orientar os familiares de dependentes químicos nas unidades dentro dos Centros de Integração da Cidadania (CIC), situados em regiões de bairros periféricos da cidade de São Paulo, vinculados à Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania.

A Central da Regulação da Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), também neste mesmo período, iniciou uma atenção especial ao Programa Recomeço, e, passou a gerenciar o sistema de regulação de vagas para desintoxicação em dependência química na capital e região

metropolitana sob a orientação da Secretaria Estadual da Saúde. Com esta estratégia de gestão, o número de leitos de internação dobrou no Estado de São Paulo.

As maiores dificuldades para a implantação desta primeira fase do Programa Recomeço foram no sentido de organizar os serviços das diversas secretarias, que trabalhavam com o mesmo tema, mas com olhares diferentes. Foi preciso um esforço extra para que eles fizessem um trabalho coordenado, coeso e integrado, e, para isso, o Comitê Gestor teve uma atuação estratégica de intersetorialidade como função primordial para execução desta política pública no território e no atendimento aos usuários dependentes químicos.

### Rede de Assistência Programa Recomeço



## **2.2 O Credenciamento das Comunidades Terapêuticas (CTs)**

Inicialmente, o cadastro das CTs foi realizado por meio de edital de chamamento público, o qual determinava todas as regras de funcionamento e prestação de serviços. As CTs deveriam apresentar ao Comitê Gestor do Programa Recomeço o interesse para credenciamento em se tornarem habilitadas para acolher dependentes químicos em vagas financiadas pelo governo estadual, através do Cartão Recomeço. Desta forma, é importante destacar que o Cartão sempre esteve vinculado à oferta de uma vaga em uma instituição, que só poderia acolher adultos, acima de 18 anos, de ambos os sexos.

Com a proposta inicial de atender 3 mil usuários de substâncias psicoativas, cada vaga tinha a previsão do valor mensal de R\$ 1.350,00 por pessoa acolhida (custo *per capita*/dia de R\$45,00) a ser repassado diretamente às instituições. Desta forma, o Cartão Recomeço era operado como uma ferramenta de controle de frequência nas unidades de acolhimento social, sendo fiscalizado por um sistema de biometria (identificação dos usuários no momento do acolhimento) e pelo monitoramento das atividades ofertadas e desenvolvidas por estas organizações sociais parceiras.

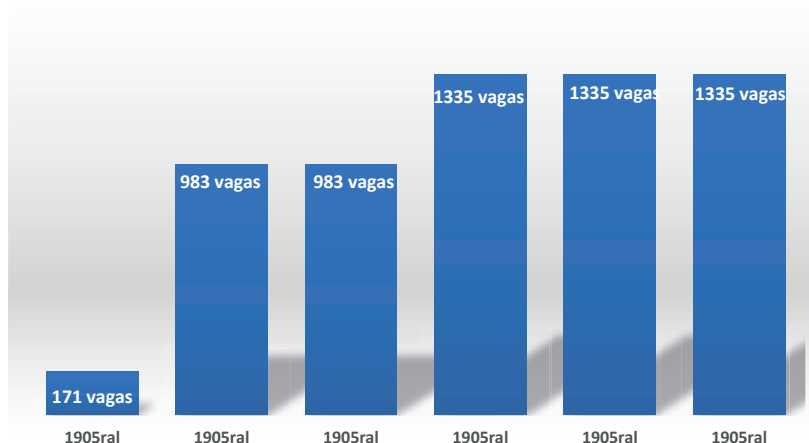
Fundamental esclarecer que o modelo de “cartão” utilizado não tinha nenhuma função de cartão bancário ou de créditos financeiros, mas sim, apenas um cartão de identificação numérica para um sistema de software de monitoramento e controle de ocupação de vagas. Assim, o custo *per capita*/dia do Cartão Recomeço era de R\$45,00 por dia, em qualquer que fosse a modalidade de acolhimento social ofertado e enquanto perdurasse a permanência do acolhido no serviço, com prazo máximo de até 180 dias de permanência na Comunidade Terapêutica.

A parceria com as CTs selecionadas pelo Comitê Gestor do Programa Recomeço foi realizada com a intermediação da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), por meio de convênio entre o governo do estado, a FEBRACT e as Comunidades Terapêuticas.

A FEBRACT desempenhava a função de gerenciar, monitorar e organizar as vagas previamente distribuídas no estado, bem como os serviços ofertados pelas comunidades terapêuticas. O referido convênio foi firmado no dia 19 de dezembro de 2013 entre a Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania-SJDC, a FEBRACT e 11 comunidades terapêuticas, que ofertaram inicialmente 171 vagas para acolhimento de usuários de substâncias psicoativas.

Com o decorrer dos anos, houve ampliação do número de vagas financiadas pelo Programa Recomeço, tendo um aumento de 812 vagas de 2013 a 2014, e 352 vagas de 2015 para 2016, estabilizando no total de 1335 vagas em Comunidades Terapêuticas, conforme apresentado no Gráfico.

Nº Vagas x Ano



## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

Destaca-se que ao mesmo tempo em que o governo do estado firmava a parceria com as comunidades terapêuticas, as quais deveriam apresentar seus Planos de Atividades para o serviço de acolhimento, tanto na reabilitação das pessoas que sofrem do uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, bem como estratégias para a promoção de reintegração à vida comunitária, era também firmado o Termo de Adesão, através do Programa Recomeço e as prefeituras para efetivação das vagas descentralizadas por território. Assim, as vagas para o “Cartão Recomeço” somente eram disponibilizadas quando o município assinava o Termo de Adesão ao Programa Recomeço.

Após formalização do Termo de Adesão entre governos estadual e municipal, o Grupo Gestor do Programa Recomeço promovia a inserção das vagas no sistema informatizado do “Cartão Recomeço” e ofertava no território sede e/ou região em que a Comunidade Terapêutica estava presente, oferecendo estas vagas aos municípios que assinaram a adesão ao programa.

O número de vagas reservadas para cada comunidade terapêutica era definido pelo Grupo Gestor do Programa Recomeço, com base na demanda regional ou municipal, respeitando o limite máximo de vagas disponibilizadas pela organização social e conforme sua capacidade de gestão e estrutura física de atendimento.

De forma geral, era certificado que os serviços estivessem de acordo com as atividades desenvolvidas, respeitando a existência das legislações vigentes, como por exemplo, RDC nº29/2011 ANVISA, Resolução SS nº 127/2013 e Resolução CONAD nº 01/2015.

Outra parte das exigências do credenciamento no Programa era a adoção de um projeto terapêutico pautado pela convivência entre os pares, no fortalecimento de vínculos familiares e comunitário e na construção de um novo projeto de vida.

Desta forma, o Programa oferecia diretrizes claras quanto à prestação de serviços das instituições credenciadas, eram elas:

- Recepção do acolhido e avaliação psicossocial;
- Elaboração do Plano de Acolhimento Singular- PAS, no prazo máximo de 20 dias a contar do acolhimento;
- Orientações e encaminhamentos para a rede de serviços quando necessário;
- Orientação para acesso à documentação pessoal;
- Busca ativa da família;
- Atividades para reestabelecimento de vínculos familiares e comunitários;
- Construção do processo de desligamento do serviço com a conquista da autonomia e reinserção familiar quando possível;
- Oficinas de inclusão com a execução de trabalhos terapêuticos e/ou execução de tarefas que desenvolvam autonomia, organização e responsabilidades nas atividades da vida diária e prática;
- Atividades de conscientização sobre a dependência química que visem despertar no acolhido a percepção de hábitos, comportamentos, pensamentos e sentimentos que comprometem a sua qualidade de vida, proporcionando também o desenvolvimento de habilidades para o resgate de valores e hábitos saudáveis;
- Atividades de espiritualidade, sem discriminação de credo, que promovam a dimensão da pessoa humana que traduz a busca em alcançar a plenitude da sua relação com o seu bem-estar espiritual na forma como cada um concebe;
- Atividades físicas e desportivas que promovam a reabilitação física e o convívio comunitário;
- Atendimento psicossocial individual ou em grupo;
- Atividades para reinserção social que promovam a capacitação para atividades remuneradas e apoiem a conquista da autonomia e do autossustento;

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

- Construção do processo de desligamento do serviço com encaminhamentos para grupos de ajuda e serviços de apoio a acolhidos de substâncias psicoativas;
- Manter atualizados prontuários;
- Monitoramento e avaliação dos serviços prestados;
- Promover o acesso dos usuários à rede de qualificação e requalificação profissional, com vistas à inclusão produtiva;

A primeira demanda do Programa foi para que as CTs atendessem aos indivíduos encaminhados pelo CRATOD, ficando para o serviço público a decisão de quem enviar através de uma triagem clínica, eliminando qualquer possibilidade de discriminação. A triagem clínica coordenada com a rede também colaborou para a organização logística, para determinar a demanda dos usuários e a oferta de vagas.

Durante o processo de mapeamento das CTs, percebeu-se que, além das práticas não atenderem às demandas do Estado, havia também casos em que elas faziam todo o trabalho de reinserção social de maneira isolada. Foi realizado então um trabalho de articulação de rede responsável por estabelecer a relação entre as Comunidades Terapêuticas e os outros serviços da rede pública de Saúde e de Assistência Social, especialmente os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), preferencialmente os CAPS AD (Álcool e Drogas) dos municípios.

### 3.

## INOVAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA - PROGRAMA RECOMEÇO - 2ª FASE

Foi no ano de 2015, no início da nova gestão do governo do estado de São Paulo, com a reeleição do governador Geraldo Alckmin, que o Programa Recomeço, passou a ter um status de Programa prioritário na gestão de governo, que deveria ser acompanhado em suas métricas de resultados pela gestão.

Desta forma, com a intenção de maior aporte de recursos financeiros e de gestão ao programa do governo, foi quando a Coordenação de Políticas sobre Drogas, passou a ser uma Coordenadoria (unidade de gestão orçamentária), que até então estava subordinada à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, foi reestruturada e transferida para Secretaria de Desenvolvimento Social. O objetivo era organizar a política pública sobre drogas, não apenas sob o aspecto de uma política pública de atenção à saúde ou apenas de repressão ao tráfico de drogas pela Secretaria de Segurança Pública, mas também como uma política pública sob a ótica e atenção à proteção social, cuidados e recuperação dos dependentes químicos e seus familiares.

Assim, a partir de 2015, houve a transição de Coordenação para Coordenadoria, e a COED passou a ser denominada de Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo, sob a coordenação da socióloga Gleuda Simone Teixeira Apolinário. Essa reestruturação teve como principal objetivo a implantação e gerenciamento da expansão da rede de serviços das Comunidades Terapêuticas e o fomento de gestão aos

municípios paulistas na expansão ao Termo de Adesão e compromissos dos municípios ao Programa Recomeço no Estado de São Paulo.

Com a mudança de gestão, também foram realizadas alterações administrativas, técnicas, operacionais e de governança da Coordenadoria, transformando-a em unidade orçamentária, de gestão executiva do Programa Recomeço, de fomento e articulação das políticas preventivas e de cuidados nas políticas sobre drogas no estado. Isso promoveu uma nova reestruturação do Programa e suas finalidades estratégicas.

Foram dadas, então, novas diretrizes estratégicas para o Programa Recomeço, estabelecendo assim, uma nova estrutura operacional e gerencial com a rede parceira. Neste momento, foi extinto o modelo do Cartão Recomeço, e iniciou um modelo de gestão por resultado de monitoramento e métricas de indicadores sociais.

A Comunidade Terapêutica passa a ser referência do modelo metodológico complementar e exitoso na efetivação, no estado, de uma política sobre drogas eficaz e com resultados e, como uma alternativa viável e salutar no acolhimento recuperação e reinserção social dos usuários, e no fortalecimento das relações dos vínculos familiares e comunitários. Assim, foi implementado um sistema de monitoramento regulamentando a operação e execução dos serviços nas Comunidades Terapêuticas.

A Coordenadoria, quando transferida para a Secretaria de Desenvolvimento Social, teve como missão principal a consolidação da Política Pública Sobre Drogas no Estado de São Paulo de forma intersetorial, integrada e complementar às outras políticas públicas setoriais. Incluindo em suas atribuições a gestão da unidade Gestora Executiva do Programa Recomeço, coordenando as atividades intersetoriais do programa e auxiliando as demais políticas públicas através das secretarias afins para o cumprimento das suas atribuições e articulações de gestão pública e com a sociedade civil.

A missão institucional da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas no Estado de São Paulo foi transformar o modelo de gestão intersetorial e multidisciplinar do Programa Recomeço em uma referência de gestão e execução pública de uma parceria com a sociedade civil organizada e o poder público na atenção e no cuidado com o dependente químico. Teve como foco apresentar os resultados de eficácia através de evidências científicas e indicadores sociais, através de um sistema de monitoramento pactuado com a rede parceira do programa.

Criou as seguintes unidades de gestão e controle da Coordenadoria no Programa Recomeço:

- A **Comissão Multidisciplinar Intersecretarial** da COED (CMI) tinha o objetivo de integrar as ações das secretarias do governo do estado com objetivo de integrar ações das Secretarias envolvidas para o enfrentamento conjunto dos problemas relacionados ao uso de drogas;
- A **Câmara Técnica de Políticas sobre Drogas** (CTPD) tinha como objetivo de contribuir com informações, sugestões e pareceres técnicos para fundamentar as políticas públicas sobre drogas do estado, era composta por especialistas na temática e emitia pareceres sempre que consultados;
- O **Comitê Gestor do Programa Crack é possível Vencer** (CEPV) era um comitê criado pela gestão do governo federal à época, e tinha como objetivo cumprir o Plano de Ação Estadual definido no SIMPR, que remete às ações nos Eixos Prevenção, Cuidado e Autoridade, diretrizes do até então programa do governo federal “Crack é possível vencer”;
- O **Comitê Gestor do termo de Cooperação Estado / PMSP** (TCEPref) foi criado na época um grupo de especialistas técnicos entre os governos municipal e estadual que tinha

como objetivo executar ações integradas em serviços e em locais cenas abertas de uso na cidade de São Paulo;

- O **Grupo de Gestão Executiva do Programa Recomeço** (GGEPR) tinha como principal objetivo acompanhar a execução das estratégias do Programa Recomeço, avaliar suas métricas de indicadores sociais, avaliar o sistema de monitoramento e propor estratégias de execução de acordo com os dados e estudos apresentados quanto a informações da dependência química no estado de São Paulo.

A estratégia de atuação do Programa Recomeço, nesta segunda fase, sob a gestão da Secretaria de Desenvolvimento Social, foi principalmente atuar na promoção e articulação da execução das ações intersetoriais, tanto no âmbito da prevenção, do acolhimento social e da recuperação dos dependentes químicos. Ficando a atuação específica de enfrentamento e combate ao tráfico de drogas exclusivamente sob a direção e estratégia da secretaria de segurança pública.

Eram previstas como Ações do Programa Recomeço:

- Descentralização do tratamento aos dependentes de substâncias psicoativas,
- Articulação e integração do SUS com os demais equipamentos de saúde voltados ao tratamento e recuperação de dependentes de substâncias psicoativas,
- Qualificação das equipes para o desenvolvimento de Projetos Terapêuticos individualizados
- Promoção do tratamento e da recuperação como etapas fundamentais no processo de fortalecimento familiar, comunitário e de reinserção social.

- No trabalho de reinserção social, abranger a atenção familiar e comunitária, e a inclusão produtiva;
- A realização de parcerias com a rede de serviços, pública e privada, para o atendimento aos acolhidos de substâncias psicoativas e suas famílias;
- A promoção que envolvesse programas de transferência de renda, empregos, qualificação e formação profissional;
- O ingresso à rede de ensino e amparo para moradia;
- A inserção em programas e projetos de capacitação para o mundo do trabalho e a fomentação de parcerias com a iniciativa privada e com as organizações da sociedade civil para a contratação de acolhidos.

Os Eixos do Programa Recomeço:

Eixo tratamento: O programa foi executado em diferentes frentes de ação, principalmente na ampliação de vagas em leitos para desintoxicação na rede de hospitais públicos distribuídos pelo estado. Contudo, destacou-se nesta estratégia, a readaptação do Centro de Referência de Álcool Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), oferecendo o Pronto-atendimento 24h - Urgência Recomeço, com serviços de desintoxicação, avaliação médica e encaminhamentos a demais serviços, além de orientação aos usuários e suas famílias, busca ativa de usuários de substâncias psicoativas e tratamento ambulatorial intensivo, semi-intensivo e não intensivo para dependentes químicos. Entre os atendimentos prestados pelo CRATOD os mais procurados são os serviços odontológicos, internações em leitos de observação e repouso, encaminhamento para os CAPS de usuários de substâncias psicoativas em tratamento, grupos terapêuticos e o plantão jurídico.

Eixo Reinserção Social: No eixo da Reinserção Social, foram adaptados modelos de prestação de serviços específicos, os Serviços de

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

Acolhimento em Comunidades Terapêuticas, as Casas de Passagem, as Moradias Assistidas e as Repúblicas Terapêuticas, que ao oferecerem espaço de proteção, moradia e suporte ao atendido ao longo de sua trajetória de recuperação, respondem a uma das principais demandas dos dependentes químicos. Na questão, do - E depois? Como sair? Para onde ir? O que fazer ao sair do acolhimento?

No caso da Casa de Passagem é um serviço de acolhimento emergencial e transitório para adultos. O local foi pensado para receber os acolhidos em qualquer horário do dia ou da noite. E a Moradia Assistida é como um espaço com características residenciais, instalado em espaço urbano, oferecendo acolhimento provisório por até 1 ano. No caso da República, foi pensado como um ambiente residencial em espaço urbano, próximo a rede de serviços, gerenciado em sistema de cogestão e autogestão possibilitando a autonomia e independência de seus moradores., atendendo um pequeno grupo de até 10 pessoas por até 1 ano.

A Rede Recomeço foi pensada para constituir equipamentos de cuidados à população usuária de substâncias psicoativas em seus variados níveis de atenção e envolvendo, sendo possível:

- Hospitais;
- Atendimento Ambulatorial (CRATOD, CAPS, UBS, UPAS, etc.);
- Casa de Passagem;
- Comunidades Terapêuticas de Interesse de Saúde;
- Comunidades Terapêuticas de Interesse Social;
- Repúblicas;
- Moradia Assistida;
- Recomeço Família (atendimento a familiares de dependentes de substância psicoativas);

Fazendo parte da estrutura da execução do Programa Recomeço, foi pensada a implementação ou reorganização dos serviços que atendessem demandas específicas na política sobre drogas no estado de São Paulo, e, pensando nisto, sob esta perspectiva foi reorganizado toda a estrutura física e de recursos humanos do *Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD)*

O CRATOD teve como propósito inicial se transformar em uma porta de entrada ao Programa Recomeço na cidade de São Paulo. Foi disponibilizado um atendimento de urgência para acontecer em 24h, com serviços de desintoxicação e avaliação médica e o tratamento ambulatorial aos dependentes químicos, podendo ser intensivo, semi-intensivo e não intensivo. A unidade também foi pensada como um centro polo para a capacitação profissional de agentes de saúde e assistência social na temática álcool e outras drogas lícitas e ilícitas.

✓ **Unidade Recomeço Helvétia (URH) - Moradia Monitorada (MM)**

Instalada na Rua Helvétia, território onde se localiza a maior cena de uso aberta de crack e outras drogas na cidade, a dita “Cracolândia”, a Unidade Recomeço Helvétia (URH) criou a Moradia Monitorada (MM), um tipo de serviço que oferece moradia e tratamento para pessoas dependentes de crack em alta vulnerabilidade social, sem suporte, que almejam a abstinência, que estejam numa fase final do processo de recuperação (já tendo passado pela desintoxicação ambulatorial ou em regime de internação) e estejam vinculados ao tratamento ambulatorial no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A MM é um espaço livre de drogas, com foco, especificamente, no tratamento (visando à manutenção da abstinência) e na reinserção social.

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

Formado por 36 camas, sendo 12 para mulheres e 24 para homens, localizados no centro da cidade de São Paulo, visa proporcionar espaço para recuperação e para socialização, organizando e desenvolvendo uma cultura para conectar esses indivíduos de volta à comunidade e às suas origens. Recentes estudos internacionais demonstraram a eficácia deste tipo de Serviço (6,7). Os objetivos da Moradia Monitorada eram:

- Garantir a proteção integral para dependentes químicos em alta vulnerabilidade social, que possuam algum grau de independência para as atividades da vida diária e que já tenham passado pelo processo de desintoxicação ou estejam passando por uma situação iminente de recaída, na vigência de um tratamento ambulatorial;
- Garantir espaços que assegurem canais de participação, respeito às opiniões e às decisões individual-coletivas;
- Possibilitar o (re)estabelecimento de vínculos familiares;
- Desenvolver capacidades para autocuidado, construir projetos de vida e alcançar a autonomia;
- Garantir a oferta de atividades semanais programadas para os usuários, com foco no estímulo ao desenvolvimento e à construção de um projeto de vida autônomo, tais como reuniões administrativas, grupos terapêuticos, prevenção de recaída, treinamento de habilidades sociais, atividades educacionais, culturais, sociais e de lazer;
- Estimular o desenvolvimento de ações que possibilitem a construção de um projeto de vida autônomo, de forma sustentável;
- Garantir capacitações profissionais e a articulação com o mercado do trabalho.

- Assegurar endereço institucional de referência;
- Possibilitar vivências pautadas no respeito a si e ao próximo, fundamentadas em princípios éticos de justiça e cidadania.

O contrato de tratamento na Moradia Monitorada incluía alguns acordos previamente estabelecidos, como tempo de permanência previamente estimado, que poderia variar de seis meses a um ano; compromisso de manutenção do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial e a apresentação de teste de drogas (urina) periodicamente, tendo como objetivo estimular a abstinência. Nos casos de apresentação de teste positivo (lapsos ou recaídas), o tratamento era intensificado, por exemplo, através de acompanhamento terapêutico em situações de alto risco para uso de droga (pelos conselheiros). Também fazia parte do tratamento na MM o acompanhamento ao CAPS, a medicação assistida ou retorno para a fase de desintoxicação, entre outras estratégias, e o acesso livre aos seus moradores, com segurança e portaria 24 horas por dia.

### ✓ **Serviço de Atenção e Referência em Álcool e outras Drogas [SARAD]**

A atenção integral à saúde dos dependentes químicos era complementada pela reabilitação no Serviço de Atenção e Referência em Álcool e outras Drogas (SARAD), instalado em Botucatu, interior paulista. Foi a primeira unidade do Estado de São Paulo destinada exclusivamente ao tratamento e recuperação da dependência química, especialmente de crack, no ambiente hospitalar. No Hospital SARAD, o atendimento foi dividido em sete blocos, com leitos voltados ao processo de desintoxicação, com integração da política sobre drogas, o fortalecimento familiar e a qualificação dos profissionais técnicos dos

equipamentos sociais, dando especificidade no manejo e na escuta qualificada para essa demanda. O acompanhamento de cada paciente era feito por equipe multiprofissional, com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e educadores físicos, com direcionamento para o cuidado e prevenção dos atendidos, independentemente da condição de tratamento.

### ✓ **Comunidades Terapêuticas Legalmente Constituídas (CT-LC)**

Apesar do início da parceria do programa Recomeço com as Comunidades Terapêuticas ter acontecido no final de 2013 e início de 2014. Foi somente no ano de 2017 que foi constituído o Termo de Fomento com atuação em rede, transformando então as Comunidades Terapêuticas em Legalmente Constituídas (CT-LC) e com método de trabalho específico, possibilitando a continuidade do serviço de acolhimento social junto às organizações executantes.

Com isso, o Programa Recomeço validou o instrumento de monitoramento das atividades prestadas e das vagas ocupadas nestas unidades, sendo estes:

- Taxa de atendidos desligados do serviço para retornarem ao convívio familiar ou para condição de autossustento;
- Taxa de acolhidos que receberam ou fizeram visita dos/aos familiares;
- Taxa de acolhidos frequentes no serviço de saúde mental/ tratamento ambulatorial;
- Taxa de acolhidos que participaram de atividades em grupo;
- Taxa de acolhido com comorbidades;

- Taxa de desligamento voluntário antes do prazo e taxa de retenção no primeiro mês de acolhimento.

Em todo o estado, as vagas para o atendimento de dependentes químicos foram divididas entre leitos de internação para desintoxicação e observação, e acolhimento social em CT-LC de interesse social e de interesse de saúde, casas de passagem e vagas de repúblicas terapêuticas.

### ✓ **Casa de Passagem**

A Casa de Passagem está prevista na Proteção Especial de Alta Complexidade na Política Nacional de Assistência Social, ela oferece a permanência do acolhido dependente químico por até 30 dias, período transitório para quem será encaminhado para uma Comunidade Terapêutica Legalmente Constituída CT-LC de interesse social, para quem está voltando do tratamento de desintoxicação ou mesmo das próprias CT- LC e que necessita de uma ação diferenciada para a reinserção ou para o resgate da relação familiar; para busca de emprego ou de um local de moradia independente ou em Centros de Acolhida, caso não tenha autonomia. Muitos dependentes químicos da região conhecida como “Cracolândia” precisam de apoio em virtude da ausência familiar ou da falta de moradia. Durante a estada na Casa de Passagem, recebem atendimento psicossocial, ajuda para reatar laços familiares e suporte para retornar ao mercado de trabalho. No caso, esta unidade se localiza, na área central da capital, nas proximidades do bairro da Luz e abriga homens com mais de 18 anos.

A ideia de ofertar um ambiente seguro e digno, potencializando a autoestima do acolhido e fortalecendo suas habilidades e recursos singulares para que consiga atingir sua autonomia dentro da sociedade em um período reduzido, impulsionou a criação deste modelo de

serviço. Dado o grau de vulnerabilidade da população acolhida, é comum a criação de novas referências familiares na comunidade e dentro do contexto social, favorecendo o indivíduo no desenvolvimento de seu protagonismo e de escolhas maduras na construção de projetos singulares de vida, sempre ao lado de profissionais capacitados, desde a entrada até a saída da população que chega até este serviço.

### ✓ **Selo Parceiros do Recomeço**

A superação da exclusão social depende do fortalecimento de uma rede social protetiva, que garanta oportunidades, ferramentas eficientes e adequadas. Por isso, a Rede Recomeço distribuiu vagas em Hospitais, Comunidades Terapêuticas, Casas de Passagem e Repúblicas em diversos municípios do Estado de São Paulo. Os acolhimentos estavam voltados para a retaguarda dos indivíduos, que saem do tratamento e ainda necessitam de um suporte institucional e de um lugar protegido para maior organização e conquista da autonomia para reinserção social e para poderem alcançar uma vida mais saudável. Preocupado com esta “porta de saída”, o programa Recomeço criou o Selo Parceiros do Recomeço”.

O “Selo Parceiros do Recomeço” foi instituído em 2014 pensando na necessidade de apoio e de evidenciar a intersetorialidade das ações do Programa por parte das organizações. O objetivo era conferir às organizações públicas, privadas e da sociedade civil, que desenvolvessem projetos e ações nos eixos do programa, uma certificação de qualidade e de responsabilidade social.

Com foco na reinserção social, a intenção do selo era dar continuidade ao acolhimento oferecido pelo Programa Recomeço através da parceria com empresas privadas e públicas que podiam receber os acolhidos do programa e, através do trabalho executado, dar

continuidade ao seu tratamento, visando ao retorno deste indivíduo à sociedade com subsídios para se manter fora do uso.

O Selo, como um reconhecimento público de serviços relevantes prestados à sociedade, conferido à empresa parceira com certificação de responsabilidade social e de excelência no desenvolvimento de ações pertinentes aos eixos do Programa Recomeço, foi fundamental para o envolvimento da sociedade civil.

### ✓ **Recomeço Família**

Uma das ações do Programa Recomeço importante e impactante, foi a criação do Recomeço Família, cujo objetivo era oferecer suporte psicossocial, de orientação, informação, sensibilização com cunho preventivo e protetivo aos familiares de dependentes químicos, oferecendo acesso às informações sobre tratamento, palestras, atendimentos individuais e terapia em grupo. Com essa iniciativa, buscou-se oferecer recursos para que os familiares do dependente pudessem obter qualidade de vida, minimizando as chances do desenvolvimento de doenças e transtornos emocionais decorrentes do impacto da convivência com o familiar dependente químico.

Para a efetivação do trabalho com famílias na temática da dependência química, foi preciso analisar as bases que sustentam o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), integrante do nível de Proteção Básica do SUAS, para consonâncias nas ações da Política Sobre Drogas e a Política da Assistência Social.

A Política da Assistência Social, que começou a ser construída em 2004 com o PNAS, é dever do Estado e direito de cidadania. Ela atua no enfrentamento dos riscos sociais e na prevenção, inova na responsabilidade do Estado no atendimento às famílias de modo

proativo, preventivo e de territorialidade, assegurando acesso a direitos e melhoria na qualidade de vida.

O desafio para a Política Sobre Drogas no Programa Recomeço era trabalhar com as famílias em sua integralidade e desenvolver metodologias de trabalho social que contribuíssem para a reflexão crítica da sua realidade e emancipação social. Era preciso compreender a família não somente em sua definição normativa ou composição tradicional, mas ampliar essa compreensão na perspectiva sociocultural.

Esse exercício permitiu um olhar para a família constituída como grupo de referência em que os indivíduos tecem laços afetivos e de solidariedade, assim reforçando os fatores protetivos tão significativos no processo da dependência química e no fortalecimento do tratamento e dos manejos com usuários de substâncias psicoativas. Baseada nos marcos legais que regulam as Políticas Públicas da Assistência Social, a centralidade na família é uma das principais diretrizes para a concepção e implementação de benefícios, serviços, programas e projetos.

## 4.

# AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO PROGRAMA RECOMEÇO

Na segunda metade do século XX, num ambiente mundial de pós-Guerra, Maxwell Jones inicia o movimento definitivo de reforma da psiquiatria, desenvolvendo o método de Comunidade Terapêutica Psiquiátrica, modelo já difundido antigamente de forma religiosa e não institucionalizada, sendo agora denominado de “terceira revolução em psiquiatria”. Maxwell Jones visava a uma maior interação do paciente no seu próprio processo, fazendo-se este, assim, partícipe das suas pequenas conquistas cotidianas. Ele afirma que “de maneira recíproca, a total dependência e passividade [...] precisa ser mudada a fim de permitir-lhe uma participação mais ativa em sua própria cura e na dos outros” (JONES, 1972), o que caracteriza o modelo de trabalho chamado também de “gestão compartilhada”.

A partir desse modelo em que o paciente também é protagonista do seu processo terapêutico, Jones também acreditava que o ambiente no qual um paciente psiquiátrico estava inserido poderia ser tão terapêutico quanto um tratamento médico. Surgia ali um novo modelo de processo terapêutico, com um ambiente estruturado e colaborativo, repleto de medidas para pacientes passarem tanto pelo processo de reinserção social, quanto de saúde. Era o início das Comunidades Terapêuticas (CTs) psiquiátricas.

As observações iniciais de Jones eram relacionadas a ex-combatentes de guerra, que demonstravam necessidade de um espaço

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

de recuperação oposto à atmosfera violenta pela qual haviam passado. Um local que permitisse o reaprendizado da vida em sociedade, de habilidades para lidar com responsabilidades, o cotidiano, bem como com traumas decorrentes de um evento tão impactante.

Com o passar dos anos, esse modelo social foi sendo adaptado para populações específicas, inclusive para a recuperação de dependentes químicos. Neste caso, o conceito primordial das CTs é a reabilitação social de usuários de drogas que já iniciaram o tratamento da dependência, passando inclusive por desintoxicação.

Assim, foram criados locais de acolhimento com permanência transitória e totalmente voluntária e com serviços humanizados, onde o dependente químico poderia ficar por um período variável entre 6 e 12 meses, buscando a abstinência e a reconstrução de sua vida, seja restabelecendo laços familiares, comunitário e suas funções cognitivas. Ao mesmo tempo, o indivíduo poderia dar continuidade ao seu processo de recuperação e tratamento da dependência química em um serviço externo, como por exemplo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no caso do Brasil.

No Brasil, este conceito foi combinado com o programa dos 12 passos dos Alcoólicos Anônimos e dos Narcóticos Anônimos. Isso ocorreu por características particulares do país, como a falta de oferta de tratamento e de serviços públicos disponíveis à população. Com o tempo, foram surgindo no Brasil Comunidades Terapêuticas com proposta de modelo de atendimento pautado na convivência entre os pares, espiritualidade e atividades inclusivas. Este modelo de acolhimento desenvolveu-se através de organizações informais ou religiosas, gerando diversos modelos de acolhimento e suporte para os indivíduos.

Contudo, com a reavaliação do serviço de Acolhimento Social para o enfrentamento às complexas questões ligadas ao uso de drogas, foi necessário integrar os serviços das Políticas Públicas com a participação

da sociedade civil e as organizações sociais executoras, para compor um atendimento integral ao usuário de substância psicoativa.

Podemos afirmar o protagonismo do Estado de São Paulo, na implementação desta política pública sobre drogas, e o início do processo de reconhecimento desta abordagem biológica, psicológica, social e espiritual, oferecida e executada com total rigor nas evidências científicas para todo processo de recuperação do dependente químico.

Ao legitimar as comunidades terapêuticas como um equipamento necessário em complementação à rede de serviços da saúde que dão apoio ao processo de recuperação dos usuários de substâncias psicoativas, foi necessário realizar o desenvolvimento de normativas para o aprimoramento e estabelecimento de diretrizes próprias para o funcionamento destes serviços, com indicadores e métricas de avaliação dos serviços ofertados e resultados de metas alcançadas.

Importante destacar o fato ocorrido no I Congresso Paulista de Políticas Sobre Drogas, realizado em 2017, em que foram apresentados os resultados obtidos pelo sistema de monitoramento e avaliação das Comunidades Terapêuticas parceiras do Programa Recomeço, Dr. George De Leon, especialista e referência internacional em estudos sobre modelos metodológicos de comunidades terapêuticas no mundo, ao assistir à apresentação das metas alcançadas pelas Comunidades Terapêuticas no Programa Recomeço, em reunião com o corpo técnico de especialistas do congresso, declarou se surpreender com o ineditismo tanto nacional como internacional deste modelo de gestão que o Programa Recomeço adotou com as Comunidades Terapêuticas com a participação de uma organização especializada (FEBRACKT) no gerenciamento da política pública sobre drogas.

É importante destacar que não existe um modelo exclusivo e pronto do funcionamento das Comunidades Terapêuticas, mas que é possível, com um modelo adequado de financiamento e

gerenciamento da Política Pública, alcançar uma metodologia de trabalho e prestação de serviço alinhado às melhores práticas no cuidado em saúde mental, reinserção social e na garantia de direitos às populações em situação de vulnerabilidade por conta do uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas.

#### **4.1 Financiamento Estadual de Comunidades Terapêuticas**

No ano de 2013, o Programa Recomeço realizou um chamamento público para selecionar organizações sociais interessadas em firmar parceria com o Governo do Estado de São Paulo na prestação de serviços de acolhimento institucional para pessoas com histórico de uso de substâncias psicoativas, nas modalidades Comunidades Terapêuticas, Casa de Passagem e República.

O início da gestão compartilhada entre as Comunidades Terapêuticas e o governo do estado fora marcado por um cenário de organizações sociais muito distantes das práticas científicas que deveriam ser adotadas pelas CTs. No entanto, foram criados critérios para a gestão dos serviços, ao mesmo tempo em que práticas foram incorporadas na metodologia dessas Comunidades, possibilitando garantir resultados de impactos reais. Como consequência, houve a incorporação de parâmetros e limites no âmbito técnico, legal e financeiro para o funcionamento apropriado e regularizado das Comunidades.

Para os usuários, as estratégias garantiriam os direitos básicos, o respeito à liberdade de escolha em todos os níveis possíveis, o acesso à toda rede pública de serviços disponível e o foco nas atividades de Reinscrição Social, que ampliariam as possibilidades de êxito e extinguiriam quaisquer práticas de isolamento social ou institucionalização.

Destaca-se que a parceria por instrumento de convênio foi inicialmente realizada entre a Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania – SJDC, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e mais onze (11) Comunidades Terapêuticas, em que a FEBRACT teria o papel de organizar e distribuir as 325 vagas/dia para as unidades de Comunidades Terapêuticas espalhadas pelo Estado de São Paulo.

Contudo, somente em 2017, com a nova legislação brasileira sobre instrumento de parceria (Lei nº 13.019/2014), que permitiria que uma única organização fosse a gerenciadora do convênio entre o Estado e a organização social, pode-se firmar com a FEBRACT o Termo de Fomento e de Colaboração em Rede. Isso propiciou ao estado disponibilizar 1.335 vagas/dia, que foram distribuídas para cinquenta e seis (56) Comunidades Terapêuticas como unidades executoras desta rede de acolhimento social, gerenciada e operacionalizada nesta parceria com a FEBRACT. Assim, a FEBRACT passou a ser a unidade gestora do convênio firmado, realizando assim a função de acompanhamento, orientação técnica e monitoramento dos serviços prestados nestas 56 unidades.

Inicialmente, o Programa Recomeço financiou 325 vagas/dia e, a partir de 2017, financiou 1.335 vagas/dia, demonstrando o alinhamento da parceria, bem como a relevância como estratégia no aprimoramento da política sobre drogas no estado de São Paulo.

O Programa envolveu a idealização de uma linha de cuidados viáveis, organizando um fluxo para o acolhimento nestas unidades no estado todo. A formação e a qualificação dos profissionais desta rede, através de parcerias com universidades e prefeituras municipais, elevaram a qualidade dos serviços ofertados nestas instituições, padronizando a oferta de atividades terapêuticas, educacionais, de trabalho, dentre outras. A exigência de formulação de um “plano de atendimento singular” garantiu que a experiência de acolhimento levasse os usuários

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

a vivenciarem, em um ambiente protegido, a reorganização cognitiva, comportamental e social, aumentando as chances de recuperação e reinserção social.

O gerenciamento, realizado pela FEBRACT nas Comunidades Terapêuticas financiadas com recursos públicos, proporcionou uma padronização qualitativa dos serviços prestados, visto que foi desenvolvido um sistema de monitoramento com indicadores para acompanhamento dos acolhidos, das atividades realizadas, bem como o funcionamento adequado de cada unidade, seguindo diretrizes e normas técnicas estabelecidas pela RDC nº 29/2011, Resolução SS nº 127/2013, Resolução CONAD 01/2015, Guia Técnico de orientações e procedimentos e orientações do Edital SEDS 001/2017 e Resolução SEDS 08/2017.

É fato que o conjunto de ações exitosas perpassou pela criação e efetivação de uma regularização da legislação estadual, com o adequado modelo de financiamento, desenvolvimento de estratégias eficazes de gerenciamento das ações e o estabelecimento de critérios de entrada e permanência dos usuários nas CTs com metas claras, mensuráveis e alcançáveis. Cientes desses fatores, o desafio do Programa Recomeço e da FEBRACT foi aprimorar as medidas de reabilitação, autonomia e reinserção social que as Comunidades pudessem proporcionar ao seu público-alvo.

Em virtude da necessidade de ampliar e padronizar as regulamentações e diretrizes desses serviços de acolhimento social nas Comunidades Terapêuticas, foi necessária a formulação de novos decretos para direcionamento das ações do Programa Recomeço. Assim, as comunidades terapêuticas passaram a ser classificadas como “Legalmente Constituídas de Interesse Social”.

Dentre as regulamentações e diretrizes estabelecidas no Programa Recomeço, também foram implantados instrumentais técnicos para

a gestão do sistema de monitoramento e gerenciamento, com maior desenvolvimento de tecnologia online e a implementação de um contínuo programa de capacitações com produção de material técnico para a melhoria da qualidade do atendimento, buscando as evidências científicas no manejo e no processo de recuperação.

É notório que as Comunidades Terapêuticas podem fazer a ponte necessária entre o caminho da dependência química e a retomada da qualidade de vida pelo processo de reinserção social do indivíduo.

O acolhimento nestes serviços teve como premissa uma abordagem biopsicossocial para o processo de desenvolvimento da recuperação, baseando-se no empoderamento e resgate da autoestima e da autonomia. Este processo se dá com o convívio social, em espaços adaptados para proporcionar conforto físico e emocional, dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Programa Recomeço, recebendo o auxílio de profissionais qualificados para promover a reinserção familiar e social.

Tendo como ponto de partida a concepção de que o principal papel das Comunidades Terapêuticas na rede do Programa Recomeço é a reinserção social, fez parte das diretrizes condição obrigatória de que o acolhimento só fosse permitido após uma avaliação médica emitida pela rede de saúde. O requisito de avaliação médica prévia foi fundamental para garantia de que o indivíduo não corresse qualquer tipo de riscos de saúde durante o processo de acolhimento, uma vez que as Comunidades Terapêuticas, neste modelo de gestão, não deveriam contar, necessariamente, com a presença de um profissional com formação médica. Neste contexto, o sistema previsto do Programa Recomeço pressupõe que a primeira fase de desintoxicação do dependente químico tenha sido ultrapassada ao ingressar em uma Comunidade Terapêutica, não tendo, porém o risco de possíveis complicações durante a fase inicial da desintoxicação, com a síndrome de abstinência.

É também importante que um profissional de saúde avalie a necessidade de outros tratamentos de saúde, comorbidades psiquiátricas, a prescrição de medicamentos. O contato com o profissional de saúde da rede também tem um papel importante para que se crie a rede de contrarreferência entre a CT e os equipamentos de saúde, uma vez que, parte das diretrizes de acolhimento, é manter o vínculo com a RAPS e demais equipamentos da saúde. A diretriz que estabelece que o indivíduo precisa de uma avaliação médica prévia e apresentação de laudo para o acolhimento na CT foi posteriormente adotada no âmbito nacional, fazendo parte do Marco Regulatório das CTs (Resolução da CONAD nº01/2015).

O tempo e o período de permanência no acolhimento são determinados pelo Projeto Terapêutico Singular, dialogado e compartilhado com os profissionais das comunidades terapêuticas e o indivíduo acolhido, numa proposta que prevê a manutenção da abstinência às substâncias químicas e oferece também suporte de grupos de mútua ajuda, orientados a buscar o atendimento durante e após o processo de recuperação. A permanência inicial é construída individualmente em concordância com as necessidades do acolhido por até seis meses e pode ter aprovação técnica para prorrogar por mais três meses.

Durante todo o período de acolhimento, os CAPS-AD se integram ao processo para dar continuidade ao tratamento ambulatorial, sendo a referência desse atendimento. Além disso, os grupos de mútua ajuda, como os AA, NA e Amor Exigente também são parceiros das Comunidades Terapêuticas, para atividades de apoio e orientação voluntária durante a execução dos programas de recuperação dos acolhidos e da preparação para o resgate dos vínculos familiares.

O modelo de acolhimento nestas unidades se distingue de outros ambientes institucionais, uma vez que o ambiente social desses espaços

também é o próprio método de recuperação. Estes componentes são utilizados para facilitar a socialização e o desenvolvimento psicológico dos acolhidos com a promoção da reintegração social e comunitária.

Desta forma, as Comunidades Terapêuticas oferecem atividades complementares de socialização comunitária, culturais, esportivas e de lazer, dentro e fora das suas unidades de acolhimento. Faz parte do método terapêutico e é facultativo para cada indivíduo a prática de atividades de espiritualidade dentro de cada unidade de acolhimento. Vale ressaltar que o desenvolvimento da espiritualidade sem a imposição de algum dogma ou crença religiosa, dando a oportunidade aos acolhidos de participar ou não deste momento, foi um pacto estabelecido entre a unidade gerenciadora FEBRACT e o Estado, para que as comunidades terapêuticas da Rede pudessem permanecer com suas atividades de espiritualidade como mais uma estratégia para o processo terapêutico de recuperação. Assim, o estado garantiu a participação dos acolhidos na prática de seu credo, dentro e fora das Comunidades Terapêuticas.

As principais características do modelo de atendimento das CTs:

- Todo acolhimento em CT é exclusivamente voluntário, sendo que o usuário pode desistir do processo a qualquer momento, sem sofrer nenhum tipo de constrangimento.
- Indivíduos com sintomas psicóticos, sinais de intoxicação aguda ou de síndrome de abstinência grave, não devem ser admitidos na CT, assim como os indivíduos com agravos de saúde ou níveis de comprometimento cognitivo graves, devendo ser referenciados para outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.
- O acolhimento na CT é de caráter residencial transitório, ou seja, deve existir tempo máximo de permanência e mecanismos

que garantam a possibilidade de saída do usuário, com recursos internos e externos, que possibilitem a sua autonomia.

- Todos os direitos constitucionais e humanos do indivíduo devem ser garantidos e preservados dentro da CT.

## **4.2 Definição do modelo metodológico**

Com a consolidação do modelo de gestão do Programa Recomeço, no ano de 2017, houve a necessidade de adequação da prestação de serviços de outras políticas públicas, tanto de assistência social como de saúde na padronização dos procedimentos das comunidades terapêuticas caracterizadas como de interesse social e de saúde.

Foram publicadas duas resoluções que reconhecem e diferenciam a existência de Comunidades Terapêuticas de Interesse à Saúde e a existência de Comunidades Terapêuticas de Interesse ao Desenvolvimento Social. A Resolução Conjunta SEDS/SES nº 01/2017 e a Resolução SEDS nº 08/2017 regulamentaram o modelo de acolhimento social proposto no âmbito da Política Pública Sobre Drogas em que estava embasado todo o atendimento na rede de serviços do Programa Recomeço.

Definindo, assim, suas características de funcionamento, metodologia de trabalho e método de serviço, cujo objetivo era o acolhimento, a recuperação e a reinserção social dos usuários de substâncias psicoativas.

A definição do modelo metodológico da oferta de serviços das Comunidades Terapêuticas fora baseada em três eixos principais, sendo estes:

- 1) O modelo de Gestão Compartilhada a partir do financiamento público das Comunidades Terapêuticas.

- 2) O monitoramento dos serviços prestados com métrica de indicadores sociais, baseado em evidências e resultados.
- 3) As estratégias adotadas para efetividade na reinserção social.

Quanto ao modelo de gestão compartilhada, previsto na Lei Federal 13.019/2014, permitiu, através de um Termo de Atuação em Rede, que uma organização ofertasse os atendimentos propostos ou ainda garantisse que uma rede de outras organizações garantisse os atendimentos aos quais a Organização Celebrante se propôs. Essa segunda opção, da atuação em rede, foi a que adotamos na execução desta parceria no Programa Recomeço. Para tal, a FEBRACT se propôs ao desenvolvimento de estratégias que permitissem, não apenas o adequado funcionamento das CTs, como também os avanços que se faziam necessários para a garantia das melhoras dos indicadores sociais previstos no sistema de monitoramento do Programa Recomeço.

- O modelo de Gestão compartilhado no financiamento de Comunidades Terapêuticas:
  - ✓ Priorizou a inserção das CTs na rede pública de serviços:
    - Garantir, não apenas a obrigatoriedade da avaliação médica prévia, mas também o acesso dos usuários a outros serviços e o próprio reconhecimento das CTs como parte integrante de uma rede de cuidados.
    - Promover a dedicação intensa no diálogo com os mais diversos equipamentos SUS (Sistema Único da Saúde) e SUAS (Sistema Único da Assistência Social), nos territórios administrativos do Estado, definindo a Comunidade Terapêutica como possibilidade de acolhimento aos Dependentes Químicos. Esse avanço se deu, indubitavelmente, pela qualidade de execução a que

se propuseram as CTs, pois mesmo nos casos de “maior resistência” (como alguns CAPS AD que sequer dialogavam com as Comunidades Terapêuticas) conseguiu-se avançar, permitindo conhecer e valorizar o funcionamento destes serviços, assim como permitindo que nos conhecessem.

- O modelo de atendimento híbrido, no qual o indivíduo, mesmo acolhido no CT, continua frequentando o CAPS AD, promoveu o maior êxito nesta relação.
  
- ✓ Gestão de vagas e encaminhamentos pela rede:
- Desenvolvimento de um sistema online de gerenciamento das vagas, que garantia:
  - Acompanhamento em tempo real das taxas de ocupação e possibilidade de encaminhamento, com acesso online, entre os serviços da rede pública e as Comunidades Terapêuticas.
  - Avaliação e acompanhamento permanente dos acolhidos, com acesso instantâneo da FEBRACT como Organização Gerenciadora da Política Pública.
- A contratação de uma consultoria do PNUD: desenvolvemos uma metodologia de avaliação que consiste em um Cadastro, uma avaliação de entrada feita por um psicólogo, uma avaliação de acompanhamento, mensal, feita pelo psicólogo ou pelo Assistente Social, e uma avaliação de desligamento, que evidencia, através de escalas validadas, a melhora no quadro de saúde dos usuários e ainda os cuidados e estratégias oferecidos no acolhimento, e os avanços na condição social do usuário ao sair da Comunidade Terapêutica.
- ✓ Prestação de contas administrativa/financeira:
- Garantia de utilização e aplicação dos recursos financeiros

repassados pelo Estado, exclusivamente em atividades relacionadas com o objeto do edital, o que garante não apenas a transparência na utilização dos recursos públicos, como também a possibilidade de executar as ações que foram pactuadas em plano de trabalho, como a garantia de equipe mínima registrada em carteira de trabalho, alimentação adequada, não exploração das atividades laborais e afins.

- ✓ O funcionamento do serviço:
- *As ações foram norteadas por critérios científicos, embasamento técnico e condições legais para sua eficácia e efetividade.*
- Foi desenvolvido um Guia Técnico de referências para elaboração do plano de trabalho factível quanto aos procedimentos que deveriam ser adotados pelas Comunidades Terapêuticas, respeitando suas peculiaridades, seus históricos e características locais.
- Foi pactuada e estabelecida uma equipe técnica mínima para cada modelo de serviço prestado, de acordo com a sua capacidade local e pessoas acolhidas. Composta por 1 psicólogo – 40 horas semanais, 1 assistente social – 30 horas semanais e 2 conselheiros em dependência química – 40 horas semanais, até as práticas rotineiras, como a oferta de garantia de atendimento psicossocial. As CTs propuseram-se ao desenvolvimento de atividades que de fato oferecessem alguma possibilidade de melhora às pessoas em acolhimento e que, efetivamente, contribuíssem com a sua reinserção social.

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

- ✓ Definidas as diretrizes norteadoras para as Comunidades Terapêuticas
- Estabeleceu a qualidade de seus atendimentos com base nos princípios de direitos humanos e de humanização do cuidado, permitindo o acesso e privacidade no uso de meios de telecomunicação, a não violação de correspondências, a garantia de atendimento técnico.
- Não submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes.
- Informar aos acolhidos, os critérios de admissão, permanência e saída, bem como o modelo de acolhimento social da entidade, e estas deveriam sempre receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido.
- Articular junto às políticas de assistência social, através do CRAS local, o cadastro dos acolhidos no sistema do CadÚnico ou qualquer outro programa de benefícios sociais.
- Permitir visitas de familiares, bem como acesso aos meios de comunicação que permitiria o contato com familiares.
- Participação, de forma livre e não obrigatória, nas atividades de espiritualidade, sem discriminação de credos e crenças.
- Assegurar aos acolhidos um atendimento psicossocial, podendo ser tanto individual, como em grupo.
- As CTs deveriam organizar, em seu plano de atividades, a promoção de ações que estimulassem a reinserção social dos seus acolhidos, tanto por cursos de capacitação, atividades que estimulassem a conquista da autonomia e do autossustento; sendo o objetivo fim o aprendizado e não aquilo que é produzido.
- O acolhido teria acesso a todos os recursos disponíveis na comunidade local e que representasse fatores de proteção para

sua vivência social e comunitária, incluindo grupos de mútua ajuda e de atividades culturais e de lazer.

- Todos os serviços deveriam manter equipes multidisciplinares com formação condizente com as atividades oferecidas no Plano de Acolhimento Social e para o pleno funcionamento do serviço, sob responsabilidade de um profissional de nível superior legalmente habilitado.
- As Comunidades Terapêuticas iriam garantir estrutura física e de recursos humanos para o cumprimento das métricas de avaliação através dos indicadores sociais estabelecidos pelo Sistema de monitoramento e avaliação para os serviços prestados.

### **4.3 Conceito de Acolhimento Social para comunidades terapêuticas**

O Acolhimento Social voluntário de caráter transitório e gratuito tem como objetivo subsidiar o processo de recuperação e reinserção social, abrangendo atenção à família e comunidade dos usuários de substâncias psicoativas, em um espaço adequado e de referência. Estas unidades funcionariam como uma estratégia de proteção aos usuários.

Os serviços devem promover atividades internas e externas, ofertando os seguintes atendimentos:

- Oficinas;
- Atendimentos em grupo e individuais;
- Atividades de espiritualidade, conforme a característica de cada modalidade de serviço e demanda dos acolhidos;
- Cursos de qualificação profissional;

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

- Acesso aos serviços públicos regionais de saúde, assistência social, educação, justiça, dentre outros;
- Atividades culturais;
- Atividades esportivas;
- Atividades de lazer e convívio social;
- Acesso a grupos de mútua-ajuda;
- Busca ativa da família e suporte à reinserção familiar.

Os serviços que realizam Acolhimento Social devem estar articulados com a rede pública do território e, com base nos atendimentos necessários a cada indivíduo, elaborar o Plano de Acolhimento Singular (PAS), com as seguintes informações:

- I - Dados pessoais do acolhido;
- II - Dados da Família e contatos com detalhes quanto ao vínculo;
- III - Histórico do acompanhamento incluindo eventuais internações, acolhimentos e outras formas de tratamento de saúde;
- IV - Indicação de profissional de referência da equipe do serviço para o acolhido;
- V - Quais substâncias psicoativas de que fez uso;
- VI - Atividades que o acolhido executará dentro de seu plano terapêutico dentro do serviço, bem como as saídas para atividades externas de reinserção social e comunitária;
- VII - Detalhes sobre acompanhamento médico já feito, equipamento em que fez tratamento, exames prévios realizados;
- VIII - Período de acolhimento e possíveis intercorrências;
- IX - Evolução do acolhimento, seus resultados e o planejamento de saída do serviço.

O Plano de Acolhimento é construído em conjunto com o indivíduo e a equipe técnica do serviço, e deverá ser atualizado periodicamente, podendo por iniciativa do serviço ou a pedido do acolhido ser revisado, estando o documento sempre à sua disposição para consulta, bem como para a Comunidade Terapêutica responsável pelo monitoramento e avaliação do serviço, e para os técnicos do poder público em ações de supervisão. O PAS deverá ser assinado pelo próprio acolhido garantindo assim sua participação na elaboração.

#### **4.4 Conceito de Desligamento Qualificado**

O desligamento qualificado do serviço ocorre quando, após a evolução das atividades previstas no PAS e o fim do período de acolhimento proposto, o acolhido é encaminhado com referência e contrarreferência para os serviços necessários à continuidade e/ou ao acompanhamento do seu processo de recuperação e reinserção social.

Após o desligamento do serviço, o equipamento deve executar por, no mínimo, 12 (doze) meses o acompanhamento dos usuários, sendo evoluídas mensalmente as informações em relatórios pela Comunidade Terapêutica responsável pelo monitoramento e avaliação.

#### **4.5 Referências de garantia para os serviços de acolhimento social**

O serviço de Acolhimento Social deve garantir:

- I. Adesão e permanência VOLUNTÁRIA e gratuita, formalizadas por escrito em Termo de Voluntariedade e Gratuidade (modelo em Anexo);

- II. Somente acolher pessoas mediante avaliação médica prévia pactuada no fluxo da Rede Recomeço;
- III. Nortear suas ações e a qualidade de seus atendimentos com base nos princípios de direitos humanos e de humanização do cuidado;
- IV. Recepção do acolhido e avaliação psicossocial;
- V. Elaboração do Plano de Acolhimento Singular- **PAS**, no prazo máximo de 20 (vinte) dias a contar do acolhimento;
- VI. Manter atualizados os registros dos acolhidos;
- VII. Providenciar, em articulação com o CRAS local, o cadastro dos acolhidos no sistema CadÚnico.
- VIII. Monitorar e avaliar os serviços prestados;
- IX. Manter a prestação de contas registrada e atualizada;
- X. Possuir e cumprir o programa de acolhimento, que deverá conter normas e rotinas dos serviços;
- XI. Propiciar aos acolhidos, oficinas de inclusão com a execução de trabalhos terapêuticos e/ou execução de tarefas que desenvolvam autonomia, organização e responsabilidades nas atividades da vida diária e prática;
- XII. Atividades de conscientização sobre dependência química que visem despertar no acolhido a percepção de hábitos, comportamentos, pensamentos e sentimentos que comprometam a sua qualidade de vida, proporcionando também o desenvolvimento de habilidades para o resgate de valores e hábitos saudáveis;
- XIII. Atividades de espiritualidade, sem discriminação de credo, que promovam a consciência da dimensão da vida na forma como cada um concebe;
- XIV. Propiciar atividades físicas e desportivas que promovam a reabilitação física e o convívio comunitário;

- XV. Assegurar atendimento psicossocial individual ou em grupo;
- XVI. Fornecer atividades que promovam a reinserção social através da capacitação para atividades remuneradas que apoiam a conquista da autonomia e do autossustento;
- XVII. Promover o acesso dos usuários à rede de qualificação e requalificação profissional, com vistas à inclusão produtiva;
- XVIII. Garantir a participação familiar para reestabelecimento de vínculos, bem como nas ações de preparação para a reinserção social;
- XIX. Comunicar o fim do acolhimento aos familiares ou pessoa previamente indicada pelo acolhido no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas;
- XX. Comunicar o fim do acolhimento para a Rede de serviços do território, como estabelecimentos de saúde e os equipamentos de proteção social do território, no prazo de até 5 (cinco) dias;
- XXI. Comunicar imediatamente, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas aos familiares ou pessoa previamente indicada pelo acolhido e as unidades de referência de saúde e de assistência social e autoridades policiais no caso de intercorrência grave ou falecimento da pessoa acolhida, sendo registrados e arquivados todos os procedimentos junto aos serviços;
- XXII. Observar as normas de segurança sanitária, de instalações prediais e de acessibilidade, além de manter atualizadas as licenças emitidas pelas autoridades competentes;
- XXIII. Fornecer alimentação, condições de higiene e alojamento adequados;
- XXIV. Articular junto à rede de proteção social o atendimento e acompanhamento das famílias, quando do ingresso, durante sua permanência no serviço e, após o desligamento do mesmo;

- XXV. Orientações e encaminhamentos para atendimento junto à rede local de serviços, quando necessário;
- XXVI. Orientação para acesso à documentação pessoal com apoio da rede local;
- XXVII. Manter equipe multidisciplinar com formação condizente, seguindo a Equipe Mínima estipulada por vagas descrita no Plano de Trabalho, condizente com as atividades oferecidas no Plano de Acolhimento e para o pleno funcionamento do serviço;
- XXVIII. Promover, de forma permanente, a capacitação dos membros da equipe que atuam no serviço.

#### **4.6 Definição dos direitos da pessoa acolhida**

- I. Interromper o Acolhimento Social a qualquer momento;
- II. Receber atenção, bem como a sua família, independentemente de etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, antecedentes criminais ou situação financeira;
- III. Privacidade, inclusive no tocante ao uso de vestuário, corte de cabelo e objetos pessoais próprios, observadas as regras sociais de convivência;
- IV. Participar das atividades previstas, mediante consentimento expresso no PAS;
- V. Sigilo, segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato, sendo vedada a divulgação de informação, imagem ou outra modalidade de exposição da pessoa sem sua autorização prévia, por escrito;

VI. Participar da elaboração do PAS, em conjunto com a família ou pessoa indicada pelo acolhido, e em consonância com o programa de Acolhimento Social da entidade.

#### **4.7 Reinserção Social como Método de Intervenção nas Comunidades Terapêuticas**

Nas Comunidades Terapêuticas parceiras do Programa Recomeço, foi pensada uma estratégia de reinserção social em que se respeitasse o processo contínuo de ações e manejos multifacetados para garantir ao dependente químico a promoção de sua autonomia e o desenvolvimento de suas potencialidades e habilidades de convívio social.

Em virtude da complexidade e singularidade características da dependência química e suas relações sociais e comunitárias, foi pensado um ciclo de cuidados em que se contemplou manejos psíquicos e motivacionais adequados para a obtenção de resultados durante o acolhimento e a recuperação destas pessoas.

Dentro dos aspectos e pressupostos da Reinserção Social, as comunidades terapêuticas tiveram de elaborar um projeto terapêutico que abordaria grupos focais, construção do projeto de vida, grupos motivacionais, resgate dos vínculos afetivos e familiares (no conceito de arranjos familiares multifacetados), acesso à educação formal e cursos profissionalizantes, acesso aos direitos sociais e sua cidadania, promoção da autogestão, planejamento da utilização dos recursos financeiros, participação de grupo de preparação para alta, dinâmicas de participação de assembleias, projeto de prevenção à recaída, (re)inserção à espiritualidade, plano de tratamento e manutenção da recuperação, (Re)estruturação da rede social significativa, (Re)inserção na rede socioassistencial, incluindo grupos de mútua ajuda, (Re)conhecimento

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

e treinamento das competências, e habilidades profissionais, perfil da vocação e experiência de trabalho e renda, elaboração de currículo e carta de apresentação, acesso a meios para (re)colocação no mercado de trabalho, conceito de empreendedorismo, inclusão produtiva e promoção da geração de renda.

Importante o desenvolvimento das atividades de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação e das práticas inclusivas que buscam a inserção e a reinserção social, o resgate ou a formação de novas habilidades profissionais, práticas para a vida, e o aprendizado de novos conhecimentos, de modo a promover o empoderamento e o desenvolvimento das habilidades sociais dos usuários de substância psicoativas em processo de recuperação dos acolhidos nos serviços de Comunidade Terapêutica Legalmente Constituída.

Ao longo do processo de compreensão, aceitação e adesão das comunidades terapêuticas nas estratégias de reinserção social promovidas pelo Programa Recomeço, podemos destacar alguns resultados, como:

- ✓ acompanhar os indicadores de performance do programa com índices de aumento da adesão ao programa pelo acolhido,
- ✓ diminuição de episódios de lapsos e recaídas,
- ✓ aumento da inserção em cursos profissionalizantes,
- ✓ aumento da inserção no mercado de trabalho,
- ✓ diminuição da violência e conflitos,
- ✓ maior adesão aos grupos de mútua ajuda,
- ✓ maior participação na proposta das atividades de espiritualidade sem imposição de dogmas religiosos,
- ✓ aumento da frequência nos “CAPS AD”,
- ✓ envolvimento nas reuniões de equipe mais estruturadas,
- ✓ equipe capacitada e com alta possibilidade de manejos e gerenciamento de casos,

- ✓ participação da capacitação continuada dos membros da equipe,
- ✓ o aumento das altas Terapêuticas (desligamentos qualificados).

Os resultados da reinserção social na estratégia do acolhimento social beneficiaram os próprios indivíduos desse processo, que passaram a gerenciar suas vidas e a manutenção da recuperação de forma plena e saudável.



## 5.

# O SISTEMA DE MONITORAMENTO DOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO SOCIAL DE LONGA PERMANÊNCIA DO PROGRAMA RECOMEÇO

*Clarice Sandi Madruga*

*Kátia Isicawa de Sousa Barreto*

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obtenção de informações sobre os sistemas de saúde mental é essencial para a diminuição da carga causada por desordens psiquiátricas (OMS) no país.

Um dos grandes diferenciais do Programa Recomeço foi a preocupação, desde o princípio, em implantar um sistema de monitoramento e fiscalização dos serviços prestados dentro da Rede.

O aprimoramento da articulação intersetorial e o aperfeiçoamento dos serviços prestados são totalmente dependentes da obtenção de dados coletados, de forma sistemática e em todos os níveis de assistência.

A OMS desenvolveu e sugere o uso do instrumento AIMS para a avaliação de sistemas de saúde que prestam assistência para saúde mental (WHO-AIMS). Foi inspirado nessa ferramenta que o sistema de monitoramento do programa foi elaborado, abarcando os domínios: 1) Político e legislativo, 2) Serviços 3) Recursos

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

humanos 4) Informação pública, 5) Links com outros setores e 6) Monitoramento e pesquisa.

Desta forma, fizeram parte do planejamento do sistema de monitoramento as seguintes metas:

- Estabelecer o referencial legal de fundamento dos critérios de avaliação de desempenho das instituições de acolhimento social;
- Construir os indicadores de desempenho operacional (eficiência e eficácia);
- Elaborar os instrumentais de fiscalização, supervisão e monitoramento (formulários e relatórios);
- Definir a rotina de supervisão, monitoramento, análise e avaliação de desempenho operacional;
- Definir os dados estatísticos sobre serviços ofertados e status final do beneficiário;
- Definir os critérios de sucesso do Programa Recomeço (efetividade)

### **5.1 Gestão de monitoramento da rede de Acolhimento Social**

O monitoramento e a avaliação das unidades da rede de Acolhimento Social do Programa Recomeço foram parte das atribuições da FEBRACT (Organização Social classificada para assumir o gerenciamento da rede), que também incluíam ações de orientação, informação, supervisão e capacitação dos profissionais das unidades de atendimento.

O contrato com a FEBRACT envolvia as seguintes atribuições:

### **A) Monitoramento e Avaliação dos Serviços de Acolhimento Social**

Que a organização social deveria emitir periodicamente relatórios de execução do objeto do Termo de Colaboração em Rede, conforme modelos pactuados com o estado. E que seria de responsabilidade da mesma a apuração dos dados gerados pelas unidades de atendimento em suas quatro modalidades, a emissão de relatórios e a análise estatística destes dados coletados. Para acompanhamento in loco dos atendimentos realizados, a organização social gestora deveria realizar no mínimo 12 visitas ao ano em cada unidade de atendimento (Comunidades Terapêuticas), com a emissão de relatórios e a pactuação de plano de providências visando à qualificação do serviço ofertado. Os instrumentais de visita, supervisão e acompanhamento, bem como os indicadores de desempenho de cada serviço foram oferecidos e pactuados entre o estado e as unidades prestadoras do serviço, com base nos modelos do Sistema de Monitoramento do Programa Recomeço.

A organização social gerenciadora deveria entregar, no mínimo, os seguintes relatórios de gerenciamento desta rede de serviços:

**BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

<b>Ação</b>	<b>Descritivo</b>	<b>Periodicidade</b>
Relatório de Vagas	Indicação do quantitativo de vagas ocupadas, disponíveis semanalmente por modalidade de serviço de acolhimento. No relatório, devem constar cálculos do percentual de ocupação por serviço de acolhimento social.	Semanal
Relatório Cumprimento de Metas	Indicação do cumprimento das metas estipuladas neste Plano de Trabalho, por serviço de acolhimento e modalidade incluindo quantitativa e qualitativamente as informações aferidas.	Mensal
Relatório de Visitas	Os relatórios gerados em cada visita in loco devem ser enviados em arquivo em mídia digital, devidamente assinado pela equipe responsável.	Mensal
Relatório de Avaliação da Parceria	Relatório que deve conter estudo com números, metas e avaliação de desempenho dos serviços por modalidade de atendimento.	Trimestral
Pesquisa de satisfação com usuários e seus familiares	Pesquisa a ser formulada pela organização social gerenciadora em conjunto com a equipe técnica do estado.	Anual

Pesquisa de satisfação com as unidades de atendimento	Pesquisa a ser formulada pela organização social gerenciadora em conjunto com a equipe técnica do estado.	Anual
-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

## B) Articulação de Redes Locais

Constava como de responsabilidade da organização social gestora a realização das ações de fomento à articulação dos serviços públicos no território, promover reuniões e encontros para integração dos técnicos e fortalecimento dos fluxos de trabalho, bem como a orientação dos serviços de Acolhimento Social na pactuação de referência e contrarreferência para o encaminhamento de acolhidos.

As equipes técnicas poderiam contar com o apoio das Diretorias Regionais de Assistência e Desenvolvimento Social – DRADS e com as Diretorias Regionais de Saúde – DRS, que atuavam na articulação da rede de serviços, visitavam as organizações do território e configuravam-se como canais para eventuais denúncias ou questionamentos a respeito dos serviços.

## C) Capacitação Profissional

A organização social deveria, em conjunto com a equipe técnica do estado, elaborar Plano de Capacitação da Rede de Acolhimento Social, com a realização de no mínimo 4 eventos de capacitação, que teriam como público-alvo os profissionais que atuavam nas unidades de atendimento, podendo, conforme a temática envolvida, serem estendidos para outros parceiros da rede de atendimento no território.

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

Além das capacitações oferecidas deveria estimular a participação da equipe técnica das unidades de atendimento em ações formativas ofertadas por outros atores, em especial aquelas que ocorressem no território. A participação em ações de capacitação realizadas por parceiros ou outros serviços locais deveriam ser relatadas nos relatórios de acompanhamento.

### **D) Recursos Humanos**

A ação de gerenciamento da Rede de Acolhimento Social do Programa Recomeço passou a contar com uma equipe mínima de profissionais, tanto para o setor de Organização Social do Gerenciamento da Rede quanto para o funcionamento dos próprios serviços de acolhimento social.

A FEBRACT seguia critérios que estabeleciam não só a formação de sua própria equipe, mas fiscalizava o cumprimento das diretrizes sobre equipe mínima nas CTs pertencentes a rede.

### **COLOCAR EM QUADRO:**

#### Equipe Mínima para Serviços de Acolhimento Social

Foi determinado que o serviço apresente o seguinte quadro mínimo para cada grupo de 30 (trinta) acolhidos. A seguir, a descrição de cada cargo exigido:

<b>Cargo</b>	<b>Descrição das atribuições do cargo</b>
<b>Psicólogo</b>	Desenvolvimento das atividades conforme PAS do acolhido, referência técnica de atendimento para os acolhidos, realização de atendimentos individuais e em grupos; estratégias que contribuam com a Reinserção Social dos acolhidos, visando à garantia da qualidade de vida e aos direitos dos usuários. Acompanhamento do Plano de saída do serviço juntamente com o acolhido e elaboração de Plano de Vida do mesmo.
<b>Assistente Social</b>	Prestar Serviços sociais orientando indivíduos, famílias, comunidades e instituições sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação), serviços e recursos sociais e programas de educação; planejar, coordenar e avaliar planos, programas e projetos sociais em diferentes áreas de atuação profissional (seguridade, educação, trabalho, jurídica, habitação e outras); desempenhar tarefas administrativas e articular recursos financeiros disponíveis. Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.
<b>Orientador/ Monitor</b>	Acompanhamento do Cronograma de Atividades; acompanhamento dos acolhidos em atividades internas e externas do serviço; realização de atividade ligada à conscientização sobre a dependência química; proporcionar um espaço de atendimento individual norteado por técnicas de aconselhamento breve; atuar na gerência de casos, articulando o acolhido, com a equipe multidisciplinar e a sua família.

**E) Controle e monitoramento de vagas na rede**

O “*Sistema de Vagas online*” entrou em funcionamento em abril de 2017 e viabilizou a construção do fluxo de encaminhamento pela rede de serviços, além de permitir o monitoramento em tempo real das taxas de vagas disponíveis e utilizadas.

<b>Indicador</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total</b>
Nº de acolhidos nas Comunidades Terapêuticas de Interesse Social	157	1929	2681	3350	5047	3966	17130

Após a implantação do Sistema, avaliou-se necessário que ele estivesse agregado ao Sistema de Gerenciamento Financeiro e de Prestações de Contas da Rede do Programa Recomeço, tanto das Organizações Executantes (CT-LC), quanto da organização celebrante (Gerenciadora da Rede – Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas FEBRACT). A integração dos sistemas possibilitou alimentar o banco de dados referente à prestação de contas, permitindo que as assistentes acompanhassem em tempo real a movimentação das unidades conveniadas, avaliando a movimentação financeira comparada com o plano de trabalho apresentado. A utilização do sistema permitiu maior retorno de dados, facilitando os processos de análise por períodos maiores, cumprindo com o proposto pela Lei 13.019/2014.

Para acompanhar as ações junto ao acolhimento de interesse social foi criado o sistema de Monitoramento do Programa Recomeço, desenvolvido com o intuito de monitorar a ocupação das vagas em todo o estado, estipulando fluxo de acolhimento e portas de entrada junto a equipamentos de saúde, e inserir informações diárias referentes aos serviços prestados pelas organizações, possibilitando a apuração por parte da gestão do desenvolvimento dos mesmos.

A implantação do sistema de monitoramento das ações das CT-LCs possibilitou observar em tempo real tanto as vagas que estavam disponibilizadas, quanto os manejos terapêuticos oferecidos para cada pessoa acolhida nas unidades das CT-LCs. Com a ferramenta, pode-se acompanhar a dispensa de vagas, o número de acolhidos, a taxa de desligamento, os locais de maiores demandas, os locais de maiores ofertas, de maior ocorrência de entradas e saídas etc. Todo o fluxo de atendimento foi monitorado por uma série de avaliações, na qual as organizações deveriam inserir diariamente os dados referentes aos serviços prestados.

Juntamente com o Sistema de Vagas online foi acoplado ainda o Sistema de Gerenciamento de Processos. Este recurso compreendia todos os formulários de avaliação e monitoramento, desenvolvidos pela COED/PNUD, para avaliação da execução do serviço. Este sistema permitiu maior facilidade de acesso e inserção dos registros dos formulários, além de garantir maior fidedignidade dos dados, uma vez que protegia os registros de possíveis erros, verificando a consistência dos dados. Porém, sem dúvidas, o maior ganho no desenvolvimento de um sistema como este esteve na recuperação e visualização de dados, o que permitiu que pesquisas fossem realizadas em tempo real, de forma simples e prática.

Parte do controle de vagas realizado pela FEBRACT era fornecer os indicadores mínimos para o controle geral das instituições conveniadas.

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

Até o desenvolvimento do sistema de monitoramento completo, eram fornecidos os seguintes indicadores de gestão:

- a. N.º de meta de vagas da instituição;
- b. N.º de vagas preenchidas (beneficiários acolhidos);
- c. Tempo de permanência de acolhidos;
- d. N.º de acolhidos em atividade de restabelecimento de vínculos familiares;
- e. N.º de acolhidos frequentando serviço de saúde mental e/ou tratamento ambulatorial;
- f. N.º de acolhidos desligados por:
  - Alta terapêutica;
  - Alta administrativa;
  - Alta para tratamento de comorbidade em outra instituição;
  - Transferência para outra instituição a pedido do acolhido;
  - Decurso de prazo;
  - Prorrogação do acolhimento;
  - Desistência do acolhido;
  - Desligamento por mandato judicial;
  - Desligamento por pedido da família;
  - Evasão;
  - Óbito.
  - Desligamento Qualificado
- g. N.º de acolhidos que retornaram ao convívio familiar;
- h. N.º de acolhidos em condição de autossustento - autonomia que foram reinseridos no mundo do trabalho.

## F) INDICADORES DE MONITORAMENTO DO ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS

O objetivo do desenvolvimento de indicadores de monitoramento foi gerar de um sistema integrado de coleta de dados e procedimentos que visavam:

- Coletar informação relevantes clinicamente sobre o perfil dos beneficiários dos serviços;
- Manter um monitoramento contínuo sobre os serviços de acolhimento social e de reinserção sociofamiliar;
- Construir um sistema eficaz de vigilância sobre o respeito aos direitos civis, sociais e econômicos do cidadão sob acolhimento social;
- Fiscalizar a justa aplicação de recursos financeiros públicos investidos no serviço de acolhimento social em Organizações Sociais parceiras do Programa Recomeço;
- Analisar e avaliar o desempenho gerencial de Instituições de Acolhimento Social para usuários de substâncias psicoativas com o objetivo de priorizar treinamentos e visitas técnicas.;
- Aperfeiçoar os métodos de reinserção social do usuário de substâncias psicoativas atendidos pelos serviços de acolhimento social;
- Obter evidências para amparar a implementação de diretrizes para melhores práticas no processo de acolhimento social nestas instituições.

O desenvolvimento de indicadores para o monitoramento e avaliação do serviço prestado foi realizado através de parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em

um Projeto de Cooperação Técnica Internacional (TOR Nº COMP 3-1/2017 de Validação de Indicadores do Programa Recomeço).

A parceria permitiu a consultoria técnica de um especialista para a formulação de indicadores, não só para o monitoramento da gestão e prestação de serviços pelas CTs, mas também para que fosse investigado, de forma mais aprofundada, o perfil dos beneficiários da rede, gerando também um sistema de avaliação que permitiria investigar os efeitos imediatos e a longo prazo do acolhimento na recuperação dos usuários.

A implementação do sistema de monitoramento foi levada a cabo com a parceria da FEBRACT, que gerenciou a implantação do sistema online de coleta de dados, treinando a equipe para que as entrevistas avaliativas se tornassem parte do protocolo de atendimento das instituições.

A cooperação PNUD/COED, com execução FEBRACT, também abarcou uma pesquisa documental retrospectiva, coletando os indicadores disponíveis nos prontuários das instituições credenciadas. Desta forma, uma primeira etapa de validação dos indicadores foi realizada através da análise de dados advindos dos registros de acolhimentos realizados entre 2013 e 2016.

Entraram nesta fase de análise os indicadores que já faziam parte do protocolo de entrevistas existente nos serviços credenciados no Programa Recomeço. Paralelo a coleta dos dados retrospectivos, foi implantado o sistema de avaliação no seu formato original, composto por entrevistas regulares com os acolhidos durante o período de estadia na instituição aplicando instrumentos e escalas validadas com o input destes dados continuamente no sistema de monitoramento da COED.

A implementação de fato do sistema de entrevistas estruturadas, com a utilização dos formulários padronizados sugeridos na consultoria PNUD foi iniciada em setembro de 2017.

## **5.2 Metodologia de monitoramento do acolhimento em serviços de acolhimento social de longa permanência:**

O método de monitoramento foi desenvolvido para abarcar a coleta de informações em todos os serviços de acolhimento social do Programa Recomeço, incluindo não só os equipamentos de longa permanência (CTs, Repúblicas e Moradias Monitoradas) mas também as Casas de Passagem, consideradas de curta permanência.

Em todos os diferentes equipamentos foram consideradas as necessidades de obtenção de parâmetros comparativos sobre o acolhido antes e depois da entrada no serviço, bem como indicadores intermediários de andamento que também fossem utilizados para monitoramento do serviço prestado (ex: quais atividades foram realizadas durante o período de acolhimento).

Avaliações paralelas também foram planejadas, tais como as avaliações anônimas dos beneficiários, que abriam a oportunidade da fiscalização do cumprimento dos direitos dos acolhidos, que eram obrigatoriamente esclarecidos na entrada do beneficiário no serviço. O questionário anônimo permitia uma ponte direta entre o beneficiário e a COED, eliminando os possíveis vieses presentes tanto na coleta por entrevista face a face com um profissional do serviço quanto na FEBRACT.

A avaliação anônima era distribuída aos acolhidos durante as visitas da FEBRACT no serviço e devolvidas em envelope lacrado.

Tabela ilustrando o sistema de avaliação de beneficiários e monitoramento dos atendimentos nos equipamentos de interesse social na modalidade reinserção social do Programa Recomeço:

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

		Estágio	Beneficiário	Serviço	
Equipamentos	Curta Permanência	Casa Passagem	Entrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadastro (Recepção)</li> <li>• Avaliação de Entrada do Acolhido Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento de Atendimento</li> <li>• Avaliação Anônima Beneficiário</li> </ul>
			Desligamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação de Desligamento</li> </ul>	
	Comunidade Terapêutica		Entrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadastro (Recepção)</li> <li>• Avaliação de Entrada do Acolhido Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento de Atendimento</li> <li>• Avaliação Anônima Beneficiário</li> </ul>
			Andamento	CT- Monitoramento de Atendimento (mensal)	
			Desligamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação de Desligamento</li> </ul>	
	Longa Permanência	Moradia Assistida / Monitorada	Entrada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadastro (Recepção)</li> <li>• Avaliação de Entrada do Acolhido Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoramento de Atendimento</li> <li>• Avaliação Anônima Beneficiário</li> </ul>
			Andamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MA- Monitoramento de Atendimento (mensal)</li> </ul>	
			Desligamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação de Desligamento</li> </ul>	
			República	Entrada	
			Andamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R- Monitoramento de Atendimento (mensal)</li> </ul>	

No caso específico das CT's, foi adotado o protocolo de realização de pelo menos três entrevistas estruturadas diretamente com o acolhido (cadastro, entrada e desligamento), sendo duas delas qualificadas, para a aplicação das escalas psicométricas com psicólogo da instituição. O acompanhamento contínuo durante o tempo de permanência foi idealizado de forma que não houvesse a necessidade de mais entrevistas com essa finalidade, tendo em vista a viabilidade quanto ao número de profissionais x acolhidos nas instituições.

O monitoramento de andamento foi então planejado no formato de um *checklist*, realizado a partir dos prontuários e relatórios das atividades oferecidas. Por fim, a entrevista de desligamento, com a repetição dos instrumentos e escalas psicométricas da entrada para permitir a avaliação comparativa do impacto da permanência. Considerando que existia a possibilidade de abandono sem que fosse possível a realização da entrevista, esta avaliação se dividiu em dois momentos, o de entrevista direta e uma sessão a ser respondida pelo profissional responsável, com o levantamento indireto de informações do acolhido. Embora fosse composto por impressões subjetivas, esta sessão permitiu a coleta mais efetiva de informações sobre casos com desfechos negativos, uma limitação importante até então.

### **5.3 Fases de avaliação e coleta de dados:**

1. Cadastro: Preenchido por técnico disponível no equipamento em até 24 horas após a chegada do paciente;
2. Avaliação de Entrada: Preenchido por psicólogo em até uma semana de acolhimento;
3. Avaliação Andamento: atualizado ao longo do acolhimento, verificação de atividades realizadas.

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

4. Avaliação de desligamento: no momento da saída do acolhido do equipamento;
5. Avaliação pós-saída: contato posterior ao acolhimento no período de 125 meses.

### Processo de Avaliação do Acolhimento (formulários)



A seguir, o detalhamento dos indicadores coletados nos diferentes momentos de avaliação:

### Cadastro:

- A. Informações sociodemográficas
- B. Rastreamento de contatos sociais e familiares
- C. Avaliação de demanda
- D. Fonte de encaminhamento
- E. Checklist de documentação

## **Avaliação de Entrada:**

### **A. Rede de Suporte Social**

- ↳ Vínculos familiares
- ↳ Rede de suporte social

### **B. Indicadores de Vulnerabilidade Social**

- ↳ Condições de moradia/situação de rua
- ↳ Vivência em regiões de consumo aberto de drogas (Cracolândia)

### **C. Consumo de substâncias:**

- ↳ Consumo no último ano das principais substâncias psicoativas em diferentes formatos de administração e combinações
- ↳ Idade de início de consumo
- ↳ Indicação de uso de alto risco: perda de consciência e necessidade de serviço de emergência

### **D. Comportamentos de Risco:**

- ↳ Negligência ou abandono na infância ou adolescência
- ↳ Histórico de consumo de drogas ilícitas na família
- ↳ Abuso e violência na infância (física, sexual)
- ↳ Violência entre parceiros íntimos
- ↳ Envolvimento com a criminalidade e tráfico de drogas
- ↳ Comportamento sexual de risco

### **E. Saúde geral**

- ↳ Doenças incapacitantes

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

- ☞ Testagem, contaminação e tratamento de doenças infectocontagiosas/DSTs
  - ☞ Uso de método anticoncepcionais (mulheres)
- A. Saúde da mulher
- ☞ Gestação
  - ☞ Problemas em gestações anteriores
- B. Sintomatologia de Transtornos Psiquiátricos Graves
- ☞ Pensamento e tentativa de suicídio
  - ☞ Automutilação
  - ☞ Delírios e alucinações (não relacionada ao consumo de substâncias)
  - ☞ Medicação psiquiátrica (não relacionada ao consumo de substâncias)
  - ☞ Escala HADS de ansiedade e depressão
- C. Estágio Motivacional (Escala URICA)
- D. Avaliação de eficácia do tratamento (Escala TEA)

### **Indicadores de Monitoramento de Atendimento:**

- A. Execução do Plano Singular de Atendimento ou análogo (PAS/PIA/PTS)
- B. Atividades realizadas na instituição de acolhimento
- C. Reinserção Social
  - a. Contato com familiares
  - b. Estabelecimento de vínculos familiares e desfechos
  - c. Busca de emprego/ autossustento
- D. Encaminhamentos e Referenciamentos

- a. Órgãos públicos de serviço social e de saúde
- b. Inclusão em programas de transferência de renda
- c. Atendimento de demandas sociais

### ***Avaliação de Desligamento:***

#### **Sessão de entrevista com beneficiário:**

- A. Reinserção familiar
  - ↳ Apoio familiar e social após acolhimento
  - ↳ Condições de vida após acolhimento (família, trabalho, autonomia)
  - ↳ Desenvolvimento de habilidades laborais
- B. Prevenção à Recaída
  - ↳ Identificação de ambientes e contextos de risco
  - ↳ Estratégias e preparo para lidar com situações de risco
- C. Estágio motivacional e prontidão para mudança
  - ↳ Questionário de Estágio Motivacional (URICA)
- D. Eficácia terapêutica do acolhimento
  - ↳ Escala de Eficácia de Tratamento (TEA)
- E. Indicadores de Saúde Mental
  - ↳ Rastreamento de depressão e de ansiedade (Escala HADS)

**Sessão de avaliação do entrevistador:**

- A. Participação do acolhido nas atividades propostas
- B. Desempenho geral do acolhido nas atividades propostas
- C. Avaliação de Reinserção Social
  - ☞ Rede de suporte social
  - ☞ Vínculos familiares
  - ☞ Autossustento / empregabilidade
- D. Avaliação de melhora do acolhido (Escala TEA-I)

A avaliação dos indicadores de cada um destes domínios permite o delineamento de um perfil global dos usuários dos serviços de acolhimento social que podem contribuir para entender os desfechos de sucesso do acolhimento longitudinalmente.

**Avaliações de Entrada e Desligamento:**

Foram utilizadas escalas psicométricas para a obtenção de medidas acuradas e reprodutíveis para a avaliação dos acolhidos no momento de entrada e novamente na sua saída, propiciando a identificação do impacto do período de acolhimento. O uso dos instrumentos permitiu ainda o registro de informações e a comparação de resultados, minimizando a influência de fatores subjetivos na coleta e registro das informações. O critério de seleção dos instrumentos considerou a existência de sua validação no Brasil, as qualidades psicométricas apresentadas, além da

simplicidade na técnica, economia, facilidade e rapidez da aplicação, avaliação e interpretação dos resultados. Na maioria dos equipamentos (com exceção da Casa de Passagem), as avaliações psicológicas (Escala HADS e Escala URICA) foram realizadas em dois momentos (na entrada e no desligamento do acolhido), com o objetivo de analisar o impacto do serviço prestado durante o acolhimento nos domínios avaliados.

Tendo em vista a impossibilidade de preenchimento da escala no desligamento devido a abandono do acolhimento, a escala foi adaptada para o preenchimento indireto, avaliando as impressões do psicólogo da instituição quanto às mudanças do acolhido nos quatro domínios avaliados.

Esta versão foi chamada de TEA-I. Para que fosse possível fazer esta comparação em casos de ausência do acolhido na entrevista de desligamento, a escala TEA-I foi também preenchida na entrada no serviço, permitindo assim sua comparação antes e depois independentemente da presença do acolhido na entrevista final. A aplicação da escala TEA no seu formato direto (próprio acolhido preenchendo) e indireto (profissional de saúde/psicólogo) também permite análises comparativas entre as duas perspectivas.

- **Escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*):** A escala HADS foi desenvolvida para avaliar, de forma breve, níveis de ansiedade e depressão em pacientes institucionalizados ou em tratamento ambulatorial. Criada por Zigmond e Snaith em 1983, foi validada no Brasil por Pais Ribeiro em 2007, obtendo índices elevados de fidelidade e validade. A HADS é composta por 14 itens, sendo sete destinados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e os outros sete para a depressão (HADS-D). As questões são pontuadas em uma escala likert de 4 pontos (0, 1, 2 e 3), com escores totais de até 21 pontos em cada subescala, sendo o ponto de corte  $\geq 9$  o mais recomendado para ambas as subescalas.

- **Escala URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*)**: A avaliação de estágios motivacionais e o monitoramento do processo de prontidão para a mudança são fundamentais no tratamento de dependentes químicos, uma vez que possibilitam a escolha de estratégias de atendimento mais adequadas para cada situação. Criada por McConaughy, Prochaska e Velicer em 1983, a URICA foi originalmente desenvolvida, de acordo com o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, para avaliar estágios motivacionais relacionados a tratamento do tabagismo, todavia atualmente é utilizada de maneira genérica para avaliar estágios motivacionais em relação a todos os transtornos associados ao consumo de drogas. A URICA possui três versões autoaplicáveis: uma composta por 32 itens; outra por 28 itens e uma versão de 24 itens. No Brasil, foi validada a versão de 24 itens, que apresentou propriedades psicométricas adequadas para avaliar dependentes de álcool e de drogas ilícitas, tanto para uso em pesquisas e quanto para a prática clínica (Filie e Laranjeira, 2004). A escala é dividida em quatro subescalas com 6 itens, que correspondem a quatro estágios motivacionais: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Suas respostas são pontuadas em uma escala do tipo Likert, com pontuação de 1 a 5, correspondendo respectivamente a “discordo totalmente”, “discordo”, “indeciso”, “concordo” e “concordo totalmente”. É importante considerar que, a partir da análise fatorial, o estágio de determinação não se manteve como um estágio separado, não se constituindo, portanto, como um domínio do instrumento.

- **Escala TEA (*Treatment Effectiveness Assessment*)**: Considera-se que a recuperação de transtornos relacionados ao consumo de substância abrange um processo de mudança que resulta em um maior controle do consumo de substâncias, em uma melhor condição de saúde e de vida, além de um maior envolvimento e responsabilidade social. A

TEA é uma escala breve, eficiente e de fácil aplicação que visa avaliar o progresso do tratamento/recuperação pela perspectiva do paciente/ usuário de drogas. A escala é composta por quatro perguntas que avaliam a opinião do paciente a respeito de quatro categorias consideradas mais importantes no processo de recuperação: uso de substâncias, condição de saúde, estilo de vida e responsabilidade para com a comunidade. Nessa escala, é solicitado ao entrevistado que expresse a extensão da mudança para melhor em relação as quatro categorias citadas ocorridas do período inicial até o momento atual de tratamento. Para cada área, o entrevistado é convidado a pensar sobre como as coisas ficaram melhores e a circundar os resultados em uma escala de 10 pontos, em que 1 representa “nada melhor” e 10 representa “muito melhor”. A escala TEA será aplicada na entrada e na saída do acolhido, e uma terceira versão adaptada da escala (TEA-Indireta) será usada na saída para o preenchimento com as impressões do profissional de saúde.

O treinamento da metodologia de entrevista e o embasamento teórico para a aplicação dos instrumentos sugeridos foi gerido pela FEBRACT juntamente com a parceria PNUD. Além de cursos presenciais videoaulas foram disponibilizadas aos profissionais das instituições até que estivessem adaptados e seguros com a metodologia de entrevista avaliativa.

#### **5.4 Estudo Retrospectivo de validação dos indicadores de monitoramento das Comunidades Terapêuticas do período de 2014 a 2016**

Como citado, a consultoria PNUD envolveu também uma pesquisa documental, formando um banco de dados retrospectivos baseados nos indicadores desenvolvidos.

Foram obtidos dados de mais de 8 mil acolhidos em CTs no Estado de São Paulo. Embora os dados obtidos retrospectivamente fossem limitados, uma vez que os instrumentos de avaliação psicológica ainda não tivessem sido implementados, as informações básicas sobre gestão, serviços prestados, perfil sociodemográfico dos acolhidos, históricos de uso e vulnerabilidade social, bem como registros sobre o tipo de alta, incluindo informações sobre as condições do indivíduo ao final do acolhimento, permitiram a obtenção de preditores importantes que pavimentaram o caminho para o estabelecimento de diretrizes baseadas em evidências.

A análise dos dados retrospectivos trouxe uma série de informações relevantes. As análises estatísticas foram realizadas em duas etapas: a primeira descritiva, com o objetivo de gerar estimativas de prevalências de cada variável estudada. A segunda analítica, com o objetivo de investigar fatores associados com três desfechos pré-determinados: tipo de desligamento, estado após desligamento e autossustento após acolhimento.

Foram demonstradas evidências que amparam uma série de pressupostos já conhecidos através de estudos prévios referentes à população usuária de serviços de dependência química no Brasil e no mundo. Sobretudo, os dados obtidos comprovaram paradigmas sobre o tempo de acolhimento e também ampararam a importância de diversas exigências já implementadas, fortalecendo o estabelecimento de diretrizes de melhores práticas a serem cumpridas por todos os serviços credenciados no Programa Recomeço. Estes resultados foram publicados em artigo nos Cadernos de Defensoria Pública do Estado de São Paulo<sup>1</sup>.

---

1 SOUSA, K.I., GODOY FILHO, G.S., APOLINÁRIO, G.S., PERRONE, P.A.K., GUIRADO, L.R., LARANJEIRA, R., MADRUGA, C.S. Comunidade Terapêutica como parte da Rede de Atenção Psicossocial: Conformidade e Monitoramento são possíveis? Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, São Paulo, v.6, n.28. p.7-10, 2021.

Os resultados apresentados se referem à análise dos indicadores de gestão (conceito de funcionamento e padrão mínimo de estrutura e organização das Comunidades Terapêuticas), serviço prestado (procedimentos e protocolos de manejos terapêuticos) e avaliação do perfil dos beneficiários (características biopsicossociais dos acolhidos). Para a realização da avaliação do serviço prestado, foram coletadas informações não só da completude de demandas específicas atribuídas a estes equipamentos, mas também foram analisados indicadores de adesão ao serviço, como tempo médio de permanência na instituição, atividades desenvolvidas e a referência e contrarreferência na comunidade local.

A seguir, um sumário dos resultados principais advindos do estudo retrospectivo:

### **Quanto ao perfil das Comunidades Terapêuticas:**

De acordo com os dados da tabela a seguir, 45,8% das CTs possuem como vertente religiosa o ecumenismo, além de 85,4% dessas instituições atenderem ao público masculino, e estarem localizadas na região rural (62,5%). Em relação os profissionais que trabalhavam nessas organizações, todas as instituições possuíam no mínimo 2 (dois) profissionais de nível superior. Observa-se também que a maioria (54,2%) das CTs são de porte médio, com capacidade de 31 a 60 vagas.

**BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

Caracterização das CTs				
Vertente Religiosa			Número de vagas disponíveis	
Ecumênico	45,8%		Até 30	35,4%
Católico	27,1%		31 a 60	54,2%
Evangélico	25,0%		61 a 120	10,4%
Espírita	2,1%			
Total Profissionais Nível Superior			Público-Alvo	
2	22,9%		Masculina	85,4%
3	20,8%		Feminina	10,4%
4	22,9%		Mista	4,2%
5	14,6%			
Acima de 6	18,8%		Localização	
			Rural	62,5%
			Urbana	37,5%

**Quanto ao perfil dos acolhidos, foram encontrados os seguintes resultados:**

De acordo com os dados da Tabela, no período analisado (2014 a 2016), 91,5% do público atendido era de homens, e 8,3% de mulheres. Observa-se que os registros de atendimento do público transgênero iniciaram-se a partir de 2015, correspondendo 0,2% (n=17) da amostragem total. Considerando a idade dos indivíduos, a média é de 37 anos de idade.

Em relação ao nível de escolaridade, 48,2% do total da amostra possui ensino fundamental e 35,5% da amostra possui ensino médio. Vale ressaltar também que 12,8% da amostra nunca estudou.

Observa-se também que 70,7% dos indivíduos eram solteiros e 12,4% separados ou divorciados.

Vale ressaltar que 73,4% dos indivíduos, no momento do acolhimento, não possuíam vínculo empregatício, bem como 87,2% não possuíam renda.

Por fim, 24,3% da amostra era paulistanos, enquanto 56,0% dos indivíduos nasceram em outros municípios do estado de São Paulo. Além disso, 19,7% da amostra nasceu em outros estados.

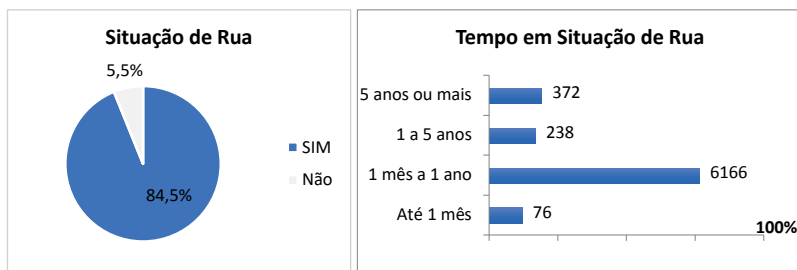
Características Sociodemográficas				
	2014	2015	2016	TOTAL
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Sexo				
Homens	94,6 (1.816)	90,5 (2.420)	90,6 (3.185)	91,5 (7.421)
Mulheres	5,4 (104)	9,2 (245)	9,2 (322)	8,3 (671)
Transgênero	0,0 (0)	0,4 (10)	0,2 (07)	0,2 (17)
TOTAL	100,0 (1920)	100,0 (2675)	100,0 (3.514)	100,0 (8109)
Educação				
Nunca estudou	12,9 (139)	13,3 (339)	12,4 (422)	12,8 (900)
Fundamental	48,6 (865)	47,9 (1.216)	48,4 (1.641)	48,2 (3.722)
Médio	34,9 (621)	35,5 (901)	35,5 (1.205)	35,5 (2.727)
Ensino Técnico ou Superior	3,7 (66)	3,3 (83)	3,7 (125)	3,5 (274)
TOTAL	100,1 (1.691)	100 (2.539)	100,0 (3.393)	100,0 (7.623)

**BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

Estado Civil				
Solteiro	71,3 (1.369)	71,9 (1.922)	69,5 (2.441)	70,7 (5.732)
Casado/Amassado	15,8 (304)	15,6 (416)	16,2 (569)	15,9 (1.289)
Separado/Divorciado	12,2 (235)	11,4 (304)	13,3 (467)	12,4 (1.006)
Viúvo(a)	0,6 (12)	1,2 (33)	1,1 (37)	1,0 (82)
TOTAL	100,0 (1.920)	100,0 (2.675)	100,0 (3.514)	100,0 (8.109)
Vínculo empregatício				
Não	75,0 (1.441)	73,6 (1.968)	72,2 (2.539)	73,4 (5.948)
Sim	25,0 (479)	26,4 (707)	27,7 (975)	26,6 (2.161)
TOTAL	100,0 (1.92)	100,0 (2.675)	99,9 (3.514)	100,0 (8.109)
Renda				
Não possui	93,7 (1.798)	88,5 (2.367)	82,6 (2.904)	87,2 (7.069)
Até 1 SM	3,4 (66)	8,0 (215)	11 (388)	8,3 (669)
1 SM ou mais	2,9 (56)	3,5 (93)	6,3 (222)	4,6 (3,71)
TOTAL	100 (1.920)	100,0 (2.675)	99,9 (3514)	100,0 (8.109)
Naturalidade				
São Paulo Capital	31,9 (547)	24,5 (613)	20,2 (680)	24,3 (1.840)
São Paulo Interior	48,3 (828)	56,1 (1.402)	59,8 (2.018)	56,0 (4.248)
Outro	19,8 (340)	19,3 (483)	20,0 (674)	19,7 (1.497)
TOTAL	100,0 (1.715)	100,0 (2.498)	100,0 (3.372)	100,0 (7.585)

O estudo também demonstrou:

- Aumento significativo entre 2014 e 2016 na proporção de indivíduos tendo como droga de escolha apenas o crack, bem como um aumento na proporção de alcoolistas.
- Quanto aos vínculos familiares, observou-se que mais da metade, 54,1%, dos acolhidos referiu possuir família com vinculação afetiva positiva, enquanto 5,7% apesar de possuir família, referiu não possuir mais nenhum vínculo. Apenas 40% declararam ainda ter contato com familiares.
- 5% das mulheres acolhidas nas Comunidades Terapêuticas eram gestantes. Dentre as mulheres que referiram já ter tido alguma gestação, 15,4% referiram ter tido aborto (natural ou provocado), 23% referiram ter tido o bebê prematuramente, 7,7%, natimorto e 7,7% de casos em que o bebê precisou de tratamento intensivo após nascimento.
- Entre os comportamentos de risco investigados, destaca-se a alta prevalência de indivíduos que reportaram pensamento suicida, em 36,4% dos acolhidos, o histórico de tentativa de suicídio foi de 17%, e outros 9,1% afirmaram a prática da automutilação alguma vez na vida.
- Um terço da população, 38,9% referiram ter histórico de prisão e/ou detenção.
- O nível educacional foi um fator preditor, aumentando as chances de desligamento com autossustento.
- A maioria dos acolhidos, 84,5%, declarou estar em situação de rua, destes, grande parte, 90,2%, declarou estar nesta situação há pelo menos um ano e 15,4% por mais de cinco anos.



### **Quanto ao modelo de acolhimento: realização de atividades**

Observou-se que as Comunidades Terapêuticas possuíam em seus projetos terapêuticos institucionais diversas atividades de sociabilidade, recuperação e acolhimento social, dentre elas, destaca-se “Apoio Psicossocial”, “Atividade de Autocuidado e Sociabilidade”, “Conscientização sobre Dependência de Substâncias Psicoativas (SPA)”, “Atividades Lúdico-Terapêuticas”, “Atividades Artísticas, Recreativas, Culturais e/ou Desportivas”.

Observa-se que mais de 90% da amostra total participaram de três atividades: Apoio Psicossocial (96,4%), Conscientização sobre Dependência de SPA (92,3%) e Espiritualidade (95,2%).

Mais de 80% da amostra participara das atividades: Autocuidado e Sociabilidade (88,4%), Lúdico-Terapêutica em Grupo (85,1%) e Individual (88,7%), e Recreativas, Artísticas, Culturais e/ou Desportivas (85,1%).

As atividades que possuíram as menores taxas de participação foram “Geração de Renda e Trabalho”, com a participação de 30,4% do total da amostra, e a atividade “Prática Inclusiva de Capacitação, Aprendizagem e Formação Profissional”, com participação total de 46,0%.

Participação em Atividades de Sociabilidade, Recuperação e Acolhimento Social				
	2014	2015	2016	TOTAL
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Apoio Psicosocial	96,7 (1.710)	95,8 (2.297)	96,7 (3.172)	96,4 (7.179)
Autocuidado e Sociabilidade	87,8 (1.685)	85,7 (2.293)	90,7 (3.189)	88,4 (7.167)
Conscientização sobre Dependência de SPA	92,3 (1.610)	91,7 (2.170)	92,7 (3.012)	92,3 (6.792)
Elaboração PAS/ PTS ou PIA	63,5 (1.061)	71,5 (1.612)	77,0 (2.362)	72,0 (5.035)
Espiritualidade	95,0 (1.649)	95,5 (2.260)	95,0 (3.090)	95,2 (6.999)
Geração de Renda e Trabalho	26,8 (382)	29,7 (560)	32,8 (899)	30,4 (1.841)
Lúdico-Terapêutica – em Grupo	88,3 (1.479)	88,7 (2.000)	80,7 (2.487)	85,1 (5.966)
Lúdico-Terapêutica – Individual	88,5 (1.478)	89,5 (2.022)	88,4 (2.761)	88,7 (6.261)
Prática Inclusiva de Capacitação, Aprendizagem e Formação Profissional	43,6 (635)	48,7 (986)	45,9 (1.332)	46,0 (2.953)

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

Recreativas, Artísticas, Culturais e/ou Desportivas	85,4 (1.436)	85,7 (1.941)	84,6 (2.666)	85,1 (6.043)
Reestabelecimento de Vínculos Familiares	74,0 (1.233)	80,3 (1.768)	81,4 (2.502)	79,3 (5.503)

O registro de atividades oferecidas e realizadas permitiu a verificação do impacto dessas intervenções para o desfecho de resgate de vínculo familiar e autossustento. Foi demonstrado que quanto mais atividades realizadas durante o acolhimento maiores as chances de retornar à família com autossustento.

### **Quanto ao tempo de permanência, tipo de desligamento e destino após o acolhimento:**

Considerando o desfecho dos indivíduos no desligamento, saída ou alta da Comunidade Terapêutica, ou seja, as condições em que o acolhido estava, notadamente em relação ao destino e condição de autossustento:

Observa-se que 54,7% dos indivíduos, no momento do desligamento da CT, retornaram ao convívio familiar. Deste grupo que retornou ao convívio familiar, 21,4% saíram com condições de autossustento e 33,3% sem condições de autossustento.

Do total da amostra, 10,9% dos indivíduos, no momento do desligamento não retornaram ao convívio familiar nem possuíam condições de autossustento.

Desfecho dos Indivíduos no Desligamento				
	2014	2015	2016	TOTAL
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Não há registro da informação / Não houve tempo hábil	34,1 (642)	27,0 (704)	24,2 (757)	27,6 (2103)
Retornou ao convívio familiar e em condições de autossustento	17,6 (331)	20,5 (532)	24,5 (768)	21,4 (1631)
Retornou ao convívio familiar, mas sem condições de autossustento	31,5 (593)	34,9 (908)	33,1 (1035)	33,3 (2536)
Não retornou ao convívio familiar, mas em condições de autossustento	3,5 (66)	5,0 (130)	4,8 (152)	4,6 (348)
Não retornou ao convívio familiar, e sem condições de autossustento	12,0 (225)	11,1 (290)	10,1 (318)	10,9 (833)
Serviços socioassistenciais (Albergue, República, CT, Centro POP, CRAS, etc)	1,2 (23)	1,1 (29)	2,7 (84)	1,8 (136)
Óbito	0,00 (0)	0,3 (08)	0,3 (08)	0,2 (16)
Detenção / Reclusão Sistema Prisional	0,1 (01)	0,1 (03)	0,3 (09)	0,2 (13)
TOTAL	100,0 (1881)	100,0 (2604)	100,0 (3131)	100,0 (7616)

- O tempo médio de permanência nas CTs, no decorrer dos quatro anos estudados, foi de 3,7 meses (com desvio padrão de 2,4 meses), com uma diminuição significativa entre 2014 e 2016.
- O tipo de desligamento mais referido foi a desistência (59,3%) dos casos. A proporção média de alta terapêutica entre os anos 2014 a 2016 foi 23,5%, um pouco mais de 2 a cada 10 acolhidos.

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

- Fatores como conhecimento do paradeiro de pelo menos um dos familiares e não ter histórico prisional foram preditores da alta terapêutica.
- Indicadores de comorbidades psiquiátricas, como pensamento e tentativa de suicídio e automutilação, diminuíram significativamente as chances de alta terapêutica.
- Ter estado em situação de rua antes do acolhimento aumentou as chances de desistência do acolhimento e fuga. Ademais, o tempo em situação de rua teve uma relação inversa para o desfecho de retorno a família com autossustento.
- Educação e a participação em atividades de geração de renda aumentaram as chances de obter autossustento ao desligamento.
- O tempo de permanência foi um dos fatores mais associados ao desfecho de retorno ao convívio familiar com autossustento. Com uma relação de dose-resposta (quanto mais tempo de acolhimento, maiores as chances de desfecho positivo).
- Nenhum dos tipos de desligamento foi significativamente associado com o estado após acolhimento. Tal resultado trouxe consigo a necessidade de definição conceitual e de parâmetros mais específicos para a determinação de “alta terapêutica”. Destaca-se a importância da elaboração de parâmetros e critérios definidos, bem como a sua padronização nas diferentes instituições.

Os dados também foram importantes para demonstrar a importância de incluir a existência de atividades que foquem na reinserção do acolhido no mercado de trabalho como uma diretriz para o modelo de acolhimento das CTs. Os dados mostraram que 45% dos beneficiários referiram não haver atividades de capacitação ou formação profissional na sua instituição e mais de 60% deles referiram não haver

atividades relacionadas à geração de renda e trabalho. Tal evidência amparou a inclusão desta determinação entre as diretrizes de prestação de serviços das instituições.

### **Quanto aos serviços prestados pelas CT's**

Observou-se uma melhora em indicadores, como o tempo para a elaboração do PAS/PIA (Plano de Atendimento à Saúde/Plano Individual de Atendimento), bem como um aumento do índice de participação dos acolhidos nas atividades propostas, demonstrando a evolução na adesão às diretrizes propostas pelo programa no período de 2014 a 2016.

### **Quanto ao atendimento a demandas específicas e referenciamentos:**

A maioria dos acolhidos declarou possuir documentação civil (89%). Destaca-se a evolução da adesão para o protocolo de amparo para a obtenção desta documentação, com um aumento do índice de 84,1% em 2013, para aproximadamente 92% em 2016. Esta ação é primordial para cadastro e acesso aos programas de inclusão social, educação, saúde, entre outros recursos, como possuir conta bancária e do exercício de cidadania (voto), o primeiro passo para o processo de reinserção social.

### **Conclusão dos resultados:**

Os resultados advindos do estudo retrospectivo pavimentaram a implementação do sistema de monitoramento. A obtenção dos

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

resultados advindos dos registros de todas as Comunidades Terapêuticas Legalmente Constituídas (CT-LC) da rede demonstrou a importância de registro de informações pertinentes e embasou a implementação de procedimentos e protocolos de acolhimento mais eficazes e baseados em evidência científica.

## 6.

### MORADIA MONITORADA E A UNIDADE RECOMEÇO HELVETIA

A Moradia monitorada é um equipamento social, que ocupa três andares do prédio da Unidade Recomeço Helvetia, totalizando 36 camas para moradia de pacientes em fase final do processo de recuperação.

A Unidade Recomeço Helvetia (URH), conforme seu decreto de criação, é um equipamento de saúde e social que abriga no mesmo edifício três principais linhas de cuidados diferentes, para fases diferentes do processo de recuperação.

A primeira principal linha de cuidado é o Centro de Convivência, que oferece acolhimento, abordagem de rua e atividades de cuidados básicos, como banho, corte de cabelo, alimentação atividades de lazer e cultura para usuários de crack em alta vulnerabilidade social que frequentam a região central da cidade de São Paulo, em cena aberta de consumo de crack. O objetivo final dessa linha de cuidado é aproximar o usuário de crack do serviço de saúde, oferecendo ajuda ativa na motivação do usuário para tratamento, encaminhando-o ao Pronto Atendimento no Centro de Referência de Álcool, tabaco e outras Drogas (CRATOD). Essa linha de cuidado oferece atendimento em quatro pavimentos do prédio da URH: o térreo, com banheiros, barbearia e recepção; o primeiro andar, com salas de atividades grupais, como cinema, grupos de artes e entre outros; o segundo andar, com uma academia; o terceiro andar abriga uma cozinha experimental e refeitório. Essa linha de cuidados

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

conta com uma equipe de conselheiros, psicólogos, educadores físicos, artesãos, técnicos de enfermagem, enfermeiros.

A segunda linha de cuidado da URH é o atendimento em regime de internação de curta duração (média de 25 dias) para desintoxicação, estabilização psíquica e intervenção de crise. Essa linha de cuidados conta com equipe médica e de enfermagem 24 horas por dia e equipe multiprofissional, e ocupa o quarto e o quinto andares da URH, em um total de 21 leitos.

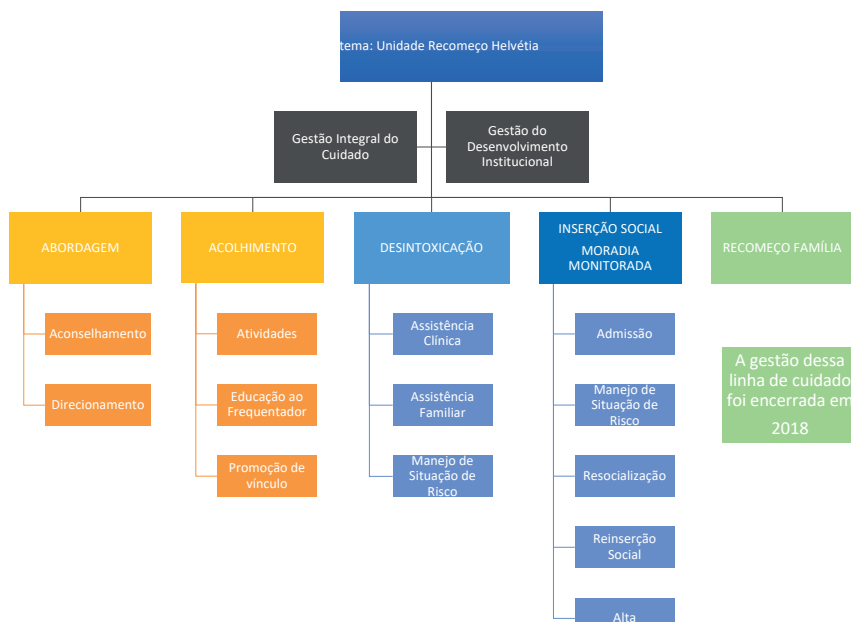
A terceira linha de cuidado, que será aqui detalhada, é a moradia monitorada. Um modelo inovador que oferece moradia para pacientes em fase final do processo de recuperação, que passaram pela desintoxicação e desejam se manter abstinentes. A linha de cuidado oferece não apenas um endereço em ambiente confortável e monitorado. Oferece um cuidado personalizado de gerenciamento de caso, que visa identificar as necessidades individuais e recrutar recursos da rede de assistência social para atender a essas demandas, quais sejam: reciclagem profissional, treinamento, inscrição em programas sociais a que possam ter direito, emissões de documentos pessoais, e treinamento de habilidades sociais para aquisição e manutenção de renda e autonomia. Os moradores são monitorados quanto à abstinência do uso de álcool e drogas ilícitas, através de exames de urina realizados duas ou três vezes por semana, e acompanhados de forma intensa no cumprimento do programa de tratamento realizado no CRATOD e outros Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) da região central da cidade de São Paulo. Essa linha de cuidado e os resultados obtidos serão detalhados nos tópicos a seguir.

As três linhas de cuidados são parte de um único contrato de gestão entre a Secretaria Estadual de Saúde por meio da sua Coordenaria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS) e a Associação Paulista de Medicina (SPDM) realizado através de chamamento público. O primeiro chamamento se deu em 2013, vencido pela SPDM,

e o segundo em 2018, também vencido pela SPDM, por mais cinco anos. As metas gerenciais, assistenciais, e de qualidade operacional são estabelecidas em contrato de forma individualizada para cada linha de cuidado e acompanhadas mensalmente. Os resultados de gestão, metas contratuais, bem como o projeto terapêutico, são publicitados no site da Unidade Recomeço Helvetia. (1)

O quadro I demonstra as linhas de cuidados de URH. A gestão do programa Recomeço Família deixou de ser realizada pela SPDM em 2018, sendo transferida para o A Secretaria do Desenvolvimento Social.

**Quadro I: Representação de todas as linhas de cuidado da Unidade Recomeço Helvetia.**



## **QUADRO II: Atribuições da Unidade Recomeço Helvetia segundo seu decreto de Criação**

Conforme seu decreto de criação, a Unidade Recomeço Helvetia tem as seguintes atribuições:

Realizar abordagem de rua, cuja finalidade consiste em sensibilizar os usuários de substâncias psicoativas a procurarem ajuda, tanto para o autocuidado, acolhimento em atividades que lhes proporcionem prazer em substituição às drogas quanto para o encaminhamento para tratamento nos serviços de saúde referenciados.

Receber a população com alto grau de vulnerabilidade social causado pelo uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, em centros de convivência voltados para ações de reinserção social e laboral.

Prestar serviços hospitalares de internação para desintoxicação aos pacientes que apresentem quadro clínico agudo associado ou induzido por uso de álcool ou substâncias psicoativas.

Proporcionar moradias protegidas, principalmente para indivíduos que se encontram em tratamento ambulatorial nos CAPS ou egressos de comunidades terapêuticas.

## Estrutura física da Moradia Monitorada

As Moradias Monitoradas ocupam o 6º, 7º e 8º andares do edifício da Unidade Recomeço Helvetia e foram inauguradas em meados de junho de 2016. Tem como objetivo principal, garantir a proteção integral para dependentes químicos em recuperação, que possuam algum grau de independência para as atividades da vida diária e que já tenham passado pelo processo de desintoxicação ou estejam passando por uma situação iminente de recaída, na vigência de um tratamento ambulatorial.

Conta com 36 vagas, sendo 24 masculinas e 12 femininas, cada quarto, comporta três vagas com guarda-roupa individual, sala de convivência em cada andar com TV e cozinhas coletivas, dispondo de micro-ondas, geladeira, lavanderias com máquina de lavar e secar.



Fotos, ambiente comum (cozinha, lavanderia) e quartos da Moradia monitorada

Os moradores têm acesso ainda à academia e à cozinha da instituição, onde são oferecidas quatro refeições diárias. Além disso, ele conta com a cozinha do seu apartamento, onde pode preparar ou armazenar refeições mais rápidas do seu interesse. Na medida em que o paciente vai adquirindo independência e renda, ele pode comprar alimentos de sua preferência.

O acesso ao prédio e aos quartos é realizado por meio de sistema biométrico.

Vale ressaltar, que, pelo caráter inovador do projeto, a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, através de contrato de gestão com OSS reformou o prédio localizado na Rua Helvetia, na região da Luz, centro de São Paulo, especialmente para esse fim. De forma que o espaço físico, foi construído com base no projeto assistencial e dentro de padrões técnicos exigidos, com certificações exigidas por lei, como AVCB e acessibilidade.

Sendo assim, o início das atividades da Moradia Monitorada se deu em meados de junho de 2016, após a conclusão das reformas do prédio, que se encontrava abandonado.

### **Os objetivos da Moradia Monitorada**

É importante ressaltar que a Moradia não é apenas uma habitação. É um espaço terapêutico. Os moradores realizam seu tratamento no CAPS, onde o projeto de tratamento singular do usuário (PTS) é construído pela equipe de referência (equipe interdisciplinar que o acompanha), no intuito de atender às suas reais necessidades. Semanalmente esses casos são discutidos no CAPS, junto com os profissionais do Recomeço Helvetia, com o intuito de dar continuidade ao PTS, e ampliar as perspectivas de autonomia através da reinserção no mercado de trabalho, reconquista de laços familiares e procura por moradia.

Nas moradias, o indivíduo encontrará não apenas um local livre de drogas para morar temporariamente, mas um serviço de gerenciamento de caso, voltado tanto à estabilização da abstinência, como para incremento de sua reabilitação psicossocial.

A Moradia Monitorada é um espaço livre de drogas, com foco, especificamente, no tratamento (visando à manutenção da abstinência) e na reinserção social.

As estratégias terapêuticas utilizadas na Moradia Monitorada visam ao cumprimento dos seguintes objetivos:

- Garantir a reinserção social de forma conectada com o tratamento médico, psicológico;
- Estimular a manutenção da abstinência;
- Oferecer ajuda ativa para o cumprimento do projeto terapêutico singular (PTS), melhorando a adesão ao Programa;
- Garantir espaços que assegurem canais de participação, respeito às opiniões e às decisões individuais e coletivas;
- Possibilitar o reestabelecimento de vínculos familiares;
- Desenvolver capacidades para autocuidado, construir projetos de vida e favorecer a autonomia;
- Garantir a oferta de atividades semanais programadas aos usuários, com foco no estímulo ao desenvolvimento e construção de um projeto de vida autônomo, tais como reuniões administrativas, grupos terapêuticos, prevenção de recaída, treinamento de habilidades sociais, atividades educacionais, culturais, sociais e de lazer;
- Motivar o desenvolvimento de ações que possibilitem a construção de um projeto de vida autônomo, de forma sustentável;

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

- Garantir capacitações profissionais identificadas, como qualidade do tratamento, com a articulação da rede de serviços públicos (diretos e indiretos), acompanhando e monitorando sistematicamente as atividades, ações, intervenções dos casos, desde a porta de entrada até a reinserção social;
- Assegurar endereço institucional de referência;
- Possibilitar vivências pautadas no respeito a si e ao próximo, fundamentadas em princípios éticos de justiça e cidadania.
- O modelo de tratamento proposto inclui alguns preceitos essenciais:
  - Disponibilidade de acesso 24 horas;
  - Contrato de permanência previamente acordado, com tempo de permanência máximo;
  - Permanência condicionada ao tratamento no CAPS e à realização regular de testagem de drogas (urina);
  - Apoio para reinserção psicossocial – grupos de mútua-ajuda, grupos vocacionais;
  - Psicoterapia individual, em grupo, farmacoterapia e demais apoios psicossociais realizados dentro do ambiente do CAPS/CRATOD.

### **Linha de Cuidado Moradia Monitorada**

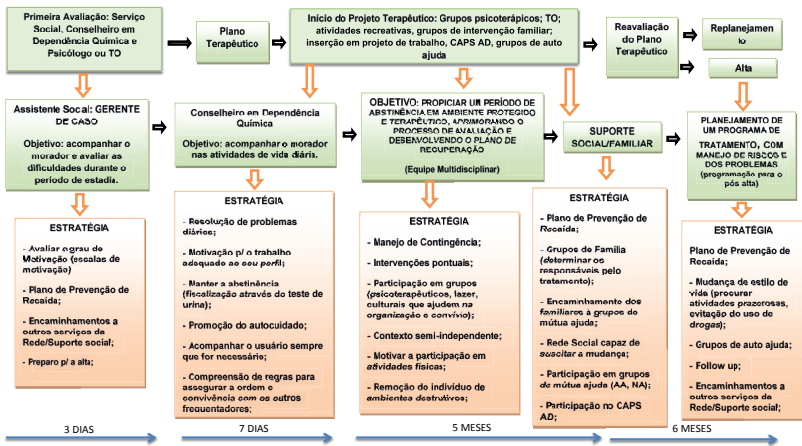
Esse eixo da linha de cuidado tem como objetivo principal, garantir a proteção integral para dependentes químicos em recuperação, que possuam algum grau de autonomia para as atividades de vida diária, que já tenham passado pelo processo de desintoxicação ou estejam passando por uma situação iminente de recaída, na vigência de um tratamento ambulatorial.

Nas moradias, o indivíduo encontrará não apenas um local livre de drogas para residir temporariamente, mas também, um serviço de gerenciamento de caso, voltado tanto à estabilização da abstinência, como para a sua reabilitação psicossocial.

Com base na linha de cuidado apresentada a seguir, é possível verificar a estratégia utilizada pelas equipes multiprofissionais para a permanência e a reinserção social do morador, cujo objetivo fundamental é desenvolver sua autonomia e sua capacidade de vivência na sociedade.



LINHA DE CUIDADOS – EIXO: PERMANÊNCIA NA MORADIA ASSISTIDA - RECOMEÇO HELVETIA



Funcionamento da Moradia Monitorada

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

O candidato à vaga da moradia deve estar vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) e/ou CAPS CRATOD (Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e Outras Drogas) para acompanhamento ambulatorial semanal.

O morador deve estar em fase final do processo de recuperação e ter passado pela desintoxicação, de forma que se encontre abstinente e motivado a se manter abstinente. Portanto ele deve, no momento do ingresso, concordar com o monitoramento por testagem de drogas, podendo ser submetido a testes de urina, a cada cinco dias, para a manutenção da abstinência e como um reforço positivo para continuar o tratamento. A abstinência não é uma condição para o tratamento, mas sua manutenção é uma meta a ser atingida e é incentivada através de ajuda ativa.

O monitoramento por exame de urina não tem a função de fiscalizar, mas de monitorar a abstinência para que se violada, o tratamento possa ser intensificado de forma pareada com os sintomas clínicos.

São realizadas assembleias semanais com todos os moradores para definir as regras de convivência, desenvolvimento da cidadania, bom uso do patrimônio público e construção de consciência coletiva. O acesso é liberado das 6h às 22h, sendo que saídas ou entradas fora desse horário devem ser justificadas e, preferencialmente, programadas. Essa conduta foi estabelecida em assembleia e tem o intuito de proteger os moradores da violência e vulnerabilidade nas ruas do entorno.

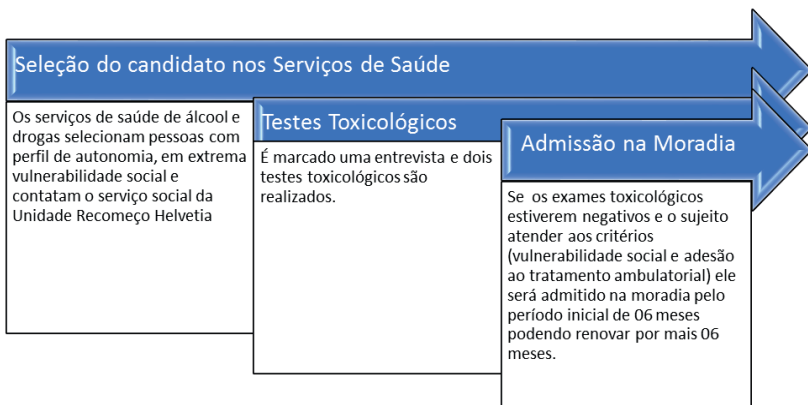
Acontecem grupos semanais de Justiça restaurativa para desenvolver habilidades sociais de comunicação e de como se comportar em entrevistas de trabalho e no cotidiano, quando exercerem alguma função laboral. São realizados, ainda, encaminhamentos para vaga de emprego pelo POT (Programa Operação Trabalho) e Rede Cidadã (Programa Trabalho Novo), utilizando endereço da moradia como sendo fixo, para estabilização financeira.

## Processo de admissão da Moradia monitorada

O perfil do morador que pode ser encaminhado à moradia de crise consiste em:

- Pessoas em extrema vulnerabilidade social;
- Pessoa incapazes de exercer o exercício de cidadania (que nunca trabalharam, sem documentos, sem estudo);
- Vínculos familiares rompidos;
- Falta de habilidades sociais e cumprimento de normas;
- Com autonomia financeira comprometida;
- Atividades de vida diárias comprometidas;

## Critérios de Admissão



## **Indicadores de gestão e Clínicos da Moradia Monitorada**

A linha de cuidado da moradia monitorada possui indicadores de gestão qualitativos e quantitativos, como por exemplo, número de paciente/dia ao mês, comissões de humanização, Serviço de Atendimento ao Usuário, conforme contrato de gestão entre a OSS, que atualmente realiza a gestão da URH e a Secretaria de Saúde.

Tanto os contratos como todos os resultados da gestão, tanto do primeiro contrato de gestão com a OSS vencedora do chamamento público (a SPDM), e do segundo contrato de gestão (concorrência pública também vencida pela SPDM), podem ser acompanhados pelo site da OSS: <http://urh.spdmfiliadas.org.br/>

Os dados são publicados pela OSS detentora do direito de gestão (atualmente a SPDM) de acordo com lei de acesso à informação: lei 12.527 de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso à informação previsto no inciso XXXII do art. 5, no inciso do Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5o, no inciso II do § 3o do art. 37 e no § 2o do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências.

Como está inserida na Unidade Recomeço Helvetia, a moradia monitorada compartilha dos benefícios do escritório de qualidade de toda a unidade e com os seguintes núcleos comissões, que são metas contratuais de qualidade.

- Núcleo de Segurança do Paciente
- Comissão de Revisão de Prontuário Médico
- Comissão de Revisão de Óbitos
- Comissão de Humanização Institucional

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- Comissão Ética de Enfermagem
- Comissão de Farmacovigilância e Tecnovigilância

Outro indicador de gestão, que representa meta contratual é a educação continuada. Todos os profissionais, devem receber um número de horas de treinamento por mês. Os treinamentos, divididos em três níveis, de acordo com categoria e papel profissionais, devem versar sobre:

- Segurança do paciente;
- Compliance;
- Projeto terapêutico;
- Protocolos assistenciais;
- Qualidade em saúde.

### **Serviço de Atendimento ao Usuário**

O Serviço de Atendimento ao Usuário na Unidade Recomeço Helvétia, mais do que um canal para coleta de queixas e sugestões, ofereceu uma maneira desta população olhar para si mesma, visto que permitiu o exercício de cidadania aos frequentadores que desejam fazer algum tipo de manifestação do serviço prestado, além do acompanhamento do processo e o retorno ao manifestante, após a resolução do caso.

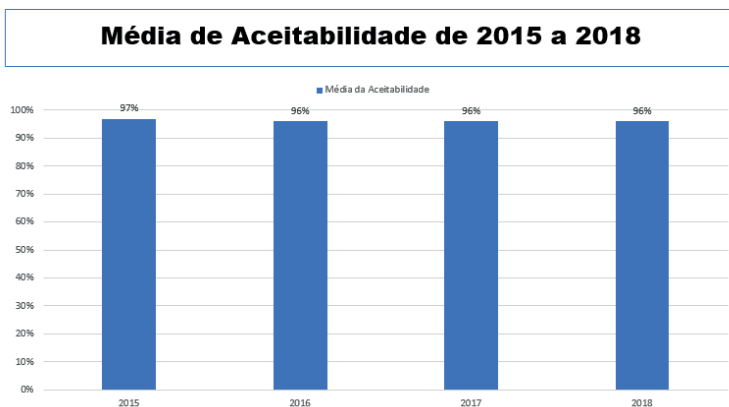
O Serviço de Atendimento ao Usuário tem possibilitado a cidadania para um público que vive no extremo da vulnerabilidade social, que perdeu seus vínculos com a sociedade, e que, na maioria das

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

vezes, em função do uso de substâncias psicoativas, principalmente o crack, não dispõe ao menos de crítica para avaliar sua condição humana.

Desde o princípio, com o objetivo de interagir com os usuários, foram criadas diretrizes para divulgar o S.A.U e implantar pesquisas de satisfação, o que propiciou precocemente estabelecimentos de vínculos com os frequentadores do serviço. Com o passar dos meses, os usuários realizavam pesquisas de satisfação espontaneamente e/ou dirigiam-se à sala do S.A.U, que fica localizado estrategicamente no 1º andar da unidade.

O Serviço tem sido muito bem avaliado, sempre acima de 90% de aceitabilidade, que é a meta contratual, conforme gráfico a seguir.



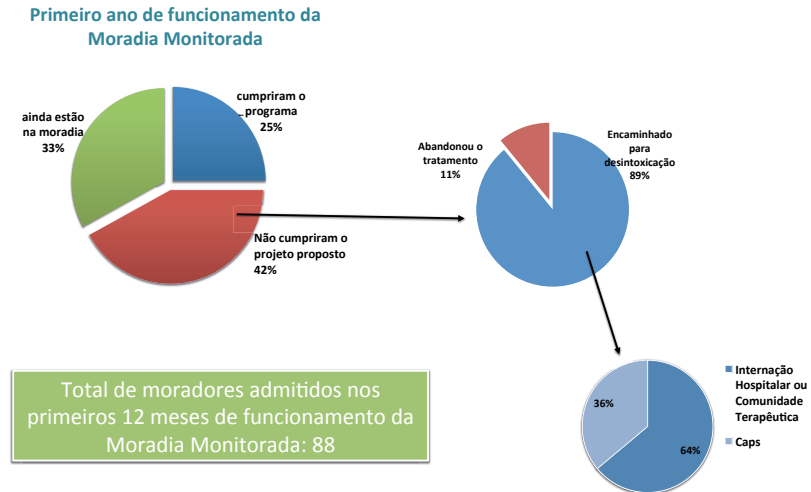
### Indicadores de resultados clínicos

Alguns indicadores de qualidade assistencial, como de reinserção social e adesão ao tratamento são monitorados. Apresentamos a seguir os resultados obtidos desde a inauguração da moradia em 2016 até o ano de 2018.

O primeiro ano de funcionamento da Moradia foi de fundamental importância e representou o período de construção e implementação do projeto. Embora o plano de trabalho apresentado pela OSS vendedora da concorrência pública (disponível no site: <http://urh.spdmafiliaadas.org.br/>) contivesse os detalhes do plano de implementação exigidos em edital público, a prática se mostrou uma oportunidade de aprendizado e aprimoramento, dado o caráter inovador do projeto.

Sendo assim, uma análise da adesão no primeiro ano da Moradia Monitorada foi bastante relevadora e foi apresentada no Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

O quadro demonstra os resultados desta análise:

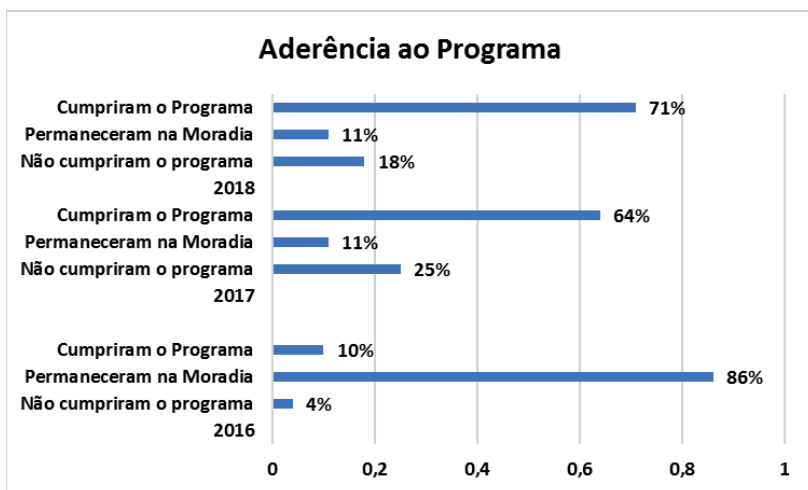


## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

Podemos observar, pela figura anterior, que a taxa de adesão se mostrou bastante alta. 42% dos pacientes que entraram na Moradia Monitorada naquele ano não cumpriram o projeto proposto pela Moradia e 58% aderiram ao programa. As taxas de adesão ao tratamento da Dependência Química internacionalmente giram em torno dos 30%. Entretanto, dos 48 % que não aderiram ao tratamento da Moradia, apenas 11 % abandonaram de fato o Programa Recomeço. 82% deles voltaram a uma fase anterior do processo de recuperação (como por exemplo, voltaram para uma comunidade terapêutica, ou para enfermaria de desintoxicação), mas dentro do Programa Recomeço.

Outros indicadores, entretanto, continuaram sendo acompanhados nos anos seguintes. Podemos observar através deles que nos primeiros três anos de funcionamento da Moradia Monitorada os resultados alcançados foram bastante satisfatórios e demonstram a sustentabilidade do modelo técnico, que promove um local protegido do uso de álcool e outras drogas, com monitoramento através de testes toxicológicos, gerenciamento de casos individuais, estabelecimento de uma linha de cuidados para auxiliar nas necessidades particulares de cada indivíduo. Isso possibilitou um percentual de cumprimento do programa de 10% a partir de junho de 2016, 64% em 2017 e 71% em 2018. O resultado percentual acusou-se mais baixo em 2016 devido ao tempo insuficiente de acompanhamento, que não chegou a completar 6 meses de permanência naquele ano, tempo estipulado como ideal para a promoção da reinserção social de seus moradores. A literatura mostra que a faixa de recuperação gira em torno de 30%.

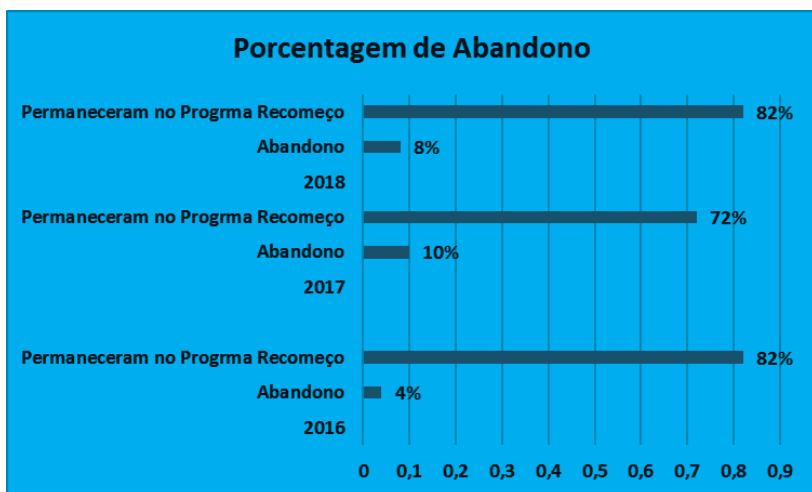
O gráfico seguinte demonstra um comparativo dos dados desde a abertura da unidade:



Em 2016, as taxas de abandono ao tratamento foram de 4% (a partir do mês de junho), em 2017, 10% não cumpriram o Programa da Moradia e em 2018, apenas 8% abandonaram o programa.

Ainda em relação ao abandono do tratamento, vários retornaram à fase anterior do processo, mostrando que a Unidade Recomeço, por ser um serviço híbrido, onde se encontram as enfermarias de desintoxicação, as moradias e centro de convivência, permite que o paciente circule no processo de recuperação dentro desse ambiente, podendo, também aderir a outros serviços do Programa Recomeço e da rede de saúde mental (RAPS). O acolhimento, em situações de recaídas, é fundamental, pois o morador reconhece a crise e faz dela uma oportunidade de autoconhecimento. A técnica de gerenciamento de caso tem possibilitado o sucesso dos indivíduos para conseguirem aderência ao tratamento ambulatorial, atividades laborais e recuperação do vínculo familiar.

Para ilustrar a porcentagem de abandono, segue o gráfico:

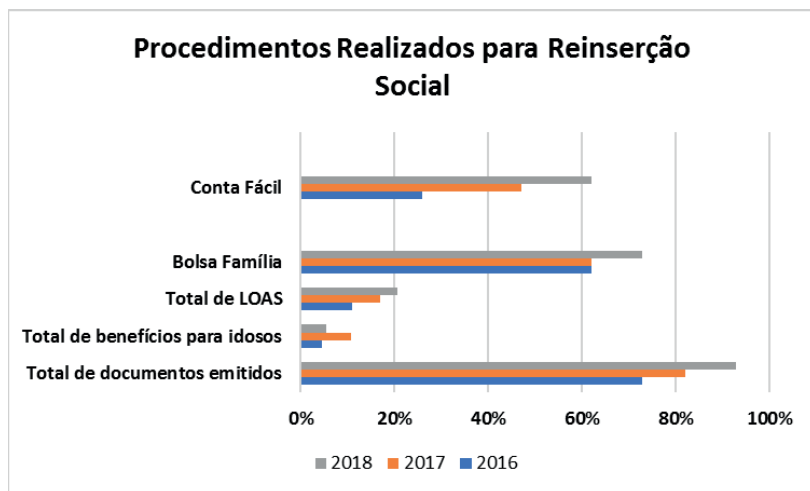


Os dados também demonstram que, entre os pacientes em tratamento nessa fase, a imensa maioria, 82% (dos meses de julho a dezembro de 2016), 72% em 2017 e 82% em 2018, permaneceram no programa.

De acordo com os dados gerados, conseguimos acompanhar de perto a reinserção social dos 59 moradores em 2016, 112 em 2017 e 89 em 2018. A grande maioria ingressou na moradia sem documentação pessoal, fato decorrente da vulnerabilidade social, em que o extravio dos documentos ocorre com frequência. Muitos chegam à moradia com comorbidades psiquiátricas, tendo direito ao benefício do LOAS, que costuma ser conquistado no período em que frequentam a moradia. Outros conseguem também, através do Serviço Social, acesso ao Bolsa Família e aos benefícios de direito dos idosos.

Os moradores são encaminhados, ainda, para a abertura de uma conta bancária (Conta Fácil), sendo orientados e, muitas vezes, acompanhados por um profissional da moradia para aprenderem a lidar,

de forma sensata e moderada, com os valores provenientes tanto dos benefícios como do novo emprego.



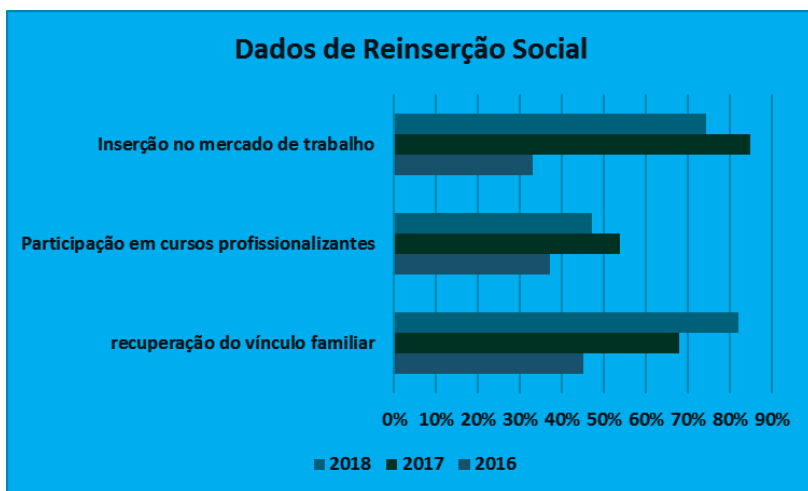
Todos os moradores recebem orientação sobre cursos profissionalizantes e são encaminhados a participarem, quando assim o desejam. Partiu da iniciativa dos moradores a confecção de um jornal interno, que oferece vagas de emprego e cursos existentes no mercado de trabalho. Em relação aos encaminhamentos para o trabalho, acontecem grupos e atendimentos individuais, por um psicólogo, que aconselha, orienta e acompanha os encaminhamentos aos locais de trabalho, de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Muitos nunca participaram de um trabalho formal, sendo que necessitam de orientações básicas, como respeito aos outros empregados, aos horários de trabalho, à apresentação pessoal e conhecimentos dos direitos e deveres do empregado que ingressa numa empresa. Acontecem grupos

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

semanais de Justiça restaurativa para desenvolver habilidades sociais de comunicação e de como se comportar em entrevistas.

Outra preocupação da moradia e da instituição como um todo é o reestabelecimento dos laços familiares que, como podemos observar, geralmente foram rompidos por questões como: abuso de drogas psicoativas dentro do ambiente familiar, extravio dos bens familiares para a aquisição de drogas, exposição de familiares a situações constrangedoras causadas pelo abuso de drogas, rompimento com os recursos oferecidos pela sociedade, etc.

Em relação ao acompanhamento clínico e psiquiátrico, todos são inseridos na rede primária e, caso haja necessidade, encaminhados a acompanhamentos pela rede secundária e terciária do SUS.



Após a alta, quando a reinserção social foi alcançada com êxito, o serviço social da moradia acompanha todos os ex-moradores por um período de 12 meses, denominado *follow up*. Nesse período, foram

acompanhados 79 moradores em 2016, 112 em 2017 e 89 em 2018. Trata-se do acompanhamento telefônico, após os primeiros 90, 180 e 360 dias. É preenchido um questionário com o intuito de identificar o tipo de moradia em que o ex-morador se encontra atualmente, manutenção do vínculo empregatício e familiares, além de possíveis problemas judiciais em que se encontram envolvidos.

Observa-se que, desde sua inauguração, no ano de 2016, a moradia de crise esteve em pleno funcionamento, e vem cumprindo sua missão de, na fase final do processo de recuperação, reinserir socialmente o usuário de crack em alta vulnerabilidade social, e também as metas contratuais (acima de 90% do volume contratado dentro da parte variável do contrato de gestão para esta linha de contratação).

## **Conclusão**

A moradia monitorada é um serviço inovador, que difere de um simples local para que pessoas em alta vulnerabilidade social possam se abrigar. Ela representa o verdadeiro início de uma nova fase de vida para o usuário de crack. Em sintonia com os conceitos mais atuais da literatura científica, a moradia de crise trabalha dentro de uma lógica de recuperação e não apenas de tratamento. Por recuperação entende a totalidade do processo, desde a oferta do tratamento, do tipo de tratamento ofertado, baseado em evidências científicas e nas melhores práticas, até a ajuda ativa para recolocação social, de uma forma compatível com as eventuais necessidades específicas da doença. O conceito de recuperação (do inglês *recovery*) não desconsidera a doença, suas eventuais crises e limitações. Não exige do indivíduo o que está fora do seu alcance, mas sim, o máximo do seu potencial. O conceito de recuperação implica em tratar, para que as potencialidades afluam e busca alternativas para que

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

o indivíduo adquira independência e contribua para sociedade, mesmo com suas limitações eventuais.

Este tipo de tratamento tem se mostrado tão eficaz que a taxa de abandono real, que representa aqueles indivíduos que recaem a tal ponto de não serem mais localizados, é de apenas 4%, 10% e 8% nos anos de 2016, 2017 e 2018, respectivamente, como se pode demonstrar. Todos os outros permaneceram dentro do processo de recuperação proposto pela Unidade Recomeço Helvetia, e com chance de recomeçar.

## 7.

### A EXPERIÊNCIA QUE FICOU

As Comunidades Terapêuticas são equipamentos diferenciados, com características fundamentais e sensíveis para o acolhimento de usuários de substâncias psicoativas. Elas surgem como resposta ao atendimento para dependentes em situação de vulnerabilidade, com vínculos familiares fragilizados e rompidos, que muitas vezes estão em situação de rua em nossas cidades. Estas organizações começam a compreender cada vez mais qual é o seu papel na rede de cuidados e esse papel é determinante como instrumentos de proteção social qualificados que oferecem abordagens terapêuticas para a inserção social de pessoas que estavam até há pouco em situação de grave vulnerabilidade.

Recuperar a saúde física e psicológica, trazer de volta autoestima e reintegrar dependentes químicos ao convívio social são as bases de ações do Programa Recomeço, que foi criado com o objetivo de facilitar o acesso ao atendimento médico e psicossocial, e promover o abandono do vício, resgatando a dignidade dos usuários de substâncias psicoativas.

O Programa abriu caminho para além do tratamento médico, promovendo a assistência humana, com acompanhamento terapêutico e incentivo ao desenvolvimento individual em Comunidades Terapêuticas LC - Legalmente Constituídas (CT-LC) de Interesse Social, além de Moradias Monitoradas, Repúblicas Terapêuticas e de Casas de Passagem Recomeço.

A criação do Programa Recomeço tornou o Estado de São Paulo o primeiro do país a ter uma política sobre drogas. Foi com ele que o serviço

público passou a ter um planejamento e uma organização para as ações de cuidados com os usuários de substâncias psicoativas, estabelecendo protocolos e preconizações para que o atendimento público estadual pudesse funcionar de forma otimizada e atendendo melhor à demanda.

Durante os últimos sete anos do Programa, foram mais de 50 mil atendimentos, promovendo o protagonismo humano, a reinserção social, a recuperação e também a política de prevenção.

A responsabilidade pelo sucesso do Programa no tratamento e recuperação dos usuários de substâncias psicoativas se dá num conjunto de ações, podendo ser resumido em três pontos principais: tornar interseccional a responsabilidade da política pública sobre drogas, envolvendo diversas secretarias estaduais em um trabalho em conjunto; monitorar as ações propostas, possibilitando um mapeamento dos resultados e, com isso, construindo um embasamento científico e documental de cada uma; e ser capaz de colocar na prática, através do apoio e orientação de especialistas, os aprendizados da academia.

O Recomeço ampliou e padronizou a regulamentação dos serviços de acolhimento social em Comunidades Terapêuticas Legalmente Constituídas de Interesse Social. Além disso, formulou decretos para direcionamento das ações do Programa e implantou sistemas de monitoramento e gerenciamento. Com as regulamentações, o Programa promoveu mais capacitações com produção de material técnico para a melhoria da qualidade do atendimento, buscando as evidências científicas no manejo e no processo de recuperação.

As CTs que até então não trabalhavam de forma regulada, não tinham padrões estabelecidos e não inseriam o serviço público nos atendimentos ao mesmo tempo que prestavam um serviço voluntarioso e religioso, passaram a fazer um trabalho padronizado e qualificado. Pode-se observar, a partir de então, uma profissionalização das CTs que, com a promoção das adequações propostas pelo Estado, deixam

para trás seu papel de locais de caridade e se tornam organizações de apoio aos modelos médicos e às políticas públicas sobre drogas. São essas Comunidades, com projeto terapêutico para pacientes, que estão ligadas ao Programa.

Dentro da linha de cuidados para dependência, as Comunidades Terapêuticas funcionam como um modelo social de recuperação, onde o indivíduo vai reaprender a viver em sociedade, já que há casos em que eles perdem as habilidades sociais. Para que obtenham sucesso nos atendimentos, ficou claro que as CTs precisam ser um ambiente controlado, seguro e com regras de convivência para permanência e tratamento, possibilitando ao indivíduo se estabilizar e promover o trabalho de recuperação.

Durante os sete anos, do início da implantação do programa até 2018, o Recomeço criou o maior banco de dados do mundo sobre o uso de substâncias psicoativas e seus usuários, reunindo dados referentes à gestão, ao serviço prestado e dos beneficiários. Os resultados monitorados mostram que, com o modelo de atendimento criado e desenvolvido pelo Programa Recomeço nas Comunidades, os resultados são positivos.

Foi imprescindível para o sucesso do Programa Recomeço fazer parte de uma gestão pública, com norte e lógica, organizando legislação, criando regulamentações, portarias, decretos e forma de monitoramento das ações e dos resultados.

A reflexão sobre o custo social que o uso dependente e abuso de substâncias psicoativas podem ter é importante para entender o impacto na sociedade e no serviço público de saúde. O Programa Recomeço mostra que é possível ter sucesso na política sobre drogas e que o único caminho para tal é transformar este enfrentamento em uma legislação de política pública estadual.

(fim)



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. (1938). Decreto lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Acessado em 30 junho, 2019, em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm)
- Brasil. (1976). Decreto lei nº 6.638, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Acessado em 30 junho, 2019, em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm)
- Brasil. (2003b). A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2003b. 106 p.
- Brasil. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que “institui o Código de Trânsito Brasileiro”, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, e dá outras providências. Legislação e Políticas Públicas Sobre Drogas no Brasil. Brasília, DF. 2008. 106 p.
- Brasil. Lei n. 11.754, de 23 de junho de 2008. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei n. 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República e dá outras providências. Legislação e Políticas Públicas Sobre Drogas no Brasil. Brasília, DF. 2008. 106 p.

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

Brasil. (2007). Política Nacional sobre Álcool. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília, DF. 2007.

Brasil. (2002b). Política Nacional sobre Drogas. Brasília: SENAD.

Brasil. (2019). Decreto lei nº13.840 de 5 de junho de 2019. Altera as [Leis n os 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos Lei n os 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943](#), para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Acessado em 30 junho, 2019, em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.840-de-5-de-junho-de-2019-155977997>

DE LEON, GEORGE. (Org.). A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003.

JONES, MAXWELL. The therapeutic community; a new treatment method in psychiatry. New York: Basic Books, 1953. Acessado em: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015004395052&view=1up&zseq=186>

JONES, MAXWELL. A Comunidade Terapêutica. São Paulo: Vozes, 1972

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução n.o 101, de 30 de maio de

2001. Estabelece o Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 maio 2001. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc\\_n\\_\\_101\\_02\\_ms\\_\\_\\_anvisa.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc_n__101_02_ms___anvisa.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2016.
- KENNARD, B. Comunidade terapêutica. In: DE LEON, G. (Org.). A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003. p. 15.
- FRACASSO, Laura: Comunidades Terapêuticas: histórico e regulamentações. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>
- Machado, A. R. (2006). Uso prejudicial e dependência de álcool e outras Drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- MACHADO, Letícia Vier & BOARINI, Maria Lúcia. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Acessado em 30 junho, 2019, em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006)
- MACHADO, A. R., & MIRANDA, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 14(3), 801-821. Disponível em Biblioteca Virtual em Saúde: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_)

arttext&pid=S0104-59702007000300007

MOTA, DANIELA CRISTINA BELCHIOR E RONZANI, TELMO MOTA. Políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas. Capítulo 12. Disponível em: [http://www2.unifesp.br/dpsicobio/Nova\\_versao\\_pagina\\_psicobio/CAPITULO12POLITICASPUBLICASPARAUSUARIOSDEaLCOOLEOUTRASDROGAS.pdf](http://www2.unifesp.br/dpsicobio/Nova_versao_pagina_psicobio/CAPITULO12POLITICASPUBLICASPARAUSUARIOSDEaLCOOLEOUTRASDROGAS.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44151/9789241547741\\_eng.pdf;jsessionid=88888BA80626FDAE21472F0CD149777A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44151/9789241547741_eng.pdf;jsessionid=88888BA80626FDAE21472F0CD149777A?sequence=1) Acesso: Junho 2020.

SOMMER, MANUEL. PSIQUE – ISSN 1647-2284 – No 7 – Janeiro-Dezembro 2011 – pp. 135-166. Disponível em: <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2717/1/As%20Comunidades%20Terapêuticas.pdf>

## 8.

### UM CAMINHO

As Comunidades Terapêuticas são equipamentos diferenciados, com características fundamentais e sensíveis para o acolhimento de usuários de substâncias psicoativas. Elas surgem como resposta ao atendimento para dependentes em situação de vulnerabilidade, com vínculos familiares fragilizados e rompidos, que muitas vezes estão em situação de rua em nossas cidades. Estas organizações começam a compreender cada vez mais qual é o seu papel na rede de cuidados e esse papel é determinante como instrumentos de proteção social qualificados, que oferecem abordagens terapêuticas para a inserção social de pessoas que estavam até há pouco em situação de grave vulnerabilidade.

Recuperar a saúde física e psicológica, trazer de volta autoestima e reintegrar dependentes químicos ao convívio social são as bases de ações do Programa Recomeço, que foi criado com o objetivo de facilitar o acesso ao atendimento médico e psicossocial e promover o abandono do vício, resgatando a dignidade dos usuários de substâncias psicoativas.

O Programa abriu caminho para além do tratamento médico, promovendo a assistência humana, com acompanhamento terapêutico e incentivo ao desenvolvimento individual em Comunidades Terapêuticas LC - Legalmente Constituídas (CT-LC) de Interesse Social, além de Moradias Monitoradas, Repúblicas Terapêuticas e de Casas de Passagem Recomeço.

A criação do Programa Recomeço tornou o Estado de São Paulo o primeiro do país a ter uma política sobre drogas. Foi com ele que o serviço

público passou a ter um planejamento e uma organização para as ações de cuidados com os usuários de substâncias psicoativas, estabelecendo protocolos e preconizações para que o atendimento público estadual pudesse funcionar de forma otimizada e atendendo melhor à demanda.

Durante os últimos sete anos do Programa, foram mais de 50 mil atendimentos, promovendo o protagonismo humano, a reinserção social, a recuperação e também política de prevenção.

A responsabilidade pelo sucesso do Programa no tratamento e recuperação dos usuários de substâncias psicoativas se dá num conjunto de ações, podendo ser resumido em três pontos principais: tornar interseccional a responsabilidade da política pública sobre drogas, envolvendo diversas secretarias estaduais em um trabalho em conjunto; monitorar as ações propostas possibilitando um mapeamento dos resultados e, com isso, construindo um embasamento científico e documental de cada uma; e ser capaz de colocar na prática, através do apoio e orientação de especialistas, os aprendizados da academia.

O Recomeço ampliou e padronizou a regulamentação dos serviços de acolhimento social em Comunidades Terapêuticas Legalmente Constituídas de Interesse Social. Além disso, formulou decretos para direcionamento das ações do Programa e implantou sistemas de monitoramento e gerenciamento. Com as regulamentações, o Programa promoveu mais capacitações com produção de material técnico para a melhoria da qualidade do atendimento, buscando as evidências científicas no manejo e no processo de recuperação.

As CTs que até então não trabalhavam de forma regulada, não tinham padrões estabelecidos e não inseriam o serviço público nos atendimentos ao mesmo tempo que prestavam um serviço voluntarioso e religioso, passaram a fazer um trabalho padronizado e qualificado. Pode-se observar, a partir de então, uma profissionalização das CTs que, com a promoção das adequações propostas pelo Estado, deixam

para trás seu papel de locais de caridade e se tornam organizações de apoio aos modelos médicos e às políticas públicas sobre drogas. São essas Comunidades, com projeto terapêutico para pacientes, que estão ligadas ao Programa.

Dentro da linha de cuidados para dependência, as Comunidades Terapêuticas funcionam como um modelo social de recuperação, onde o indivíduo vai reaprender a viver em sociedade, já que há casos em que eles perdem as habilidades sociais. Para que obtenham sucesso nos atendimentos, ficou claro que as CTs precisam ser um ambiente controlado, seguro e com regras de convivência para permanência e tratamento, possibilitando ao indivíduo se estabilizar e promover o trabalho de recuperação.

Durante os sete anos, do início da implantação do programa até 2018, o Recomeço criou o maior banco de dados do mundo sobre o uso de substâncias psicoativas e seus usuários, reunindo dados referentes à gestão, ao serviço prestado e dos beneficiários. Os resultados monitorados mostram que, com o modelo de atendimento criado e desenvolvido pelo Programa Recomeço nas Comunidades, os resultados são positivos.

Foi imprescindível para o sucesso do Programa Recomeço fazer parte de uma gestão pública, com norte e lógica, organizando legislação, criando regulamentações, portarias, decretos e forma de monitoramento das ações e dos resultados.

A reflexão sobre o custo social que o uso dependente e abuso de substâncias psicoativas podem ter é importante para entender o impacto na sociedade e no serviço público de saúde. O Programa Recomeço mostra que é possível ter sucesso na política sobre drogas e que o único caminho para tal é transformar este enfrentamento em uma legislação de política pública estadual.

(fim)



# ANEXO 1

## MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

### 1. IDENTIFICAÇÃO

#### 1.1 Dados da pessoa jurídica mantenedora

Se a Organização da Sociedade Civil (OSC) tiver uma matriz mantenedora e um CNPJ diferente para o local do acolhimento, preencher os itens 1.1.1 e 1.1.2. Caso a matriz e o local do acolhimento seja o mesmo, preencher somente o item 1.1.1.

#### 1.2 Identificação do responsável legal

Inserir dados do Presidente da OSC.

#### 1.3 Identificação do responsável técnico pela execução do serviço

Inserir os dados do profissional responsável pelo serviço, segundo consta no Alvará da Vigilância Sanitária.

#### 1.4 Identificação do responsável técnico pelo Plano de Trabalho

Inserir os dados do profissional responsável pelo Plano de

#### 1.5 Apresentação da Organização

Avaliação de qualidades de acordo com o Manual do Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – MROSC.

#### a) Experiência prévia no público atendido

A experiência anterior na realização de atividades ou projetos similares ao da parceria também deverá ser comprovada. Para facilitar, é muito importante que a OSC guarde todos os comprovantes que

demostrem que ela já atuou em outros projetos, seja com o poder público, com empresas, organismos internacionais ou outros parceiros. Ela também pode apresentar outros documentos para comprovar sua experiência, tais como relatórios de prestações de contas aprovadas, publicações temáticas, relatórios anuais de atividades, comprovação de participação em algum conselho de política pública, prêmios recebidos etc. (MROSC, p. 29).

### **b) Relevância Pública e Social**

Descrever quais objetivos estatutários estão voltados à promoção de atividades e finalidades de Relevância Pública a Social, descrevendo brevemente a forma de execução das mesmas.

### **c) Capacidade Técnico Operacional**

A organização terá que demonstrar que detém condições para desenvolver as atividades e alcançar as metas estabelecidas na parceria. Quando atuar em rede, a organização celebrante ficará responsável também por supervisionar e orientar as demais organizações que participam da parceria.

Para comprovar a capacidade técnica e operacional, é importante que a OSC demonstre os conhecimentos adquiridos com sua atuação e é importante que o material apresentado esteja conectado ao objetivo central da parceria.

Nesse sentido, devem ser consideradas as diversas formas de produção de conhecimento (como os relacionados às culturas populares, os conhecimentos tradicionais, os vínculos afetivos desenvolvidos em determinadas comunidades e outros) ainda que, muitas vezes, não possam ser comprovadas por diplomas oficiais.

Não se confunde a capacidade técnica e operacional com a capacidade prévia instalada, na medida que as OSCs poderão prever em

seu plano de trabalho as contratações e aquisições que forem necessárias para a realização do objeto da parceria (MROSC, p. 29-30).

### 1.6 Análise diagnóstica do território

Descrever o território de atuação da OSC abrangendo os itens:

- a) localização da OSC;
- b) população do município;
- c) contextualizar a realidade socioeconômica do município.

Segue link Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE para consulta: <http://www.perfil.seade.gov.br/>

### 1.7 Mapeamento da rede de serviços utilizada

Apresentar a rede das Políticas Públicas municipais e regionais (Assistência Social, Educação Saúde, Esporte/Lazer, Justiça e Cultura), ou outras organizações que possam ser acessadas pela OSC para contribuir com a execução do serviço, como, por exemplo: grupos de mútua ajuda, clubes de serviços, associações, grupos religiosos, etc.

Indicar apenas aqueles para execução das ações com o público-alvo.

Informar, de acordo com a tabela constante no Plano de Trabalho:

- **Nome:** nome da organização;
- **Referência na organização:** nome do membro da organização responsável pelo contato com a OSC;
- **Telefone:** telefone do responsável pelo contato com a OSC ou da organização;
- **E-mail:** e-mail do responsável pelo contato com a OSC ou da organização;

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

- **Ações desenvolvidas:** descrever quais são as ações desenvolvidas em parceria com a organização.

### **1.8** Modalidade de acolhimento

Selecionar a modalidade de acolhimento executada pela OSC.

### **1.9** Público-alvo

Selecionar o público-alvo da OSC, atendido na modalidade de acolhimento selecionada no item anterior.

### **1.10** Permite tabaco

Selecionar SIM se a OSC permite o uso de tabaco.

### **1.11** Capacidade total de atendimento

Colocar o número total de vagas disponíveis na OSC, contabilizando a disponibilidade total, e não somente as disponibilizadas para o Programa Recomeço.

### **1.12** Quantidade de vagas sugeridas para o Programa Recomeço

Colocar o número total de vagas disponíveis na OSC, exclusivamente para o Programa Recomeço.

### **1.13** Percentual de vagas disponíveis para o Programa Recomeço

Colocar a proporção de vagas disponíveis na OSC, exclusivamente para o Programa Recomeço.

## **2. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

### **2.1** Comunidades Terapêuticas de Interesse Social Legalmente Constituída

Serviço de acolhimento destinado a adultos com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, com objetivo de subsidiar o processo de reorganização biopsicossocial em um espaço adequado e de referência, oferecendo suporte para o processo de recuperação e reinserção social. Atendimento pautado pela convivência entre os pares com fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, atribuindo a construção de um novo projeto de vida e a conscientização sobre a condição de dependência química e o desenvolvimento de estratégias para manutenção da abstinência, em trabalho articulado com a rede de serviços, em especial de saúde e assistência social.

O período máximo de acolhimento do atendido neste serviço é de 180 dias, conforme o Plano de Atendimento Singular – PAS, podendo ser excepcionalmente prorrogado por até mais 90 dias, mediante relatório social fundamentado, encaminhado ao Grupo de Gestão Executiva do Programa Recomeço que deliberará sobre a prorrogação solicitada.

Descrever as seguintes ações:

- atividades desenvolvidas;
- estratégias de reinserção social;
- atendimentos técnicos;
- articulação com serviços da rede do território.

## 2.2 República

Serviço de acolhimento institucional da proteção social especial de alta complexidade, de retaguarda e referência da Comunidade Terapêutica, destinado a adultos com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, conforme Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, caracterizado pela oferta de moradia subsidiada, organizada em sistema de autogestão ou cogestão. Para o atendimento específico de usuários de substâncias psicoativas que estejam

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

em processo de restabelecimento dos vínculos sociais e construção de autonomia, com capacidade de até 15 pessoas.

O período máximo de acolhimento do atendido neste serviço é de 180 dias, conforme o Plano de Atendimento Singular – PAS, podendo ser excepcionalmente prorrogado por até mais 90 dias, mediante relatório social fundamentado, encaminhado ao Grupo de Gestão Executiva do Programa Recomeço que deliberará sobre a prorrogação solicitada.

Descrever as seguintes ações:

- atividades desenvolvidas;
- estratégias de reinserção social;
- atendimentos técnicos;
- articulação com serviços da rede do território.

### 3. RECURSOS FÍSICOS

Preencher os campos de acordo com a quantidade de recursos disponíveis no local do acolhimento.

### 4. RECURSOS HUMANOS

Para a execução dos serviços de Acolhimento Social, cada unidade de atendimento deverá contar com equipe técnica contratada, com vínculo profissional conforme a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, sendo a quantidade de profissionais dimensionada conforme o número de vagas da unidade de atendimento.

Preencher os campos da tabela com os dados referentes a:

- **Cargo:** Psicólogo, Assistente Social, Conselheiro, outros.
- **Carga horária semanal:** horas trabalhadas por semana de acordo com as especificações de cada serviço, de acordo com as especificações abaixo.
- **Regime de contratação:** CLT, MEI, outros.

#### 4.1 Comunidade Terapêutica de Interesse Social Legalmente Constituída

Para um grupo de **até 30 (trinta)** pessoas será solicitado que o serviço tenha contratado, com vínculo CLT, no mínimo 4 profissionais, conforme o quadro que segue:

- Psicólogo: 40 horas semanais
- 1 Assistente Social: 30 horas semanais
- 2 Conselheiros/Monitores (nível médio): 40 horas semanais

Para grupos **de 30 a 40 pessoas**, a equipe mínima deve ser:

- 1 Psicólogo: 40 horas semanais
- 1 Assistente Social: 30 horas semanais
- 4 Conselheiros/Monitores (nível médio): 40 horas semanais

Para grupos **superiores a 40 pessoas**, aplicar-se-á a contratação de 2 equipes mínimas de 30 pessoas.

#### 4.2 República

A equipe técnica mínima da Comunidade Terapêutica poderá atender conjuntamente as **Repúblicas** de retaguarda e referência. Para cada República de até 15 (quinze) pessoas será solicitado que se tenha contratado, com vínculo CLT 1, Conselheiro/Monitor (nível médio): 40 horas semanais.

**4.3** Descrição dos cargos

Preencher a tabela de descrição de cargos conforme o exemplo.

Cargo	Descrição das atribuições do cargo
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Elaboração e avaliação do Projeto Terapêutico e do material de apoio.</li><li>• Supervisão e elaboração do PAS.</li><li>• Realização de reuniões temáticas.</li><li>• Atendimento psicológico individual e grupal.</li><li>• Atendimento familiar.</li><li>• Elaboração e avaliação do Cronograma mensal de atividades.</li><li>• Coordenação das atividades de autocuidado e sociabilidade.</li><li>• Elaboração de relatórios e registro em prontuários.</li></ul>
Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agendamento e realização de entrevistas de triagem e avaliação de candidatos.</li><li>• Busca para providenciar documentos pessoais e benefícios socioassistenciais para o acolhido e sua família.</li><li>• Busca ativa familiar.</li><li>• Encaminhamento para a rede de saúde.</li><li>• Interação com o sistema judicial.</li><li>• Atendimento familiar. Elaboração do PAS.</li><li>• Realização de reuniões temáticas com o grupo de acolhidos.</li><li>• Elaboração de relatórios e registro em prontuários.</li></ul>

<p>Conselheiros Monitores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuição na organização interna da CT.</li> <li>• Acompanhamento das atividades internas e externas do Cronograma.</li> <li>• Avaliação do cumprimento das Normas de Moradia e normas básicas da CT.</li> <li>• Elaboração da Ficha de Evolução.</li> <li>• Intervenção com os acolhidos de forma individual e grupal.</li> <li>• Organização dos prontuários e documentos dos acolhidos.</li> <li>• Realização de atividades ligadas à conscientização sobre a dependência química.</li> </ul>
<p>Auxiliar Administrativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte na área de gestão da organização.</li> <li>• Oferecer atendimento telefônico.</li> <li>• Arquivamento de documentos e sua manipulação (xerox, scanner, assinaturas).</li> <li>• Auxiliar no fechamento de prestação de contas.</li> <li>• Executar serviços externos quando necessário (bancos, correios etc.).</li> </ul>

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

### OBJETIVOS

#### **5.1** Objetivo Geral

Texto padrão.

#### **5.2** Objetivos específicos

Texto padrão.

### **6.** MÉTODO

Neste item há várias tabelas nas quais as organizações devem descrever as atividades que são desenvolvidas nas organizações, os procedimentos para realizá-las, o técnico de referência e a frequência em que a atividade é desenvolvida.

As atividades desenvolvidas deverão estar embasadas na Resolução SEDS/COED nº 08/2017.

As organizações deverão garantir atividades descritas em cada uma das tabelas.

### **7.** RESULTADOS ESPERADOS

Valores padronizados.

### **8.** CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Cidade, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

*ASSINATURA DO TÉCNICO*

*RESPONSÁVEL PELO PLANO DE TRABALHO*

---

*ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA OSC*

## ANEXO 2

### EMBASAMENTO DE MARCOS LEGAIS PARA O PROGRAMA RECOMEÇO

- 19/12/1986 - Lei nº 7.560 Cria o Fundo de Prevenção e de Combate às Drogas de Abuso (Funcab).
- 20/12/1993 - Lei nº 8.764 Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes e altera a redação dos arts. 2º e 5º da Lei nº 7.560/86.
- 6/4/2001 – Lei nº 10.216 Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- 31/8/2001 - Medida Provisória nº 2.216-37 Trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios e altera a denominação do Funcab para Funad.
- 27/10/2005 O Senado Federal ratificou formalmente a adesão do Brasil à Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde. A CQCT é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da Organização Mundial da Saúde.
- 27/10/2005 - Resolução nº 03/GSIPR/CH/Conad: Trata da Política Nacional sobre Drogas.
- 23/8/2006 - Lei nº 11.343: Cria o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e estabelece crimes e penas, normas e diretrizes da política sobre drogas.
- 22/5/2007- Decreto nº 6.117: Estabelece a Política Nacional sobre o Alcool.

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

- 19/6/2008 - Lei nº 11.705: Restringe o uso e a propaganda de substâncias psicoativas.
- 19/6/2008 - Decreto nº 6.488: Disciplina a margem de tolerância de álcool no sangue para conduzir veículos.
- 19/6/2008 - Decreto nº 6.489: Restringe a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais.
- 7/5/2009 - Lei estadual nº 13.541: Lei Antifumo.
- 19/10/2011 - Lei estadual nº 14.592: proíbe o consumo de álcool para menores.
- 9/5/2013 - Decreto nº 59.164: institui o Programa Recomeço.
- 15/5/2014 - Decreto nº 60.455: institui, o Selo Parceiros do Recomeço.
- 14/01/2015 - DECRETO Nº 61.054: Dispõe sobre a transferência da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas, da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania para a Secretaria de Desenvolvimento Social, e dá providências correlatas.
- 2/12/2015 - Decreto nº 61.674: Reorganiza o Programa Recomeço.
- Resolução Conjunta SEDS/SES – 01/2015: Dispõe sobre diretrizes do Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – Programa Recomeço: uma vida sem drogas
- 4/05/2017 - Resolução SEDS 08/2015 Dispõe sobre as instruções complementares para o serviço de Acolhimento Social na modalidade Comunidade Terapêutica de Interesse Social, específico da Política Sobre Drogas, no âmbito do Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – Programa Recomeço: uma vida sem drogas.
- 31/05/2017 - DECRETO Nº 62.603 Altera a denominação da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo – COED, da Secretaria de Desenvolvimento Social, para Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo – COED, dispõe sobre sua organização e dá providências correlatas

06/12/2017- Resolução Conjunta SEDS/SEE/SSP/SJD nº01/2017:  
Estabelece o Termo de Adesão ao Programa Recomeço: uma vida  
sem drogas com os municípios paulistas  
(formulários modelos das CTs)

DECRETO Nº 61.674, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2015

Governador do Estado de São Paulo - Palácio dos Bandeirantes

*Reorganiza o “Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack” – “Programa Recomeço”, que passa a denominar-se Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”*  
GERALDO ALCKMIN, Governador do Estado de São Paulo,  
no uso de suas atribuições legais, Decreta:

Artigo 1º - O Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack – “Programa Recomeço”, instituído pelo Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013, alterado pelo Decreto nº 59.684, de 30 de outubro de 2013, fica reorganizado nos termos deste decreto, passando a denominar-se Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”.

§ 1º - O programa a que alude o “caput” deste artigo tem por objetivo promover, articular e executar ações nos seguintes eixos temáticos:

1. Prevenção;
2. Tratamento;
3. Reinserção Social e Recuperação;
4. Controle e Requalificação das Cenas de Uso;
5. Acesso à Justiça e à Cidadania.

§ 2º - A implementação do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” dar-se-á por meio da conjugação de ações da sociedade civil organizada, de órgãos e entidades da Administração

Pública do Estado e dos Municípios que dele decidirem participar, com a atuação coordenada das seguintes Pastas:

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

1. Secretaria da Educação;
2. Secretaria da Saúde;
3. Secretaria de Desenvolvimento Social;
4. Secretaria da Segurança Pública;
5. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania.

Artigo 2º - Constituem diretrizes do eixo Prevenção, cujas ações serão organizadas, prioritariamente, pela Secretaria da Educação, sem prejuízo da atuação de outros órgãos estaduais:

I - fomentar:

- a) o respeito aos direitos humanos, especialmente quanto à autonomia e liberdade;
- b) a execução de políticas preventivas tendentes a evitar ou retardar o início do uso do álcool, tabaco e outras drogas;
- c) a implantação do Plano Estadual de Prevenção ao Uso Indevido de Álcool, Tabaco e outras Drogas aprovado pelo Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED;

II - enfrentar o uso de álcool, tabaco e outras drogas como questão multifatorial, exigindo prevenção, tratamento, reinserção social, pesquisa e redução da oferta;

III - executar políticas de prevenção levando em conta a corresponsabilidade do Estado e dos Municípios;

IV - atuar de acordo com as particularidades sociais, raciais, religiosas ou de gênero;

V - reforçar os fatores de proteção e redução do risco para o uso de álcool, tabaco e outras drogas com ações continuadas, considerando os programas estaduais e municipais já existentes,

com a colaboração da comunidade escolar e promovendo o fortalecimento dos vínculos familiares;

- VI - adotar, nas ações preventivas, metodologias específicas e com identidades visuais adequadas e articuladas no âmbito do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”;
  - VII - apoiar o desenvolvimento de atitudes e práticas compatíveis com a busca da boa qualidade de vida, tendo por alvo, em especial, crianças, adolescentes e jovens;
  - VIII - celebrar parcerias com entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras, com vista ao planejamento e execução de ações preventivas.
- Artigo 3º - Constituem diretrizes do eixo Tratamento, cujas ações serão organizadas pela Secretaria da Saúde e pactuadas com as demais Secretarias:
- I - apoiar ações de cuidado integral a dependentes de substâncias psicoativas, em especial o “crack”, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, em parceria com Municípios;
  - II - tratar dependentes de substâncias psicoativas de forma descentralizada, nos termos da legislação pertinente;
  - III - articular e integrar ações, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;
  - IV - capacitar equipes para o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, acolhimento e clínica ampliada no cuidado;
  - V - promover o cuidado integral em saúde como etapas fundamentais dos processos de fortalecimento familiar, comunitário e de reinserção social.
- Artigo 4º - Constituem diretrizes do eixo Reinserção Social e Recuperação, abrangendo atenção familiar, comunitária e inclusão produtiva, cujas ações serão organizadas, prioritariamente, pela Secretaria de Desenvolvimento Social, sem prejuízo da atuação de outros órgãos estaduais:

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

I - apoiar ações de cuidado integral a usuários e dependentes de substâncias psicoativas, em especial o “crack”, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, em parceria com Municípios;

II - realizar parcerias:

- a) para prover serviços de atendimento a usuários e dependentes de substâncias psicoativas e suas famílias;
- b) com entidades públicas ou privadas visando criar vagas de empregos para contratação de usuários e dependentes de substâncias psicoativas em recuperação, atendidos pelo “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”;

III - executar ações específicas de proteção social visando recuperar e reinserir socialmente os usuários e dependentes de substâncias psicoativas e seus familiares;

IV - integrar o usuário e o dependente de substâncias psicoativas e seus familiares à vida comunitária, resgatando e fortalecendo vínculos familiares e comunitários;

V - fomentar políticas públicas específicas relacionadas a direitos civis, programas de geração e transferência de renda, emprego, qualificação e formação profissional, moradia, esporte, lazer e ingresso na rede do sistema de ensino.

Parágrafo único - Fica denominado “Recomeço Família” o conjunto de ações estratégicas, em prol da atenção integral a usuários e dependentes de substâncias psicoativas e suas famílias, podendo ser executadas pelo CRAS - Centro de Referência de Assistência Social, CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social, com fundamento na Lei federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e CIC – Coordenadoria de Integração da Cidadania, com fundamento no Decreto nº 46.000, de 15 de agosto de 2001.

Artigo 5º - São diretrizes do eixo Controle e Requalificação das Cenas de Uso, cujas ações serão organizadas, prioritariamente, pela Secretaria da Segurança Pública, sem prejuízo da atuação de outros órgãos estaduais:

- I - controlar as cenas de uso;
- II - atuar na recuperação urbanística das cenas de uso; entidades públicas ou privadas para ações locais de gestão, cuidado e proteção, visando reversão da degradação das cenas de uso;
- III - apoiar, orientar e celebrar parcerias com Municípios e entidades públicas ou privadas para ações locais de gestão, cuidado e proteção, visando reversão da degradação das cenas de uso;
- IV - garantir a mobilidade urbana.

Artigo 6º - São diretrizes do eixo Acesso à Justiça e à Cidadania, cujas ações serão organizadas, prioritariamente, pela Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, sem prejuízo da atuação de outros órgãos estaduais:

- I - garantir acesso permanente aos serviços de promoção da justiça e da cidadania;
- II - promover ações intersetoriais para atendimento das necessidades do usuário e do dependente de substâncias psicoativas e seus familiares;
- III - manter os existentes e articular a implementação regionalizada de plantões jurídicos para atendimento específico do usuário e do dependente de substâncias psicoativas e seus familiares.

Artigo 7º - A participação de Municípios no “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” dar-se-á mediante formalização de termo de adesão, cuja minuta-padrão será estabelecida em resolução conjunta expedida nos termos do artigo 19 deste decreto.

Parágrafo único - A formalização do termo de adesão a que se refere o “caput” deste artigo implicará aceitação, pelo Município

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

subscritor, das condições estabelecidas no âmbito estadual, constituindo requisito essencial ao cofinanciamento das ações objeto do programa, observada a legislação vigente.

Artigo 8º - O “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” conta com a seguinte estrutura:

I - Coordenadoria Geral;

II - Comitê Técnico-Científico;

III - Grupo de Gestão Executiva;

IV - Câmaras Temáticas, de acordo com os eixos a que alude o § 1º do artigo 1º desse decreto, cada qual contando com o respectivo coordenador.

Artigo 9º - O Coordenador Geral do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”, assim como seu suplente, será designado pelo Governador e terá as seguintes atribuições:

I - presidir as reuniões do Grupo de Gestão Executiva;

II - referendar novas diretrizes do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”;

III - indicar os coordenadores do Comitê Técnico-Científico e das Câmaras Temáticas, dentre os respectivos membros;

IV - representar o “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” perante:

a) os Secretários de Estado;

b) o Comitê Técnico-Científico;

c) o Grupo de Gestão Executiva.

Parágrafo único - Nos casos de impedimento ou ausência do Coordenador Geral, este será substituído pelo seu suplente.

Artigo 10 - O Grupo de Gestão Executiva será composto por 11 (onze) membros, na seguinte conformidade:

I - Titular da Coordenação de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo – COED, instituída pelo Decreto nº 57.049, de 8 de junho de 2011;

II - dois servidores de cada uma das Secretarias de Estado a que se refere o § 2º do artigo 1º deste decreto, indicados pelos Titulares das respectivas Pastas e designados pelo Governador.

§ 1º - Constituem atribuições do Grupo de Gestão Executiva:

1. apreciar e aprovar os planos de trabalhos referentes a convênios a serem celebrados com fundamento neste decreto;
2. opinar nas propostas de celebração de convênios com a União, versando acerca de política sobre drogas, exceto quando se tratar de questões relativas à segurança pública;
3. apreciar as propostas do Comitê Técnico-Científico e das Câmaras Temáticas, remetendo-as, quando for o caso, aos Secretários de Estado a que se refere o § 2º do artigo 1º deste decreto;
4. aprovar o planejamento de atividades elaborado pelas Câmaras Temáticas;
5. recomendar, quando for o caso, a implementação e ampliação de serviços inerentes ao “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”, considerando os marcos legais vigentes;
6. monitorar, através de indicadores e informações disponibilizadas pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde - CROSS, instituída pelo Decreto nº 56.061, de 2 agosto de 2010, as vagas disponíveis relativas aos serviços conveniados que integram o “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”;
7. apresentar, ao Coordenador Geral do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”, relatórios semestrais das ações atinentes a cada eixo temático;
8. convidar outras Secretarias de Estado, entidades e especialistas para debater ou desenvolver ações específicas relacionadas ao “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”, nos termos da legislação vigente;
9. resolver os casos omissos.

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

§ 2º - As decisões do Grupo de Gestão Executiva serão tomadas por maioria simples, considerado o quórum mínimo de seis membros, cabendo ao presidente, além do seu voto, o de desempate.

Artigo 11 - O Comitê Técnico-Científico será composto por 10 (dez) membros, na seguinte conformidade:

I - coordenador, escolhido dentre os membros, na forma do inciso III do artigo 9º deste decreto;

II - dois especialistas na área da política sobre drogas, indicados pelo Titular de cada Secretaria de Estado a que se refere o § 2º do artigo 1º deste decreto, designados pelo Governador.

§ 1º - Constituem atribuições do Comitê Técnico-Científico:

1. propor novas diretrizes programáticas dos eixos temáticos;
2. articular debates e promover seminários sobre o tema drogas;
3. avaliar, anualmente, o desempenho das ações do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”;
4. elaborar parecer técnico sobre o plano de ação apresentado pelo Município que pretenda participar do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”;
5. recomendar procedimentos ao Grupo de Gestão Executiva do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”;
6. sugerir ao Coordenador Geral do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” nomes para participação de debates e seminários nas Câmaras Temáticas.

§ 2º - As decisões do Comitê Técnico-Científico serão tomadas por maioria simples, considerado o quórum mínimo de seis membros, cabendo ao coordenador, além do seu voto, o de desempate.

§ 3º - O Comitê Técnico-Científico consultará, sempre que necessário, o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CONED, instituído pelo Decreto nº 25.367, de 12 de junho de 1986.

Artigo 12 - As Câmaras Temáticas, a que alude o inciso IV do artigo 8º, serão compostas na seguinte conformidade:

- I - coordenador, escolhido dentre os seus membros, na forma do inciso III do artigo 9º deste decreto;
- II - dois especialistas na área da política sobre drogas, indicados pelo Titular de cada Secretaria de Estado a que se refere o § 2º do artigo 1º deste decreto, designados pelo Governador.

§ 1º - Constituem atribuições das Câmaras Temáticas:

1. promover debates e seminários sobre temas pertinentes ao eixo temático;
2. fornecer subsídios para elaboração, pelo coordenador da respectiva Câmara, do planejamento de atividades a ser submetido ao Grupo de Gestão Executiva;
3. sugerir, por meio do respectivo coordenador, ao Grupo de Gestão Executiva, o convite de outras Secretarias de Estado, entidades e especialistas para debater ou desenvolver ações específicas relacionadas ao “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”.

§ 2º - No impedimento ou ausência do coordenador da Câmara Temática, os trabalhos serão dirigidos pelo membro mais antigo do colegiado.

Artigo 13 - O desempenho das atribuições a que aludem os artigos 8º a 12 deste decreto não será remunerado, mas considerado serviço público relevante.

Artigo 14 - Constituem atribuições da Secretaria da Educação

Educação:

- I - implementar ações da Câmara Temática relacionada ao eixo Prevenção, no âmbito da rede estadual de ensino;
- II - elaborar material relacionado à prevenção ao uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas, em consonância com as diretrizes traçadas pelo “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” e pela Secretaria

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, divulgando-o no âmbito da rede estadual de ensino;

III - capacitar professores para a inclusão do tema prevenção ao uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas nas ações e projetos das Diretorias de Ensino e das Escolas estaduais.

Artigo 15 - Constituem atribuições da Secretaria da Saúde:

I - implementar as ações da Câmara Temática relacionada ao eixo Tratamento;

II – executar:

a) os serviços atinentes à Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, de que trata o Portaria GM/MS nº 3.088, do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011;

b) o atendimento de saúde no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras drogas – CRATOD, de que trata o Decreto nº 46.860, de 25 de junho de 2002;

III – oferecer, considerando os parâmetros e pactuações da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, de que trata a Portaria GM/MS nº 3.088, do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011, e da Rede de Urgência e Emergência, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, os leitos necessários ao cuidado integral em saúde aos dependentes de substâncias psicoativas;

IV - controlar, por meio da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS, instituída pelo Decreto nº 56.061, de 2 agosto de 2010, os leitos para desintoxicação e as vagas para acolhimento em toda a rede de serviços do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”;

V - oferecer nas cenas de uso, direta ou indiretamente, serviços e cuidados de saúde para redução de danos e acesso a tratamento a usuários e dependentes de substâncias psicoativas.

Artigo 16 - Constituem atribuições da Secretaria de Desenvolvimento Social:

I - propiciar apoio administrativo à Coordenadoria Geral do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” e aos seguintes colegiados:

- a) Grupo de Gestão Executiva;
- b) Comitê Técnico-Científico;
- c) Câmaras Temáticas;

II - implementar ações da Câmara Temática relacionada ao eixo Reinserção Social e Recuperação;

III - executar, direta ou indiretamente, os serviços de abordagem e escuta qualificada dos usuários e dependentes de substâncias psicoativas e suas famílias;

IV - realizar, direta ou indiretamente, ações para integrar o usuário e o dependente de substâncias psicoativas e seus familiares à vida comunitária, resgatando e fortalecendo vínculos familiares e comunitários;

V - fomentar serviços de centros de acolhida, moradias assistidas, repúblicas e casas de passagem em parceria com a União, Municípios e entidades da sociedade civil, observada a legislação pertinente;

VI – informar a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde - CROSS, instituída pelo Decreto nº 56.061, de 2 agosto de 2010, da quantidade de vagas para acolhimento em comunidades terapêuticas, centros de acolhida, moradias assistidas, repúblicas e casas de passagens vinculadas ao “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”;

VII - encaminhar, quando necessário, usuários e dependentes de substâncias psicoativas e suas famílias aos serviços de acolhimento e reinserção social;

VIII - coordenar as ações do “Recomeço Família

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

IX - coordenar e implementar as ações do “Selo Parceiros do Recomeço”, instituído pelo Decreto nº 60.455, de 15 de maio de 2014.

Artigo 17 - Constituem atribuições da Secretaria da Segurança Pública:

I - implementar ações da Câmara Temática relacionada ao eixo Controle e Requalificação das Cenas de Uso;

II - harmonizar as ações e estratégias do “Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência- PROERD” e do “Programa Jovens Brasileiros em Ação - JBA” com as diretrizes do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”.

Artigo 18 - Constituem atribuições da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania:

I - implementar ações da Câmara Temática relacionada ao eixo Acesso à Cidadania e à Justiça;

II - articular, com o Tribunal de Justiça, o Ministério Público, a Defensoria Pública e a Ordem dos Advogados do Brasil, a descentralização dos plantões jurídicos para atender usuários e dependentes de substâncias psicoativas e suas famílias;

III - destinar espaço físico e prover serviços específicos para usuários e dependentes de substâncias psicoativas e suas famílias, nos Centros de Integração da Cidadania - CIC, instituídos pelo Decreto nº 46.000, de 15 de agosto de 2001;

IV - facilitar o acesso de profissionais da saúde a plantões jurídicos para atender usuários e dependentes de substâncias psicoativas e suas famílias.

Artigo 19 - Os Titulares das Secretarias de Estado a que se refere o § 2º do artigo 1º poderão expedir resolução conjunta veiculando instruções complementares a este decreto.

Artigo 20 – Os dispositivos abaixo indicados do Decreto nº 60.455, de 15 de maio de 2014, passam a vigorar com a seguinte redação:

I – o “caput” do artigo 2º: “Artigo 2º - Fica instituído, na Secretaria de Desenvolvimento Social, diretamente subordinado ao Titular da Pasta, o Comitê Gestor do Selo Parceiros do Recomeço.”; (NR)

II – o inciso I do artigo 4º: “I - assessorar o Secretário de Desenvolvimento Social e o Grupo de Gestão Executiva do Programa Recomeço, instituído pelo artigo 8º do Decreto nº , de 2015, nos assuntos pertinentes;”. (NR)

Artigo 21 – Ficam incluídos os incisos XIX, XX e XXI ao artigo 2º do Decreto nº 49.688, de 17 de junho de 2005, com a seguinte redação:

“XIX - o zelo pelo cumprimento do Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”, instituído pelo Decreto nº , de 2015;

XX - o assessoramento e a colaboração técnica a órgãos e entidades públicos do Estado nos assuntos relativos a políticas sobre drogas;

XXI - a adoção de medidas, junto a órgãos e entidades federais, estaduais e municipais, para elaboração e execução integrada de programas, projetos e atividades pertinentes à política sobre drogas.”

Artigo 22 - As despesas decorrentes da execução das ações do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” correrão por conta das dotações próprias de cada Secretaria de Estado a que se refere o § 2º do artigo 1º deste decreto.

Artigo 23 - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, em especial:

I - o Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013;

II - o Decreto nº 59.684, de 30 de outubro de 2013.

Palácio dos Bandeirantes, 2 de dezembro de 2015

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

DECRETO Nº 62.603, DE 31 DE MAIO DE 2017

*Altera a denominação da Coordenação de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo – COED, da Secretaria de Desenvolvimento Social, para Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo – COED, dispõe sobre sua organização e dá providências correlatas*

GERALDO ALCKMIN, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

Decreta:

### SEÇÃO I

Disposições Preliminares

Artigo 1º - A Coordenação de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo – COED, da Secretaria de Desenvolvimento Social, diretamente subordinada ao Titular da Pasta, passa a denominar-se Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo – COED.

Parágrafo único – A unidade de que trata este artigo, mantido o nível hierárquico de Coordenadoria, integra a estrutura básica da Secretaria.

**Artigo 2º** - A Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo fica organizada nos termos deste decreto.

### SEÇÃO II

Da Estrutura

Artigo 3º - A Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo tem a seguinte estrutura:

I – Assistência Técnica;

II - Comissão Estadual para Assuntos referentes a Bens Apreendidos do Tráfico de Drogas - COMBAT;

III- Câmara Técnica de Políticas sobre Drogas;

IV – 2 (dois) Grupos Técnicos (I e II);

V - Observatório Paulista de Informações sobre Drogas;

VI – Núcleo de Apoio Administrativo.

§ 1º - A Comissão e a Câmara Técnica de que tratam os incisos II e III deste artigo são órgãos colegiados de apoio e assessoramento à COED.

§ 2º – Os Grupos a que se refere o inciso IV deste artigo contam, cada um, com Corpo Técnico e Célula de Apoio Administrativo.

§ 3º – A Assistência Técnica, o Observatório Paulista de Informações sobre Drogas, os Corpos Técnicos e as Células de Apoio Administrativo, a que se refere este artigo, não se caracterizam como unidades administrativas.

Artigo 4º – As unidades da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo, a seguir relacionadas, têm os seguintes níveis hierárquicos:

I – de Departamento Técnico, os Grupos Técnicos;

II – de Serviço, o Núcleo de Apoio Administrativo.

### SEÇÃO III

#### Das Atribuições

Artigo 5º – À Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo cabe desempenhar atividades inerentes ao campo funcional da Secretaria de Desenvolvimento Social em consonância com o previsto nos incisos XIX a XXI do artigo 2º do Decreto nº 49.688, de 17 de junho de 2005, acrescentados pelo artigo 21 do Decreto nº 61.674, de 2 de dezembro de 2015, entre elas:

I - promover a descentralização das Políticas sobre Drogas, por meio do fortalecimento da relação entre o Estado, os municípios e as organizações sociais;

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

- II - participar da implementação das Políticas sobre Drogas, em parceria com a União, municípios e entidades sociais;
- III - apoiar os serviços de atendimento em parceria com a União, municípios e entidades sociais no planejamento e na execução de ações das Políticas sobre Drogas;
- IV - fortalecer as ações voltadas ao estabelecimento de redes sociais, promovendo a integração das Secretarias de Estado, municípios, empresas e entidades sociais;
- V - prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e entidades sociais parceiros do Estado;
- VI - fomentar a melhoria contínua da rede de serviços do Estado;
- VII - propor diretrizes e orientar a formulação de ações, projetos e programas dos municípios em consonância com as Políticas sobre Drogas;
- VIII - estimular e incentivar a participação da comunidade, de organizações do terceiro setor e dos municípios nos programas das Políticas sobre Drogas;
- IX - captar demandas sociais e políticas de âmbito regional;
- X - gerir convênios firmados com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e outros órgãos;
- XI – realizar os procedimentos necessários à celebração e execução de:
  - a) convênios junto aos municípios e outros órgãos;
  - b) parcerias com entidades ou organizações sociais;
- XII - acompanhar, avaliar e propor integração técnica com políticas e programas de impacto social das Políticas sobre Drogas com outras Secretarias de Estado;
- XIII - criar e manter canais de articulação com o Governo Federal, prefeituras municipais e sociedade civil para assuntos, programas e normas das Políticas sobre Drogas;

XIV - formular, coordenar e executar programas de capacitação para gestores governamentais e de organizações sociais;

XV – elaborar sugestões, na área institucional, visando o acompanhamento e aperfeiçoamento da ação governamental relativa às atividades de Políticas sobre Drogas, ouvido, quando necessário, o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED;

XVI - subsidiar com:

a) informações técnico-gerenciais relativas às ações da COED, o Comitê Técnico-Científico, o Grupo de Gestão Executiva e as Câmaras Temáticas, do Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”;

b) informações técnicas acerca de programas e projetos executados, a Coordenadoria de Gestão Estratégica, o Departamento de Comunicação Institucional e as demais unidades da Pasta;

c) informações técnicas, a formulação de instrumentos técnico-jurídicos necessários às operações da COED;

XVII - participar da elaboração de Planos Estaduais e Plurianuais das Políticas sobre Drogas para o Estado de São Paulo.

Parágrafo único – À COED cabe, ainda, o previsto no § 1º, observado o disposto no § 2º, ambos do artigo 16 do Decreto nº 61.674, de 2 de dezembro de 2015, acrescentados pelo artigo 27 deste decreto.

Artigo 6º - A Assistência Técnica tem, além de outras compreendidas em sua área de atuação, as seguintes atribuições:

I – as previstas no artigo 58, incisos I a IX e XI, do Decreto nº 49.688, de 17 de junho de 2005;

II- acompanhar a execução dos trabalhos nos prazos previstos;

III – prestar os serviços de Secretaria Executiva da Comissão Estadual para Assuntos referentes a Bens Apreendidos do Tráfico de Drogas - COMBAT;

IV – acompanhar a execução dos termos de cooperação que envolvam a participação da COED.

Artigo 7º - Os Grupos Técnicos, por meio de seus Corpos Técnicos, têm, além de outras compreendidas no âmbito de atuação que lhes é próprio, inclusive as abrangidas pelo previsto no § 1º, observado o disposto no § 2º, ambos do artigo 16 do Decreto nº 61.674, de 2 de dezembro de 2015, acrescentados pelo artigo 27 deste decreto, as seguintes atribuições:

I - assistir o Coordenador nas questões relativas às Políticas sobre Drogas e seus programas, técnica e operacionalmente;

II - identificar os programas, projetos e campanhas relacionados às Políticas Sobre Drogas no âmbito federal, estadual e municipal;

III - promover a realização de estudos e pesquisas sobre:

a) as políticas públicas nacionais e internacionais relacionadas às Políticas sobre Drogas;

b) o uso dos serviços que realizam o atendimento de usuários de substâncias psicoativas e seus familiares;

c) o perfil do público-alvo das Políticas sobre Drogas;

d) as demandas e necessidades das Políticas sobre Drogas;

IV - planejar, operacionalizar e executar a gestão estadual das Políticas sobre Drogas;

V - desenhar cenários e elaborar planos de metas, em consonância com os instrumentos de planejamento, orçamento e gestão da administração estadual;

VI - formular diretrizes para a execução das Políticas sobre Drogas em âmbito estadual;

VII – apoiar a formulação de Políticas sobre Drogas em âmbito municipal;

VIII – propor:

a) a normatização e a definição de padrões de atendimento para as ações com base nas Políticas sobre Drogas;

- b) melhorias contínuas na execução de programas, projetos e serviços;
  - c) ações que direcionem projetos e atividades das organizações governamentais e não governamentais com atuação na área das Políticas sobre Drogas;
- IX - elaborar planos de acompanhamento e avaliação das ações relacionadas às Políticas sobre Drogas;
- X - fomentar nos municípios o desenvolvimento de ações para as Políticas sobre Drogas;
- XI – promover:
- a) o desenvolvimento, junto às gestões municipais, dos respectivos planos de ação das Políticas sobre Drogas;
  - b) ações aos dependentes de substâncias psicoativas e familiares junto à rede de serviços e garantia de direitos;
  - c) ações intersetoriais que atendam a demanda dos usuários de substâncias psicoativas e seus familiares; d) a celebração de parcerias:
    1. com empresas privadas e organizações sociais visando a execução de ações nas áreas de prevenção, tratamento da saúde, recuperação e reinserção social, inclusão produtiva, empregabilidade, além de outras como educação, esporte, lazer e cultura;
    2. envolvendo recursos territoriais, ampliando as ações locais de cuidado e proteção visando a readequação dos espaços públicos e cenas do uso de drogas;
  - e) o intercâmbio de informações entre instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais, que atuam nas Políticas sobre Drogas;
  - f) a integração da rede de serviços que executam atendimento para usuários de substâncias psicoativas e suas famílias;
  - g) a execução de campanhas de divulgação relacionadas às Políticas Sobre Drogas;
- XII – em relação a convênios e parcerias com organizações da sociedade civil no âmbito das Políticas sobre Drogas:

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

- a) realizar chamamentos públicos para seleção de organizações da sociedade civil com objetivo de firmar parcerias para execução de serviços e ações;
- b) coletar os dados referentes aos cadastros de entidades e organizações que executam os serviços para usuários de substâncias psicoativas em parcerias diretas ou indiretas com o Governo do Estado;
- c) conferir, analisar e autuar os processos que cuidam da celebração de convênios e parcerias no âmbito da COED;
- d) orientar os municípios e as organizações da sociedade civil na execução de convênios e parcerias e na prestação de suas respectivas contas;
- e) examinar as prestações de contas apresentadas pelos municípios e entidades e providenciar a complementação ou correção, quando necessário;
- f) emitir relatórios e pareceres sobre a execução dos convênios e parcerias e respectivas prestações de contas, providenciando o encaminhamento aos órgãos competentes;
- g) fornecer informações à Coordenadoria de Administração de Fundos e Convênios, da Secretaria, para efetivação dos pagamentos pertinentes aos convênios e parcerias;

### **XIII - fomentar:**

- a) a articulação para a formação dos Conselhos Municipais relacionados às Políticas sobre Drogas;
- b) as ações da Câmara Técnica de Políticas sobre Drogas, da COED;

### **XIV - acompanhar a atuação dos colegiados relacionados às Políticas sobre Drogas;**

### **XV – supervisionar:**

- a) as ações executadas nos serviços relacionados às Políticas Sobre Drogas; b) os serviços executados com recursos estaduais, por meio de parcerias com organizações da sociedade civil, para Acolhimento Social de usuários de substâncias psicoativas, em

especial nas modalidades Comunidade Terapêutica, Casa de Passagem, Moradia Assistida e República;

XVI - promover e fomentar cursos, capacitações e eventos:

- a) nas temáticas das Políticas sobre Drogas, voltados para gestores estaduais e municipais, equipes técnicas, organizações parceiras e público em geral;
- b) na área de gestão administrativa para organizações sociais parceiras que executam ações no âmbito das Políticas sobre Drogas; XVII - interagir com órgãos do Poder Público e entidades da sociedade civil, colaborando com o desenvolvimento dos trabalhos da COED;

XVIII - articular:

- b. nos níveis federal, estadual e municipal os setores ligados às Políticas sobre Drogas;
- c. a celebração de parcerias com universidades e centros regionais de referência visando ao aprimoramento das Políticas sobre Drogas;

XIX – fomentar, com o apoio de unidades regionais da Administração Estadual, o debate e a articulação das Políticas sobre Drogas de forma descentralizada e estimular a participação das gestões municipais;

XX – desenvolver sistemas de trabalhos para avaliação de programas e iniciativas das Políticas sobre Drogas no Estado e nos Municípios;

XXI - acompanhar e alimentar os sistemas de avaliação e orçamento;

XXII - fornecer subsídios para elaboração de relatórios das ações executadas;

XXIII - elaborar relatórios, emitir pareceres técnicos e manifestar-se nos processos e expedientes que lhes forem encaminhados.

Artigo 8º - O Observatório Paulista de Informações sobre Drogas tem, em sua área de atuação, as seguintes atribuições:

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

- I - reunir, manter e analisar dados referentes a drogas lícitas e ilícitas no Estado de São Paulo, produzindo informações a respeito;
  - II - disponibilizar as informações a que se refere o inciso I deste artigo aos órgãos e entidades públicos do Estado;
  - III - orientar e coordenar levantamentos estatísticos sobre o uso indevido de drogas;
  - IV - subsidiar o intercâmbio de informações entre instituições que atuam nas Políticas sobre Drogas;
  - V - compilar e compartilhar estudos e pesquisas dos trabalhos científicos nacionais e internacionais;
  - VI – desenvolver periódicos de análises estatísticas relativas às Políticas sobre Drogas;
  - VII – promover a realização de estudos das bases teórico- -científicas das Políticas sobre Drogas no âmbito nacional e internacional;
  - VIII - editar publicações, periódicos e boletins informativos relacionados às Políticas Sobre Drogas.
- Artigo 9º - O Núcleo de Apoio Administrativo e as Células de Apoio Administrativo da COED, têm, em suas respectivas áreas de atuação, as atribuições previstas no artigo 59 do Decreto nº 49.688, de 17 de junho de 2005.

### **SEÇÃO IV Das Competências**

- Artigo 10 – O Coordenador da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo, além de outras que lhe forem conferidas por lei ou decreto, tem, em sua área de atuação, as competências previstas nos artigos 63, 75, 76 e 85 do Decreto nº 49.688, de 17 de junho de 2005.
- Artigo 11 – Os Diretores dos Grupos Técnicos, além de outras que lhes forem conferidas por lei ou decreto, têm, em suas respectivas áreas de atuação, as competências previstas nos artigos 65 e 85

do Decreto nº 49.688, de 17 de junho de 2005, alterado pelo inciso IV do artigo 21 do Decreto nº 57.819, de 29 de fevereiro de 2012.

Artigo 12 - O Diretor do Núcleo de Apoio Administrativo, além de outras que lhe forem conferidas por lei ou decreto, tem, em sua área de atuação, as competências previstas nos artigos 67 e 85 do Decreto nº 49.688, de 17 de junho de 2005.

SEÇÃO V Dos Órgãos Colegiados de Apoio e Assessoramento à  
Coordenadoria de Política sobre Drogas do Estado de São Paulo  
SUBSEÇÃO I Da Comissão Estadual para Assuntos referentes a Bens  
Apreendidos do Tráfico de Drogas

Artigo 13 - À Comissão Estadual para Assuntos referentes a Bens Apreendidos do Tráfico de Drogas cabe:

I - em relação aos bens apreendidos em decorrência do crime de tráfico de drogas, declarados definitivamente perdidos em favor da União e colocados à disposição do Estado de São Paulo pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas:

a) acompanhar, analisar e executar procedimentos relativos à sua alienação;

b) promover a sua regularização processual;

II - administrar os recursos oriundos de apreensão e perdimento de bens, direitos e valores relacionados ao crime de tráfico de drogas, bem como outros recursos colocados à disposição do Estado de São Paulo.

Artigo 14 - A Comissão Estadual para Assuntos referentes a Bens Apreendidos do Tráfico de Drogas é composta dos seguintes membros:

I - o Coordenador da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo, que é seu Presidente;

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

II - 1 (um) representante de cada um dos órgãos e da entidade adiante relacionados:

- a) Secretaria de Desenvolvimento Social;
- b) Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania;
- c) Departamento de Inteligência da Polícia Civil - DIPOL;
- d) Departamento Estadual de Prevenção e Repressão ao Narcotráfico - DENARC;
- e) Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN-SP;
- f) Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED;

III - mediante convite:

- a) 1 (um) representante do Ministério Público do Estado de São Paulo;
- b) 1 (um) representante do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

§ 1º - Cada membro da Comissão terá 1 (um) suplente.

§ 2º - Os membros da Comissão e seus suplentes serão designados pelo Secretário de Desenvolvimento Social.

§ 3º - Quanto aos membros de que tratam os incisos II e III deste artigo, a designação será feita para um mandato de 2 (dois) anos, permitida a recondução.

§ 4º - Na hipótese de vacância antes do término do mandato de membro da Comissão, far-se-á nova designação para o período restante.

§ 5º - Concluídos os mandatos, os membros da Comissão permanecerão no exercício de suas funções até a posse dos novos designados.

§ 6º - A Comissão poderá convidar para participar de suas reuniões:

1. representantes de órgãos ou entidades, públicos ou privados, cuja contribuição seja considerada importante diante da pauta da reunião;
2. pessoas que, por seus conhecimentos e experiência profissional, possam contribuir para a discussão das matérias em exame.

Artigo 15 - A Comissão Estadual para Assuntos referentes a Bens Apreendidos do Tráfico de Drogas conta com Secretaria Executiva, incumbida de lhe oferecer respaldo técnico e administrativo.

§ 1º - Os serviços de Secretaria Executiva da COMBAT serão prestados pela Assistência Técnica prevista no inciso I do artigo 3º deste decreto, por meio de servidores para esse fim designados pelo Coordenador da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo.

§ 2º - O responsável pela Secretaria Executiva participará das reuniões da COMBAT, sem direito a voto.

Artigo 16 - Ao Presidente da Comissão Estadual para Assuntos referentes a Bens Apreendidos do Tráfico de Drogas compete:

I - representar a COMBAT junto a autoridades, órgãos e entidades;

II - dirigir as atividades da COMBAT, bem como convocar e presidir suas reuniões;

III - proferir o voto de desempate nas decisões da Comissão.

## SUBSEÇÃO II Da Câmara Técnica de Políticas sobre Drogas

Artigo 17 - À Câmara Técnica de Políticas sobre Drogas, com o objetivo de subsidiar as ações da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo, cabe:

I - assessorar tecnicamente o Coordenador da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo;

II- promover discussões e debates sobre conteúdos relacionados às Políticas sobre Drogas, analisando os cenários, as tendências e as inovações nas políticas públicas sobre o tema;

III- exercer outras atividades que lhe forem determinadas pelo Coordenador da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo, de interesse para a adequada execução das atribuições da COED.

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

Artigo 18 – A Câmara Técnica de Políticas sobre Drogas é composta de profissionais especializados com histórico de ações na área, mediante convite do Secretário de Desenvolvimento Social, compreendendo, entre outros, representantes:

- I - de Universidades Públicas e Privadas;
- II – de organizações da sociedade civil;
- III – das seguintes áreas: a) Saúde; b) Assistência Social; c) Educação; d) Segurança Pública; e) Justiça e Defesa da Cidadania; f) Direitos Humanos.

### **SUBSEÇÃO III Disposição Comum**

Artigo 19 - As funções de membro da Comissão e da Câmara Técnica a que se referem os incisos II e III do artigo 3º deste decreto não serão remuneradas, mas consideradas como serviço público relevante.

### **SEÇÃO VI Do “Pró-labore”**

Artigo 20 - Fica mantida a função de serviço público de Coordenador classificada para efeito da concessão do “pró-labore” previsto no artigo 28 da Lei nº 10.168, de 10 de julho de 1968, com destinação para a Coordenação de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo ora denominada Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo.

Artigo 21 – Para efeito da concessão do “pró-labore” de que trata o artigo 28 da Lei nº 10.168, de 10 de julho de 1968, ficam classificadas, na Secretaria de Desenvolvimento Social, destinadas à Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo, 2 (duas) funções de serviço público de Diretor Técnico III, sendo 1 (uma) para cada Grupo Técnico.

Artigo 22 – Será exigido dos servidores designados para as funções de serviço público de que tratam os artigos 20 e 21 deste decreto o preenchimento dos requisitos mínimos de escolaridade e experiência profissional fixados nos termos do Anexo IV a que se refere o artigo 5º da Lei Complementar nº 1.080, de 17 de dezembro de 2008.

#### SEÇÃO VII Disposições Finais

Artigo 23 – O Secretário de Desenvolvimento Social, mediante resolução: I - disciplinará o funcionamento da Comissão e da Câmara Técnica a que se referem os incisos II e III do artigo 3º deste decreto; II - poderá detalhar as atribuições e competências de que trata este decreto.

Artigo 24 - Os dispositivos adiante relacionados do artigo 3º do Decreto nº 49.688, de 17 de junho de 2005, de reorganização da então Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social, atual Secretaria de Desenvolvimento Social, passam a vigorar com a seguinte redação:

I – o inciso XIV, acrescentado pela alínea “a” do inciso I do artigo 3º do Decreto nº 61.054, de 14 de janeiro de 2015: “XIV – Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo – COED.”;

II – o § 2º, acrescentado pelo inciso II do artigo 20 do Decreto nº 57.819, de 29 de fevereiro de 2012: “§ 2º - A Escola de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo – EDESP é organizada pelo Decreto nº 57.819, de 29 de fevereiro de 2012.”.

Artigo 25 - Fica acrescentado ao artigo 3º do Decreto nº 49.688, de 17 de junho de 2005, o § 3º, com a seguinte redação: “§ 3º - A Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo – COED é organizada mediante decreto específico.”.

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

Artigo 26 – Os dispositivos adiante relacionados do Decreto nº 61.674, de 2 de dezembro de 2015, relativo ao Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”, passam a vigorar com a seguinte redação: I – do artigo 9º:

- a) o “caput”: “Artigo 9º - O Coordenador Geral do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” será designado pelo Governador e terá as seguintes atribuições:”;
- b) o parágrafo único: “Parágrafo único – O Coordenador Geral será substituído, em seus impedimentos ou ausências, pelo Titular da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo, da Secretaria de Desenvolvimento Social.”;

II – do artigo 10, o inciso I: “I - Titular da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo;”;

III – do artigo 16, o “caput” do inciso I: “I – prestar apoio técnico e administrativo à Coordenadoria Geral do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas” e aos seguintes colegiados:”.

Artigo 27 – Ficam acrescentados ao artigo 16 do Decreto nº 61.674, de 2 de dezembro de 2015, os parágrafos adiante relacionados, com a seguinte redação: “

§ 1º – As atribuições previstas neste artigo serão exercidas por intermédio da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo – COED, em especial através de seus Grupos Técnicos, sem prejuízo da participação de outras unidades da Pasta, quando for o caso.

§ 2º - A execução do disposto no § 1º em relação ao previsto no inciso IX, ambos deste artigo, será feita em integração com o Comitê Gestor do Selo Parceiros do Recomeço, regido pelo Decreto nº 60.455, de 15 de maio de 2014, sem prejuízo das atribuições que lhe são próprias.”.

Artigo 28 - As Secretarias de Planejamento e Gestão e da Fazenda providenciarão, em seus respectivos âmbitos de atuação, os atos necessários ao cumprimento deste decreto.

**Artigo 29** - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, em especial:

I - do Decreto nº 57.049, de 8 de junho de 2011, os artigos 2º a 11, 13 e 15;

II - do Decreto nº 59.101, de 18 de abril de 2013, os artigos 97 e 98;

III - do Decreto nº 59.396, de 6 de agosto de 2013, o artigo 28;

IV - do Decreto nº 61.054, de 14 de janeiro de 2015:

a) o inciso I do artigo 4º;

b) os artigos 5º e 6º.

Palácio dos Bandeirantes, 31 de maio de 2017



## ANEXO 3

### RESULTADOS ESPERADOS

Taxa de ocupação	<b>80%</b>
Média de permanência (dias)	<b>90</b>
Taxa de acolhidos encaminhados para cursos de qualificação	<b>50%</b>
Taxa de acolhidos atendidos em outros serviços da rede regional (saúde, assistência social, justiça, educação, dentre outros)	<b>80%</b>
Taxa de acolhidos que participaram de atividades de convívio social fora da unidade de atendimento (atividades culturais, esportivas, de lazer, religiosas, grupos de ajuda etc.)	<b>60%</b>
Taxa de desligamentos qualificados	<b>50%</b>
Taxa de acompanhamento por 12 meses após saída	<b>50%</b>
Taxa de acolhidos referenciados no CRAS ou CREAS da região e cadastrados no CadÚnico	<b>100%</b>
Taxa de famílias referenciadas em serviços específicos (CRAS, CREAS, Recomeço família)	<b>30%</b>
Taxa de profissionais de nível superior capacitados	<b>100%</b>
Taxa de profissionais de nível médio de cada serviço capacitados	<b>70%</b>

Cidade, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*ASSINATURA DO TÉCNICO  
RESPONSÁVEL PELO PLANO DE TRABALHO*

---

*ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA OSC*



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. (1938). Decreto lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Acessado em 30 junho, 2019, em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm)
- Brasil. (1976). Decreto lei nº 6.638, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Acessado em 30 junho, 2019, em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm)
- Brasil. (2003b). A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2003b. 106 p.
- Brasil. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que “institui o Código de Trânsito Brasileiro”, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, e dá outras providências. Legislação e Políticas Públicas Sobre Drogas no Brasil. Brasília, DF. 2008. 106 p.
- Brasil. Lei n. 11.754, de 23 de junho de 2008. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei n. 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República e dá outras providências. Legislação e Políticas Públicas Sobre Drogas no Brasil. Brasília, DF. 2008. 106 p.

## BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS

Brasil. (2007). Política Nacional sobre Álcool. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília, DF. 2007.

Brasil. (2002b). Política Nacional sobre Drogas. Brasília: SENAD.

Brasil. (2019). Decreto lei nº13.840 de 5 de junho de 2019. Altera as [Leis n os 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos Lei n os 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943](#), para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Acessado em 30 junho, 2019, em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.840-de-5-de-junho-de-2019-155977997>

DE LEON, GEORGE. (Org.). A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003.

JONES, MAXWELL. The therapeutic community; a new treatment method in psychiatry. New York: Basic Books, 1953. Acessado em: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015004395052&view=1up&zseq=186>

JONES, MAXWELL. A Comunidade Terapêutica. São Paulo: Vozes, 1972

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução n.o 101, de 30 de maio de 2001. Estabelece o Regulamento Técnico disciplinando as

- exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 maio 2001. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc\\_n\\_\\_101\\_02\\_ms\\_\\_\\_anvisa.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc_n__101_02_ms___anvisa.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2016.
- KENNARD, B. Comunidade terapêutica. In: DE LEON, G. (Org.). A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003. p. 15.
- FRACASSO, Laura: Comunidades Terapêuticas: histórico e regulamentações. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>
- Machado, A. R. (2006). Uso prejudicial e dependência de álcool e outras Drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- MACHADO, Letícia Vier & BOARINI, Maria Lúcia. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Acessado em 30 junho, 2019, em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006)
- MACHADO, A. R., & MIRANDA, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 14(3), 801-821. Disponível em Biblioteca Virtual em Saúde: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007)

## **BASEADO EM EVIDÊNCIAS: O RECOMEÇO LONGE DAS DROGAS**

MOTA, DANIELA CRISTINA BELCHIOR E RONZANI, TELMO MOTA. Políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas. Capítulo 12. Disponível em: [http://www2.unifesp.br/dpsicobio/Nova-versao\\_pagina\\_psicobio/CAPITULO12POLITICASPUBLICASPARAUSUARIOSDEALCOOLEOUTRASDROGAS.pdf](http://www2.unifesp.br/dpsicobio/Nova-versao_pagina_psicobio/CAPITULO12POLITICASPUBLICASPARAUSUARIOSDEALCOOLEOUTRASDROGAS.pdf)

SOMMER, MANUEL. PSIQUE – ISSN 1647-2284 – No 7 – Janeiro-Dezembro 2011 – pp. 135-166. Disponível em: <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2717/1/As%20Comunidades%20Terapêuticas.pdf>

UNODC & World Health Organization. International Standards on Drug Use Prevention. (2018).

## BIOGRAFIAS



Ronaldo Laranjeira é Professor Titular de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina - EPM, fez PhD em Dependência Química na Universidade de Londres, coordena a UNIAD - Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas do Departamento de Psiquiatria da EPM e é Diretor-presidente da SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina.

Contato: [laranjeira@uniad.org.br](mailto:laranjeira@uniad.org.br)



Gleuda Simone Apolinário — Socióloga, formada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (USP). Atualmente é diretora do Departamento de Mercado de Trabalho na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Turismo da Prefeitura de São Paulo. Atuou no Governo do Estado de São Paulo na Secretaria Estadual de

Desenvolvimento Social, no período de 2011 à 2018 na implantação da política estadual sobre drogas, como Coordenadora Estadual de Políticas Sobre Drogas e foi Coordenadora Executiva do Comitê Gestor do Programa Recomeço - Uma Vida sem Drogas do Governo do Estado de São Paulo.

Contato: [gleuda.apolinario@gmail.com](mailto:gleuda.apolinario@gmail.com)

Página: <https://www.facebook.com/GleudaApolinario/>



Sérgio Duailibi — Professor Afiliado e Doutor em Ciências da Saúde pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).

Médico, Especialista em Dependência Química. Direção de Ensino e pesquisador da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e outras Drogas) da Universidade Federal de São Paulo.



Clarice Sandi Madruga — Atua na área de epidemiologia do uso de substâncias psicoativas e prevenção. Graduada em Psicologia pela PUCRS, possui um Mestrado em Neurociências (UFRGS) e um Mestrado em Psicologia com ênfase em Dependência Química (Substance Misuse - Sussex University). Tem o Doutorado em Psiquiatria e

Psicologia Médica (UNIFESP e Kings College). Pesquisadora associada do Kings College London desde 2010. Professora afiliada do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, onde concluiu o pós-doutorado do tipo PNPD em 2018. Através de consultorias via PNUD/ONU desenvolveu o sistema de monitoramento do serviço prestado pelas Comunidades Terapêuticas para a Secretaria do Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo. Atuou como Referência Técnica do Ministério da Saúde para a reformulação e implementação do Programa de Prevenção Escolar TamoJunto (EU-Dap Unplugged Program) e revisou e adaptou para o formato EAD a formação de facilitadores do Programa Famílias Fortes (Strengthening Families Program). É membro do comitê gestor da Unidade de Pesquisa em Álcool e outras Drogas (UNIAD) na UNIFESP, onde coordena o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) e o Levantamento de Cenas de Uso de Capitais (LECUCA). Revisora

Ad hoc de mais de 15 periódicos indexados com mais de 20 publicações científicas na área de drogas.

<http://lattes.cnpq.br/0659290459957967>.



Cláudio Jerônimo da Silva, Médico Psiquiatra pela UNESP Botucatu, especialista em Dependência Química e Doutor em Ciências pela UNIFESP. Graduação em Medicina Humana pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1995); Residência Médica em psiquiatria pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1998);

Especialização em Dependência Química pela UNIFESP (2000); Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (2005); MBA em Gestão de Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Insper (2013).

**Atuação:** Pesquisador da UNIAD - Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas; Diretor técnico da Unidade Recomeço Helvétia (Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina, SPDM). Experiência de 19 anos em ensino na área de Dependência Química.

Organizou o primeiro curso de Especialização em Dependência Química virtual no Brasil, pelo Departamento de Psiquiatria e Informática em Saúde da UNIFESP, e atua como professor de pós graduação sensu lato desde 2001.

Atualmente é professor do MBA em Dependência Química (coordenando os módulos de gestão e qualidade) da Faculdade Paulista de Ciências de Saúde (SPDM). Experiência de 19 anos na organização, implantação e gestão de serviços para tratamento da Dependência Química, tais como: sócio fundador (2000) do Centro Especializado em Álcool e Drogas (CEAD), entidade filantrópica na cidade Jundiaí, entidade que foi

presidente e vice presidente, implantação como coordenador médico do Ambulatório de Álcool e Drogas (AME - Psiquiatria Dra Jandira Masur), em 2010; Implantação da Unidade de Álcool e Drogas (UNAD), hospital especializado em Dependência Química e Adolescente, onde foi diretor técnico; Implantação do Hospital Cantareira (2013), onde atuou como diretor técnico e da Unidade Recomeço Helvetia (2014), onde atua até o momento como diretor técnico. Experiência de 20 anos no atendimento e gerenciamento de casos em Dependência Química no setor privado e público.

*Currículo Lattes:* <http://lattes.cnpq.br/2178533944807519>

Este livro é parte do projeto  
Pesquisas e Inovações em  
Prevenção de Transtornos  
Mentais e Uso de Álcool e  
Outras Drogas financiado  
pela Coordenadoria de Saúde  
Mental, Álcool e outras  
Drogas do Ministério da  
Saúde. (TED#176/2017).

This Book is part of the  
Research and Innovation  
grant for Prevention of  
Mental Disorders and Use of  
Alcohol and other Drugs,  
“Pesquisas e Inovações em  
Prevenção de Transtornos  
Mentais e Uso de Álcool e  
Outras Drogas”, funded by  
the Brazilian Ministry of  
Health. (TED #176/2017).



**DROGAS** é um tema recorrente na história e um dos assuntos mais procurados e discutidos na sociedade. No momento em que a questão da dependência química polariza na sociedade, faz-se necessário oferecermos a todo cidadão acesso à informação.

O que é o fenômeno da Cracolândia? Como acabar com as cenas abertas de uso? O que fazer ao descobrir que um ente querido está usando drogas? Quando se trata de políticas sobre drogas no Brasil, quais os possíveis caminhos para as melhores práticas de cuidados e tratamentos ao dependente químico? Por que há a necessidade de políticas preventivas?

As respostas desses questionamentos estão nas evidências científicas colhidas no Programa Recomeço, que tem como base recuperar a saúde física e psicológica, trazer de volta a autoestima e reintegrar dependentes químicos ao convívio social por meio das comunidades terapêuticas.

São Paulo foi o primeiro Estado a ter uma política sobre drogas. O serviço público começou a planejar e organizar ações de cuidados com os usuários de substância psicoativas, estabelecendo protocolos e preconizações para atendimento público. Foram mais de 50 mil atendimentos promovendo o protagonismo humano, a reinserção social, a recuperação e táticas de prevenção, e este livro é um convite para enfrentarmos esta questão de outra maneira: **a que dá certo.**

Em "Baseado em evidências: o recomeço longe das drogas", conheceremos rotas alternativas de rede de cuidados e princípios mais humanos, baseados em evidências que têm se revelado eficazes na abordagem desta temática.

Um retrato amplo e esclarecedor deste assunto tão complexo e que precisa ser tratado com responsabilidade e sem preconceitos ou tabus, tanto para a sociedade civil quanto para quem deseja implantar uma política pública sobre drogas, a fim de que estratégias realmente possíveis sejam aplicadas.

