

**ANTAGONISMO COOPERATIVO NA PROVISÃO DE CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS NO DISTRITO FEDERAL: CONFLITOS E PARCERIAS ENTRE CAPS AD E CT**

**Maria Paula Gomes dos Santos**

Técnica de Planejamento e Pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea. *E-mail*: <mariapaula.santos@ipea.gov.br>.

**Roberto Rocha Coelho Pires**

Técnico de Planejamento e Pesquisa na Diest do Ipea. *E-mail*: <roberto.pires@ipea.gov.br>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2604>

**1 INTRODUÇÃO**

O campo das políticas públicas de cuidado a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, no Brasil, tem sido marcado, nos últimos anos, por tensões e conflitos entre diferentes agentes institucionais, relativamente aos modelos de atenção a essa clientela. Entre os modelos praticados no país, destacam-se, de um lado, aquele que é implementado pelos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), com base na *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, de 2003;<sup>1</sup> e, de outro, o modelo das comunidades terapêuticas (CTs) – organizações privadas e, em sua maioria, vinculadas a instituições religiosas. Enquanto o modelo dos CAPS AD oferta cuidado em liberdade, por serviços de base comunitária orientados segundo a lógica da redução de danos, o método das CTs opera por meio de internações de média a longa permanência, com o propósito principal de levar seus usuários a alcançar a abstinência duradoura de substâncias.

No plano do debate político nacional, a controvérsia entre os atores que defendem cada modelo tem crescido a cada ano. Este texto para discussão analisa as relações entre CAPS AD e CTs na realidade situada do Distrito Federal (DF), buscando compreender em que medida as tensões e disputas se reproduzem nesse território, onde ambas as modalidades de cuidado coexistem e convivem. A análise orienta-se pelo referencial teórico próprio do campo de políticas públicas, particularmente o dos estudos sobre “implementação de políticas”. Como indica a literatura desse campo, políticas públicas sofrem alterações durante sua implementação, em função de

vários fatores, entre os quais a cultura e os valores das organizações e agentes que as traduzem em bens ou serviços à população (Cavalcanti, Lotta e Pires, 2018; Lipsky, 1980; Pressman e Wildavsky, 1973). Assim, vale supor que conflitos e disputas entre agendas e perspectivas políticas, travados ao nível mais abstrato da arena nacional, sejam igualmente reinterpretados e enfrentados de forma particular, na concretude das instâncias implementadoras locais.

Com base nesta hipótese, o estudo parte do propósito de investigar a tradução da *Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (Brasil, 2003), em serviços e práticas efetivas dos CAPS AD e da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do DF, procurando-se observar os modos pelos quais a disputa em torno de modelos de atenção, verificada no debate público nacional, é percebida e atualizada no contexto local.

O estudo foi baseado em trabalho intensivo de campo, em todas as sete unidades de CAPS AD do DF, envolvendo observação das atividades cotidianas e entrevistas com gerentes, profissionais e usuários das unidades, entre junho de 2018 a junho de 2019. Entrevistas foram feitas com 48 profissionais dos serviços, representantes de, pelo menos, cinco categorias profissionais, entre as mais recorrentes nos CAPS AD: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos. Além destes, foram entrevistadas todas as gerentes dos CAPS AD e dirigentes de quatro CTs situadas no DF, as quais recebem financiamento do governo distrital. Trata-se de amostras não representativas estatisticamente.

1. Ver Brasil (2003).

A análise das entrevistas envolveu processo de codificação, por meio do *software* Atlas.ti, e foi orientada pela teoria fundamentada em dados – em inglês, *grounded theory* – (Charmaz, 2006).

## 2 RESULTADOS

Os sete CAPS AD do Distrito Federal compõem a sua Rede de Atenção Psicossocial, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde (SES) e tecnicamente supervisionados pela sua Diretoria de Serviços de Saúde Mental (Disam). Cada CAPS AD está situado em uma das sete regiões de saúde do DF, sendo três deles do tipo III, e quatro, do tipo II.<sup>2</sup> Esse número foi alcançado após o ano de 2011, pois, até então, o DF contava com apenas dois CAPS AD do tipo II. No mesmo período, o DF contava com cerca de 25 Comunidades Terapêuticas (Codeplan, 2013).<sup>3</sup>

Já em nosso primeiro dia de pesquisa de campo, verificamos uma intensiva cooperação cotidiana entre CAPS AD e CTs, constatação que se repetiu a cada novo CAPS AD visitado. Ainda que nem sempre pacífica, a prática de encaminhamento de pacientes, pelos CAPS AD às CTs, é tão comum no DF quanto a recepção, pelos CAPS AD, de pessoas internadas nas CTs, para o consultas individuais e participação em atividades terapêuticas ofertadas. A presença de um fator institucional contribui, em certa medida, para essa prática. Desde 2011, as CTs foram incorporadas às Raps (Portaria nº 3088, do Ministério da Saúde – MS), como serviços de atenção em regime residencial, favorecendo a emergência de conexões e intercâmbio entre os CAPS AD e essas entidades. Porém, esse fato por si só não é suficiente para explicar a cooperação constatada, uma vez que ela não ocorre em outras cidades.<sup>4</sup>

No caso do DF, o governo local instituiu um programa próprio de financiamento público de CTs, à semelhança do governo federal, em função do qual os CAPS AD tornaram-se porta de entrada para as CTs financiadas. Isto é, para que uma CT recebesse

financiamento distrital pelo acolhimento de pacientes, estes deveriam ser, primeiramente, examinados pelos CAPS AD. Caso a equipe do CAPS AD considerasse necessário, esta poderia encaminhar o paciente a CTs. Esse fluxo prevaleceu até o início de 2018, quando foi alterado. Desde então, qualquer profissional médico (vinculado ao Sistema Único de Saúde, ou não) passou a poder solicitar internações em CTs.<sup>5</sup> Não obstante, o recurso às CTs, por parte dos CAPS AD do DF, manteve-se como prática usual, pelo menos até o final de nossa pesquisa de campo (abril de 2019). Como explicar esse fato? Como compreender as razões e condições de sustentação desta cooperação, em condições de forte tensão entre os agentes?

Para elucidar essas questões, recorremos ao trabalho de Sanyal (1991), que analisou o contexto institucional de implementação de programas de geração de renda em Bangladesh, os quais envolviam o fornecimento de crédito e assistência técnica para famílias em situação de vulnerabilidade. O autor observou que os principais atores envolvidos – agências do governo, organizações não governamentais (ONGs) locais e organismos internacionais financiadores – não apenas apresentavam concepções distintas sobre o sentido dos programas de geração de renda, mas também eram bastante críticos quanto ao papel e a atuação dos demais parceiros. Apesar disso, esses mesmos atores continuavam a trabalhar juntos, inclusive em novos projetos. Sanyal (1991) denominou este fenômeno de “antagonismo cooperativo”, e suas hipóteses para explicá-lo são de duas ordens: *i*) a manutenção da cooperação se deve à ausência de alternativas melhores, ou a incentivos que compensem o mal-estar derivado do conflito; e *ii*) essa cooperação, embora aparentemente conflituosa, cumpre funções latentes importantes (não explicitadas no discurso institucional) para um subgrupo de agentes que operam nestas instituições.

Com base nessas hipóteses, identificamos duas possibilidades explicativas para a cooperação entre

2. Os tipos de CAPS foram definidos pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e modificados pela Portaria no 3.588, de 21 de dezembro de 2017.

3. Ressalta-se que, dada a inexistência de um cadastro desse tipo de instituição, esse número representa uma aproximação viabilizada por pesquisa junto às entidades. Estimamos que o número total de CTs no DF seja maior.

4. Conforme pudemos constatar, não há cooperação entre CAPS AD e CTs nas cidades do Rio de Janeiro e de Recife, apesar das pressões que sofrem os gestores das RAPS destas cidades.

5. Essa mudança certamente tem relação com as constantes desavenças entre profissionais de CAPS AD e de CTs, bem como com o fortalecimento político das CTs a nível nacional e as mudanças promovidas na Política Nacional sobre Drogas (Pnad), desde 2017 (Brasil, 2019).

CAPS AD e CT, verificada no DF. A primeira remete às “lacunas” da Raps naquele território. Como se pode constatar na seção 4 deste texto para discussão, a portaria que instituiu a Raps<sup>6</sup> previa, em sua composição, uma série de equipamentos assistenciais às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, entre os quais a Unidade de Acolhimento (UA) – pontos de atenção integral (24 horas por dia, sete dias por semana), que, além de garantir moradia, devem oferecer acompanhamento terapêutico e protetivo, educação, além de convivência familiar e social aos usuários, por um período de até seis meses. O acolhimento é voluntário e o usuário é autorizado a entrar e sair livremente do equipamento, conforme seus interesses e necessidades. O acesso é regulado pelos CAPS AD, a partir do seguinte fluxo: após o encaminhamento do paciente à UA, pelo CAPS AD, os profissionais das duas unidades estabelecem, junto com o acolhido, o projeto terapêutico singular (PTS) deste, que deve compreender o seu acompanhamento clínico e psicossocial e de sua família. Para tanto, CAPS AD e UAs devem articular-se com outros serviços de saúde, ou de outros setores. Porém, conforme identificado pela pesquisa, a implementação de UAs no DF nunca se completou.

Com efeito, até a finalização do trabalho de campo, só havia uma UA para adultos naquela jurisdição, que oferecia apenas doze vagas, que raramente estavam disponíveis. Além disso, a rede não contava com nenhuma unidade de residência terapêutica<sup>7</sup> para a clientela dos CAPS AD, e os abrigos vinculados ao Sistema Único de Assistência Social (Suas) também eram poucos e insuficientes para atender à demanda por moradia na região. Essa lacuna, ou “falha de rede”, foi enfaticamente apontada pelos profissionais dos CAPS AD entrevistados e apresentada como principal justificativa para os encaminhamentos as CTs, de pacientes em situação de rua e/ou com laços sociais e familiares rompidos.

Em analogia à segunda hipótese de Sanyal (1991), observamos também que a cooperação intensiva entre CAPS AD e CTs tem relação com uma “heterogeneidade cognitiva” entre os profissionais dos CAPS AD, acerca das CTs. Ou seja, ainda que muitos percebam os métodos e

práticas das últimas como francamente “dissonantes” do modelo dos CAPS AD, outros entendem que há “complementaridade” entre as duas instituições. Para eles, o envolvimento dos CAPS AD com as CTs não é necessariamente indesejável, e as relações entre eles podem ser entendidas como uma forma de “divisão do trabalho”. Antes que rivais ou incompatíveis, as instituições são compreendidas, por alguns profissionais, como dispositivos que efetivamente se complementam, no âmbito da rede de serviços.

A complementaridade pode ser compreendida também como parte de uma sequência de tratamento, que se inicia na CT e prossegue no CAPS AD, depois de cumprido o período de internação. Contudo, e ainda que esta complementariedade possa ser interessante para os usuários, o alívio das tensões entre os agentes de cada modelo não parece estar no horizonte, ao menos no curto prazo. A própria condução da política de atenção a usuários de álcool e outras drogas, tanto a nível nacional como no DF, atua no sentido de acirramento das divergências e disputas. Por outro lado, a permanência desse padrão antagônico pode ter implicações negativas importantes para os usuários. As controvérsias em torno da redução de danos e da exigência de abstinência, e suas (in)compatibilidades, são centrais nesse sentido.

Há que se considerar ainda que o recurso às CTs como componente de abrigo da Raps, ante a indisponibilidade de UAs, pode acabar impondo uma segmentação das opções assistenciais, em função do grau de vulnerabilidade social em que se encontrem os pacientes. Os mais vulneráveis – para quem a falta de abrigo pode ser determinante da possibilidade de receber cuidados – tendem a ser encaminhados para internação nas CTs, enquanto os que detêm mais recursos podem desfrutar dos benefícios do tratamento em liberdade. Delineia-se, assim, um efeito perverso de produção, ou reprodução de desigualdades sociais, a partir de um serviço que se pretende universal.

Os achados empíricos provenientes deste estudo poderão contribuir para o aprofundamento das reflexões acerca da cooperação interinstitucional e da coordenação de políticas públicas. A percepção

6. Portaria nº 3088/2011, do MS (Brasil, 2011).

7. Outro dispositivo residencial previsto na Raps.

de um “antagonismo cooperativo” põe em questão o pressuposto comumente encontrado nesse campo, em torno do consenso e da coerência como requisitos fundamentais para o enfrentamento dos problemas públicos complexos, e para a produção e manutenção da atuação conjunta e integrada de diversos atores e instituições. O antagonismo cooperativo revela outras possibilidades de sustentação da ação coletiva, erigidas em torno de relações de interdependência, marcadas por conflito, disputa e animosidade. Além de partir de bases fundamentalmente diferentes, o antagonismo cooperativo possui formas próprias e diferenciadas de interferência no processo, no conteúdo e nos resultados de políticas públicas. Seja por conta de suas potencialidades ou riscos, o antagonismo cooperativo se apresenta como importante tema de uma agenda de pesquisa sobre o papel do conflito no processo de produção de políticas públicas, contribuindo para o avanço da compreensão e da práticas da gestão interinstitucional.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/2FnHksd>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial**, Brasília, 23 dez. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2EkJDwa>>.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial**, Brasília, 11 abr. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2G1bYrJ>>.

CAVALCANTI, S.; LOTTA, G.; PIRES, R. Contribuições dos estudos sobre burocracia de nível de rua. *In*: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. (Eds.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil**: interseções analíticas. Brasília: Ipea, 2018.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory**: a practical guide through qualitative analysis. London: Sage Publications, 2006.

CODEPLAN – COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Mapeamento e identificação das metodologias das instituições de tratamento e reinserção social de usuários de álcool, crack e outras drogas no Distrito Federal**. Brasília: Codeplan, mar. 2013.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy**: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. **Implementation**: how great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation. Berkeley: University of California Press, 1973.

SANYAL, B. Antagonistic Cooperation: a case study of nongovernmental organizations, government and donors' relationships in income-generating projects in Bangladesh. **World Development**, v. 19, n. 3. p. 1367-1379, 1991.

## SUMÁRIO EXECUTIVO