TEXTO PARA DISCUSSÃO

2604

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
Roberto Rocha Coelho Pires

ipea

2604
TEXTO PARA DISCUSSÃO
Brasília, outubro de 2020

ANTAGONISMO COOPERATIVO NA PROVISÃO DE CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS NO DISTRITO FEDERAL: CONFLITOS E PARCERIAS ENTRE CAPS AD E CT[1]

Maria Paula Gomes dos Santos[2]
Roberto Rocha Coelho Pires[3]

1. Os autores agradecem aos comentários sobre o texto recebidos durante o webinário de discussão dos resultados preliminares da pesquisa Metodologias de cuidado a usuários problemáticos de SPAs: Os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPS AD (Distrito Federal), ocorrido em 9 de abril de 2020. Agradecimentos especiais às críticas construtivas fornecidas por Natalia Koga e Inês Gandolfo. A pesquisa contou com o apoio financeiro do Ipea e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF), por meio do Edital nº 04/2017, Processo nº 0193.001712/2017 (termo de outorga nº 1485/2017). A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), por meio do processo CAAE nº 84473417.6.0000.5553 (número do parecer: 2.666.904).
2. 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>.
3. Técnico de Planejamento e Pesquisa na Diest do Ipea. *E-mail*: <roberto.pires@ipea.gov.br>.

Governo Federal

Ministério da Economia
Ministro Paulo Guedes

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Manoel Rodrigues Junior

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
Flávia de Holanda Schmidt

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Nilo Luiz Saccaro Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura
André Tortato Rauen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação
Mylena Fiori

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: http://www.ipea.gov.br

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2020

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1.Brasil. 2.Aspectos Econômicos. 3.Aspectos Sociais. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: I18, I38, N36.

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

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 7

2 METODOLOGIA 8

3 O CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO DO DF 10

4 RESULTADOS 12

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 30

REFERÊNCIAS 33

SINOPSE

Este texto para discussão baseia-se em pesquisa qualitativa realizada pelos autores nos sete Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas do Distrito Federal (CAPS AD), tendo em vista observar a implementação da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, de 2003; bem como o rebatimento, neste território, de uma intensa controvérsia estabelecida ao nível nacional, que opõe, de um lado, defensores do modelo de cuidado preconizado por esta política – cuidado de base territorial, orientado pela redução de danos – e, de outro, empreendedores das Comunidades Terapêuticas (CTs) – instituições da sociedade civil, muitas vezes religiosas, que proveem assistência a pessoas que fazem usos problemáticos de álcool e outras drogas, por meio de internações e com o objetivo de promover a abstinência.

A pesquisa revelou que, no âmbito das práticas cotidianas dos CAPS AD, a cooperação com as CTs é bastante frequente, a despeito das diversas críticas que os operadores de ambas instituições dirigem-se reciprocamente. A análise dos dados levantados apontou, por sua vez, que esta cooperação decorre, primeiramente, das falhas presentes na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do Distrito Federal, onde são reduzidos os dispositivos de acolhimento residencial para clientes dos CAPS AD. Entretanto, há percepções de alguns profissionais destes CAPS AD de que as CTs podem ser utilizadas como serviços complementares aos CAPS AD na assistência a usuários de álcool e drogas.

Palavras-chave: drogas; políticas públicas; saúde; CAPS AD,

ABSTRACT

The article is based on qualitative research carried out by the authors at the seven Psychosocial Care Centers for Alcohol and other Drugs (CAPS AD) in the Federal District, in order to observe the implementation of the Ministry of Health Policy for Comprehensive Care for Users of Alcohol and Other Drugs, 2003; as well as the resumption, in this territory, of an intense controversy, established at national level, which opposes, on the one hand, defenders of the model of care advocated by this policy – territorial based care, guided by harm reduction – and, on the other , entrepreneurs of Therapeutic Communities (TCs) – civil society institutions, often religious, that provide assistance to people who make problematic uses of alcohol and other drugs, through hospitalizations and with the aim of promoting abstinence.

Keywords: drug policy; health policy.

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;[1] 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.

A controvérsia entre os modelos tem crescido a cada ano, desde que o Ministério da Saúde (MS) incorporou as CTs na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e tornou-as elegíveis ao financiamento público.[2] Trata-se de uma intensa disputa por espaço institucional e por recursos públicos, da qual participam atores institucionais, políticos e sociais, que divergem tanto sobre pressupostos epistemológicos quanto sobre instrumentos e práticas de atenção a pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas (SPAs). Este texto para discussão analisa as relações entre CAPS AD e CTs no Distrito Federal (DF), buscando compreender em que medida as tensões e disputas instaladas no debate público nacional se reproduzem nesse território, onde ambas as modalidades de cuidado coexistem e convivem.

A análise aqui empreendida orienta-se por um referencial teórico próprio do campo de políticas públicas, particularmente o dos estudos sobre "implementação de políticas". A literatura acadêmica desse campo tem mostrado que, entre o momento de sua concepção e aquele em que se convertem em bens e serviços para a população, as políticas públicas sofrem alterações, seja em função dos arranjos organizacionais montados para a sua implementação, seja em função da cultura e dos valores das organizações que ofertam os benefícios da política (bens ou serviços), e de seus agentes (Cavalcanti, Lotta e Pires, 2018; Lipsky, 1980; Pressman e Wildavsky, 1973).

1. Ver Brasil (2003).
2. Através da Lei nº 3088/2011 (cria a Raps); do Decreto nº 7.637/2011 (Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas); e da Portaria nº 131/2012, do MS.

Essas alterações são especialmente sensíveis em políticas e programas que são concebidos e desenhados em instâncias administrativas nacionais, mas implementados por administrações locais; e esse é o caso, precisamente, da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003 (Brasil, 2003). Formulada pelo governo federal, esta política é implementada pelas administrações de estados e municípios, os quais, por previsão constitucional, gozam de autonomia, frente ao governo federal, para organizar e gerir a oferta de serviços públicos em seus territórios. Ao fazê-lo, podem promover adaptações e alterações, por conta não só de percepções e orientações políticas diversas, mas da cultura de suas organizações e dos funcionários que interagem diretamente com os beneficiários.

Nesse sentido, se orientações e diretrizes de política estão sujeitas a transformações e adaptações, quando recepcionadas e apropriadas por agentes locais de implementação (organizações e funcionários responsáveis pela entrega de serviços e bens), 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.

Foi com base nesta hipótese que desenvolvemos o estudo que se segue. Partindo do propósito de investigar a tradução da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003, em serviços e práticas efetivas dos CAPS AD e da Raps do DF, procuramos observar, entre outras coisas, os modos pelos quais a disputa em torno de modelos de atenção, verificada no debate público nacional, é percebida e atualizada no contexto local. Com vistas a apresentar as análises realizadas, este texto se organiza em 4 seções, além desta introdução. A seção 2 expõe as metodologias de pesquisa e técnicas de análise adotadas. A seção 3 apresenta o contexto de implementação da política no DF: seus CAPS AD e as CTs situadas neste território. A seção 4 traz as análises produzidas acerca das interações entre CAPS AD e CTs no DF. Por fim, a seção 5 arrola as considerações finais do estudo.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi baseado em trabalho intensivo de campo, em todas as unidades de CAPS AD do DF, o qual envolveu observação das atividades cotidianas e entrevistas com gerentes, profissionais e usuários destas unidades. As observações foram feitas em salas de espera e recepções, grupos terapêuticos, reuniões de equipes, assembleias de usuários e ocasiões festivas, transcorridos entre junho de 2018 e junho de 2019. As entrevistas

com os profissionais dos serviços, num total de 48, foram feitas com representantes de, pelo menos, cinco categorias profissionais distintas, entre as mais recorrentes nos CAPS AD: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos. Esta amostra não foi desenhada para ser estatisticamente representativa da população de profissionais atuantes em CAPS AD do DF, mas para maximizar a diversidade de perfis profissionais (Trost, 1986). Além disso, conduzimos quatro entrevistas com dirigentes de CTs. Junto com as entrevistas, aplicamos um questionário sociométrico, tanto aos gerentes e funcionários dos CAPS AD quanto aos representantes das CTs entrevistados, visando analisar sistematicamente as interações desses serviços e entidades com outros equipamentos e serviços envolvidos no cuidado a usuários problemáticos de drogas no DF – fossem eles previstos na Raps ou não.

As entrevistas foram feitas com base em um roteiro semiestruturado, destinado a captar: *i*) as trajetórias de formação e experiências profissionais anteriores; *ii*) as atividades cotidianas do CAPS (rotinas de trabalho e os serviços ofertados); *iii*) a caracterização do público atendido; *iv*) as relações com outras instituições e serviços mobilizados (a "rede de serviços") no tratamento dos "pacientes";[3] e *v*) as percepções dos entrevistados acerca de algumas categorias organizadoras da política.[4]

A análise das entrevistas envolveu processo de codificação, conforme orientações da teoria fundamentada em dados – em inglês, *grounded theory* (Charmaz, 2006). Este processo se organizou em duas etapas: primeiramente, recorremos à codificação automática de todas as menções ao termo "comunidades terapêuticas" e seus correlatos;[5] em seguida realizou-se uma "limpeza" manual, visando garantir que, de fato, as menções captadas fossem pertinentes ao tema em questão. Essa primeira etapa captou todas as menções induzidas – por meio de perguntas sobre como os entrevistados avaliam a atuação das CTs ou dos CAPS AD e as relações que se estabelecem entre essas instituições – e todas as menções espontâneas, ocorridas quando o entrevistado abordava o tema por iniciativa própria. Esse tipo de estratégia, tipicamente associado à análise temática e de conteúdo, foi então complementado com técnicas de análise de narrativa, visando restituir o

3. "Paciente" é a forma mais comum por meio da qual os profissionais dos CAPS AD no DF se referem aos frequentadores e usuários dos serviços por eles prestados. Em outro artigo buscamos problematizar a construção e uso dessa categoria. Mas, no contexto desta análise, focada nos entendimentos e práticas dos profissionais, utilizaremos o termo nativo para nos referir aos usuários e frequentadores dos CAPS AD.

4. As entrevistas tiveram duração média de uma hora. Todas foram gravadas com autorização dos entrevistados, via assinatura em Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. As entrevistas gravadas foram transcritas e a sua análise foi apoiada pelo *software* de análise qualitativa Atlas.ti.

5. A busca automática envolveu um conjunto de termos como, por exemplo, "CT", "comunidade", etc.

sentido dos fragmentos de texto ao contexto mais amplo das narrativas construídas pelos entrevistados. Essa combinação de técnicas de análise de dados qualitativos permitiu a identificação tanto de eixos temáticos e suas saliências quanto dos seus entrelaçamentos na reconstrução dos entendimentos e racionalidades dos agentes envolvidos.

3 O CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO DO DF

A oferta de cuidado a pessoas que fazem usos problemáticos de álcool e outras drogas no DF está a cargo da Raps, que é vinculada à Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Governo do Distrito Federal (GDF). A coordenação e gestão técnica da Raps é de responsabilidade da Diretoria de Serviços de Saúde Mental (Disam), unidade orgânica de assessoramento superior subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS). A gestão operacional desses equipamentos (recursos materiais e humanos), no entanto, é feita pelas Superintendências das Regiões de Saúde (SRS), que são sete: Centro Sul, Sul, Norte, Leste, Oeste, Sudoeste e Central. Cada um dos sete CAPS AD está situado em uma das sete regiões de saúde (quadro 1). Entre os CAPS AD, três são do tipo III e quatro, do tipo II.[6]

Desde o início da implementação da política de atenção em AD no DF, a implantação, o funcionamento e a gestão dos CAPS AD se dão por administração direta, isto é, sem a interveniência de entidades terceiras, como organizações sociais ou filantrópicas.[7] Suas equipes profissionais são compostas de servidores públicos distritais, recrutados por concursos públicos e regidos pelo regime jurídico único dos servidores públicos civis.[8]

6. 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.
7. Com recursos próprios e de transferências do governo federal.
8. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

QUADRO 1
CAPS AD do DF – tipologia, área de abrangência e população estimada

Tipologia	CAPS AD (Unidades)	Região de saúde	Abrangência	População coberta (aprox.)
CASP AD II	Guará	Centro Sul	Guará, Estrutural, Riacho Fundo I e II, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Park Way e SA I.	315.342
	Santa Maria	Sul	Gama e Santa Maria.	290.226
	Sobradinho	Norte	Planaltina, Sobradinho I e II e Fercal.	378.729
	Itapoã	Leste	Paranoã, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico e Jardim Mangueiral.	231.167
CAPS AD III	Ceilândia	Oeste	Ceilândia e Brazlândia.	526.871
	Samabaia	Sudoeste	Samambaia, Taguatinga, Recanto das Emas, Águas Claras, Areal, Arniqueiras e Vicente Pires.	792.962
	Candango	Central	Asa Norte, Asa Sul, Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Octogonal, Vila Planalto, Vila Telebrasília, Sudoeste e Varjão.	436.912
TOTAL				2.972.209

Fonte: Distrito Federal (2019).

O número de unidades foi alcançado após a implementação do Programa Crack, é possível vencer,[9] pelo governo federal, o qual destinou novos recursos financeiros ao MS para expansão destes equipamentos nas diversas Unidades da Federação (UFs). Até então, o DF contava com apenas dois CAPS AD do tipo II (Guará e Sobradinho).

No mesmo período, o DF contava com cerca de 25 CTs (Codeplan, 2013).[10] Em 2019, treze destas CTs possuíam convênios, ou termos de parceria, firmados com o GDF, por meio da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania (Sejus). Essas parcerias são normatizadas e fiscalizadas pelo Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal (Conen-DF), órgão colegiado vinculado à Sejus. Os recursos para financiamento das CTs provêm do Fundo Antidrogas do DF (Funpad). A maioria das CTs do DF foi fundada nos anos 2000, mas algumas delas datam de décadas anteriores. Quase todas ofertam vagas para o público masculino acima de 18 anos de idade, somente uma acolhe mulheres. O número de vagas oferecidas por cada CT varia de 20 a 120.

A figura 1 apresenta a localização aproximada das unidades de CAPS AD e CTs financiadas com recursos públicos provenientes do GDF.

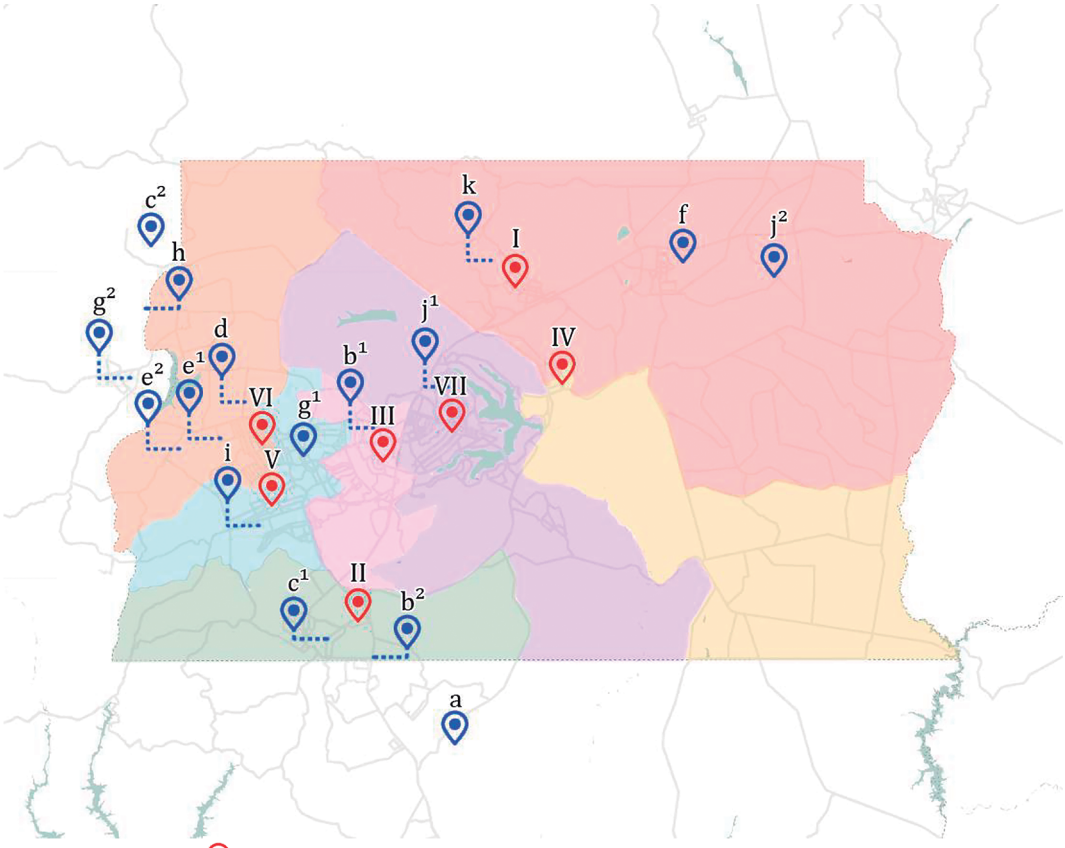
9. Decretos nº 7179/2010 e 7.637, de 8 de dezembro de 2011.
10. Ressalta-se que, dada a inexistência de um cadastro desse tipo de instituição, o número representa uma aproximação viabilizada por pesquisa junto às entidades. Estimamos que o número total de CTs no DF seja maior.

4 RESULTADOS

Conforme já explicitado na seção 3, um dos objetivos da pesquisa era compreender como a disputa entre os modelos de atenção dos CAPS AD e das CTs chegava à prestação de serviços implementada no DF. Desde logo, foi possível constatar que as relações entre os CAPS AD e as CTs, situados nesta pesquisa, são atravessadas pelas mesmas disputas e tensões observadas no plano nacional. As entrevistas, realizadas com profissionais e dirigentes de ambas as instituições, mostraram que os dois campos se criticam mutuamente, cada um manifestando percepções bastante negativas acerca do modelo e dos serviços prestados pelo outro. Não obstante, como veremos na sequência, suas relações também são marcadas por intensa cooperação.

Nas próximas subseções serão apresentados os discursos críticos mobilizados por ambas as partes (4.1 e 4.2), bem como os dados sociométricos que demonstram as interações frequentes entre elas (4.3). Por fim, analisa-se os sentidos desta cooperação em meio a um ambiente de antagonismos (4.4).

FIGURA 1
Localização das unidades de CAPS AD e CT no DF



Unidade

(I) CAPS ad Sobradinho
(II) CAPS ad Santa Maria
(III) CAPS ad Guará
(IV) CAPS ad Itapoã
(V) CAPS ad III Samambaia
(VI) CAPS ad III Ceilândia
(VII) CAPS ad III Candango

Comunidades Terapêuticas

a – Salve a Si
b¹ – (SEDE) CRESCER - Instituto de Educação e Assistência Social
b² – (ACOLHIMENTO) CRESCER - Instituto de Educação e Assistência Social
c¹ – (SEDE) AMAI (Casa do Sol Azul)
d – RAV - Renovando a Vida
e¹ – (SEDE) Abba Pai
e² – (ACOLHIMENTO) Abba Pai
f – Caverna do Adulão
g¹ – (SEDE) Maanaim
g² – (ACOLHIMENTO) Maanaim
h – (Despertai)
i – Novo Tempo
j¹ – (SEDE) Desafio Jovem Brasília
j² – (ACOLHIMENTO) Desafio Jovem Brasília
k – Casa de Recuperação Mar Vermelho

Fonte: Santos e Pires (2020).

4.1 O discurso crítico de gerentes e profissionais dos CAPS AD sobre as CTs

A análise das entrevistas com gerentes e profissionais dos CAPS AD permitiu a identificação e tipificação das diversas críticas deste grupo às CTs. A partir deste esforço, verificou-se que 83% dos entrevistados vinculados aos CAPS AD apresentou algum tipo de crítica às CTs. Além disso, identificamos que um segmento deste grupo reconhece nas dissonâncias entre os dois modelos a origem das dificuldades e problemas que eles enfrentam cotidianamente na condução dos serviços.

As críticas mais frequentes de profissionais e gestores dos CAPS AD incidem sobre a totalidade das práticas que caracterizam o modelo das CTs: exigência da abstinência; isolamento social dos usuários, por meio de internações de média a longa duração, em instituições afastadas de seus territórios de referência; além do primado da espiritualidade/religiosidade. Estas características se apresentam, para este grupo, como incompatíveis com o modelo preconizado pela Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003), que prescreve o tratamento em liberdade, com respeito à autonomia do paciente, em serviços de base comunitária, orientados pela lógica da redução de danos. Tal como conclui uma interlocutora, "(...) existe um conflito no sentido de que o quê eles pregam muitas vezes, lá na Comunidade Terapêutica, é dissonante do que a gente fala aqui (...)" (Médica Clínica, CAPS AD D).

Além da percepção destas diferenças de fundo, muitos destes profissionais não reconhecem as CTs como "tratamento de saúde", na medida em que elas não dispõem de "equipes de saúde" em seus quadros. Para eles, as CTs deveriam ser caracterizadas como "dispositivos de abrigamento" e/ou de "residência temporária" para alguns usuários. Ademais, sua percepção é de que a efetividade do modelo praticado pelas CTs é baixa, conforme ilustram as falas seguintes:

> Não é tratamento de saúde, como o que é visto aqui no CAPS, com psicólogo, psiquiatra, clínico médico, enfermeiro, grupos terapêuticos. Então, o tratamento é outro, né? (Psicóloga, CAPS AD F)

> (...) na prática, o acompanhamento que eles recebem é o que é o originário, proposto pelas comunidades. Tem muito a ver com o cunho religioso. Eu não critico, acho que ter religiosidade ajuda muito todo mundo, em todos os nossos processos de crise. Mas quando nós falamos de saúde, acho que é muito difícil entender a comunidade terapêutica como uma modalidade de tratamento (Assistente Social, CAPS AD A).

> Eles estão na Comunidade Terapêutica, eles estão afastados, numa chácara. Eles não têm um tratamento voltado para dependência química. Eles estão em um lugar que, depois, eles vão voltar do mesmo jeito. Então, (...) são sete meses em que ele não está sendo preparado para vir pra fora (Técnica de Enfermagem, CAPS AD D).

> (...) a gente toma a comunidade terapêutica, se ele aceitar ou se ele não tiver outros meios. A gente encaminha, mas mais como um local de proteção. Não como local de tratamento. A gente tem muito essa visão. Lá é um local de abrigo, de proteção, porque a gente vê que as comunidades terapêuticas não estão preparadas para receber (Gerente, CAPS AD A).

> eu vejo assim, que o paciente fica ali isolado. Muitas vezes, quando sai, a primeira coisa é recair. (...) Muitas vezes tem um projeto de vida dele parado. Às vezes para de estudar, para de trabalhar, fica longe da família... E aí, isso acho que é a vantagem do CAPS: ele pode dar continuidade ali ao projeto de vida dele, pensando nessas estratégias de proteção ali no dia-a-dia dele, e ir se fortalecendo nesse sentido. [Melhor] do que, às vezes, ficar em uma [CT] isolado...sei lá, 6 meses, 9 meses, dependendo da comunidade, e sem pensar muito nessas ferramentas na prática. [Porque] depois é uma outra readaptação, quando ele volta para a família (Assistente Social, CASP AD C).

Como se vê, para um subconjunto de gerentes e profissionais dos CAPS AD, o trabalho desenvolvido pelas CTs é dissonante da proposta dos CAPS AD, tanto no que se refere aos princípios e fundamentos dos dois modelos quanto no que toca às suas características operacionais. Por esta razão, as interações entre CAPS AD e CTs, para estes profissionais, se caracterizam sobretudo pela sua conflitualidade.

> É um fogo cruzado! É difícil demais isso! (...) Eu tenho estado próxima da galera pró saúde mental, que é enfaticamente contra a existência - não é nem a presença, é a existência - de comunidades terapêuticas. E faz muito sentido o discurso deles para mim (Terapeuta Ocupacional, CAPS AD G).

> Olha, a gente prega aqui que a gente é contra essas comunidades. O CAPS sempre foi contra (Técnica de Enfermagem, CAPS AD F).

4.2 O discurso crítico dos dirigentes de CTs sobre os CAPS AD

Na perspectiva das CTs, contata-se uma postura também crítica em relação aos CAPS AD, lastreada na problematização das diferenças de abordagem entre os dois modelos. Uma dirigente definiu esta situação como um "choque de políticas públicas" (CT 4), referindo-se à disjuntiva abstinência x redução de danos, que, entre outras questões, distingue os dois métodos. O relato de outra dirigente de CT, apresentado a seguir, ilustra esta percepção.

> O serviço do CAPS, em si, é muito bom, exceto quando eles não respeitam o que nós trabalhamos. Porque nós trabalhamos com abstinência. Então, é assim: o que que os psicólogos - muitos, não são poucos não, são muitos - fazem: 'E aí fulano? (...) você fuma crack, fumava *crack* e tal? Você já experimentou, vamos dizer, passar para maconha, que é uma substancia mais leve? Você já fez esse experimento? Você fumava quantas pedras? ' – 'Eu fumava 30 pedras por dia'. –'Você não quer fazer uma experiência com 10 pedras? Aí você pode ficar na sua casa. Você não precisa ficar internado'. Esse tipo de abordagem é comum no CAPS. Isso é ruim (CT 3).

Além de apontar para as diferenças de princípios entre as abordagens, os dirigentes das CTs argumentam que a redução de danos, em particular, seria ineficaz, porque não leva à cessação do uso ou à interrupção da relação problemática do sujeito com a substância. Eles problematizam ainda a localização de alguns CAPS AD nas proximidades de cenas de uso e de tráfico, como elemento que reduziria as possibilidades de sucesso do tratamento. A seguir, excertos de entrevistas de dirigentes de diferentes CTs que exemplificam as críticas formuladas.

> Eu acho que tem público para tudo, né? Eu acho que a proposta do CAPS é boa, na redução de danos para aqueles que conseguem lidar com essa abordagem, com esse tipo de proposta. Na minha opinião como profissional, como é que eu vou dizer para uma pessoa que bebe, que tem problema com álcool, se ela toma, vamos supor, 10 garrafas de cerveja por dia, como que eu vou dizer para ela reduzir, (...) se ela toma uma e ela não tem controle para parar de usar o álcool? Então, é uma coisa que fica complicada. É a mesma coisa de eu falar para um usuário de cigarro: 'olha, você fuma duas carteiras. Agora, você vai fumar uma só por dia'. Isso é uma construção que faz a princípio. Mas se a pessoa tem a enfermidade instalada e é aquela substância que causa toda a alteração com relação à vida dela, à convivência dela na sociedade, então, a minha abordagem da abstinência total, eu acho muito mais eficaz do que a redução de danos. Porque, como que eu vou ter meio mal? Na minha opinião, eu vou ter um meio mal que vai... Em alguns casos, tudo bem. Se a pessoa tem controle realmente sobre isso, ela tem condições, no ambiente que ela vive, de ter o domínio sobre isso. Agora, a gente vê, em toda a literatura vai dizer: 'evite lugares, pessoas, comportamentos que vão te levar ao uso', que é o princípio de proteção do dependente químico. Porque, uma vez instalada a dependência química, é um comportamento aprendido, um hábito na vida da pessoa. E hábito eu só mudo com a mudança de comportamento. Não tem como eu mudar um hábito sem a mudança de comportamento (CT 4)

> Não sei por que que os CAPS são muito próximo de *boca*. Funciona? Não tenho nem dúvida. Tudo funciona para aquele que quer. Tem que partir do pressuposto do dependente. Funciona, não tenho nem dúvida. Mas o índice, a quantidade, está sendo eficaz? Total? A comunidade é eficaz? Eu acho que não. Nem uma comunidade é totalmente eficaz, mas nós temos um índice maior de pessoas abstemias do que quem está na rua (CT 1).

> No ambiente do CAPS, as pessoas estão em uso. É ambiente de uso e é redução de danos. A comunidade terapêutica trabalha abstinência. Então (...), você leva uma pessoa que está há 30 dias conosco no [CAPS AD]. Ele veio de lá. Aí, quem que ele vai ver lá? A galera dele. Ele vai sentir o que? O cheiro do uso. A probabilidade [é] dele já sair de lá com o gatilho acionado... E muitos saem de lá correndo. Vazou. Muitos. Não foram poucos não. Foi embora. Por quê? Porque ele não aguenta ver a situação do uso e não voltar a usar. Por quê? A fissura(...), o apelo da substância, é muito maior do que a vontade da pessoa (CT 3).

Alguns dirigentes de CTs criticam ainda os CAPS AD por, supostamente, usarem medicamentos de forma excessiva, o que prejudicaria os usuários.

> (...) Você está fazendo um tratamento com a maioria das pessoas que estão dopadas, sob efeito de medicamentos; que estão lá, sentados e babando. Algumas estão entendendo aquilo? Não sei. Talvez sim, talvez não (CT 1).

> Na minha opinião de profissional, eu acho que deve ser revista a quantidade de medicação que é passada para uma pessoa. Porque um profissional na área de saúde, para ele passar uma medicação e dar uma orientação de saúde mental, a gente sabe que é necessário, no mínimo, quatro a cinco atendimentos, para que você realmente tenha um histórico real daquela pessoa. E o atendimento no CAPS falha, no sentido do psiquiatra, em função de que? A pessoa, quando é acolhida, só é marcada uma consulta para ela no psiquiatra, em média, 20, 30, 40 dias [depois]. [E não n]o período crítico que ela realmente necessitaria de uma medicação, para passar o período grave da abstinência, o sofrimento físico da abstinência.... E aí então, essa consulta é tardia. E aí, depois que essa pessoa já está bem desintoxicada, entra com uma medicação. Porque o dependente químico é muito manipulador. Ele vai chegar lá: 'eu não estou dormindo, eu não estou comendo, eu não estou isso'. E, muitas vezes, isso não é real. E aquela equipe que está atendendo ali, de uma forma muito superficial. [É] bem diferente da gente, que está convivendo o tempo todo com ele e tem uma equipe que lida 24 horas com ele. E a gente entende e sabe que, muitas vezes, aquilo não é a realidade que ele está enfrentando. Mas a necessidade de ter uma substância que altere o humor leva, até mesmo nessa consulta, a uma manipulação desse profissional, para passar uma medicação, para obter uma medicação. Então, eu acho que deve ser revista essa quantidade de medicação, esse tempo, que é marcado; essa consulta; para que a pessoa realmente tenha um atendimento primário. Porque, na verdade, acaba tendo um atendimento tardio, depois que já não há necessidade até mesmo daquele atendimento (CT 4).

Tal como expressamente manifestado, os dirigentes das CTs entrevistados se opõem à estratégia de redução de danos e à ideia de um tratamento não baseado em internações e isolamento. Para além de problematizarem os princípios que subjazem e orientam o modelo dos CAPS AD, também tecem críticas específicas à sua operação, como no caso do suposto uso excessivo de medicação.

4.3 As interações frequentes entre CAPS AD e CTs

Os trechos de falas dos atores apresentados até aqui demonstram que operadores de ambos os campos são bastante críticos aos modelos de cuidado uns dos outros – como se poderia esperar, dada a polêmica que se trava no debate nacional em torno deste tema. Porém, ao analisarmos os dados sociométricos produzidos sobre as interações entre estas duas instituições no território do DF, verificamos que seus agentes mantêm contatos bastante frequentes, em função do atendimento a seus usuários. Portanto, as críticas de parte a parte não se traduzem em afastamento entre estas instituições – ao menos, no território do DF – mas, ao contrário, convivem com um padrão de interações cotidianas bastante intensivo.

Os dados sociométricos sobre as interações entre as duas instituições foram colhidos por meio de um formulário apresentado tanto aos profissionais dos CAPS AD quanto de CTs, onde esses interlocutores foram solicitados a marcar os serviços e organizações com os quais mantiveram contatos nos últimos seis meses, seja para "fazerem" ou para "receberem" demandas relativas ao tratamento de seus pacientes. O formulário contém uma lista de serviços e organizações, incluídos formalmente, ou não, na Raps. A esses serviços e organizações previamente listados, os respondentes poderiam acrescentar quaisquer outros que considerassem relevantes e que não estivessem na lista prévia.[11] Os dados colhidos foram sistematizados nas tabelas 1 e 2.

A tabela 1 mostra a proporção dos respondentes de cada unidade de CAPS AD que declarou "ter feito alguma demanda" a organizações e serviços externos, bem como as quinze entidades que foram apontadas com maior frequência, do conjunto das trinta que foram inicialmente listadas. Como se pode verificar, as CTs figuram no topo da lista. Trata-se do tipo de entidade para o qual os profissionais e gerentes dos CAPS AD no DF fizeram demandas ou encaminhamentos mais vezes, nos seis meses que precederam a coleta destes dados.

Em geral, as solicitações às CTs dizem respeito ao abrigamento e à internação de pacientes dos CAPS AD. Segundo os profissionais e gerentes dos CAPS AD, encaminhamentos a CTs são feitos por demanda dos usuários, desde que sua necessidade seja reconhecida por eles (isto será abordado em maior detalhe na seção 4). Vale destacar que esse padrão de demandas é praticamente estável, tanto entre os diferentes CAPS AD do DF quanto entre as diferentes categorias profissionais que preencheram o formulário: em seis das sete unidades, todos os profissionais inquiridos (100%) apontaram as CTs como serviço ao qual apresentam demandas, na condução cotidiana de seu trabalho junto aos usuários.

Além das CTs, profissionais e gerentes dos CAPS AD disseram interagir com outras unidades de CAPS AD, com outros serviços da rede de saúde, com equipamentos da assistência social (Cras e Creas), assim como com órgãos do sistema de justiça (Defensoria Pública; Tribunais de Justiça do DF – TJDF; Serviço de Assessoramento a Magistrados sobre Usuários de Drogas – Seruq; e Ministério Público – MP). Entre as entidades mencionadas com menor frequência (abaixo de 38% e não visíveis na tabela 1), figuram o Consultório na Rua (CnR), o Centro Pop, escolas, organizações não governamentais (ONGs), centros de convivência e cultura, cooperativas e instituições religiosas.

11. Ver instrumentos de pesquisa em Santos e Pires (2020).

TABELA 1
Instituições e serviços aos quais foram "feitas" demandas pelos profissionais e gerentes dos CAPS AD do DF (2018)
(Em %)

#	Tipo de entidade	CAPS AD A	CAPS AD B	CAPS AD C	CAPS AD D	CAPS AD E	CAPS AD F	CAPS AD G	Proporção final
1	CTs	100	100	100	100	100	100	88	98
2	CAPS AD (outras unidades)	83	100	100	100	100	80	100	95
3	Unidade Básica de Saúde	83	80	100	100	50	100	100	88
4	CAPS (não AD)	83	20	80	88	83	80	100	76
5	Hospital psiquiátrico	67	40	100	50	100	80	75	73
6	Órgãos de justiça (Defensoria, TJDFT, Seruq e MP)	100	60	80	50	67	80	75	73
7	Hospital Geral	17	60	80	100	83	60	88	70
8	SAMU 192	67	40	100	50	67	100	63	69
9	Cras	83	40	80	50	67	80	63	66
10	Conselho Tutelar	67	40	80	63	50	100	63	66
11	UPA 24 horas ou pronto-socorro/urgência	17	80	80	13	17	100	88	56
12	Unidade de Acolhimento	67	80	40	38	17	80	63	55
13	Creas	67	20	80	25	50	80	50	53
14	Outros (especificar)	33	60	60	38	33	40	13	40
15	Polícia	33	0	80	0	50	80	25	38

Fonte: Santos e Pires (2020).

A tabela 2 sistematiza os dados referentes às demandas, pedidos e encaminhamentos "recebidos" pelos profissionais e gerentes dos CAPS AD, nos seis meses imediatamente anteriores à data da coleta dos dados.

Se no caso anterior privilegiamos o olhar sobre os tipos de entidades às quais os CAPS AD recorrem com maior frequência, neste caso visualizamos os tipos de entidades que mais recorrem aos CAPS AD, segundo seus profissionais e gerentes. Aqui, os órgãos do sistema de justiça (juizados, MP e Defensoria Pública) e outras unidades de CAPS AD assumem a liderança. Mas as CTs ainda mantêm posição de destaque, como o terceiro tipo de entidade que mais demanda serviços aos CAPS AD.

TABELA 2
Instituições e serviços dos quais profissionais e gerentes dos CAPS AD do DF "receberam" demandas (2018)
(Em %)

#	Tipo de entidade	CAPS AD A	CAPS AD B	CAPS AD C	CAPS AD D	CAPS AD E	CAPS AD F	CAPS AD G	Proporção final
1	Órgãos de justiça (Defensoria Pública, TJDFT, Seruq e MP)	100	60	100	88	100	100	100	93
2	CAPS AD (outras unidades)	100	40	100	100	100	80	88	87
3	CTs	67	60	100	100	100	80	88	85
4	CAPS (não AD)	67	20	100	100	100	100	100	84
5	Unidade Básica de Saúde	83	60	100	100	50	80	88	80
6	Conselho Tutelar	67	20	100	88	83	100	88	78
7	Hospital psiquiátrico	83	40	100	63	100	80	63	76
8	Hospital Geral	50	60	80	100	83	80	63	74
9	Equipe de CnR	100	60	100	63	33	60	25	63
10	Creas	33	0	100	38	67	100	75	59
11	Cras	33	0	100	63	50	80	75	57
12	UPA 24 horas ou pronto-socorro/urgência	33	80	60	63	0	100	50	55
13	Unidades de internação (sistema socioeducativo)	0	0	60	75	83	60	63	49
14	SAMU 192	33	100	40	13	33	80	38	48
15	Igreja ou Instituição religiosa	0	20	60	75	33	40	50	40

Fonte: Santos e Pires (2020).

Em seguida, verificamos um conjunto de serviços de saúde e assistência social em posição intermediária, com destaque apenas para as equipes de CnaR e igrejas, as quais não figuram na tabela 1. Ao final da lista (com proporção final abaixo de 40%, e não visíveis na tabela 2), situam-se novamente escolas, o Centro Pop, ONGs, centros de convivência e cultura, e cooperativas.

Os resultados da análise dos dados sociométricos são corroborados pelas narrativas dos profissionais e gerentes dos CAPS AD. Ao longo das entrevistas, abordamos também a temática das redes e articulações interinstitucionais, buscando compreender a percepção desses profissionais sobre os múltiplos atores envolvidos nas suas redes pessoais (isto é, do próprio profissional e não do serviço CAPS AD, como um todo). No conjunto das entrevistas, identificamos 112 menções de profissionais a vinte tipos diferentes de equipamentos, serviços e instituições. Aqui, novamente, as CTs comparecem como o tipo de entidade mencionado com maior frequência (13% do total de menções), seguidas pelos demais CAPS AD da rede, além dos CAPS voltados a pessoas com transtornos psíquicos (11%), Cras (11%), órgãos de justiça (10%) e hospitais (9%).

Quando observamos as interações apontadas pelas CTs pesquisadas, verificamos que há reciprocidade. Todas as quatro CTs declaram ter mantido relações cotidianas e estreitas com diversas (as vezes todas) unidades de CAPS AD, nos seis meses anteriores, para fazer ou receber demandas.

Essas relações aparecem com destaque nos relatos dos dirigentes das CTs. Segundo estes, os CAPS AD são a principal "fonte" de candidatos ao acolhimento em CTs. Um dos entrevistados chegou a afirmar que 90% dos internos de sua CT era oriundo de encaminhamentos feitos pelos CAPS AD. Ademais, as CTs identificam os CAPS AD como principal referência em atenção à saúde de seus internos. Seus dirigentes declararam recorrer primordialmente a eles quando algum de seus acolhidos necessita de acompanhamento psiquiátrico ou cuidados especializados à saúde.

Estes dados indicam, assim, uma aparente contradição: enquanto no plano discursivo, os CAPS AD e as CTs desenvolvem uma relação crítica e acusatória entre si, no plano das suas operações cotidianas, estas instituições operam uma verdadeira "parceria" ou "colaboração" no atendimento a usuários de álcool e outras drogas no DF.

4.4 Antagonismo cooperativo e suas racionalidades

Esse tipo de situação, caracterizado pela simultaneidade do conflito e da cooperação entre atores, provoca estranheza, especialmente face à crescente ênfase que as ideias de rede, intersetorialidade, transversalidade e arranjos colaborativos têm adquirido nos debates contemporâneos sobre políticas públicas e administração pública (Marcondes, Sandim e Diniz, 2018; Peters, 2017; Carmo e Guizardi, 2017; Cunnil-Grau, 2016; Pires, 2016). Essa ênfase deriva da compreensão, cada vez mais difundida, de que problemas complexos – como a superação da pobreza ou a atenção à saúde mental – requerem estratégias sofisticadas, baseadas em articulações interinstitucionais, que atravessem diversas áreas de governo e conectem atores estatais e não estatais (Bichir e Canato, 2019). Pois, a mobilização de diferentes saberes, recursos e modos de agir seria elemento central para o desenvolvimento de soluções abrangentes a desafios complexos e adequadas às circunstâncias específicas em que estes emergem.

No entanto, de forma geral, a literatura sobre cooperação interinstitucional também indica que a manutenção da coesão entre atores diversos e a busca por consistência e coerência do esforço coletivo requerem que os atores envolvidos compartilhem minimamente objetivos e entendimentos comuns sobre os desafios enfrentados (Bouckaert, Peters e Verhoest, 2010). É comum pressupormos, assim, que estratégias de rede, ou arranjos

interinstitucionais, envolvam um conjunto de atores diversificados, porém articulados em torno da implementação de uma mesma política pública.

No caso dos CAPS AD e CTs do DF, o conflito derivado de formas distintas de se compreender e lidar com o problema do uso problemático de álcool e outras drogas coexiste com a cooperação cotidiana entre ambas as instituições. Esse tipo de situação já foi observado e analisado por Sanyal (1991), a partir da noção de "antagonismo cooperativo". O autor abordou o contexto institucional de implementação de programas de geração de renda, que envolvia o fornecimento de crédito e assistência técnica para famílias em situação de vulnerabilidade, em Bangladesh. Observou-se, então, que os principais atores envolvidos – agências do governo, 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 na implementação de tais programas. No entanto, apesar do conflito, estes mesmos atores continuavam a trabalhar juntos, inclusive em novos projetos.

Esse tipo de situação nos impele a compreender as razões e as condições de sustentação da cooperação sob forte tensão. O estudo de Sanyal (1991) nos oferece algumas hipóteses sobre a racionalidade que subjaz o antagonismo cooperativo. A primeira delas sugere que a manutenção da cooperação se deve à ausência de alternativas melhores, ou a incentivos que compensem o mal-estar derivado do conflito. A segunda hipótese remete à ideia de que a cooperação, embora aparentemente conflituosa, cumpre funções latentes importantes (não explicitadas no discurso institucional) para um subgrupo de agentes que operam nestas instituições. A seguir, serão exploradas cada uma dessas hipóteses, a partir dos dados empíricos produzidos pela pesquisa, com foco na perspectiva dos gerentes e profissionais dos CAPS AD e suas racionalidades para a sustentação da cooperação com as CTs.

4.4.1 Lacunas na Raps do DF e o convênio da Sejus com as CTs

A Raps foi formalmente criada em 2011[12] para cumprir o papel de uma rede de saúde mental integrada, destinada a atender as pessoas em sofrimento mental e com demandas decorrentes do consumo de álcool, *crack* e outras drogas. Tem caráter territorial e comunitário, prevendo a organização dos serviços em redes regionalizadas, por meio de ações intersetoriais que garantam a integralidade do cuidado.

12. Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Raps 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).

O desenho proposto para a Raps envolve dispositivos e serviços organizados a partir dos seguintes componentes: *i*) atenção básica em saúde; *ii*) atenção psicossocial estratégica; *iii*) atenção de urgência e emergência; *iv*) atenção hospitalar; *v*) estratégias de desinstitucionalização; *vi*) estratégias de reabilitação psicossocial; e *vii*) atenção residencial de caráter transitório. Neste último componente, inicialmente, previa-se Unidades de Acolhimento (UAs),[13] pontos de atenção integral – 24 horas por dia, sete dias por semana – que devem oferecer acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo o direito de moradia, educação e convivência familiar e social aos usuários, com a possibilidade de acolhimento prolongado (de até seis meses). As UAs podem se destinar a abrigar adultos, ou crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e familiar.

O acolhimento em UAs é de caráter voluntário e seu acesso é regulado pelos CAPS AD de referência, a partir do seguinte fluxo: após o encaminhamento pelo CAPS AD, os profissionais deste e da UA devem construir, com o acolhido, o seu projeto terapêutico singular (PTS), que compreende o acompanhamento clínico e psicossocial do usuário e sua família. Para este acompanhamento, CAPS AD e UAs devem articular-se com outros serviços de saúde, ou de outros setores (educação, habitação, assistência social, etc.). Assim, de acordo com a previsão normativa da Raps, os CAPS AD atuariam, em conjunto com as UAs, para cuidar de usuários que necessitassem de abrigamento ou residência.

Porém, tal como verificado pela pesquisa, a implementação da Raps no DF se deu de forma incompleta, em especial com relação às UAs. Durante o período da pesquisa, só existia uma UA para adultos em operação, oferecendo um total de doze vagas (nem sempre disponíveis) e nenhuma unidade de residência terapêutica para a clientela dos CAPS AD. Soma-se a isso a insuficiência de abrigos vinculados à assistência social. Essa lacuna, ou "falha de rede", foi enfaticamente apontada pelos profissionais dos CAPS AD entrevistados. Na percepção deles, é precisamente por causa desta lacuna na oferta da Raps que as CTs se apresentam como um serviço necessário – em algumas situações indispensável – em relação ao qual eles se sentem relativamente dependentes.

> falta o Estado, e as CTs assumem (...) Não tem outro dispositivo... é pra lá que a gente encaminha (Assistente Social, CAPS AD A).

> a gente precisa dessa retaguarda (...) a gente encaminha bastante. É um suporte (Gerente, CAPS AD D).

13. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Raps.

> A gente tenta na medida do possível manter uma relação próxima a essas comunidades porque a gente sabe que o governo não tem outra coisa a oferecer, não tem um plano B, não tem residência terapêutica, só tem uma unidade de acolhimento, que é o Samambaia, assim mesmo, não funciona adequadamente (Gerente, CAPS AD C).
>
> As comunidades terapêuticas, elas existem porque a política de Saúde Mental não funciona na forma como deveria funcionar, por exemplo, o único estado, eu acho, que não tem as residências terapêuticas é o Distrito Federal. Se a gente tivesse residência terapêutica, se a gente tivesse mais CAPS AD III, se a gente tivesse os consultórios de rua, todo o aparato que consta já na legislação, não precisa de paciente ir para a comunidade. A gente dá conta dele com todos os dispositivos da saúde do SUS (Psicóloga, CAPS AD F).
>
> A dependência química é muito complexa, a nossa rede ainda tem alguns buracos, algumas falhas, algumas desassistências, então, a comunidade terapêutica muitas vezes entra como abrigamento, a nossa rede de abrigamento no Distrito Federal é uma rede que precisa melhorar, então entra como abrigamento, nós temos uma relação dessas comunidades que são conveniadas, nós só encaminhamos para essas (Gerente, CAPS AD B).

O preenchimento dessa lacuna pelas CTs se consolidou e adquiriu caráter formal por meio dos convênios firmados entre a Sejus do DF e as CTs localizadas em seu território. Periodicamente, as CTs selecionadas por meio de editais de chamamento público passam a ter uma parte de suas vagas contratadas pelo Conen-DF, recebendo financiamento público pela Sejus.[14] Segundo regulamentação do Conen-DF, cada vaga deve ser custeada pelo valor de R$ 1 mil mensais, a título indenizatório, e cobrir despesas com: alimentação adequada; limpeza do ambiente; transporte dos acolhidos para acompanhamento nos CAPS AD; transporte para outras unidades de saúde, quando necessário; além de despesas administrativas, decorrentes da contratação de profissionais para atuar na entidade. Em 2018, foram financiadas 280 vagas em onze CTs, a um custo de, aproximadamente, R$ 3.360.000 ao ano (a.a.).[15]

Até 2019, os editais lançados pelo Conen-DF estabeleciam que o acolhimento em CTs financiadas estava sujeito à "prévia avaliação da equipe do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD",[16] em cumprimento ao inciso II, do art. 9º, § 3º da Lei nº 3088/2011, que determina que os CAPS AD são responsáveis pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado, pela saída do acolhido e pelo seguimento de seu

14. Os recursos são repassados do Funpad, conforme disposições contidas na Lei Complementar nº 844, de 9 de maio de 2012.
15. Informações acessadas por meio de pedido de informação via LAI. Observe-se que a "divisão do trabalho" entre as Secretarias de Saúde e de Justiça – em que a primeira financia CAPS AD e a segunda, as CTs – emula o arranjo que havia no governo federal, até 2018/19, entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça.
16. Edital de credenciamento nº 01/2016-Sejus (Distrito Federal, 2016).

tratamento pós–internação (Brasil, 2011). Nesse sentido, os editais do Conen-DF explicitavam que as CTs deveriam disponibilizar transporte para acompanhamento dos acolhidos "preferencialmente no CAPS AD de referência, ou junto a outros profissionais ou unidade de saúde especializada". Ademais, os contratos assinados pelas CTs nesse período determinavam que "a SEJUS estabelecerá o procedimento de regulação das vagas, em conformidade com as demandas apresentadas pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS- AD".[17] O edital de agosto de 2016 chegou a propor, em suas disposições transitórias, a criação de um grupo de trabalho para estabelecer um termo de cooperação entre as CTs e os CAPS AD, com a participação de representantes da saúde mental, das CTs e do Conen-DF.

A análise dos documentos – além de dados colhidos em entrevista realizada com ex-funcionários da Disam do GDF, que atuaram nos primeiros anos de vigência das parcerias com CTs – aponta que, naqueles anos, havia uma articulação política no Conen-DF – entre representantes da Sejus, da Secretaria de Saúde e de outras instituições que ali tinham assento – em função da qual predominava o entendimento de que o encaminhamento de pacientes às CTs financiadas deveria estar subordinado à avaliação prévia das equipes dos CAPS AD. Do mesmo modo, as CTs deveriam comprometer-se a levar rotineiramente aos CAPS AD aqueles seus acolhidos que ocupassem vagas custeadas pela Sejus. Esse entendimento foi formalizado nos editais de chamamento público às CTs, publicados pela Sejus até 2016, marcando assim o papel dos CAPS AD de "porta de entrada" para os serviços de atenção psicossocial em álcool e drogas do DF, com autoridade para decidir quais usuários seriam encaminhados a CTs e em que circunstâncias.

Em 2019, esta situação se altera. Face ao fortalecimento político das coalizões pró-CTs, a nível nacional, e às mudanças da Política Nacional sobre Drogas (Pnad),[18] que já se insinuavam desde 2016, o Conen-DF – agora recomposto por uma ampla maioria de representantes das CTs – revogou às exigências que condicionavam o encaminhamento de usuários para CTs financiadas à decisão dos CAPS AD. Daí em diante, tal encaminhamento passou a ser realizado por qualquer profissional de saúde (público ou privado), sem necessidade da interveniência dos CAPS AD.[19]

17. Contrato nº 001/2016 – Funpad.
18. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 (Brasil, 2019).
19. Contrariando, portanto, as disposições da Portaria nº 3088, de 2011, Art.9º, § 3º, inciso II.

4.4.2 Heterogeneidade interna aos CAPS AD e a perspectiva da complementaridade

Para além da percepção das lacunas ou falhas da Raps do DF, em função da qual as CTs se apresentam como necessárias à atenção aos usuários de álcool e drogas naquele território, outro elemento se mostrou importante para explicar a cooperação – ainda que conflitiva – entre CAPS AD e CTs. Este elemento é a própria percepção de alguns profissionais dos CAPS AD sobre o trabalho das CTs, e de suas funções na Raps. Pois, a despeito das muitas críticas que fazem os profissionais dos CAPS AD, ao trabalho das CTs, alguns deles admitiram reconhecer que há uma complementaridade entre os dois modelos.

Segundo esta narrativa, 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". Assim, antes que rivais ou incompatíveis, estas instituições e seus modelos são compreendidos, por alguns profissionais, como dispositivos que efetivamente se complementam, no âmbito da rede de serviços. Na perspectiva destes profissionais,

> não se trata de comparar, mas, sim, de entender como uma rede(...) é um trabalho que se faz em conjunto. Tem momentos que a gente precisa das CT e tem momentos que eles também precisam da gente(...) é uma parceria (Farmacêutica, CAPS AD B).
>
> (...) é o único recurso que a gente conta. Esse paciente [que] é morador de rua, (...) quer um lugar para ficar seguro. Paciente que tem problemas, que não consegue ficar em casa, que está com problema e que precisa de um ambiente seguro para fazer desintoxicação, é o lugar que a gente mais encaminha, é o lugar que mais tem, é o lugar que mais acolhe (Enfermeira, CAPS AD G).
>
> (...) acho que são formas diferentes, mas eu acho que são complementares. Eu não sou totalmente contra. Eu acho que, muitas vezes, a gente encaminha porque a pessoa se identifica, pede para ir, quer sair desse ambiente de uso. E às vezes, ficar só aqui no CAPS não adianta, porque o CAPS é portas abertas, a gente não obriga ninguém a ficar aqui. Então, às vezes, ficar aqui para ele não é o suficiente. Ou, às vezes, ele passou um tempo aqui, ficou bem, mas quer continuar, ficar um período maior. Aí, vai para uma comunidade terapêutica (Terapeuta Ocupacional, CAPS AD A).

O trabalho conjunto, a que se referem os entrevistados, diz respeito não apenas aos encaminhamentos de usuários dos CAPS AD para as CTs, mas também ao acompanhamento que os profissionais dos CAPS AD dão aos pacientes durante e após o período de internação nas CTs. Nesse sentido, a complementaridade é compreendida também como parte de uma sequência, ou itinerário terapêutico, na qual o sujeito é abrigado nas CTs, durante uma fase inicial do seu tratamento; e, cumprido o período de internação, quando do seu desligamento da CT, ele retoma o acompanhamento com o CAPS AD mais próximo da sua residência ou trabalho.

> (...) estão lá e continuam fazendo tratamento aqui. Porque eles continuam sendo avaliados por nós, recebendo as medicações. Então, a gente continua em contato. Mesmo o paciente estando na comunidade, a gente continua avaliando a evolução do paciente (Médica Clínica, CAPS AD B).
>
> Porque: qual é o grande lance da dependência química? Eles saem da internação [e], se ele não vem direto para um tratamento continuado, se ele fica solto, a chance dele recair é altíssima. Então, cada vez mais, eu tenho visto a importância desse paciente sair de qualquer internação que ele esteja, e já estar vinculado a um outro serviço. Porque aí ele continua se sentindo protegido. Já bem menos, porque quando ele está em internação, em uma comunidade, ele está protegido 24 horas. E, quando ele sai desse lugar, a proteção já diminui muito. Mas se ele não estiver solto, ele estará sendo orientado. Então, a nossa conversa com eles [usuários] é muito assim: saindo da internação, continua aqui com a gente. A gente vai aumentar o Plano Terapêutico de vocês, para vocês serem mais vistos, mais cuidados (Terapeuta Ocupacional, CAPS AD G).

Outro argumento em favor da complementaridade se ancora na complexidade e variedade dos desafios associados ao enfrentamento dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Para alguns dos profissionais entrevistados, a variedade de tipos de paciente e de suas demandas faz com que a oferta de múltiplas modalidades de tratamento seja bem-vinda e até necessária.

> (...) O tratamento, a gente sempre fala que [ele] tem que ser quanto mais multi melhor, né? Essa pessoa tem que ser vista por mais pessoas, tem que ir para mais atividades, né? Para fazer sentido. Para vir só para psiquiatria e para grupo de referência, não faz muito sentido. Mas, ainda assim, se for para manter esse paciente referenciado com a gente, para que a gente seja um ponto de apoio para quando ele sai da internação (Terapeuta Ocupacional, CAPS AD G).
>
> (...)Tem um lado bom de cada uma, sabe? Aí, é nesse sentido que tem que pensar com relação a cada paciente. Eu não desmereço totalmente as comunidades terapêuticas, porque elas têm ali a sua importância para determinados pacientes, como também tem a importância do CAPS para determinados pacientes, como tem o AA para outros. Então, acho que são coisas, são modalidades de tratamento que às vezes se complementam, né? O que vai ajudar para um, não vai ajudar para o outro. (...) Cada um vai identificar ali: 'não, para mim internação é o que é melhor nesse momento'. Então vai para internação. – Não. Eu vou para o CAPS. – Vou para o AA. Então, ter essas diferentes modalidades de tratamento, muitas vezes é bom nesse sentido, do paciente poder ver qual ele se identifica mais, sabe? E eu não invalido nem um, nem outro. Não acho que um é melhor que o outro. Tem que ver o que é melhor para o paciente naquele momento. Que às vezes em um momento pode ser bom o CAPS, em outro momento pode ser bom comunidade. (...) Depende de cada caso. E ter essas opções, de modalidades diferentes de tratamento, é bom para o paciente (Assistente Social, CAPS AD C).

Finalmente, há profissionais nos CAPS AD que defendem a parceria com CTs por entenderem que estas agregam recursos ao tratamento, ao incluírem a dimensão

da espiritualidade: "eu acho que o paciente tem que ter algo maior para ele se apegar. E muitos, às vezes, não têm. Não têm família, não têm nada. Então, a religião, eu acho que ajuda muito" (Farmacêutica, CAPS AD E).

4.4.3 Dissonância *versus* complementaridade

Conforme já afirmado, a grande maioria (83%) dos gerentes e profissionais dos CAPS AD apresenta um discurso crítico sobre as CTs. Por meio de uma análise sistemática dos discursos críticos, colhidos em entrevista, identificamos sete tipos de críticas predominantes:

1) as CTs atrapalham a rotina dos CAPS AD;
2) as CTs impõem religião;
3) o cuidado das CTs não é efetivo;
4) as CTs impõem o isolamento social;
5) as CTs impõem a laborterapia;
6) o modelo das CTs não é tratamento; e
7) as CTs adotam um padrão disciplinar muito rígido.

Não obstante essa profusão de críticas, as percepções dos gerentes e profissionais dos CAPS AD entrevistados, sobre as relações com as CTs, se distinguem em dois tipos polares, que chamamos aqui de *dissonância* e *complementaridade*. Enquanto alguns gerentes e profissionais dos CAPS AD entendem que o modelo das CTs é completamente dissonante do modelo dos CAPS (como visto anteriormente), outros consideram haver complementaridade entre os dois modelos, tal como abordado na seção 4.4.1.

Cruzando em uma matriz os dois tipos de percepção – dissonância e complementaridade – com os sete tipos de críticas enunciadas, construímos a tabela 3.

TABELA 3
Percepções sobre a relação entre CAPS AD e CTS e tipos de críticas
(Em %)

Percepções	Qtde. críticas	Tipos de críticas predominantes						
		Atrapalha a rotina	Impõe religião	Não é efetivo	Isolamento social	Labor-terapia	Não é tratamento	Rigidez
Dissonância (21)	61	35%	33%	59%	80%	34%	63%	56%
Complementaridade (14)	31	43%	38%	27%	0%	33%	12%	27%
Não se posicionou (13)	23	22%	29%	14%	20%	33%	25%	17%
Totais (48)	115	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Santos e Pires (2020).

Como se pode observar, os gerentes e profissionais dos CAPS AD que consideram que há dissonância entre os modelos fazem uma maior quantidade de críticas às CTs (61) do que aqueles que apresentam a narrativa da complementaridade (31) – em média, 2,9 e 2,2 críticas por entrevista, respectivamente. Porém, mais importante do que a quantidade de críticas feitas por cada grupo, são as diferenças relativas ao seu conteúdo. O grupo de profissionais que percebem os modelos (CAPS AD e CTs) como complementares é também aquele em que predomina a crítica de que "As CTs atrapalham a rotina do CAPS AD".

Por sua vez, os profissionais que enxergam uma dissonância entre os dois modelos tendem a dirigir suas críticas à baixa (ou nenhuma) efetividade das CTs ("não é efetivo"); e às características basilares da metodologia das CTs – imposição do isolamento social e rigidez disciplinar –, chegando mesmo a não reconhecer o caráter terapêutico do modelo ("não é tratamento"). Outros tipos de críticas, como "impõe religião" e "laborterapia", apresentam-se mais uniformemente distribuídas entre dissonantes e complementaristas.

Os resultados indicam que os gerentes e profissionais dos CAPS AD que se alinham com a narrativa da dissonância concentram suas críticas nos próprios princípios e métodos do modelo, identificando as internações, de médio e longo prazo, e o isolamento social como práticas que contradizem frontalmente as diretrizes da política de atenção a usuários de álcool e outras drogas (tratamento de base comunitária, em meio aberto). Alguns mencionaram que o isolamento interrompe o desenvolvimento do "projeto de vida" dos usuários, uma vez que estes encontram-se afastados do "mundo real".

À crítica ao isolamento social, soma-se a acusação de que as CTs não são uma modalidade de tratamento à saúde, pois não dispõem de profissionais de saúde em seus quadros, apoiando-se principalmente na rigidez disciplinar. Finalmente, compartilham a percepção de que a efetividade do modelo das CTs é baixa, pois não permite o desenvolvimento de ferramentas de manejo do uso ou de prevenção de recaídas, resumindo-se a um programa de afastamento temporário da vida em sociedade. Assim, para os profissionais alinhados com a narrativa da dissonância, as diferenças entre os modelos são percebidas como irreconciliáveis e fontes de problemas e tensões nas relações entre CAPS AD e CTs.

Por outro lado, os profissionais que enxergam a complementariedade entre os modelos criticam sobretudo aspectos procedimentais das relações entre as duas instituições no DF. Isto é, quando criticam as CTs, esses profissionais enfatizam questões associadas às operações e interações cotidianas entre elas e os CAPS AD, no acompanhamento dos

pacientes em comum. Entre as críticas mais correntes nessa categoria temos: *i*) problemas de logística e transporte dos acolhidos para as atividades agendadas para eles nos CAPS AD; *ii*) problemas relativos à administração da medicação prescrita nos CAPS AD – horários inadequados, suspensão dos medicamentos pelas CT, ou ainda distribuição dos mesmos para outros acolhidos; e, por fim, *iii*) conflitos oriundos das CTs (seja entre os acolhidos ou entre estes e os dirigentes) que invadem os espaços terapêuticos dos CAPS AD e precisam ser ali resolvidos. Assim, os complementaristas se distinguem do grupo que enfatiza a dissonância, pois concentram o seu esforço crítico em temas procedimentais e operacionais passíveis de correção. Para esse segmento, as diferenças e desentendimentos percebidos são tomados como objeto de possível conciliação.

Em suma, para além de uma lacuna na rede assistencial – que gera para os CAPS AD uma certa dependência das CTs – verifica-se, no interior dos diversos CAPS AD do DF, percepções distintas acerca das CTs e das relações entre elas e os CAPS AD. Destaca-se aqui aquela que enxerga as CTs, pacificamente, como pontos de atenção da Rede, com as quais é possível produzir complementariedades que contribuem para o bom atendimento às necessidades dos usuários, ainda que essas parcerias necessitem de alguns ajustes operacionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, temos observado um intenso debate nacional acerca de modelos de atenção a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, no cerne do qual delineou-se um antagonismo entre o modelo adotado pelos CAPS AD e o modelo das CTs. Para grande parte dos adeptos do modelo de base comunitária dos CAPS AD, o modelo das CTs seria incompatível com as diretrizes da política do MS de atenção integral para usuário de álcool e outras drogas (Brasil, 2003), razão pela qual não haveria lugar para as comunidades na Raps. Apesar das críticas, as CTs foram efetivamente incorporadas às Raps pelo MS[20] e contam, pelo menos desde 2011, com financiamento público de diversas entidades governamentais do país (governo federal, governos estaduais e prefeituras municipais), enquanto os CAPS AD seguem, cada vez mais, afetados por subfinanciamento.

Enquanto essa disputa é bastante visível no plano nacional, sabemos relativamente pouco sobre como se dão os encontros e desencontros entre estes dispositivos ao nível

20. Portaria MS nº 3088/2011.

dos territórios, onde de fato se organiza e se efetiva a prestação de serviços aos cidadãos. Com o intuito de suprir essa lacuna, este texto para discussão se voltou à análise das relações entre CAPS AD e CTs, no âmbito da Raps do DF.

A pesquisa indicou que as equipes, tanto dos CAPS AD quanto das CTs, apresentam discursos mutuamente críticos aos princípios e métodos uns dos outros, mas mostrou também que o cotidiano destas duas instituições é marcado por interações frequentes e intensivas entre si, as quais envolvem encaminhamentos e demandas recíprocas, com vistas ao cuidado de sua clientela. Descrevemos este tipo de relação, marcada simultaneamente por conflito e cooperação, por meio do conceito de "antagonismo cooperativo".

Além disso, exploramos as possíveis racionalidades subjacentes à sustentação desse padrão de relação ao longo do tempo. A primeira delas seria a diminuta oferta dos dispositivos residenciais previstos no desenho da política do MS de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas – as UAs – no território do DF, configurando uma "falha de rede", em função da qual o recurso às CTs se mostra incontornável.

A segunda provável razão para a perenidade da cooperação entre as duas instituições estaria na percepção compartilhada por alguns profissionais dos CAPS AD, que apoiam a hipótese de que os dois dispositivos podem ser complementares – seja porque agregam recursos entre si, maximizando o potencial de sucesso do usuário em seu percurso terapêutico, seja porque os próprios usuários assim os tomam, isto é, como complementares – recorrendo a um e a outro, sequencial ou concomitantemente, conforme lhes pareça conveniente ou necessário, em cada momento específico de suas trajetórias.

Embora a complementariedade seja uma possibilidade plausível e eventualmente 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, tanto a nível nacional como no DF, atua no sentido contrário, de acirramento dessa disputa, quando, por exemplo, amplia crescentemente o financiamento às CTs, sem fazer o mesmo para os CAPS AD; ou quando produz artificialmente a hegemonia dos representantes das CTs nos Conselhos de Políticas sobre Drogas – nacional e distrital –, garantindo-lhes poder para ditarem as regras do financiamento público, assim como de fiscalização de suas próprias instituições.

A manutenção do padrão antagônico das relações entre CAPS AD e CTs, tal como identificado no caso do DF, pode ter implicações negativas importantes para a provisão dos serviços e, sobretudo, para os seus usuários. Essas implicações serão objeto

de análise mais aprofundada no desenvolvimento futuro desta pesquisa. Mas, desde já, vale apontar algumas implicações possíveis, conforme a seguir descrito.

1) Ainda que aparentemente funcional, do ponto de vista da gestão da rede de serviços, a cooperação entre CAPS AD e CTs pode resultar em incoerências e descontinuidades terapêuticas potencialmente prejudicais aos usuários. As controvérsias em torno da redução de danos e da exigência de abstinência, e suas (in)compatibilidades, são centrais neste sentido. Assim, para além de mapear as contradições entre os modelos (e de suas concepções sobre o problema e sua terapêutica), faz-se importante compreender como elas vão aterrissar nos corpos dos usuários que transitam entre estas instituições.

2) A superação da lacuna assistencial da Raps em seu componente de abrigamento e residência temporária pelas CTs pode acabar impondo uma segmentação das opções de tratamento nos CAPS AD, em função do grau de vulnerabilidade social em que se encontrem os usuários. Segundo os próprios profissionais entrevistados, as pessoas que dispõem de uma rede de suporte e de recursos – financeiros, familiares, relacionais, etc. – têm maiores possibilidades de realizar um tratamento de base comunitária, orientado pela redução de danos, do que aquelas que não dispõem destes recursos e necessitam de abrigamento ou afastamento de situações de risco (perseguição policial ou de agentes do tráfico de drogas, por exemplo). A inexistência de opções, como as UAs, faz com que inevitavelmente essas pessoas – as mais vulneráveis – sejam encaminhadas às CTs, delineando-se assim um efeito perverso de produção e reprodução de desigualdades sociais, a partir de um serviço que se pretende universal.

Por esse ângulo, impõe-se uma agenda de pesquisa futura, que analise comparativamente, em diferentes contextos locais, as relações entre CAPS AD e CTs, e que não só revele eventuais variações de forma de organização da relação entre as duas instituições, como também ofereça uma base empírica mais sólida para averiguação das implicações desses padrões de relação para os usuários dos serviços.

Finalmente, os achados empíricos provenientes desses estudos poderão contribuir também para o aprofundamento das reflexões teóricas e conceituais no campo da cooperação interinstitucional e da coordenação de políticas públicas. A percepção de um antagonismo cooperativo põe em questão os pressupostos de consenso e coerência, comumente encontrados nesse campo e tidos 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

BICHIR, R.; CANATO, P. Solucionando problemas complexos? Desafios da implementação de políticas intersetoriais. *In*: PIRES, R. (Org.) **Implementando desigualdades**: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. p. 243-265.

BOUCKAERT, G.; PETERS, G.; VERHOEST, K. **The coordination of public sector organizations**: shifting patterns of public management. New York: Palgrave Macmillian, 2010.

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, 32 dez. 2011. Disponível em: <https://bit.ly/35RMvMx>.

_____. 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/3iRDo20>.

CARMO, M.; GUIZARDI, F. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, p. 1265-1286, 2017.

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.

CUNILL-GRAU, N. A intersetorialidade nas novas políticas sociais: uma abordagem analítico-conceitual. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, Brasília, n. 26, p. 35-66, abr. 2016.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania; Conselho de Administração do Fundo Antidrogas do Distrito Federal. **Edital de credenciamento nº 01/2016**. Brasília: Sejus, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3iPzeHO>.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano distrital de saúde 2020-2023**. Brasília: SES, set. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3kzEcce>.

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

MARCONDES, M.; SANDIM, T.; DINIZ, A. **Transversalidade e intersetorialidade**: mapeamento do debate conceitual no cenário brasileiro. Viçosa: APGS, 2018. p. 22-33.

PETERS, B. Guy. What is so wicked about wicked problems? A conceptual analysis and a research program. **Policy and Society**, v. 36, n. 3, p. 385-396, 2017.

PIRES, R. Intersetorialidade, arranjos institucionais e instrumentos da ação pública. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, Brasília, n. 26, 2016.

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.

SANTOS, M. P.; PIRES, R. (Coords.). **Metodologias de cuidado a usuários problemáticos de SPAs**: Os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do Distrito Federal. Brasília: Ipea, 2020. Relatório interno de pesquisa.

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.

TROST, J. E. Statistically non-representative stratified sampling: a sampling technique for qualitative studies. **Qualitative Sociology**, v. 9, n. 1, p. 54-57, 1986.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

EDITORIAL

Coordenação
Reginaldo da Silva Domingos

Assistente de Coordenação
Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Supervisão
Camilla de Miranda Mariath Gomes
Everson da Silva Moura

Revisão
Amanda Ramos Marques
Ana Clara Escórcio Xavier
Clícia Silveira Rodrigues
Idalina Barbara de Castro
Luiz Gustavo Campos de Araújo Souza
Olavo Mesquita de Carvalho
Regina Marta de Aguiar
Hellen Pereira de Oliveira Fonseca (estagiária)
Ingrid Verena Sampaio Cerqueira Sodré (estagiária)

Editoração
Aeromilson Trajano de Mesquita
Cristiano Ferreira de Araújo
Danilo Leite de Macedo Tavares
Herllyson da Silva Souza
Jeovah Herculano Szervinsk Junior
Leonardo Hideki Higa

Capa
Danielle de Oliveira Ayres
Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico
Renato Rodrigues Bueno

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo
70076-900 – Brasília – DF
Tel.: (61) 2026-5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em adobe garamond pro 12/16 (texto)
Frutiger 67 bold condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Brasília-DF

Logotipo/slogan de governo removido em observancia ao disposto no art. 40 da Lei n 9.504/1997

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA

ISSN 1415-4765