

CPI - EPIDEMIA DO CRACK

01.06.2016

AUDIOTEXT SERVIÇOS E CIA. LTDA. - ME**CPI - EPIDEMIA DO CRACK****01.06.2016**

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Havendo quórum regimental, declaro aberta a segunda reunião ordinária da Comissão Parlamentara de Inquérito constituída com a finalidade de investigar a denominada epidemia do crack no estado de São Paulo.

Essa Presidência registra com satisfação a presença dos nobres deputados Coronel Telhada, vice-presidente dessa comissão, deputado Welson Gasparini, deputado Wellington Moura, relator da nossa CPI e a nobre deputada Beth Sahão.

Essa Presidência gostaria de solicitar ao secretário a leitura da ata da reunião anterior.

O SR. CORONEL TELHADA - PSDB - Solicito que seja considerada lida a ata da reunião anterior.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - É regimental o pedido de V. Exa. Os deputados que forem favoráveis à dispensa da leitura da ata permaneçam como estão. Aprovado.

Hoje nós temos uma reunião especial desta nossa CPI. Nós vamos ouvir a senhora Gleuda Teixeira Apolinário, coordenadora do Programa Recomeço, da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo.

Antes, porém, que eu convide a senhora Gleuda para tomar assento aqui, gostaria apenas de colocar a apreciação de V. Exas. o requerimento que nós mencionamos aqui na reunião passada, e agora ele veio por escrito. É um requerimento assinado por... Aliás, farei o seguinte. Vou pedir ao nobre deputado Coronel Telhada que faça a leitura do requerimento. Assuma a Presidência da comissão, até porque eu assino o requerimento também.

* * *

- Assume a Presidência o Sr. Coronel Telhada.

* * *

O SR. PRESIDENTE - CORONEL TELHADA - PSDB - Perfeito. Nós temos o requerimento assinado por três deputados, Paulo Correa Jr., deputada Leci Brandão e deputado Adilson Rossi, requerendo nos termos do item nove, parágrafo primeiro, do artigo 13 da Constituição do Estado, a convocação das seguintes autoridades religiosas.

Senhor Padre Julio Lancellotti, senhor Pastor Carlinhos Nenê, bem como o senhor Adriano Ananias Moisés, com o objetivo de prestar à Comissão Parlamentar de Inquérito Epidemia do Crack informações sobre o trabalho realizado pelas entidades religiosas contra o consumo de entorpecentes, bem como para reabilitação de pessoas viciadas em crack e outras drogas.

É necessário ler a justificativa?

O SR. ADILSON ROSSI - PSB - Não, não é necessário.

O SR. PRESIDENTE - CORONEL TELHADA - PSDB - Não? Então está lido o presente requerimento. Devolvo a Presidência ao Sr. Deputado Adilson Rossi.

Ah, perdão. Antes de devolver, quero colocar em discussão o presente requerimento.

O SR. ADILSON ROSSI - PSB - Pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE - CORONEL TELHADA - PSDB - Pois não?

O SR. ADILSON ROSSI - PSB - Apenas para justificar que a palavra “convocação” foi colocada de maneira equivocada no requerimento. Não é convocação, é convite.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - É convite.

O SR. PRESIDENTE - CORONEL TELHADA - PSDB - Passando para convite. Então, passando o requerimento para convite. Mais algum deputado?

Em votação, os deputados que estiverem de acordo permaneçam como estão.

Aprovado o presente requerimento.

Devolvo a Presidência ao deputado Adilson Rossi.

* * *

- Assume a Presidência o Sr. Adilson Rossi.

* * *

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Muito obrigado, Coronel Telhada. Acho que a presença desses convidados vai enriquecer nosso debate e as informações que nós precisamos para a condução desta CPI.

Essa presidente convida a senhora Gleuda para tomar assento aqui, por gentileza.

A palavra está com a senhora Gleuda, para usar o tempo que julgar necessário para sua explanação, desde que não passe de duas horas.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Bom dia a todos e a todas, aos deputados. Primeiro queria agradecer ao convite. É um momento único e importante para nós que trabalhamos nessa temática, apresentar aos nobres deputados o que estamos fazendo hoje na questão da política sobre drogas no estado de São Paulo.

Só queria iniciar com uma retificação, deputado, na questão da representação. Eu represento a coordenadoria estadual de políticas sobre drogas, e nós somos responsáveis pela parte executiva do Programa Recomeço.

A coordenação geral do Programa Recomeço, por decreto do governador, está com o professor Ronaldo Laranjeiras, que é nosso coordenador técnico científico do programa. Acho que seria importante fazer essa retificação, porque respondo pelo programa no âmbito da operação do programa, dessa relação.

A minha proposta aqui com vocês, não sei se seria, se foi esse exatamente o objetivo que vocês nos convidaram, mas seria apresentar para vocês o que é o Programa Recomeço e qual a nossa intenção dentro dessa política sobre drogas. Então

apresentamos um caderno, que chamamos de caderno de parâmetros, para vocês entenderem um pouco conceitualmente o que estamos falando.

Fizemos um vídeo conferência com os atores dos municípios e organização sociais, apresentando essa proposta do Programa Recomeço. O Programa Recomeço está estipulado por decreto do governador, tivemos um segundo decreto que reorganizou o programa agora em dezembro de 2015. Se vocês tiverem interesse também disponibilizamos o decreto para vocês, pois é um decreto público que normatiza o programa.

Seria importante eu passar um pouco, de uma maneira geral, um pouco menos técnica e mais informal, dizendo exatamente o que é o programa e depois não sei se caberia perguntas e esclarecimentos, é isso? Ok, vamos lá.

Eu trouxe uma colinha aqui para não perder. O que é o programa? Ele é um programa que define ações intersecretariais. São cinco secretarias envolvidas. Essas secretarias do desenvolvimento social, saúde, justiça, educação e... Esqueci a outra secretaria, espera. Desenvolvimento social, saúde, justiça, educação e segurança pública.

Então na reorganização do programa nós incluímos a Secretaria de Educação e a Secretaria de Segurança Pública, porque entendemos que seria importante que as ações que desenvolvem os eixos do programa, essas duas secretarias também teriam responsabilidades na questão do acompanhamento da política sobre drogas.

Como foi estruturado o programa? Ele foi estruturado por cinco eixos temáticos, que começa pelo eixo da prevenção, depois o tratamento, a reinserção social, acesso à justiça e cidadania e a revitalização dos territórios em cenas degradáveis por conta de cenas de uso, esses cinco eixos temáticos.

É importante vocês saibam que cada secretaria ficou responsável de uma atuação mais direta pelo seu campo funcional a execução desses eixos. Claro que podem ter ações integradas com outras secretarias, mas o propósito do programa é que as secretarias respondam dentro do seu escopo de atuação esses eixos temáticos.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - O de vocês é prevenção? O de vocês qual que é?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Nós entramos tanto na linha da prevenção, por conta de ações socioeducativas, com famílias, crianças e adolescentes, a

educação também entra na linha da prevenção. Mas atuamos muito mais na linha da reinserção social e da recuperação, que seria o pós tratamento. Vou explicar um pouco para vocês como funcionariam esses eixos temáticos.

O programa estruturou nesses eixos temáticos e foi criada uma coordenação, um grupo gestor, que é o grupo executivo do Programa Recomeço, composto por representantes dessas cinco secretarias. Nós nos reunimos quinzenalmente para discutir ações e estratégias do programa.

A intenção do programa é uma abrangência estadual, então não atuamos apenas no município de São Paulo. Por mais que nós tenhamos começado o programa pelo município de São Paulo, ainda mais por conta da complexidade da cidade e da série de questões das cenas de uso, principalmente a questão da Cracolândia, mas hoje o programa tem uma atuação estadual, tem vários municípios em que temos alguma atuação.

E como é executado o programa. Então nós temos nesses cinco eixos uma atuação que vai desde o atendimento, no caso preventivo com crianças e adolescentes via Secretaria da Educação, então estamos reorganizando a Secretaria de Educação com políticas mais de prevenção, a política sobre drogas. A Secretaria de Segurança Pública também atua na área de prevenção, através de um programa estadual chamado PROERD e um programa piloto que é feito em Sorocaba, chama JBA, Jovens Brasileiros em Ação, uma parceria da Secretaria de Segurança Pública com a Secretaria de Educação, que é feito dentro das escolas para os adolescentes.

A Secretaria da Saúde também trabalha na ação preventiva, que a gente chama de atenção básica de famílias, o programa de atendimento às famílias com dependência química. Hoje eles atuam dentro dos SICs, nós temos 17 polos nos SICs onde há o acompanhamento familiar, tanto familiares que tem usuários com dependência química em tratamento, quando usuários que precisam e buscam ajuda para tratamento, o que chamamos de Recomeço Família.

Nós temos na Secretaria de Saúde, com a estrutura um pouco maior que nós temos é a atuação do tratamento. A Secretaria de Saúde dentro do programa tem a responsabilidade de oferta, serviços e tratamentos para o dependente químicos. São três modalidades que podem ser desde o atendimento ambulatorial, os acompanhamentos da pessoa de forma ambulatorial, o atendimento em leito de desintoxicação, que também são feitos atendimentos na rede de saúde, e também feito o atendimento que chamamos de atendimento de internação e reinserção.

São aqueles atendimentos de mais convivência social, um modelo Caps, da saúde municipalizada. O Estado tem dois serviços de Caps estadual. Um fica no Cratod e o outro na rua Itapeva, que trabalham com a questão da dependência química além das questões de saúde mental.

Na Secretaria de Desenvolvimento Social, na qual hoje a coordenadoria faz parte da estrutura da secretaria com a política de assistência social. Nós trabalhamos no eixo da reinserção social e da recuperação. Nesse eixo da reinserção social e da recuperação nós temos algumas frentes de atuação, que são a acolhida dessas pessoas que passaram por um processo de tratamento, mas ainda necessitam de uma melhor condição para sua recomposição biopsicossocial, sua reestruturação, que chamamos o acompanhamento em serviços e comunidades terapêuticas.

Temos uma rede de comunidades terapêuticas parceiras do Programa Recomeço. Essas comunidades atendem essas pessoas, mas não fazem internação, nem compulsória, nem voluntária. Elas acolhem essas pessoas no modelo protetivo. Por isso eles estão envolvidos na área de Desenvolvimento Social, porque não são da política de assistência social. É uma questão técnica, mas é bom darmos esse esclarecimento para vocês.

Além das comunidades terapêuticas nós atuamos também com a questão da reinserção dessas pessoas na sua vida social ativa. O que seria essa reinserção? São serviços, que chamamos de serviços de reinserção social, que vai desde a qualificação profissional, oficinas de qualificação profissional.

Nós fizemos uma parceria com o Programa Via Rápida até o ano de 2014, 2015, e agora estamos fazendo uma nova parceria com a Escola Paula Souza para ter essa atuação direta na questão da qualificação profissional dessas pessoas que passaram por tratamento ou processo de acolhimento social. A partir dessa reprogramação de qualificação profissional tentamos garanti-lo no acesso ao mercado e garantir o acesso à sociedade.

Os serviços de retaguarda que oferecemos também no desenvolvimento social que faz parte da rede do Programa Recomeço são os serviços que chamamos de acolhimento provisório, que são três modelos. Nós temos duas casas de passagem, uma no interior e uma na capital.

O que seria essa casa de passagem? É uma casa transitória mesmo. As pessoas que saem da condição de situação de rua ou saíram de condição de comunidade terapêutica, ou dos leitos de desintoxicação e precisam ser reinseridos, voltar ou para

sua família ou sua vida comunitária, buscar sua autonomia, essa casa de transição fica com a pessoa durante o período de 30 dias no máximo até que essa pessoa se reestabeleça.

Como se reestabeleceria? Na questão de documentação, procura de emprego, localização das famílias, porque às vezes ela precisa localizar sua família, quando ela tem família, quando tem essa necessidade. Então a casa de passagem tem essa função de proteger essa pessoa e ao mesmo tempo garantir a ela mais autonomia.

Depois nós temos outro modelo de acolhida, que chamamos de Moradia Assistida. A moradia assistida é um modelo novo, estamos criando essa expertise técnica para dar uma condição para essas pessoas terem um local para morar, mas ao mesmo tempo ter uma equipe técnica que supervisiona essas pessoas, para acompanhar se a pessoa está se recuperando ou não, se ela conseguiu voltar ao trabalho, se ela consegue ter autonomia. Então a moradia assistida ainda estamos chamando de projetos pilotos.

Implantamos uma na baixada santista e uma no interior de São Paulo. Na capital a proposta é que implantemos uma também, como modelo de referência...

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Desculpe, eu estava... Você tem uma na capital e outra no interior, o que é? Não entendi.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - É a moradia assistida, um outro modelo de acolhimento.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - É diferente dessa casa de passagem?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Isso. A casa de passagem entendemos ela como um processo transitório de no máximo 30 dias, até que a pessoa se reestabeleça. A moradia assistida não. A pessoa já está em condição de autonomia. Ele está em tratamento ambulatorial, porque a dependência química provoca isso e ele nunca será curado da dependência química, mas ele pode estar sempre em processo de recuperação.

Essa pessoa está sendo acompanhada por um atendimento ambulatorial, mas ele não consegue se reestabelecer socialmente sozinho por várias razões, que a gente sabe como acontece no dia-dia com os dependentes químicos. Essa moradia assistida daria a oferta a eles de um local para eles ficarem, num período provisório de até seis meses.

Nesse local ele se reestabeleceria nessa questão do mercado de trabalho, na busca de sua autonomia, mas ele fica morando nessa residência, mas sendo assistido por uma equipe técnica de profissionais diferenciados para saber exatamente o que acontece com ele.

O que eu estava explicando, deputada, como é um modelo ainda experimental e piloto, nós implantamos isso na baixada santista, uma unidade que estamos referenciando nos municípios da baixada santista para ocupar essa moradia assistida. No interior também temos uma em São José do Rio Preto e a proposta é que esse ano também implantemos um modelo na cidade de São Paulo, um modelo de moradia assistida. Referenciada também pela questão da região da Cracolândia.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - E o número de quantas pessoas têm sido atendidas?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Cada equipamento desse contamos por vaga. Cada equipamento desse ele pode acolher nessa moradia no máximo de 10 a 15 pessoas, porque tem que ser um grupo menor. No caso da moradia assistida estamos com uma estimativa de 20 pessoas por casa, então por isso é um modelo diferenciado.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Só uma pergunta. Onde fica na Baixada Santista?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Itanhaém, em uma organização social. Uma parceria com uma organização social de Itanhaém.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - E em Rio Preto? Você tem parceria com alguém lá?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - São todas através de convênios. Nenhuma execução direta. (Ininteligível).

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Teria como passar para os membros da CPI a relação dos endereços? Tanto das casas de passagem quanto das moradias assistidas? Pode ser por e-mail? Para que possamos ir lá conhecer. Também se possível o nome do responsável para que possamos manter contato.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim, deputado. Sim, temos todas as informações.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Só por conta do assunto, sem querer te interromper no seu raciocínio. Esse convênio é estabelecido com governo do estado, secretaria... E é direto com a entidade ou via prefeituras municipais?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Nesses casos estão sendo diretos do governo do estado com as organizações sociais. Há outras parcerias com as prefeituras, que vou explicar rapidamente. Vou dar o exemplo de Campinas.

Campinas o Programa Recomeço é municipalizado, então a própria prefeitura assume a responsabilidade por uma coordenadoria municipal de política sobre drogas, a operação do programa. Mas o convênio é feito direto com o estado, com a organização que presta serviço para Campinas. São modelos de gestões diferentes.

Mas só para completar a rede de reinserção social, nós temos por último o que chamamos de República. As repúblicas são grandes apostas nossa como um modelo de reinserção dessas pessoas com uma condição de autogestão. Existem, como os deputados devem saber, níveis diferentes da dependência química. Alguns dependentes conseguem fazer um tratamento, continuam sendo acompanhados de alguma forma ambulatorial, esporadicamente e tem uma vida social ativa normal.

Alguns precisam passar por um período de acompanhamento e tratamento, para fazer essa recuperação. Então qual a nossa proposta quando pensamos numa reinserção dessas pessoas na sociedade? Temos que ao máximo atender as demandas e necessidades de acordo com o perfil do dependente.

A república para nós, quando falo que é uma aposta, porque a república é quando o Estado oferece. E quando falo de Estado pode ser o município. É quando o Estado oferece um equipamento, um local, uma moradia para essas pessoas, onde eles consigam conviver coletivamente. A república no máximo pode ter dez pessoas em cada casa, porque é uma convivência entre eles, de auto-gestão, onde eles fazem toda a manutenção da casa, arrumam a casa, vão trabalhar, fazem a comida. Então eles só usam um espaço até buscar essa autonomia. Como se fosse uma república como essas que já conhecemos.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Quantas repúblicas existem hoje?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Nós estamos com esse modelo piloto, nós temos todas no interior, são quatro repúblicas no interior que seguindo... A Pâmela é minha técnica e vai me lembrando os dados porque é muito informação, mas são quatro repúblicas que nós temos no interior e estamos acompanhando o modelo dessas repúblicas. Como é uma situação que queremos trabalhar e garante essa autonomia a eles, o cuidado é que eles não fiquem sendo tutelados o tempo inteiro pela entidade social.

Então a ideia é que se monte um modelo metodológico de repúblicas, e então você consiga espalhar esse modelo e que as organizações atendam essa autonomia dessas pessoas.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Organizações e convênios é a mesma coisa?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Todas essas etapas da reinserção que você cita são monitoradas?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim, nós temos uma equipe, tanto da coordenadoria vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Social, e através desse convênio nós fazemos o acompanhamento, exatamente as discussões mais técnicas desse acompanhamento.

Vou dar um exemplo para vocês do que está acontecendo agora. Semana que vem, dia oito, nós teremos uma capacitação de trabalho. Qual o manejo que deve ter o psicólogo e o assistente social das comunidades terapêuticas com essas pessoas, lá na Secretaria. Então estamos chamando as 51 organizações que são parceiras do programa para passarem por essa capacitação. As organizações são obrigadas a levar seus profissionais, claro, porque é uma capacitação de formação deles.

Como é um processo tanto de qualificação da rede quanto uma qualificação dos profissionais que trabalham com esse público, então o tempo inteiro estamos fazendo qualificação, cursos, que chamamos de ciclo de capacitações da oferta de serviço que

nós temos. E o monitoramento é um pouco isso. Acompanhamos desde a questão de apreciação de contas, um acompanhamento da meta de atendimento, atividades que são feitas lá dentro, então cada uma tem que ter seu plano de trabalho.

E nesses casos, tanto na moradia assistida quanto na república, como são modelos novos, qual a nossa proposta? Que esse modelo seja construído juntamente com essas organizações que se habilitaram a fazer esse projeto piloto. O modelo funciona e é eficaz? Não consigo te dar essa resposta de monitoramento da efetividade dele, porque ele foi implantado agora e estamos acompanhando exatamente o grau de reinserção dessas pessoas, quantas aderiram a proposta de ter essa autonomia, de não precisar ter alguém dizendo para ele acordar, tomar banho, comer.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Você diz o modelo república né? E os outros modelos?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Isso. A casa de passagem já é um modelo estabelecido pela política sócio assistencial, que é essa parte de transição. Então ali existe uma equipe técnica, então ele tem a responsabilidade de atividades que já está prevista enquanto modelo de serviços para no caso, independente do público.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Há quanto tempo já funciona esse projeto Casa de Passagem?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - A Casa de Passagem vai fazer dois anos. Nós tivemos uma casa de passagem na capital, que foi até dezembro de 2015, e a proposta é que voltemos com a casa de passagem na capital também.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Gleuda, deixa eu eu te perguntar. Na casa de passagem... Você disse que na moradia assistida são em torno de 20 pessoas e na república em torno de 10. Na casa de passagem qual é o máximo?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Colocamos 20 pessoas, mas na verdade são vagas. Na mesma vaga pode ser ocupada por várias pessoas, porque é um processo transitório. Mas a capacidade de atendimento dentro do equipamento tem de ser de 20 vagas, por mais que circule mais pessoas dentro daquelas vagas.

O SR. - A minha pergunta é, são construídos esses equipamentos ou vocês fazem parceria?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Parcerias.

O SR. - Em uma casa de recuperação normalmente são 60 pessoas o número limite. Quando você faz uma parceria desse tipo, com 10, 20 pessoas, um número reduzido, como é feito com uma casa que já existe, já tem os internos, para fazer uma parceria, sendo que os números não...

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - É porque não falei ainda das comunidades terapêuticas. Você está falando sobre as comunidades terapêuticas.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Isso.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Vou entrar agora na comunidade terapêutica. Além desses três modelos de reinserção social, nós temos um modelo de recuperação que são as comunidades terapêuticas. No estado de São Paulo, o que nós adotamos? Que o Programa Recomeço reconhecesse as comunidades terapêuticas de uma forma regulamentada por legislações já vigentes.

Então nós seguimos a (ininteligível) 29, aquelas comunidades terapêuticas que tem o âmbito de atuar só na área de saúde, seguimos o modelo da vigilância sanitária, que tenha todo o padrão de funcionamento de comunidades terapêuticas e seguimos também a Corregedoria da Fazenda, que é o Certificação de Organizações Sociais, o CRCE.

Para nós fazermos a parceria com uma comunidade terapêutica, no modelo de comunidade terapêutica, ela tem que estar com essas documentações em dia, além das documentações legais que nós sabemos, de funcionamento. Isso para nós já é importante como princípio.

Então no modelo de comunidade terapêutica não há um limite. Não podemos financiar só 10 vagas, 20 vagas, 30 vagas. Nós olhamos a capacidade de atendimento de acordo com o que a vigilância sanitária diz que aquela unidade tem para atendimento. Isso para nós é importante, porque quando a vigilância sanitária visita a comunidade terapêutica faz exatamente essa medição. A capacidade de funcionamento, estrutura

física, condições de funcionamento, a questão das camas, porque não são leitos, são camas, a posição dessas camas, o ambiente que tem que ser adequado.

Então a vigilância faz essa avaliação para nós. Quando fazemos a parceria com ela nós solicitamos esses documentos, se a entidade está apta ou não para ter uma parceria com o Estado.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Apenas para continuar nessa questão das comunidades terapêuticas. Também há uma lei federal, se não me engano, que elas também devem se submeter.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim, há uma normatização.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Normatização, exatamente. Então tem comunidades terapêuticas que fazem um trabalho cujo resultado é bastante efetivo. E tem outras que infelizmente ainda não estão dentro das exigências que nós sabemos como a comunidade terapêutica teria que ter para poder provocar os resultados que se espera de uma comunidade terapêutica.

O deputado Paulo tem uma, que eu não conheço mas tenho certeza que pela forma que eu já sei da responsabilidade dele, certamente deverá estar muito bem posicionada nesse sentido. Mas eu como psicóloga acabo visitando muitas comunidades terapêuticas, e nem todas infelizmente conseguem atender as exigências legais e normativas, seja da vigilância, bombeiros, que colocam uma série de questões ali, que elas às vezes não têm nem estrutura econômica e financeira da entidade para poder entender essas exigências.

E isso compromete o tratamento às vezes.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Por que é importante termos toda essa regulamentação para essas comunidades serem nossas parceiras? É porque nos dá um pouco mais de segurança do perfil que as organizações estão trabalhando com a questão através de tratamento terapêutico. Qual é essa segurança?

Não é só questão estrutural, mas porque de fato ainda há comunidades terapêuticas que fogem do modelo cooperativo, então quando fogem do modelo cooperativo a própria estrutura favorece essa fuga do modelo cooperativo. Qual o nosso papel enquanto Estado? Fazer essas orientações.

Então nós recebemos sistematicamente organizações e comunidades terapêuticas muito bem-intencionadas, com uma proposta de trabalho muito bem-intencionada, e orientamos, que chamamos de supervisão técnica. Fazemos uma supervisão a elas, não no sentido punitivo ou no sentido de excluí-las do processo, mas dando as orientações adequadas para que elas se regularizem, tanto na questão formal, quanto na questão técnica.

Nós do Programa Recomeço exigimos que essas comunidades terapêuticas tenham equipes técnicas de referência o tempo todo. Não tem uma atuação só com voluntários, porque se o Estado está pagando um per capita de custos para o atendimento lá, então exigimos que ela pelo menos tenha um profissional de referência para responder pela comunidade terapêutica tecnicamente.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Uma pergunta. Existe alguma restrição do Programa? Porque a maior parte das entidades, uma grande parte, não a maior parte, são administradas por entidades religiosas, tem um foco, querendo ou não, religioso, no tratamento, porque a religião ajuda as pessoas.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Várias religiões né.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Várias religiões. Digo religião num modo geral. Existe alguma restrição desse programa? Porque quando o Estado entra com a parceria e acaba fazendo pagamento do profissional, nós esbarramos em algumas dificuldades. Eu tenho em Itanhaém, inclusive, uma casa de recuperação e esbarramos. “Poxa, mas não pode ter religião, porque se não foge da parceria”. Gostaria de saber se existe isso.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Vou esclarecer isso porque é muito oportuno você colocar essa questão, deputado. Há essa confusão mesmo do entendimento do que seria isso. Nós trabalhamos com a lógica de que a comunidade terapêutica tem um modelo existente já, internacional e já vem ao longo dos anos. O Estado brasileiro reconheceu as comunidades terapêuticas como um serviço de retaguarda, um serviço de apoio aos serviços de saúde mental agora em 2012.

É muito recente o reconhecimento pelas legislações brasileiras que as comunidades terapêuticas existem. Só agora o governo federal começou a financiar

comunidades terapêuticas para o processo do tratamento à dependência química, que até então elas se auto mantinham o tempo inteiro nessa questão da dependência. Mas há esse tripé que para nós é importante a preservação.

Qual o tripé? A questão da espiritualidade, a questão da largoterapia, que chamamos de ações inclusivas, e a questão da relação comum, de ser comunitária. Esse tripé é a espinha dorsal de uma comunidade terapêutica, até por ser um modelo de comunidade terapêutica ela tem que garantir esse tripé.

O que nós estabelecemos no Estado. Nós não somos contra comunidades terapêuticas que tenham origens religiosas, que tenha a sua direção religiosa, mas a atuação da comunidade terapêutica como prestadora de serviços não pode ter imposição de dogmas religiosos. Essa é a grande diferente que deveríamos mostrar.

Agora, as comunidades terapêuticas exercitam a espiritualidade, e para nós isso é importante que tenha dentro do seu plano de atuação, no seu plano de trabalho, o que ela vai fazer no seu dia-dia, que ela tenha um horário e um momento específico onde ela desenvolva a questão da espiritualidade.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Aí que surge a nossa grande dúvida e polêmica. Quando que voc... Quem é que faz a avaliação, se é dogmático ou pragmático a questão religiosa? Quem avalia isso?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Quando abre a possibilidade de qualquer usuário que está dentro da comunidade sendo acolhido pode seguir qualquer religião que seja do seu credo. Vou dar um exemplo. A comunidade terapêutica que tem uma origem católica, a diretoria é católica. Então ele não pode colocar às 7 horas da manhã o termo “rezar uma missa”. Rezar uma missa é uma prática religiosa católica.

Os evangélicos oram, os espiritas... Não sei o que faz o espirita, mas... O espirita faz outra pregação.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - O passe.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Os espiritualistas meditam, a umbanda faz uma outra coisa. Então quando você coloca sete horas da manhã prática de espiritualidade, cada um vai para sua prática de espiritualidade. Claro que nossa grande

maioria são pessoas cristãs, que tem a questão da religião familiar, não há problema nenhum.

Mas a comunidade terapêutica tem que dar essa possibilidade do seu acolhido escolher qual a prática religiosa, ou se ele não quer nem ter prática religiosa. “Nesse momento eu quero ficar pensando, refletindo, ficar aqui quieto embaixo de uma árvore”, ok. Então quando falamos da imposição do dogma religioso, é na sua prática de atendimento do serviço.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Então a senhora há de convir comigo. É apenas um debate de ideias, não é para gerar nenhuma polêmica. Então a senhora há de convir comigo que existe sim uma certa restrição. A partir do momento que, por exemplo, uma entidade católica toma conta, você tem padres, tem as freiras que ali estão, e você coloca às sete horas da manhã para ajudar. Como essa pessoa vai ajudar? Vai ajudar através da sua oração, reza, enfim, aquilo que ela sabe que tem por experiência e que realmente ajuda.

Eu, por exemplo, no caso da nossa é uma entidade que tem pastores evangélicos. De repente, é claro que através da palavra de Deus, enfim, o estudo que acredita a religião que transforma a vida do homem e recupera, e nós temos vários exemplos de pessoas que foram recuperadas disso. Então você acaba restringindo uma certa crença que você tem, que você pode ajudar... Eu chego a dizer até que nos nossos casos 50% do reestabelecimento da pessoa para voltar ao convívio familiar é com a ajuda da própria religião.

Não dizendo que a minha religião seja o único caminho.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim, seja qual for o credo.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Seja qual for o credo. Mas eu digo com a experiência do que nós temos. 50% a religião ajuda muito. Então quando você vai buscar uma parceria com esse programa, e você tem essa restrição, eu acho que fica um pouco difícil. Eu queria que tivéssemos um entendimento, não sei se isso é possível, que a partir do momento que se tenha um programa com uma associação que seja ligado a um credo religioso, que já é comprovado que ajuda, e não... “Olha, a gente só vai fazer com evangélico. Só vamos fazer com católico”. Não isso, mas que se respeite dentro daquilo que se é adotado como um tratamento...

O SR. - Todas as religiões. Que não haja proibições.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Todas as religiões. Que não haja proibições.

O SR. - Infelizmente, desculpa, uma parte. Infelizmente isso acontece, deputado Paulo. Também já presenciei isso. A minha própria entidade já presenciou isso. Fomos querer entrar em certos espaços de programas e infelizmente se deparamos com isso. “Aqui vocês não entram”, “Mas como não podemos entrar? Queremos apenas realizar uma oração”, “Não, vocês não podem entrar. A linha de vocês não está permitida entrar”. Mas espera aí... Então... Somos católicos. Então se torna...

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Existe uma forma. Só para terminar minha conclusão de raciocínio, que o deputado pegou uma parte. Existe uma forma de construirmos esse diálogo para que as entidades que cuidam, com um, querendo ou não, cunho religioso, que não exista restrições a isso? Olha, a entidade é evangélica e tem a opção. Se eu não creio em nada eu posso participar de uma associação religiosa, evangélica, católica, espírita, enfim. Para que nós quebrems essa dificuldade que existe, porque isso dificulta muito.

Nós que trabalhamos e sustentamos a casa com nossos próprios recursos. Queria saber se existe um caminho de construção de diálogo, para que esse debate, essa ideia, seja levada ao conselho, enfim, deste programa.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Primeiro eu queria esclarecer que esse caminho já foi percorrido. O Programa Recomeço hoje tem três comunidades hoje que não possuem nenhuma origem religiosa, o restante, todas têm e de todos os credos. E é exatamente isso que acontece. Vou dar uma exemplo do Padre Haroldo, não sei se vocês conhecem, mas é uma das maiores organizações de comunidades terapêuticas que é a parceira do programa. É uma comunidade católica, e lá eles oferecem capela, igreja, o padre reza missas... O que estamos dizendo não é isso.

As comunidades terapêuticas têm esse cunho religioso. A diferença é, ela não pode achar que o tratamento da dependência química para recuperação é estabelecido pelo seu credo religioso. Essa é a diferença.

Dentro de uma proposta de tratamento terapêutico, a espiritualidade faz parte de uma das etapas do processo de tratamento terapêutico. Agora o credo religioso para o Estado como política pública, de ações que têm essa condição ele não vai dizer; “Olha, as comunidades evangélicas têm melhor condição de tratar um dependente que as comunidades católicas”, e assim por diante.

Não escolhemos as organizações por credos religiosos. Escolhemos as organizações por questões de tratamento num momento que ela faz o seu projeto pedagógico. Como ela vai atender aquela pessoa? Quando falamos não estabelecimento dos dogmas do seu credo na proposta do tratamento, queremos dizer que mesmo que ele tenha, claro, na sua expertise, pela sua religiosidade, é claro que ele vai empregar sobre seus valores, isso não há... Todas as comunidades fazem isso, não há problema nenhum.

A questão é que a pessoa não pode ser “expulsa” de uma comunidade terapêutica por que ela não segue aquele dogma religioso. Por outro lado, nós temos esse cuidado também. Quando fazemos a acolhida dessas pessoas, para encaminharmos para uma unidade terapêutica, identificamos para aquela pessoa qual o credo religioso que aquela comunidade terapêutica existiu.

Nós falamos “Olha, essa entidade terapêutica é evangélica. Tudo bem para você?”, “Ah essa aqui é católica, essa é espírita, tudo bem?”. Então a pessoa também tem essa opção, porque a porta de entrada dessas pessoas para essas comunidades terapêuticas para nós do Programa Recomeço é através dos serviços de saúde, que são os Caps. Então tem esse cuidado.

Agora é isso que eu queria dizer que é importante. Não há falta de diálogo, pelo contrário. Nós trabalhamos com as comunidades terapêuticas que são religiosas e trabalhamos com organizações inclusive missionárias, que é outra conotação. Não são nem comunidades terapêuticas.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Eu devo ter me expressado de maneira errônea, quero até corrigir isso, talvez não me fiz expressar bem o que eu queria realmente falar. O que queria falar é não é que não existe diálogo, apenas disse que não existe a possibilidade de uma construção para que a entidade tivesse a liberdade de fazer...

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Mas ela tem, deputado.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - É, ela tem entre aspas, pelo o que eu entendi. Você não pode colocar, por exemplo, uma oração se você tem uma assistência desse programa você tem que deixar na liberdade espiritual.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - A minha pergunta é se existe uma maneira de construção de um diálogo para que isso fosse mudado, para que a entidade que seja católica trate do jeito que é uma entidade católica, tendo sua reza, tenha essa liberdade. Existe possibilidade deste diálogo para que as entidades tenham a liberdade...

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim, elas têm essa liberdade. As entidades católicas, por exemplo, têm o horário da missa, só que elas dão a liberdade do usuário de frequentar ou não a missa. Essa é a diferença. Então a entidade tem a liberdade de escolher sua espiritualidade e tendência de seus valores, mas a liberdade da organização de apresentar em cima de seus valores e seu credo, é a mesma liberdade do usuário que frequenta aquela comunidade terapêutica de dizer que frequenta ou não aquele culto.

Isso estabelecemos com elas por quê? Porque as pessoas, claro que para nós é importante que eles frequentem, seja eles qual forem, é importante que ele tenha o momento que ele faça essa reflexão, que a gente chama do processo terapêutico. Faz parte do processo dele de recuperação que ele tenha essa melhoria de autoestima, ele ter essa questão de valores sociais, é importante para nós o processo de recuperação.

Quanto mais a comunidade terapêutica conseguir atrair essas pessoas para um processo de recuperação também com essa reflexão da espiritualidade, e não dogmas religiosos... Mas é claro que na hora de apresentar sua metodologia de espiritualidade ele vai apresentar em cima dos seus referenciais. Por isso ele tem essa liberdade

Então nós não vamos para uma entidade religiosa e falar “Olha, você não pode ter uma atividade de missa dentro da comunidade terapêutica”. Sim, você pode ter. Você tem essa liberdade, mas o usuário também tem a liberdade de “Olha, eu não quero frequentar essa missa”. Ele não é expulso da comunidade terapêutica porque não frequenta a missa.

É essa a diferença que eu queria mostrar para os senhores.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Correto, e como é feito essa análise pelo programa?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - No plano de trabalho. Eles apresentam um plano de trabalho dizendo isso. Aqui nós temos tantos usuários que são religiosos, tantos católicos, tantos evangélicos. Então eles abrem. Vou dar um exemplo pequeno.

Tem uma comunidade terapêutica que teve problema com a questão da abertura da frequência da espiritualidade. Entrou uma pessoa, um dependente químico, que era budista. Ele queria frequentar um templo budista em uma região onde não tem templo budista. Então a comunidade entrou em contato conosco e falou “O que a gente faz? Levamos ele para outro município para frequentar o templo budista?”, que no caso era Cotia. E eu falei “Olha, se vocês tiverem estrutura de um carro e um profissional para acompanhar esse usuário uma vez por semana para frequentar, vocês podem fazer isso”, agora porque ele não queria ficar lá.

É uma comunidade evangélica, que tem o culto religioso lá dentro. Então é isso que eu quero mostrar.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Eu acho que dentro da perspectiva de que o Estado é laico, nós temos que partir dessa premissa porque ela é dada. Sempre fiz esse debate também, acho que esse debate é interessante de se fazer. Não podemos negar e acho que é louvável o trabalho das religiões sobre comunidades terapêuticas. Elas têm um papel importante. Isso já foi inclusive objeto de estudo de tese de mestrado, doutorado, etcetera. Isso está dado.

Mas temos que entender também que é preciso conjugar a esse trabalho outras técnicas e outras terapias, para você potencializar a tentativa de recuperação daquele dependente. Essa é a grande questão.

Acho que está correta a postura do Estado nesse sentido. Pode ser que a sua comunidade venha a fazer o convênio com o governo do estado. Você tem que apresentar o seu projeto de trabalho. Está correto o Estado de exigir isso das comunidades que queriam por ventura receber seus dependentes e os recursos necessários para isso. Isso é importante.

Você descentraliza o trabalho, você tem mais unidades que vão estar atuando nessa área. Mas é preciso ter sim, eu concordo, esses cuidados, se não, deputado, às

vezes podemos correr o risco de ter só a influência religiosa. O Estado não pode, enquanto uma entidade abstrata, fortalecer essa ou aquela religião, ele tem que ter uma postura de equilíbrio, neutralidade em relação a isso, pelo que estou entendendo que a Gleuda está colocando.

Então acho interessante isso. Isso faz, inclusive, com que as comunidades terapêuticas se melhorem, aprimorem seu trabalho, façam esse debate, façam essa discussão e se preparem para apresentar um projeto e um plano de trabalho para a Secretaria.

A luz de todas essas exigências conceder, que aquela entidade possa participar do programa ou não. Essa é a grande discussão.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Obrigada deputada.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Eu sei deputada, corretamente. Também concordo com isso, a posição do Estado é perfeita. Eu digo apenas em restrição porque como eu disse e repito, nós que tratamos com isso vemos que na teoria, deputada, é muito bonito o discurso. Mas quando você vai para a entidade religiosa que trata, é inevitável que você vai sempre chamar aquele que está lá para participar do culto, da reza, da missa. Acontece. Isso é natural.

E eu digo e repito, 50% do tratamento de uma entidade que tem cunho religioso é tratado 50% com a religião, é inevitável. No discurso podemos até arrumar e dizer que é bonito, tem a questão de terapia, psicólogos, enfim. Mas 50% é tratado com a religiosidade, é inevitável. Digo por inúmeras que eu conheço. Estamos há 16 com as unidades de terapia de dependentes químicos, então é inevitável.

Até mesmo quando você tem, no caso, nós tínhamos um asilo de 70 velhinhas que cuidávamos na cidade de Cubatão, cidade que tem a prefeita do PT ali, que é nossa amiga. Ali nós também com 70 velhinhas que eram afastadas das famílias, 50% do tratamento, da psicologia, era através da religião.

No diálogo é muito bonito, mas quando vamos para a realidade, a religiosidade é o que trata 50% desses casos de associações que tratam indivíduos. Eu sei porque frequentamos bastante e são feitos esses trabalhos ostensivos.

Minha única dúvida era quanto à restrição, para quebrarmos alguns... Porque na realidade, quando você vai no dia-dia, não falo especificamente o seu programa, o programa que a senhora está colocando.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim, claro.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Mas com outros programas no estado, nos municípios choca bastante.

O SR. - Eu gostaria de fazer algumas perguntas. Num total, nas comunidades terapêuticas...

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - É que eu não concluí... Posso só? Tenho só um ponto que eu não consegui concluir. Só para fechar o programa como um todo. Se não entramos nas perguntas... Posso fazer isso deputado? Desculpa, deputado. Posso fazer isso? Se não vocês podem perguntar coisas que eu ainda não falei, aí concluimos. Eu queria só completar isso.

Então na reinserção social nós temos essa retaguarda, terminando a questão da comunidade terapêutica e na questão da qualificação profissional, e no fortalecimento de famílias, porque isso é importante eu passar para vocês que é da nossa responsabilidade o que chamamos de fortalecimento e resgate dos vínculos familiares.

Essa ação do fortalecimento e resgate dos vínculos familiares é uma estratégia que nós adotamos junto com os grupos mutuoajudas e dentro do (ininteligível) da assistência social. Hoje nós temos o trabalho, que nós chamamos de Recomeço Família, para ficar mais fácil esse entendimento, nós entendemos que grande parte do processo de recuperação dos dependentes químicos também é você conseguir recuperar os vínculos e o fortalecimento desses dependentes com suas famílias.

Isso também depende de uma estratégia, porque às vezes o próprio familiar também tem um problema, que chamamos de codependência. Esse termo codependência ainda não é um termo na área de saúde, porque não existe codependência, mas é um termo social porque a família fica também comprometida com o dependente químico na questão dos seus manejos.

Então a metodologia que estamos adotando no acompanhamento de familiares, que também é um serviço específico, é fortalecer os equipamentos de (ininteligível), que são os centros de referência de assistência social e os (ininteligível), que são centros especializados no assistente social dando a essas pessoas a habilidade aos profissionais

desses equipamentos no manejo das famílias que tem problema de dependência química.

Além da área da saúde, que já tem os Caps que fazem isso, os Caps têm o acompanhamento biopsicossocial desses usuários ou de sua família, mas nós estamos desenvolvendo a política (ininteligível) nessa lógica na questão do fortalecimento das famílias.

Nós temos um modelo em São Paulo, uma experiência piloto que foi encomendado dentro dos CICs, que são centros de integração da cidadania, vinculado à Secretaria da Justiça. Lá nós temos uma equipe que faz o acompanhamento de familiares. Então quero colocar à disposição, se vocês gostariam de conhecer e visitar, é importante para vocês saberem o que fazemos nesse acompanhamento familiar.

Por último é importante colocar que chamamos de acesso à cidadania, um dos eixos do programa, que vocês devem ter ouvido falar bastante, que foi o plantão jurídico e implantado em São Paulo, que é uma conjunção de uma parceria do governo do estado com sistema de justiça, de direito.

Então nós temos dentro do equipamento da saúde profissionais da área de justiça, representação do tribunal de justiça, Ministério Público, defensoria pública, OAB, e que no equipamento de saúde eles acompanham os casos das pessoas que sofreram alguma violação de direitos. Ou que tenha alguma situação de resgate da sua cidadania.

Vai desde a mãe que perdeu a guarda porque estava no processo de dependência, então quando ela está recuperada ela quer rever a guarda da criança que está com algum familiar, um dependente que tem pendências com a justiça, então ele entra num processo que chamamos de justiça restaurativa, o juiz abranda a penalidade a ele, desde claro que não sejam crimes graves ou hediondo. A penalidade dele, desde que ele esteja em um processo de tratamento.

Então o sistema de justiça para nós funciona muito mais como uma mediação da relação, do acesso à justiça, dessas pessoas que também tem algum agravo, sofrem alguma coisa e também na questão de sua própria documentação legal. CPF, RG... Porque essas pessoas acabam, quando estão na dependência, em condição de rua, elas acabam tirando toda essa condição de cidadania.

E por último, nós temos o que chamamos de revitalização de cenas de uso. O maior exemplo que temos é a questão da Cracolândia em São Paulo, que é uma cena de uso, acho que a maior do estado. A revitalização das cenas de uso é uma conjugação de esforços de políticas, tanto do estado, quanto do município, nessas áreas, assistente

social, saúde e justiça, para que essas pessoas tenham uma condição que chamamos de acesso a uma vida digna.

Então retirados da condição de rua por dependência química e colocado numa condição de tratamento para sua dependência química. Eu só queria concluir o programa dessa forma, quer dizer que temos em cada eixo uma estratégia diferente para cada ação.

Era isso que eu queria expor para vocês. Obrigada.

O SR. WELSON GASPARINI - PSDB - Eu gostaria de fazer algumas perguntas. Quantas pessoas no total são atendidas por toda essa estrutura? Tanto na capital, como no interior, somando o estado de São Paulo. Quantas pessoas?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Para cada tipo de serviço tem um tipo de informação. Posso trazer dados depois para vocês, especificamente. No

O SR. WELSON GASPARINI - PSDB - Mais ou menos...

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - No caso das comunidades terapêuticas, por exemplo. Já passaram pelas comunidades terapêuticas nesses três anos aproximadamente seis mil pessoas.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Vamos pedir então ao secretário da comissão se puder fornecer todos os dados para nós.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Nós temos um boletim, que chamamos de balanço de três anos do programa, que era importante... Nós estamos fechando essas informações.

O SR. WELSON GASPARINI - PSDB - Em média qual o prazo que se consegue a recuperação?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Como eu estava explicando para o senhor, cada caso é um caso. Temos dentro do programa as estratégias de tempo da pessoa dentro do programa de acordo com os serviços, então vou dar um exemplo.

Para leitos e desintoxicação existe um protocolo de saúde que estabelece o tempo da internação para desintoxicação. Nas comunidades terapêuticas nós estabelecemos um prazo de seis meses podendo ser prorrogado por mais seis meses o tempo de permanência da pessoa.

O SR. WELSON GASPARINI - PSDB - Existe fila atualmente para poder ingressar na recuperação?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Conforme a demanda vai surgindo. Nós não temos pessoas entre aspas aguardando para ir para um serviço. Conforme há uma necessidade e uma demanda nós vamos atender. Para você ter uma ideia, nós temos sempre essa (ininteligível) de entrada e saída de dependentes de 100 pessoas. Então há uma rotatividade de 100 vagas que sempre conseguimos manter.

O SR. WELSON GASPARINI - PSDB - Mas não há fila então? Se uma pessoa quiser ser assistida, ele será atendido?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim. Cada serviço você tem, claro, um protocolo específico.

O SR. WELSON GASPARINI - PSDB - Certo.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Estou colocando que no caso da internação e desintoxicação não há fila, porque nós temos uma retaguarda de leitos para desintoxicação que foi aumentada por conta do programa. Nós somos uma... É que vou falar tudo de cabeça aqui, mas são quase duas mil vagas que nós temos hoje, envolvendo leitos de desintoxicação...

O SR. - (ininteligível)

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Obrigada, deputado. Estou falando de cabeça, mas...

O SR. WELSON GASPARINI - PSDB - Só mais uma pergunta também. Quais as drogas, qual a origem dessas pessoas que são assistidas? Regra geral, quais são as drogas mais usadas por eles? Que levaram à necessidade de internação.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - A questão da internação passa por essa avaliação do médico psiquiatra e ele faz a avaliação do grau de intoxicação da pessoa, não pelo tipo de droga que ela usou, mas a condição que ela está na sua dependência. Mas é claro que temos um agravo maior na questão do crack, mas essas pessoas geralmente passam por outras drogas também. Então você nunca vai trabalhar com o atendimento de uma pessoa que só usa crack.

Ela já usou cocaína, álcool, usa o álcool ainda. Mas a questão das drogas é realmente bem variada entre os usuários dependentes químicos. Há uma predominância nesse acompanhamento que fazemos pela questão do crack mesmo, mas não dizemos que só trabalhamos com usuários dependentes de crack, dizemos que trabalhamos com usuários dependentes de drogas ilícitas. As lícitas, no caso o álcool também temos o atendimento.

O SR. WELSON GASPARINI - PSDB - No caso o viciado em fumo tem assistência também?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim, nós chamamos de política de tabaco. Inclusive ontem foi o dia mundial...

O SR. WELSON GASPARINI - PSDB - Sem tabaco.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sem tabaco. Toda a política de enfrentamento da dependência química, o tabaco é um tipo de dependência química, mas uma dependência química lícita, como o álcool.

A política do tabaco já é uma normativa nacional, então você não interna uma pessoa porque ela consome tabaco, mas você faz um tratamento de saúde para ela deixar de consumir o tabaco. Hoje, inclusive no próprio serviço de referência nossa do CRATOD, o Centro de Referência de Tabaco e Outras Drogas, o nome já é isso, ele tem toda uma equipe que faz acompanhamento de pessoas que queiram parar de fumar, que chamamos de equipe de apoio de tabaco.

O SR. WELSON GASPARINI - PSDB - Só uma última pergunta. Qual o percentual de recuperação que realmente se consegue? Nesse caso do tabaco, do crack, a pessoa internada recebe assistência? Existe uma estatística?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Como eu tenho uma formação socióloga eu fico sempre com cuidado de dar indicadores, índices ou percentuais porque você precisa ter uma base científica para poder dizer isso. Há estudos na área de saúde que mostram o processo de recuperação de acordo com o tipo e grau de manejo de tratamento dessas pessoas.

Então dependendo do tipo de retaguarda de saúde clínica que é dada a essas pessoas, você tem um índice que se recuperam e entram no processo de acompanhamento ambulatorial. Dependendo do tipo de manejo você não recupera em um tratamento ambulatorial.

Essas informações eu gostaria de não responder em percentuais porque eu teria que fazer um levantamento dos estudos que fazemos sobre isso e falar sobre eles. Eu não trouxe esse tipo de informação. Mas existem estudos que falam sobre isso.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Antes de continuarmos essas perguntas, gostaria de registrar a presença do deputado Paulo Correa, que chegou um pouco depois do início da nossa reunião, e do deputado Fernando Cury. Gostaria também, a título de ajudar e agilizar nossa reunião, estabelecer uma lista de inscritos para falar. Deputada Beth Sahão já pediu a palavra, não sei quem fala depois.

Gostaria de combinar com vocês, se possível fosse, só abrirmos alguns espaços dentro dessas falas para o deputado Wellington Moura, que é o relator, e de repente se ele precisar de alguma informação no momento, se vocês concordarem, para ele fazer algumas intervenções a título de...

O SR. WELSON GASPARINI - PSDB - Presidente, eu só gostaria de justificar minha ausência. Eu tenho uma reunião agora de importância, de um projeto de minha autoria que está sendo analisado. Mas parabênzo a Presidência e comissão por ter trazido sua presença aqui.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Obrigada, deputado.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Não, eu vou tocar.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Deputado Welson, a sua presença como membro dessa comissão enaltece nossos trabalhos. Tenho certeza que sua colaboração aqui será importantíssima para essa CPI. Muito obrigado. Essa Presidência agradece a V. Exa.

Deputada Beth Sahão.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Primeiro cumprimentar a Glenda e também dizer o seguinte. Vou começar pelo fim. Aquilo que o deputado Gasparini falou com relação aos números também me interessa bastante. Acho que poderíamos solicitar à sua coordenação que nos enviasse todos os dados referentes ao programa, sobretudo das estatísticas.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Ok.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Você colocou aqui o conteúdo das redes, de cada programa que vocês têm, etcetera. Acho que até por conta do trabalho da CPI, nós precisamos também dos números, isso é importante. Vou abrir uma parte para o deputado Paulo.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Só para esclarecer, deputado, uma pergunta que V. Exa colocou sobre a lista de espera. Não estou falando do programa em específico, mas falar do que acontece. Depende da região. A minha região, por exemplo, nossa casa atende 60 internos, mas temos 200 pessoas na lista querendo entrar. Então não é específico ao programa, é específico a epidemia, o que está acontecendo. Então depende e é muito específico de cada região.

Agora a segunda questão que V. Exa. colocou de qual é o índice de pessoas que são reestabelecidas para a sociedade. Em nossa experiência, o que temos nos casos, 80% conseguem o reestabelecimento.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Bem, então... Acho que esse trabalho nós sabemos que é uma tarefa às vezes bastante difícil, do ponto de vista da resolutividade. Essa resolutividade acho que também gostaríamos de saber. Sabemos que esses números infelizmente não são tão altos, porque a incidência também é grande.

Queria saber de você... Sabemos que toda política pública, e isso é uma política pública, ela precisa de recursos para ser gerida e desenvolvida. Nós sempre, por exemplo, agora na LDO, nós temos uma série de emendas que colocamos para tentar aumentar um pouco os recursos destinados a esses programas.

Não só ao programa que você coordena, mas outros programas que consideramos importantes para serem turbinados, do ponto de vista financeiro inclusive. Essa questão do investimento eu gostaria de saber. Qual a destinação de recursos para isso? E também o grau que vocês... Na experiência de vocês, qual o grau de dificuldade de trazer esses dependentes para as diferentes etapas desse programa?

Essa procura se dá de forma espontânea? Se dá por que vocês têm agentes nas ruas que tentam conversar e convencer as pessoas? Quais são os envolvimento dos familiares, ou se na maioria são dependentes que já quebraram? Porque há um momento em que você fala lá no fim, que vocês tentam recuperar os vínculos familiares, que sabemos que são importantíssimos no processo de recuperação e força para dar a eles, para que eles possam tentar sair dessa dependência.

Qual é esse trabalho efetivo que se pode fazer? Os municípios você citou que são a Baixada e São José do Rio Preto. Primeiro gostaria de saber se tem mais municípios pelo interior. Sabemos que, embora São Paulo seja a cidade mais populosa do país, e ela merece de fato ter uma estrutura muito maior que qualquer outro município desse estado, mas de qualquer modo também sabemos que esse problema está presente em vários municípios.

Quando vocês se referem a São José do Rio Preto, eu queria saber se quando vocês colocam esse programa com convênio e entidades em uma determinada cidade, ela pode também receber dependentes dos municípios vizinhos? Ou não? Isso é apenas restrito àquele município que o programa está indo? E se tem perspectiva também para que isso seja adotado e implantado em outras cidades.

Com relação ao plano de trabalho, acho que é uma responsabilidade sim da Secretaria receber todos os planos de trabalho, fiscalizar a execução desses planos de trabalho e acompanhar os resultados, porque é isso que queremos. Quanto mais, por exemplo, ele acabou de dizer que na entidade dele tem 200 pessoas esperando. Se eu ver

lá na minha cidade que tem uma comunidade terapêutica que é administrada por um padre, certamente também tem lá... Se não tiver mais do que isso, porque recebe pessoas de tudo quanto é lugar, não só de Catanduva que é onde moro.

Então quero saber se tem essa perspectiva de ampliação e como está funcionando essa concessão de vocês poderem ampliar esse processo de convênio com outras entidades. Os critérios eu compreendi perfeitamente, só quero saber se está no programa de vocês, futuro ou a média longo prazo, ou a curto e médio prazo, essa perspectiva de ampliação.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Posso já responder tudo?

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Claro.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Primeiro a questão do investimento. Quando o programa foi lançado em 2011 pelo governador a primeira intenção era fazer uma ampliação só de vagas em leitos de desintoxicação. Então naquele primeiro momento houve uma expansão dentro dos leitos de desintoxicação dos convênios que o Estado tinha com hospitais, para garantir essa ampliação de vagas.

No decorrer da execução disso, de entendimento do nosso, o que era uma política sobre drogas, que não era só garantir o leito de desintoxicação, mas garantir toda essa estrutura de retaguarda. Nós do grupo gestor, que já havia na época, mas eram só três secretarias, sendo assistência social, justiça e saúde, fizemos uma proposta dentro do orçamento do Estado, que tivesse uma rubrica específica para o Programa Recomeço.

Então garantimos no Programa Recomeço uma rubrica específica para execução de serviços, que não são serviços específicos de saúde, porque a rubrica de saúde está dentro da lógica do SUS, tem toda uma normatização de pagamento de leitos. Então nós pedimos essa rubrica para essas ações complementares.

Hoje eu diria para a deputada que existe um orçamento, que também vou falar de cabeça, mas em torno de R\$ 50 milhões do programa para desenvolver todas essas outras ações das outras secretarias. Nossa secretaria, por exemplo, tem R\$ 20 milhões dentro desse orçamento, que divide entre todos esses serviços que executamos.

Essa condição orçamentaria para nós também foi importante para dar mais condição de operação de um programa, porque...

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Desculpa interrompê-la. Os R\$ 50 milhões são para cinco secretarias que você citou no início?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Na verdade ela começou para as três secretarias. Saúde, desenvolvimento social e justiça, porque quando foi criado a rubrica, que também foi uma coisa nova no planejamento, sendo a primeira vez que você teve um programa intersecretarial que se dividiu o orçamento entre três secretarias para a mesma finalidade.

A gestora hoje da rubrica orçamentaria do Programa Recomeço é a Secretaria de Saúde. Então se vocês forem pesquisar no orçamento do Estado, vocês verão que está vinculado à Secretaria de Saúde. Mas tem a composição da fonte, que pode ser fonte oito, que é da nossa, ou fonte dez, que é da saúde. Então tem essa divisão.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Então a responsabilidade geral do programa está subordinada à Secretaria de Saúde, é isso?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Não, está subordinada no Desenvolvimento Social. É porque a Saúde tem a parte do tratamento.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Ata.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Vamos dizer que a maior gama de necessidade é na área de tratamento.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Entendi.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Mas a gestão do programa está sob o Desenvolvimento Social, que é por conta de ser uma política que dá a garantia da intersetorialidade, porque a Saúde tem uma finalidade específica, que é o tratamento. O Desenvolvimento Social garante que você percorra essas outras políticas sociais para garantir um melhor atendimento dessas pessoas.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Vocês precisam de alguma autorização da Secretaria de Saúde para integrar o programa às entidades?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Não. Não entendi a autorização. Mas...

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Na verdade, assim... Nós temos alguns problemas quando se trata de Secretaria da Saúde, porque é mais complexo a fiscalização, enfim. As camas, o que existe da área de saúde. Existe algum critério lincado com a Secretária de Saúde para o programa ser estabelecido com a entidade, ou não?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Não. A única exigência que fazemos é a vigilância sanitária. Não sei se é isso que o deputado está querendo dizer...

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - É.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Então é uma exigência que seguimos, da vigilância sanitária.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Só essa.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Isso. Agora, financeiramente, há uma diferença. Então nós executamos diretamente o convênio com as comunidades, então um processo é aberto na Secretaria. E a Saúde faz também o seu processo aberto. Então não há uma...

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Um paralelo.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Não há uma vinculação de hierarquia. Não sei se era essa pergunta, mas...

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Essa... Justamente.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - A questão das dificuldades, deputada, realmente são muitas. Como eu estava dizendo no início, é um programa novo que vem de uma proposta de política pública nova. A política sobre drogas no

Brasil é muito nova também, então existe uma secretaria nacional, hoje vinculada ao Ministério da Justiça.

Eu diria que as dificuldades são dentro da questão de gestão. Então o entendimento das políticas setoriais sobre uma política temática, que é um processo que nós o tempo inteiro tentamos sensibilizar as outras políticas setoriais sobre a complexidade dessa política temática sobre drogas. Digo isso desde o âmbito dos profissionais da área de saúde, ligada mais a saúde mental, por exemplo, que não reconhecem algumas ações de política sobre drogas como responsabilidade e competência de outras políticas setoriais.

A dificuldade de a própria gestão municipal não entender que tem que ter toda uma estratégia de não expulsão dessas pessoas da condição delas como dependentes, uma pessoa que tem um problema de saúde, que precisa de cuidados e não repressão. Esse entendimento nós fazemos o tempo inteiro na relação com gestores, então o que fazemos como estratégia...

Vamos até as regiões onde vemos quê... por exemplo, se dá para... Se é o acesso até a comunidade terapêutica é via um serviço de saúde, porque ele tem que ser referenciado, os profissionais de saúde não podem negar esse acesso porque é um direito do cidadão ter um acesso a ele. Mas por uma questão de não reconhecimento desse serviço, fala: “Não vou encaminhar ninguém para aquela comunidade terapêutica porque não reconheço a comunidade terapêutica como parceira de um processo de tratamento”.

Então o que fazemos? Vamos até o local e mostra na prática que a comunidade terapêutica tem essa obrigatoriedade de ter profissionais lá dentro, que fazemos um monitoramento do que elas estão fazendo, temos uma equipe que chamamos de equipe de visitantes, que visitam todo mês as comunidades terapêuticas, em dias e horários diferentes, para saber exatamente como elas estão trabalhando. Se a equipe está lá... E claro, sempre tem alguma outra, como sempre estamos ajustando para melhorar a condição delas.

A dificuldade, em um primeiro momento, eu diria que é o reconhecimento de uma estratégia de rede de serviços para atendimento do dependente químico. Essa é a maior dificuldade que temos, e que às vezes passa também a ter entendimento dessa dificuldade. Vou dar exemplo de uma prefeitura que fomos visitar, às vezes até chegamos a falar com o prefeito. “Olha, tem problema da questão da dependência química aqui, o senhor tem que dar acesso a essas pessoas.

Temos acesso à serviços, essas pessoas têm que entrar para a rede de saúde”, e eles falam “Não, na minha cidade não tem dependente químico. Quando tem dependente químico aqui eu mando para a cidade... Faz tratamento”, e digo “Não, mas a pessoa não pode ser mandada para outra cidade. O senhor tem que acolher na sua própria cidade”.

Então isso é um aprendizado que os municípios estão tendo para lidar com esse problema, porque é um problema muito difícil mesmo de as prefeituras lidarem. Quando falo da questão da epidemia, é no sentido do conceito sociológico mesmo. Hoje há uma epidemia e temos que dar respostas mais rápidas para essa epidemia.

E as respostas passam pelo entendimento do que é a dependência química. Vai desde a questão do preconceito, quem é o dependente químico? “Ah, é um vagabundo. Estão lá porque quer. Usa drogas porque não tem outra coisa para fazer...” Então há um preconceito com o dependente químico.

Quando ele está em recuperação há o preconceito da recuperação, os estigmas. “Não, ele não pode entrar na minha empresa porque é dependente químico. Ele vai roubar”, porque entende-se dependência química como um ato infracional. Então essa dificuldade conceitual, e essa CPI é importante para isso, é trazer uma sensibilização e esclarecimento para a sociedade.

Estamos falando de indivíduos que precisam de cuidados. Claro, óbvio que têm traficantes... Mas aí é a o sistema de justiça, segurança pública que deve dar conta dessa população. Estamos falando de uma população que precisa de cuidados sociais e de saúde. Então percebemos que avançamos muito nesse entendimento, inclusive com os municípios.

No começo era muito mais difícil, a dois, três anos atrás. Parece muito tempo, mas a dois, três anos atrás nós tínhamos muito mais dificuldades em ter esse diálogo dentro dos municípios. Hoje nós já conseguimos que alguns municípios inclusive tenham rede gestora local para discutir política sobre drogas, têm conselhos municipais, reconhecem as comunidades terapêuticas. Mas isso em um esforço coletivo.

A senhora estava dando o exemplo da sua cidade...

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Exato.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Nós temos lá uma parceria com as comunidades terapêuticas, no Padre (ininteligível)...

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Não, aquele é perto de Mirassol.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - É, Mirassol, aquela região. Ele tem essa preocupação...

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Jaci.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - (ininteligível)

A SRA. BETH SAHÃO - PT - O município é Jaci.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - É, que tem essa preocupação também. Então o que começamos a trabalhar? Na questão da dificuldade, é superar primeiro os preconceitos, superar o modelo de gestão que até então tinha, que era ou a família entende que essa pessoa precisa ser internada, tirada do meio dela porque não consegue dar conta do problema que aquela pessoa tem com a questão da dependência.

Então até explicar que a questão da pessoa não é ser internada em algum lugar, mas ser acolhida e tratada para o seu processo de recuperação. Nós no Programa Recomeço que as cenas de uso não devem ser mantidas, no sentido de a pessoa estar lá porque ela precisa de uma condição mais digna para ficar naquele local, que é o nosso grande contraponto com o município de São Paulo. As pessoas devem ser tiradas dali, e não serem trabalhadas no mesmo local, porque você tem a codependência do próprio ambiente em que elas estão.

Essas questões, que são...

A SRA. BETH SAHÃO - PT - É uma questão de método também, não é?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - É isso. Essas questões acabamos levando para os municípios. “Não é você levar seu dependente para outra cidade para trata-lo, o senhor tem que dar conta de tratar dele aqui”, claro, com a ajuda do Estado. Temos que dar retaguarda de serviços, tem que dar essa condição dos leitos, porque muitas prefeituras falam “Ah, mas não tenho para onde mandar quando ele está intoxicado”.

Sim, então temos uma referência agora pelo sistema CROSS, da saúde, para referenciar os leitos de desintoxicação no estado inteiro para encaminhar as pessoas. Não necessariamente é no próprio município, mas se tem uma rede de retaguarda. Essa é hoje a nossa dificuldade, a questão de gestão e conceitos.

A outra questão que a senhora colocou é o papel dos familiares, como trabalhamos com isso. Como estou desde o início da proposta do programa, houve uma mudança, inclusive, do comportamento dos familiares. No começo do programa quem acompanhou pela mídia viu que as famílias chegavam em centenas no CRATOD, o centro de referência aqui na capital, pedindo a internação de seu parente. “Preciso internar, preciso internar”, e compulsoriamente. Quer dizer, contra a vontade e sobre a tutela do Estado.

Quando começamos a mostrar aos familiares que essas pessoas não devem ser retiradas do seu meio, mas serem fortalecidas onde elas estão, começamos a fazer esse trabalho, que foi bem formiguinha, mas conseguimos muito gradativamente mostrar a esses familiares o papel e a importância que eles tinham, inclusive no processo de recuperação dessas pessoas. Não era excluindo eles, mas incluindo em uma proposta de responsabilidades.

Isso melhorou muito. Claro, ainda temos esse conceito assim. O familiar pede para internar e às vezes chega no equipamento da saúde e fala “Eu quero internar, não aguento mais ver ele em casa”, porque realmente é verdade, ele passa por várias privações em casa. Mas o cuidado que devemos ter é que até essa retirada da pessoa da relação familiar é para fortalecer essa família, e não tirar para uma questão só de alívio que essa pessoa vai ter porque ficará temporariamente fora de casa. Ela vai voltar e no ciclo os problemas vão voltar. Então isso conseguimos melhorar bastante.

A questão da perspectiva que a senhora estava colocando, há um planejamento nosso de termos uma cobertura no estado de maneira descentralizada, tanto de forma regional, por conta de porte de municípios, então não é colocar toda a condição dentro do município, mas garantir que de acordo com o porte ele tenha a retaguarda de serviços para esse acompanhamento, como também os serviços municipalizados.

Então há uma perspectiva de ampliação de vagas que temos para o processo de recuperação e para a questão dos leitos de desintoxicação. Hoje a cobertura de leitos, o Estado tem espalhado nos hospitais do estado inteiro, então há uma condição de retaguarda que ainda entendemos que precisa ser ampliada. A ideia, inclusive, da

Secretaria de Saúde é ter 10% dos leitos dos hospitais gerais para a desintoxicação, então isso é uma proposta que alguns hospitais já fazem.

Nossa ideia é na questão da retaguarda em perspectiva é que consigamos ampliar as coberturas e atendimentos. Começando desde o nível da prevenção, oferecendo aos municípios práticas (ininteligível) diárias de prevenção. Outro exemplo que temos agora dia 29 de junho um seminário de boas práticas de prevenção de políticas sobre drogas, que estamos convidando algumas prefeituras que tiveram êxito em seus projetos preventivos e algumas ações de iniciativas do terceiro setor que também tiveram êxito.

Vai desde as questões das boas práticas, e o Estado fortalecer as redes municipais da saúde, da cultura, do esporte, dessa retaguarda mais de prevenção, até os finalmente, que são as cenas de uso. É dar condição, que essas cenas de uso, que às vezes isso que a senhora colocou é verdade, os municípios têm dezenas, centenas de pessoas, mas que já provocam uma condição que aquela prefeitura precisa revitalizar aquele território, dando uma resposta para aquelas pessoas.

Então auxiliamos um pouco nisso, desde a questão de orientação de como melhorar a questão urbana daquela cidade, o reconhecimento do problema, a comunidade se envolvendo, passamos por isso. Então a nossa perspectiva é que consigamos ampliar o programa no sentido tanto conceitual, do que as pessoas entendem a política sobre drogas como uma estratégia que deve fazer parte da agenda das gestões, numa política temática, como também da ampliação de rede de cobertura de serviços.

Isso tudo, claro, depende de orçamentos. Até vou fazer um apelo aos deputados que quiserem fazer emendas para o Programa Recomeço, fiquem à vontade...

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Olha, só para... Nós na verdade já estamos protocolando, só faltou assinar, três emendas para o Recomeço, da Secretaria de Desenvolvimento Social, da Saúde e da Justiça.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Que bom, obrigada deputada.

A SRA. BETH SAHÃO - PT - Aumento de meta, não é?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Isso. O que precisamos é aumentar a cobertura. A proposta do governo é chegar ao atendimento de cinco mil

vagas. Nós temos hoje 3.300 vagas de cobertura, e a proposta é chegar a cinco mil vagas para essas coberturas.

Claro que cinco mil vagas, como expliquei para vocês no início, são muito mais pessoas que passam pela vaga, mas para nós isso daria uma cobertura um pouco maior no território.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Pois não, deputado.

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Obrigado, deputado Adilson Rossi. Vamos lá. Quanto tempo o Programa Recomeço existe? A senhora tem um?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - O programa, criado formalmente por decreto do governador vai fazer três anos.

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Três anos, perfeito. E quantas pessoas já foram recuperadas durante esse tempo? Vocês têm uma estimativa?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Eu posso trazer essas informações, mas quando o senhor fala “recuperadas” nós falamos de pessoas que foram acolhidas pelo programa.

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Acolhidas...

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Não necessariamente são recuperadas, mas chegamos em torno de 40 mil pessoas que passaram pelo processo dentro do programa. Desde a área de abordagem, leitos de desintoxicação até o acolhimento (ininteligível). No acolhimento nós tivemos em torno de umas sete mil pessoas que passaram.

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Que passaram... Mas que saíram das drogas?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Quando o senhor fala em recuperação, para nós significa, a pessoa é um dependente químico, mas ela não tem

mais o uso abusivo da droga. Então ele pode continuar fumando tabaco, então ele continua sendo um dependente químico de uma droga mais...

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Aqui é a CPI da epidemia do crack.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Isso, mas é que nós... O programa trabalha com todas as drogas ilícitas. O crack é uma das drogas que acolhemos porque ele é um dependente de crack. Mas acolhemos inclusive dependentes de álcool.

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - A senhora havia falado que não há uma fila de espera para esse programa. Fico pensando aqui... Vou dar um exemplo. Qual o trabalho que é feito por vocês na Cracolândia? Exemplo porque é um lugar que passa, em média, dois mil frequentadores diariamente. A fonte é do DENARC, Departamento de Investigações de Narcóticos da Polícia Civil do estado de São Paulo.

Qual o trabalho feito tanto lá na Cracolândia, o que vocês têm ajudado a prefeitura de São Paulo, claro que a prefeitura tem parte, não podemos tirar esse mérito, mas o governo do estado também tem uma grande parte nisso. Queria saber o que vocês têm feito para poder recuperar.

E se não há uma fila de espera, qual o serviço de vocês para trazer os dependentes químicos, sendo que só na cidade de São Paulo existem 15.905 pessoas que moram na rua. Essa fonte é da Fipe, Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - É, em 2015.

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Então como pode haver 15 mil pessoas que estão na rua, porque eu também faço trabalho com moradores de rua e nesse trabalho que atendemos moradores de rua muitos querem sair das drogas, querem uma força, ajuda e não sabem como. Fico pensando... Tem um programa como esse. Como um programa como esse não chega a essas pessoas que moram na rua? Então queria só uma explicação.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Ok. O senhor entrou em alguns pontos que é importante o entendimento não só conceitual, mas o entendimento da

operação de tudo isso, de um programa desses. Primeiro entra na questão da relação de gestões...

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Desculpa, cortando. Estou fazendo essas perguntas... Exemplo, o deputado Paulo Correa tem uma associação que de 60 pessoas, tem 200 esperando. Como pode ter um convênio pelo Estado de São Paulo... (ininteligível)

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Eu entendi. Primeiro começa pela questão mesmo da informação e do reconhecimento. Isso é básico para todas as políticas públicas, a população saber que existe essa política pública. Acho que a questão de informar que isso é importante porque pega em todas as áreas. Sabemos que há uma dificuldade muito grande da população reconhecer.

O nosso papel também é de cada vez mais divulgar, informar que existe um programa de política sobre drogas no estado, qual a finalidade desse programa... Quando digo que não há fila de espera é porque o programa dá acesso às pessoas a quem necessita e procura, tanto a procura espontânea, que dizemos... A pessoa vai lá no local, como há também a oferta de convencimento, que são as abordagens de rua.

A exemplo da Cracolândia, nós temos uma equipe, que são conselheiros de rua. Pessoas que tentam convencer a pessoa a ir para um processo de tratamento. Toda ação que nós fazemos são ações voluntárias, então a pessoa vai voluntariamente. Ela não vai ser encaminhada à força, tem que querer ir. Quando ela quer ir sempre tem vaga disponível, temos que acolher na hora porque o dependente químico tem essa questão do tempo diferente de nós.

Se você não der uma resposta para ele naquele momento, ele pode ter uma nova recaída e se perder no processo. Quando falo que não há fila de espera é porque quem precisa, quem procura essa ajuda, damos resposta rápida para ela poder ter.

No caso de uma condição involuntária ou compulsória aí é outra questão. Um involuntário é o familiar que pede por aquela pessoa, então é feita uma avaliação clínica se realmente aquela pessoa precisa de uma desintoxicação porque ela está comprometida no grau de dependência dela e no caso da compulsória é quando a pessoa coloca em risco a própria vida, numa condição que o sistema de justiça dá ao estado a tutela de acolher aquela pessoa em tratamento de desintoxicação.

Todo nosso trabalho acolhe essas pessoas quando elas vão voluntariamente, quando querem ir para um processo de tratamento. A diferença que eu colocaria de mais relevante, é que o acesso aos serviços de políticas sobre drogas, a porta de entrada é sempre um serviço de saúde. O serviço de saúde, no caso os municípios, porque estamos em uma rede municipalizada, tanto a área da política social quanto a área da política de saúde, seguimos a normatização do sistema único, o SUS e o SUAS.

As ações municipais, no caso eu dei o exemplo da população de rua, também fazendo um paralelo e isso não significa que toda a população de rua é um dependente químico, ele pode ter uso abusivo do álcool ou de outras drogas, mas não necessariamente ele está numa condição de dependência química, porque ele saindo daquela condição ele melhora sua condição de vida. Ele teria que ter acesso a serviços de proteção social.

Quando ele está em um processo de tratamento que isso já acontece os Caps fazem a referência dessa pessoa. Ele é atendido no serviço de saúde municipal ou às vezes ambulatorial, ou uma desintoxicação de curta duração, mas os Caps fazem o acompanhamento dessa população.

No caso de São Paulo eu conheço por conta da nossa conversa com o município. O município tem algumas integrações das políticas municipais de saúde e assistência social, mas se dá conta ou não dá conta é uma outra referência. Mas que há uma necessidade de integração de políticas públicas na hora da execução da oferta de serviço para essas pessoas, isso já sabemos.

Agora enquanto Estado, o governo de São Paulo, o que fazemos? Nós ofertamos a retaguarda que chamamos da alta complexidade. O que é alta complexidade? Os leitos de desintoxicação, o processo de acolhimento institucional, as comunidades terapêuticas. Essa alta complexidade que nós tentamos dar a garantia, não só para o município de São Paulo, quanto para o estado.

Quando eu digo que não fila é nesse sentido. Tantos os municípios que passam pelo serviço de Caps ou uma OBS e solicitam a vaga para o acolhimento dessas pessoas em comunidades terapêuticas, nós temos uma rede de comunidades terapêuticas e chamamos de referência de fluxo. Essas pessoas são referenciadas num fluxo e encaminhadas.

Geralmente o que evitamos? Mandar de um município para o outro, então no caso dos leitos de desintoxicação não, porque você não terá em todos os municípios um hospital, mas a ideia é que se referencie naquela região, naquele território. Então você

tem um serviço referenciado naquele território, uma rede local. A pessoa vai buscando a oferta deles.

Não sei se estou te respondendo no sentido de como ofertar esse serviço a essas pessoas, mas há essa preocupação nossa, tanto no atendimento da condição de rua, então o Estado tem uma atuação inclusive por conta de um termo de cooperação com o município de São Paulo, assinando entre o governador e o prefeito para a questão da Cracolândia.

Ali nós oferecemos a retaguarda do acompanhamento que chamamos de acompanhamento de tratamento, então o CRATOD é referenciado. Também seria um convite vocês conhecerem o Centro de Referência que nós chamamos de nosso braço operacional de tratamento da dependência química do Programa Recomeço, que fica ali na Luz.

Nós temos uma unidade chamada Unidade Helvetia, que é uma unidade de convivência social, um processo que aproximamos as pessoas. A ideia é traze-las voluntariamente para o processo de tratamento, então essa unidade Helvetia, esse prédio, que funciona na Rua Helvetia mesmo, no núcleo da Cracolândia, existe uma equipe de profissionais da área de saúde, área social, que trazem essas pessoas para um processo de convivência.

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Isso é feito diariamente?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Diariamente.

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Quantas pessoas mais ou menos que vão fazer essa abordagem?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Eu prometo que eu trago os dados. Eu só estou falando de cabeça.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Eu gostaria de solicitar à Gleuda para que mandasse para nós essas informações que ela tem por escrito, até para alimentar nosso banco de dados para o relatório final. Acho importantíssimo.

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Seria importante ela vir com os dados. É bom avisar, Sr. Presidente, as próximas pessoas a virem já com os dados, porque vamos sempre perguntar.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Perfeito.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Pela ordem.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Gostaria só de salientar. A assessoria informou para nós que (ininteligível) dia 29 vai ser fechado um balanço. É isso, se não me engano?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Não, dia 29 nós faremos um seminário estadual de boas práticas de prevenção, para mostrar às organizações e municípios quais atividades preventivas eles poderiam desenvolver para evitar a questão tanto da prevenção primária, secundária e terciária para a questão da dependência química. É um seminário.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Sugerir ao Presidente que nós possamos estender o convite aos demais parlamentares membros dessa CPI para que, quem tiver interesse, participar. Acho que é muito importante a Assembleia Legislativa estar presente, já que estamos discutindo esse assunto.

E a última questão apenas. Existem quantos equipamentos construídos para atender a demanda? O deputado que estava aqui ao meu lado que se retirou, o Fernando Cury, disse que parece que Botucatu foi a primeira cidade a ter um equipamento construído. Procede isso? É um hospital?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - É um hospital. Botucatu tem um... Chamamos de hospital híbrido, integrado, tanto na lógica do tratamento que é a desintoxicação, quanto na lógica do acompanhamento ambulatorial e da reinserção social.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Certo.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - É um modelo que realmente nós fizemos em São Paulo, que é o primeiro hospital específico e exclusivo para dependência química do estado de São Paulo. Mas hoje nosso modelo é adaptar os hospitais existentes no estado, porque realmente é um modelo muito caro para você constituir um hospital em uma cidade só para dependência química.

A ideia desse modelo de hospital foi importante para nós porque mostra um pouco isso, as etapas do processo da dependência química. Seria importante até se vocês tiverem oportunidade de conhecer, é uma referência nacional esse hospital.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Vou pedir e peço a ajuda de vocês do programa. Eu sou da Baixada Santista e sou especificamente da cidade de Santos, e Santos está um caos na questão do crack. Está uma epidemia gigantesca, e nós não temos, estamos tentando combater. E como eu disse, é levado para outros municípios, como o caso de Itanhaém, que hoje é o foco onde estamos instalados também.

Então vou pedir a ajuda de vocês para que possamos debater a prevenção, o tratamento, especificamente para a Baixada Santista que está um caos. E só convido para que vocês visitem a entrada da nossa cidade. Nossa região tem mais ou menos um milhão e 700 mil pessoas, então você imagina que não existe um programa. Esse programa não existiu.

O que fazer para combater? Precisamos muito da ajuda de vocês.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Obrigada, deputado. Eu só queria complementar que nós fomos convidados para ir na agência...

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Agem, Agência Metropolitana da Baixada Santista.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Isso, que tem uma câmara técnica específica de drogas.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Positivo.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - E dali saíram bons frutos, que foram exatamente garantir essa integração de políticas com o Programa Recomeço, políticas municipais, que dê conta da demanda da Baixada Santista. Isso é importante te contar, que estamos exatamente nesse processo com um fórum específico da Baixada Santista, porque realmente sabemos que ali acaba tendo uma demanda.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Até mesmo uma parceria, porque temos seis hospitais ali embaixo que poderia levar uma proposta de parceria para atender essa população.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim.

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Só um minuto, deputado Wellington. Depois acho que até seria bom nós (ininteligível) aqui na comissão. Os deputados têm muitas atividades aqui e às vezes participam um pouco e precisam atender outras atividades, outros compromissos. Nós fazemos um trabalho de campo também.

Acho importante irmos lá na Cracolândia um dia, para conhecer o que acontece lá. No CRATOD acho importante passarmos, para termos um conhecimento físico e visual do que está acontecendo. A questão da Baixada Santista, acho que é uma região que nós podemos visitar também.

Essa comissão pode fazer esse trabalho de campo, e sempre com a ajuda de vocês.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Claro.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Nós vamos precisar muito da ajuda e do auxílio de vocês para essas visitas, até para nos direcionar onde devemos ir. Não só nos lugares onde estão contemplados por esses programas, mas lugares onde não estão contemplados também.

Hoje de manhã, assistindo um desses programas matutinos da TV, vi um negócio muito interessante, que é uma escola de balé na Cracolândia. Não sei se vocês têm conhecimento dessa história...

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim sim.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - É interessante porque, pela informação que eu tive, e até pedi para a minha assessoria entrar em contato para fazermos uma visita nessa escola, porque ela trabalha com crianças. É um trabalho preventivo. E crianças que são filhos, que estão em famílias onde há dependentes do crack.

Achei um programa muito bonito, e gostaria até de propor, depois quando tivermos toda a comissão aqui reunida para fazermos uma visita e conhecermos esse trabalho, que junto com as entidades terapêuticas também fazem um trabalho preventivo muito interessante. Um trabalho dirigido direto para crianças.

Então gostaríamos de receber o auxílio de vocês para esse trabalho de campo.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Sim, claro.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Deputado Wellington.

O SR. WELLINGTON MOURA - PRB - Só para agradecer dona Gleuda por sua presença. Tenho certeza que a senhora esclareceu para nós todas as, tudo sobre o seu trabalho que tem sido excelente e tem ajudado muito o estado de São Paulo, a esse combate. Não só ao crack, mas todas as epidemias, infelizmente as drogas.

Sabemos que o Estado de São Paulo tem procurado ajudar. Tem feito e somado. Podemos fazer mais e é isso que queremos, por isso essa CPI está instalada. Muito obrigada por sua presença.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Antes de encerrar, deputado. Até porque tem duas perguntas aqui que eu acho pertinente. O Coronel Telhada precisou se ausentar mas deixou aqui duas perguntas que a Cleuda vai responder em um minuto e dois segundos.

Primeira pergunta que ele faz. Existe um plantão jurídico acompanhado pela OAB? A OAB atua nesse projeto? Tem parceria?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - É um espaço que fica dentro do CRATOD, como os (ininteligível) existem salas específicas para eles. Nós agora, por conta da republicação do decreto, estamos com um novo termo de cooperação com esses organismos para serem assinados pelo governador. Então hoje eles atuam com o termo de cooperação anterior.

A OAB tinha uma comissão específica de drogas, então com a nova recomposição da OAB que foi feita agora, nós pedimos para criar uma comissão...

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Essa atuação da OAB é remunerada?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Não.

O SR. - Não.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Não, são trabalhos voluntários dos advogados.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Segunda pergunta. As comunidades terapêuticas são atividades de terceiro setor? Ou existem entidades com fins lucrativos, que recebem as pessoas a serem tratadas?

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Não, todas são sem fins lucrativos. São organizações sociais que estão regulamentadas por legislação específica, de organizações sociais. Todas devem estar cadastradas na Secretaria da Fazenda pela Corregedoria que é aquela Certificação de Reconhecimento das Organizações Sociais, CRCE. Então são todas filantrópicas.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Deputado Paulo Correa.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - Queria só parabenizar também a Gleuda por sua disposição de vir aqui, explicar com tanta propriedade. Parabenizar sua equipe técnica que aqui está também. Também parabenizar nosso Presidente pela belíssima condução dos trabalhos aqui desta CPI. Muito obrigado, parabéns.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Obrigada. Eu queria só fazer um agradecimento final, deputado.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Por favor.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Primeiro dizer isso. Acho que é importante essa parceria nossa do Executivo com o Legislativo, em um tema que nós percebemos hoje que é o maior agravo da sociedade. Os desafios que nós temos na política de drogas hoje no país e mundialmente são realmente desafios que faz um exercício que nós temos que mudar os modelos que tinham até então sobre esse assunto.

Houve uma última notícia agora, da UNIFESP. Saiu uma publicação dizendo que o Brasil hoje é o país com o maior número de consumidores de crack no mundo. Essa informação é muito ruim, péssima para o país, mas importante porque nos traz um alerta. Temos sempre que pensar em modelos e serviços de políticas pensando na questão da dependência química, não só como uma questão de saúde ou segurança pública, mas como uma questão de políticas sociais.

Essa iniciativa da CPI é importante para mostrar um pouco isso. A condição que a política de drogas deve ter em nosso estado e país mostra um pouco isso. Eu queria agradecer por esse convite e essa oportunidade de apresentar o programa do governo do estado. Sabemos que ainda temos uma grande jornada a percorrer, porque é um desafio enorme sobre isso.

Contamos sempre com a parceria do Legislativo, acho que é importante tanto na regulamentação de leis, nas proposituras que o Executivo faz, então essas questões sempre trazem essa necessidade de parceria. Então é importante, deputado, colocarmos isso. Nos colocamos a disposição sempre.

Peço desculpas por essa questão de dados, porque na verdade inicialmente eu havia entendido que eu faria só uma explicação mais técnica do que é o programa do governo e não um balanço do programa...

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - É que aqui nós tiramos o coro mesmo, não tem jeito.

O SR. PAULO CORREA JR - PEN - É cabelo, barba e bigode que nós fazemos.

A SRA. GLEUDA TEIXEIRA APOLINÁRIO - Mas nós temos essas informações. Inclusive estamos fechando um boletim de três anos de dados sobre o programa. Acho importante vocês terem acesso, no mês de junho terminamos esse balanço, que na verdade foi em maio feito o primeiro decreto. Então contamos essa data considerando os três anos.

É importante para nós mostrarmos isso. Dizer que não temos todas as respostas ainda, temos um caminho para percorrer. Mas entendemos, enquanto política pública, que estamos em um caminho certo. Olhar o usuário e toda sua complexidade e necessidades dentro da sociedade.

Muito obrigada pelo convite.

O SR. PRESIDENTE - ADILSON ROSSI - PSB - Eu que agradeço. Obrigado Gleuda pela disposição e disponibilidade de nos atender. Suas informações foram preciosas para nós. Obrigado a Pamela, sua assistente direta. Obrigado aos nobres pares que me ajudam nessa CPI.

Tenham todos uma boa tarde, muito obrigado.

* * *