

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

CARMEN LEITE VANIN

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM PERSPECTIVAS: BUROCRATAS DE NÍVEL
DE RUA E OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE DROGAS E SAÚDE MENTAL

SÃO PAULO

2025

CARMEN LEITE VANIN

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM PERSPECTIVAS: BUROCRATAS DE NÍVEL
DE RUA E OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE DROGAS E SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas.

Linha de Pesquisa: Gestão Social e Territorial.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Burgos

SÃO PAULO

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas/FGV

Vanin, Carmen Leite.

Comunidades terapêuticas em perspectivas: burocratas de nível de rua e os desafios da política de drogas e saúde mental / Carmen Leite Vanin. - 2025.

86 f.

Orientador: Fernando Burgos Pimentel dos Santos.

Dissertação (mestrado profissional MPGPP) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Políticas públicas - São Paulo (Estado). 2. Política de saúde mental - São Paulo (Estado). 3. Comunidades terapêuticas. 4. Drogas - Abuso. 5. Servidores públicos. I. Santos, Fernando Burgos Pimentel dos. II. Dissertação (mestrado profissional MPGPP) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 613.86

CARMEN LEITE VANIN

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM PERSPECTIVAS: BUROCRATAS DE
NÍVEL DE RUA E OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE DROGAS E SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada à Escola de
Administração de Empresas de São Paulo da
Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP),
como requisito para obtenção do título de
Mestre em Gestão e Políticas Públicas.

Linha de Pesquisa: Estado, Governo e
Políticas Públicas.

Data de avaliação: 29/05/2025

Banca examinadora:

Prof. Dr. Fernando Burgos

Orientador FGV-EAESP

Prof. Dra. Gabriela Spanghero Lotta

Professora FGV-EAESP

Prof. Dra. Jacqueline Isaac Machado

Brigagão

Professora EACH-Universidade de São
Paulo

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, pelo espaço de desenvolvimento profissional e acadêmico, e à Escola Paulista de Contas Públicas, pelo suporte institucional e formativo, que refletem o compromisso da Casa com o estudo contínuo, o aperfeiçoamento técnico e o aprofundamento nas questões relevantes à gestão pública por parte de seus servidores.

Meus agradecimentos especiais ao Abílio Licínio dos Santos Silva, por ter autorizado a realização do curso, pela parceria construída ao longo da minha trajetória profissional e, sobretudo, pela confiança e incentivo sempre presentes. À Roberta Rocha Pereira de Veras Sebastião, pelo apoio constante, pelas trocas de ideias e por toda a ajuda generosa ao longo dessa caminhada.

Ao Stanislaw Augusto dos Santos Zago, por ter sido meu orientador na auditoria que me colocou em contato, pela primeira vez, com as complexidades desta política. Muito obrigada pelos ensinamentos e reflexões construídas ao longo desse percurso. Ao Leonardo Cristiano, por compartilharmos os desafios, as incertezas e os aprendizados dessa jornada.

Ao Gabinete da Conselheira Cristiana de Castro Moraes, minha gratidão pela acolhida calorosa e por me permitir iniciar uma nova fase com entusiasmo, confiança e propósito renovado.

À minha mãe, sempre ao meu lado, meu amor e minha fortaleza. Ao meu pai, meu maior exemplo acadêmico, professor dedicado e profundo defensor da educação, que me deu conselhos acertados ao longo do processo

Ao meu irmão, meu maninho querido, com quem compartilho a estrada da vida, enfrentando juntos os desafios de uma caminhada nem sempre fácil.

À Tu, por estar ao meu lado durante todo esse percurso, oferecendo apoio, paciência e presença nos momentos mais desafiadores. Sou imensamente grata.

Ao meu orientador, Dr. Fernando Burgos, registro minha profunda gratidão pela orientação atenta, pelas intervenções sempre certeiras, que tiveram impacto profundo na construção deste trabalho. Suas diretrizes, sempre lúcidas e precisas, ajudaram a esclarecer caminhos e aprimorar a qualidade da pesquisa.

Por fim, sou imensamente grata aos trabalhadores que entrevistei, que gentilmente dedicaram seu tempo, compartilharam experiências e contribuíram de forma essencial para a

construção desta pesquisa. Seus relatos foram fundamentais para elucidar pontos relevantes e aprofundar a discussão proposta.

RESUMO

A pesquisa investigou, sob a ótica dos burocratas de nível de rua atuantes na rede de atenção psicossocial no estado de São Paulo (Brasil), os motivos determinantes que compõe o processo decisório para o encaminhamento ou não de usuários de substância psicoativa que fazem uso problemático para as chamadas Comunidades Terapêuticas. Foi objeto de verificação também os desafios da implementação das políticas públicas relacionadas ao campo do álcool, das drogas e da saúde mental. A pergunta de pesquisa foi elaborada a partir de dados públicos que demonstraram a subutilização das vagas em comunidades terapêuticas no Estado de São Paulo. A metodologia adotada foi a qualitativa desenvolvida sob a forma de um estudo de caso múltiplo, que buscou a lógica da replicação de respostas e não da amostragem. Foram conduzidas 15 entrevistas semiestruturadas durante os meses de maio a junho de 2024 com médicos, psicólogos, assistentes sociais, redutores de danos, entre outros profissionais distribuídos em municípios circunscritos ao Estado de São Paulo. Ao todo, as entrevistas somaram mais de 18 horas tendo sido transcritas e trabalhadas com base na análise temática teórica, através da detecção de padrões de respostas e codificação. A pesquisa teórica abordou aspectos históricos das políticas públicas de drogas e saúde mental no Brasil, envolvendo discussões sobre a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. Ainda, adotou-se o referencial de Michael Lipsky para se destringir a teoria da discricionariedade dos burocratas de nível de rua. Os resultados indicam que aspectos relacionados ao descrédito nas comunidades terapêuticas quando existentes na grade de regulação do município/Estado como solução prioritária, bem como inadequações na implementação e na formulação da política pública podem contribuir para a subutilização dos equipamentos. Além disso, embora menos frequentes, as entrevistas também sugeriram situações de encaminhamento para comunidades terapêuticas, com o processo decisório alicerçado principalmente nas especificidades dos indivíduos. Ademais, foram destringidas diversas facetas da discricionariedade dos burocratas de nível de rua, que demonstraram através do imprevisto, por exemplo, a busca por estratégias de cuidado, construção de vínculos e articulação intersetorial. Por fim foram catalogados diversos códigos relacionados aos desafios envolvendo aspectos da transversalidade, da intersetorialidade e da implementação da política de saúde mental e drogas, detalhando pontos que necessitam de aprimoramento para melhoria nas políticas públicas de atenção e cuidado aos usuários de substância psicoativa.

Palavras-chave: políticas públicas; comunidades terapêuticas; implementação; discricionariedade; burocracia de nível de rua; drogas; saúde mental.

ABSTRACT

This research investigated, from the perspective of street-level bureaucrats working within the psychosocial care network in the state of São Paulo (Brazil), the determining factors that shape the decision-making process regarding whether or not to refer individuals who engage in problematic use of psychoactive substances to so-called Therapeutic Communities. It also examined the challenges associated with implementing alcohol, drug use, and mental health policies. The research question was formulated based on public data showing the underutilization of vacancies in therapeutic communities in the State of São Paulo. The methodology adopted was qualitative, developed as a multiple case study that sought logical replication rather than sampling. Fifteen semi-structured interviews were conducted between May and June 2024 with physicians, psychologists, social workers, harm reduction agents, among other professionals located in municipalities within the State of São Paulo. Altogether, the interviews totaled more than 18 hours and were transcribed and analyzed using theoretical thematic analysis, based on the identification of response patterns and coding. The theoretical framework addressed historical aspects of drug and mental health public policies in Brazil, including discussions on psychiatric reform and the anti-asylum movement. Additionally, Michael Lipsky's framework was adopted to unpack the theory of discretion among street-level bureaucrats. The results indicate that factors related to the discrediting of therapeutic communities—when included in the regulation system of the municipality or State as a priority solution—as well as shortcomings in the implementation and design of public policy, may contribute to the underutilization of these facilities. Moreover, although less frequently, the interviews also pointed to cases of referrals to therapeutic communities, with the decision-making process grounded primarily in the specificities of each individual. In addition, various facets of street-level bureaucrats' discretion were unpacked, as they revealed, for instance through improvisation, a search for care strategies, the building of bonds, and intersectoral coordination. Finally, a range of codes were mapped related to the challenges involving cross-cutting issues, intersectorality, and the implementation of mental health and drug policies, highlighting areas that require improvement in order to enhance public policies aimed at the care and support of people who use psychoactive substances.

Keywords: *public policies; therapeutic communities; implementation; discretion; street-level bureaucracy; drugs; mental health.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação de participantes e perfil dos entrevistados	26
Tabela 2. Motivos para não encaminhamento para CTs – Menções por subtema	29
Tabela 3. Especificidades: Motivos para encaminhamento para CTs – Menções por subtema	45
Tabela 4. Discricionariade na implementação – Menções por subtema.....	48
Tabela 5. Codificação dos Desafios	55

SUMÁRIO

1. PRÓLOGO.....	9
2. INTRODUÇÃO	11
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	17
3.1.1 Breve contexto histórico no Brasil, luta antimanicomial e reforma psiquiátrica.....	18
3.1.2 Discricionarietà na implementação das políticas de drogas e saúde mental.....	22
4. METODOLOGIA.....	25
5. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS.....	28
5.1 MOTIVOS DO NÃO ENCAMINHAMENTO PARA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	28
5.1.1 Descredito nas comunidades terapêuticas	29
5.1.2 Inadequações na implementação	31
5.1.3 Inadequações na formulação da política pública	38
5.2 ESPECIFICIDADES: MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO PARA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	45
5.3 DISCRICIONARIEDADE NA IMPLEMENTAÇÃO.....	48
5.4 DESAFIOS RELACIONADOS À IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE DROGAS E SAÚDE MENTAL.....	54
5.4.1 Desafios relacionados à transversalidade e intersetorialidade da política	56
5.4.2 Desafios relacionados à política de saúde mental e drogas	59
6. DISCUSSÃO	65
7. RECOMENDAÇÕES AO CONTROLE EXTERNO	74
8. CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE 1	86

1. PRÓLOGO

A ideia da pergunta de pesquisa desta dissertação nasceu durante as atividades de auditoria em programas de governo, no âmbito da minha atuação no Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, quando me deparei com a persistente sobra de vagas em equipamentos financiados com dinheiro público, voltados ao atendimento de pessoas que faziam uso problemático de substâncias psicoativas. Esse cenário gerou o questionamento sobre a racionalidade da política pública vigente: haveria um direcionamento equivocado de esforços e recursos? Percebia-se, muitas vezes, um foco na internação em comunidades terapêuticas, enquanto outras estratégias previstas na política de saúde mental pareciam subutilizadas e fragilizadas. Diante disso, surgiu o interesse em compreender as decisões tomadas na linha de frente e os sentidos atribuídos à política por aqueles que a implementam cotidianamente.

Meu interesse pelos trabalhadores da linha de frente vem justamente da certeza de que é na ponta que a política pública, de fato, acontece. São esses profissionais que são os responsáveis pela execução das políticas, pelas tomadas de decisões diante dos dilemas cotidianos, e que muitas vezes não tem o reconhecimento institucional que merecem. Durante as atividades de uma auditoria pública, é possível ver sob esses trabalhadores, os impactos e as contradições das normas, dos decretos e das diretrizes governamentais, muitas vezes ambíguas ou contraditórias.

Assim, quando esses profissionais optam por não seguir uma política ou adotam caminhos distintos daqueles formalmente estabelecidos, essa escolha não pode ser ignorada — deve ser objeto de estudo e reflexão. Escutá-los é essencial para repensar e reavaliar as políticas públicas a partir da realidade concreta da implementação.

Creio que o leitor encontrará aqui uma pesquisa que extrapola o trabalho cotidiano de um auditor de controle externo. Trata-se de um esforço centrado na escuta do trabalhador da linha de frente — ouvir as pessoas que lutam por um SUS (e SUAS) mais efetivo, eficiente, eficaz, econômico e, sobretudo, comprometido com os direitos sociais. Escutá-los e aprender com suas experiências concretas permite lançar luz sobre os desafios cotidianos da implementação das políticas públicas. Ao longo do percurso, encontrei profissionais que acreditam nos serviços públicos e que, apesar dos inúmeros obstáculos, seguem lutando diariamente por mais dignidade para a população.

Importante reforçar, por fim, que a discussão sobre a implementação de políticas públicas de saúde e assistência social vem desse lugar de compromisso com o interesse público e com a dignidade humana. Vem da tentativa genuína de compreender os sentidos e as escolhas

que orientam a atuação dos profissionais que lidam, diariamente, com os limites e complexidades das diretrizes governamentais.

2. INTRODUÇÃO

O campo das drogas é marcado por grandes debates sobre como enfrentar os diversos desafios, como dar respostas a sociedade e quem deve ser responsável pela resolução dos problemas. É, antes de tudo, um debate com dimensões internacionais o que aumenta ainda mais a complexidade do tema. No nível local e regional, a prioridade governamental pode ser marcada por uma forte aplicação da lei (para suprimir o consumo e a distribuição de drogas) ou focada na saúde dos cidadãos, reduzindo mortes evitáveis e doenças associadas às drogas. Nesse sentido, as respostas políticas variam, desde uma utilização maior de forças policiais com foco no encarceramento até serviços de saúde pública que fornecem tratamentos para a dependência de drogas, campanhas educacionais e abordagens que considerem que a dependência de drogas está ligada a fatores de risco relacionados as condições de saúde física, mental e habitacional (Head, 2022).

A presente pesquisa investiga o processo de tomada de decisão e os motivos determinantes que levam um profissional que atua na linha de frente da implementação das políticas públicas de drogas e saúde mental a não encaminhar um usuário que faça uso problemático de substância psicoativa (SPA) às chamadas Comunidades Terapêuticas (CT). Nesse contexto, a partir da ótica desses trabalhadores, também investiga os desafios da implementação das políticas públicas relacionadas ao campo do álcool, das drogas e da saúde mental. A pesquisa busca elucidar, sob a perspectiva desses profissionais, os gargalos, recomendações e/ou pontos de melhoria para o desenvolvimento da política pública em debate partindo da premissa que o monitoramento e a avaliação da implementação podem retroalimentar e suscitar melhorias na formulação.

A literatura (Alves, 2009; Pires, 2018) conceitua as Comunidades Terapêuticas (CTs) como organizações sem fins lucrativos regulamentadas pelo Estado, a maioria criadas com o apoio de organizações religiosas que buscam abrigar e oferecer tratamento *in loco* para pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas.

Santos (2018) explica que nas CTs, o postulado da abstinência vem ainda acompanhado de antigas práticas de tratamento psiquiátrico, especialmente o recolhimento dos pacientes em instituições fechadas, onde são submetidos ao isolamento social, sob rigorosas regras de conduta e convivência, e sob a vigilância e tutela de uma equipe dirigente. A adoção dessas medidas sobre usuários de drogas é frequentemente justificada pelos argumentos da falta de

controle dessas pessoas sobre a sua própria vontade, e também da distorção de suas percepções sobre a realidade, o que as tornaria incapazes de desfrutarem de liberdade e autonomia.

Relatórios técnicos constataram a subutilização de vagas e não atingimento da meta da taxa de ocupação nas Comunidades Terapêuticas contratadas pela Secretaria de Desenvolvimento Social de São Paulo (SEDS) no Estado de São Paulo nos anos de 2020, 2021 e 2022 (Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, 2022). O não atingimento dessas metas foi também apresentado em Relatório elaborado pela Coordenadoria de Políticas sobre Drogas (COED)¹, órgão integrante da SEDS para avaliação do termo de colaboração entre Governo do Estado e a Organização da Sociedade Civil (OSc) e demonstrava que a taxa de ocupação ao longo dos 6 meses no ano de 2022 havia sido 68% de janeiro a março e 75% de abril a setembro de 2022, sendo a meta pactuada com o Estado de 80% (considerando o universo de 1252 vagas ofertadas pelo Estado). Somava a esse contexto outra apuração contida Relatório do TCE/SP supramencionado de que algumas CTs respondentes afirmavam encontrar resistência dos Caps e das UBS para os encaminhamentos dos usuários às CTs.

Do ponto de vista da análise de políticas públicas, os estudos sobre comunidades terapêuticas (CTs) ganharam relevância em função da incorporação dessas instituições, pelo Estado brasileiro, à oferta pública de cuidados a usuários de drogas. A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas), que define os crimes relacionados a drogas no país, instituiu um sistema nacional de políticas públicas sobre drogas, segundo o qual a “atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas” (Brasil, 2006, art. 3º, I) deve ser prestada tanto pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto por instituições privadas e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos. Assim, desde a edição dessa lei, essas instituições, tornaram-se elegíveis a subsídios públicos, tais como benefícios fiscais e financeiros (Santos, 2018).

Marques & Couto (2020) explicam que a chamada “política de drogas” pode ser entendida como o conjunto de leis e programas destinados a influenciar as decisões individuais em relação ao consumo de substâncias psicoativas, além de intervir nos impactos e consequências desse consumo relacionados à segurança, saúde e bem-estar social de indivíduos e comunidades. Ou seja, dentro das políticas de drogas estão contemplados os programas destinados a prevenção, a saúde, a assistência social com cuidados destinados aos usuários, ao

¹ Parecer Técnico de monitoramento e avaliação da parceria referente ao termo de colaboração 1938/2016 – Exercício Jan/2022 a Set/2022 disponível em <https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/11--parecer-tecnico-de-monitoramento-e-avaliacao-2022-janeiro-a-setembro.pdf>, acesso 12.11.24.

conjunto de leis que proíbem ou regulamentam o uso, a distribuição, a produção das substâncias e as sanções sob a violação dessas proibições.

Assim sendo, essa extensa teia interrelacionada e múltipla que compõe a política de drogas e da saúde mental contribui para a complexidade da análise do assunto e para as discussões que consideram a dependência química e as respostas estatais correlacionadas a esse campo como um problema complexo.

O conceito de Problema Complexo ("*wicked problems*") foi desenvolvido por Rittel e Webber (1973) enquanto analisavam o insucesso do governo norte americano em determinadas políticas públicas no campo social e urbanístico. Os autores concluíram que o pluralismo da sociedade moderna, composta por indivíduos com diferentes perspectivas, valores e interesses, dificulta a aceitação de soluções impostas a diferentes grupos sociais e compromete o consenso de uma solução para determinado problema. Muitos dos problemas sociais, urbanos e econômicos contemporâneos têm definições imprecisas, podem ou não ser permeados de polêmicas e contradições e as possíveis soluções são frequentemente alvo de controvérsias e ambiguidades e dependem mais de julgamentos de valor e considerações políticas do que de uma análise puramente científica (Head, 2022; Castro, 2022). Assim, segundo os autores, os problemas complexos podem ser compreendidos como questões difíceis de resolver devido à sua natureza ambígua, interconectada e sujeitos a diferentes interpretações (Castro, 2022; Rittel & Webber, 1973).

Nesse sentido, Roberts (2000) explica que ferramentas analíticas sofisticadas tradicionais parecem não funcionar como método de resolução para os problemas complexos. Assim, Head (2022) comenta que a contribuição das ciências sociais na abordagem dos *Wicked Problems* é a de fornecer análises embasadas em evidências para colaborar com os tomadores de decisão e aprimorar o debate público fornecendo, portanto, uma nova abordagem rica e diferenciada para enfrentamento desses problemas.

Assim, os argumentos para conceber as políticas relacionadas à dependência química e às respostas públicas dentro desse campo como um problema complexo são muito fortes. Não há um consenso fundamentado sobre a estrutura de todos os problemas, as soluções não são claramente conhecidas pelos decisores em questão dada a multiplicidade da discussão e inexistem soluções fáceis (Bichir & Canato, 2018). Além disso, Marques e Couto (2020) explicam que a complexidade do assunto advém também das discussões multifacetadas de cunho religioso, político, econômico, moral, entre outras.

O processo de elaboração da pergunta de pesquisa adveio de questionamentos formulados ao longo de experiências adquiridas durante a execução de auditorias operacionais

realizadas no curso da atuação fiscalizatória no Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP). Emergiu, então, a seguinte pergunta de pesquisa: Quais motivos determinantes que compõe o processo decisório dos burocratas de nível de rua (BNR) para o não encaminhamento dos usuários que fazem uso problemático de substância psicoativa às CTs? E quais são, na percepção desses profissionais, os principais desafios para a implementação das políticas públicas de álcool, drogas e saúde mental?

A pergunta de pesquisa busca detalhar os motivos de uma eventual escolha racional dos BRNs atuantes nas RAPS para a subutilização do equipamento disponibilizado pelos entes públicos para atendimento e tratamento dos usuários de SPA.

Cabe ponderar desde já que esta pesquisa adotou o conceito mais amplo de “uso problemático”, considerado a definição de Fernandes (Marchetti, et. al, 2024, p.2) como aquele que “engloba o uso de substâncias psicoativas que compreenda prejuízo pessoal, social e ou sanitário relacionado ao padrão de consumo dessas substâncias”, embora exista uma discussão específica sobre esse conceito, mas que não será objeto neste trabalho.

Vale reforçar que a pesquisa examina as respostas dos BRNs sobre o processo decisório envolvendo o encaminhamento às CTs com vagas financiadas com recursos públicos e também aquelas que são atualmente regulamentadas pela Resolução nº 1/2015 do Conad, mas que não possuam ajustes diretos com entes públicos. Além disso, a pergunta de pesquisa não diferencia as chamadas “Comunidades Terapêuticas Acolhedoras” reguladas pela Lei 13.840/2019 e pela RDC Anvisa nº 29/2011 das chamadas “Comunidades Terapêuticas Médicas”, que observam além da RDC mencionada, outras normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde. Assim, para desenvolvimento das análises, optou-se por chamar as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, Médicas, financiadas por recurso públicos ou privados somente de “Comunidades Terapêuticas” - embora sejam heterogêneas como será abordado posteriormente, constituindo importante limitação de pesquisa.

Nesse processo de delimitação da pergunta de pesquisa, é relevante observar que o encaminhamento ou não de um usuário de SPA a uma CT disponível como estratégia de saúde ou assistência social de um município ou de um Estado, constitui atividade discricionária da equipe multidisciplinar de saúde. Assim, a pesquisa também buscou analisar os motivos determinantes de uma não recomendação ao encaminhamento à uma Comunidade Terapêutica mesmo que não disponível na estratégia pública de saúde ou assistência social do território de atuação do profissional, mas que esteja acessível através de outras formas - detalhado ao longo do desenvolvimento do trabalho.

A escolha de focar nos profissionais que atuam na linha de frente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se justifica pois, no que se refere ao cuidado direcionado aos indivíduos que usam drogas, esses são atores protagonistas no processo, seguidos por seus familiares e pela equipe de saúde, sejam dos CAPS, hospitais, etc. Todos esses indivíduos compõem a rede de cuidado e são de grande importância no processo de implementação da política pública (Marchetti et al., 2024). Ainda nesse sentido, vale destacar que a pesquisa considerou a fase da implementação da política pública estudada como um processo autônomo onde decisões cruciais são tomadas diariamente, conferindo poder discricionário aos executores e rico acervo de aprendizado (Silva & Melo, 2000).

Lotta (2021) aponta que parte dos problemas relacionados às políticas e aos possíveis gargalos existentes na sua elaboração são identificados na fase de implementação da política pública. Ainda, de acordo com a autora, mais do que um erro na implementação, a distância entre quem formula e quem implementa dá espaço para transformações, adaptações e interpretações que ressignificam os propósitos iniciais das políticas à luz das condições reais que são encontradas durante a implementação.

Debruçar-se sobre as escolhas dos agentes em um processo de implementação e mais especificamente dentro do campo do Álcool e Drogas (AD) se justifica porque, como já dito, a dependência química e as respostas políticas estatais dentro desse campo constituem um problema complexo a ser enfrentado pelos Estados e pela Sociedade.

A pesquisa é qualitativa desenvolvida sob a forma de um estudo de caso múltiplo, através de entrevistas semiestruturadas. A escolha da metodologia qualitativa se justifica pela constatação da necessidade de lidar de forma colaborativa e através de diálogo com os problemas complexos. A abordagem de diversas partes interessadas e as suas percepções sobre o progresso ou os impedimentos para alcançar os objetivos podem ser valiosas, pois o compartilhamento do conhecimento e o desenvolvimento de objetivos pactuados são essenciais na descoberta de caminhos aceitos pela maioria dos interessados para solucionar os problemas (Castro, 2022; Head, 2008).

O trabalho está estruturado da seguinte forma. O capítulo 3 traz o referencial teórico do estudo, e os subitens 3.1 e 3.1.1 apresentam um breve contexto histórico brasileiro sobre o tema, discutindo a luta antimanicomial, a reforma psiquiátrica e a evolução legislativa no Brasil no campo do Álcool e Drogas (AD) ao longo dos últimos anos, de forma a introduzir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no desenho da política de drogas e saúde mental atual. O subitem seguinte, 3.1.2, discorre sobre a discricionariedade dos agentes e a teoria sobre burocracia de nível de rua, especialmente para contextualizar o público alvo escolhido para as entrevistas

semiestruturadas e para demonstrar de que forma as escolhas discricionárias dos profissionais podem apontar para problemas diretamente relacionados à implementação e ao desenho da política pública em questão.

O capítulo 4 apresenta a metodologia utilizada, detalhando o processo de criação do questionário, a submissão ao comitê de ética, o perfil dos entrevistados, o período de coleta, as ferramentas utilizadas para tabulação da pesquisa qualitativa e a maneira como os dados foram agrupados e tratados, desde a transcrição das entrevistas até a elaboração dos códigos.

O capítulo 5 detalha os resultados das entrevistas semiestruturadas realizadas com os BNR. Buscou-se através delas compreender as percepções individuais desses indivíduos em relação às Comunidades Terapêuticas, a utilização da discricionariiedade e aos desafios intersetoriais e transversais existentes nas rotinas de trabalho. A dissertação se centrou na pesquisa bibliográfica e no conhecimento dos responsáveis pelo atendimento das pessoas com transtornos mentais e/ou usuários de uso problemático de drogas que trabalham ou trabalharam nos equipamentos apresentados pela Portaria MS nº 3.088/2011, como por exemplo, Consultórios na Rua, CAPS AD e Adulto, Hospitais Gerais, entre outros que serão pormenorizados na sequência.

A discussão, presente no capítulo 6, encerra a análise, fazendo o contraponto entre os dados coletados e a literatura disponível sobre o tema. Por fim, o capítulo 7 é dedicado a demonstrar a importância do controle externo, em especial da realização de auditorias operacionais, que buscam avaliar aspectos relacionados à efetividade, eficiência, economicidade, eficácia e equidade das políticas públicas, identificando fragilidades e propondo melhorias para a gestão pública.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A dependência química configura um problema complexo que desafia as respostas públicas e políticas tradicionalmente oferecidas pelos diversos campos correlacionados à temática. De acordo com Petuco (2016), o campo das drogas é atravessado pelos campos da saúde, da cultura, da segurança pública, do direito, da proteção social e da educação. Entretanto, se observa que o debate existente no campo das drogas pode ser marcado por disputas sobre a legitimidade das abordagens e conhecimentos. Isso é bem explicado através do conceito de “*Boundary Work*”, desenvolvido pelo sociólogo Thomas Gieryn (1983), que descreve como diferentes grupos de interesse podem construir e pleitear fronteiras entre os campos de conhecimento ou práticas profissionais para disputar autoridade e legitimidade sobre os assuntos. Assim, com a diversidade das abordagens e perspectivas dentro desse universo, a tentativa de delimitar o que é válido ou não dentro da discussão deve ser visto com cautela.

Por isso, este trabalho se propõe tão somente a discutir a implementação da política sob a perspectiva do olhar dos profissionais envolvidos nas rotinas diárias de atendimento dos usuários de SPA para que se possa debater possíveis gargalos do campo, sem nenhuma tentativa de esgotar as discussões e controvérsias. Dito isto, a “autonomia relativa” desse campo conta com categorias próprias, conceitos próprios e principalmente com suas lutas, articulações e produções discursivas (Petuco, 2016). Assim, o capítulo 3.1.1 foi desenhado para se discorrer sobre esses conceitos e para contextualizar a luta antimanicomial, a reforma psiquiátrica, o surgimento da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dentro do desenho da política de drogas e saúde mental, incluindo um breve relato sobre o cenário em que se deu o surgimento do movimento bem os como principais aspectos que marcaram as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Sobre a construção história a ser considerada de base para essa contextualização, pode-se citar a constituição Federal de 1988 como o marco de mudança de paradigma no modelo de como as políticas sociais no Brasil eram feitas. Especificamente na saúde, a inclusão da parte vulnerável da população ocorreu com a criação do SUS, público, universal e gratuito especialmente por garantir acesso a populações marginalizadas (Arretche, 2018; Petuco, 2020).

Em paralelo a isso, no campo das drogas, deve-se ponderar que a abordagem adotada ao longo das últimas décadas foi marcada pelo proibicionismo e por uma visão dominante que define a questão das drogas não como um problema social complexo, mas como um problema

moral, tendo a ação estatal sido direcionada sobretudo no âmbito da segurança pública e do direito penal (Silva et al., 2024). Estudo elaborado por Costa e Lotta (2021) demonstrou que a categorização dos indivíduos público-alvo das políticas de saúde mental no Brasil de 1841 até 1970 era amparada em uma base científica de “normalidade”, e que as legislações se valiam de termos como “alienados”, “moléstias mentais”, “psicopatas” e “anormais”. O tipo de encaminhamento se baseava na concepção científica sobre o tratamento dado a esta anormalidade: isolamento e internação. Apesar disso, a legislação que formalizava o proibicionismo como referencial de modelo veio desde então sofrendo diversas alterações e com o passar dos anos a atenção à saúde ganhou certo protagonismo, detalhado no item 3.1.1.

O item 3.1.2 buscou pormenorizar os conceitos sobre burocracia de nível de rua (BNR), o uso da discricionariedade desses profissionais durante o processo de tomada de decisão e os aspectos envolvidos que explicam a forma de atuação dessa categoria de profissionais. Por fim, discutiu-se de que forma as escolhas discricionárias podem apontar para problemas diretamente relacionados à implementação e ao desenho da política pública em questão.

3.1.1 Breve contexto histórico no Brasil, luta antimanicomial e reforma psiquiátrica

A reforma psiquiátrica no Brasil foi um dos mais importantes movimentos de defesa dos direitos humanos no país, com transformações nas formas de cuidado e tratamento da loucura e nas formas de participação social e política dos sujeitos em sofrimento mental. As primeiras movimentações para construção de uma nova psiquiatria podem ser remetidas ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgido em 1978, composto por profissionais recém-formados que se deparavam à época com um cenário de descaso e violência, marcadamente perpetuado pelas instituições manicomiais. O modelo manicomial foi historicamente construído, como uma espécie de depósito de pessoas indesejadas, que não se adequavam aos valores/padrões de normalidade de cada época (Foucault, 1978). O movimento social lutava pela extinção das instituições e concepções manicomiais e se transformou em 1987 em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (Amarante & Nunes, 2018).

Nas últimas décadas, o processo da reforma no Brasil produziu uma profunda crítica ao paradigma psiquiátrico e contribuiu para os processos de desmantelamento manicomial, que buscava a substituição dos asilos para as redes de serviços de saúde mental e mecanismos e estratégias de atenção psicossocial em instituições menores e abertas, próximas aos locais de residência e circulação de seus usuários. Esse processo questionava profundamente o

paradigma hospitalocêntrico dos tratamentos psiquiátricos – o recolhimento dos pacientes a grandes asilos (institucionalização), o isolamento social e comunitário, a excessiva medicalização e a destituição de seus direitos civis – enfim, o seu apagamento da vida social (Amarante, 2013; Amarante & Torre, 2018; Santos, 2018).

Assim, a edição da Lei nº 10.216, de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, sendo o primeiro marco legal divisório de uma política que reforçava a exclusão de seu público-alvo, agora para uma ação que visava a inclusão e incentivava o tratamento ambulatorial e a manutenção do usuário no meio comunitário (Costa & Lotta, 2021). Essa lei é a base da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que inclui, em seu âmbito, o cuidado as pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas legais ou ilegais (Mendes Lages Ribeiro & De Souza Minayo, 2020). Tal legislação foi uma conquista histórica da sociedade brasileira que atuou por meio de um movimento que uniu pesquisadores, profissionais de saúde, familiares e usuários, entre outros, e propôs a substituição progressiva dos serviços manicomiais pelo cuidado comunitário e aberto, em serviços substitutivos. O programa da reforma psiquiátrica brasileira previa que parte dos leitos em Hospitais Psiquiátricos para pacientes agudos graves deveria ser substituída por leitos em hospitais gerais e em Caps III e Caps AD III (Dalgalarondo et al., 2023).

Considerando as premissas abordadas durante a reforma e a busca pela consolidação da PNSM, é importante discutir o conceito da redução de danos (RD) como estratégia de saúde pública e paradigma de cuidado (Marchetti et al., 2024). Inicialmente, ela foi adotada em países europeus, nos anos 1980, com vistas ao controle da transmissão de HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), com significativo sucesso. Uma das práticas mais conhecidas que exemplifica a redução de danos nos seus primórdios históricos é a troca das seringas utilizadas (em injeções de heroína e cocaína) por seringas novas, sob o patrocínio das próprias autoridades sanitárias (Santos, 2018).

O Brasil também já vinha experimentando várias iniciativas de redução de danos (RD) desde o final da década de 80. A primeira experiência brasileira de RD deu-se em 1989, na cidade de Santos, São Paulo, e consistiu principalmente em ações de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis (Ferreira, 2018; Petuco, 2020). Tais ações não pretendem “intervir na oferta ou no consumo” e sim na promoção integral da saúde por meio de informação, educação, aconselhamento, assistência social e disponibilização de insumos para proteção contra HIV/AIDS e hepatites.

Entretanto, apenas a partir de 1994, a RD foi adotada pelo Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), com recursos e apoio financeiro da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) e do Banco Mundial, como estratégia oficial do Ministério da Saúde (MS) brasileiro para a prevenção e o controle de DST/Aids entre usuários de drogas injetáveis (Ferreira, 2018).

Embora as ações desse período tenham gerado resultados positivos, estudiosos do campo apontam que a instituição da RD deu-se sobre bases frágeis, vinculadas sobretudo às organizações não governamentais (ONGs) e financiadas por organismos internacionais e por empréstimos do Banco Mundial. Com o passar do tempo, projetos foram descontinuados e o financiamento foi comprometido visto que a partir de 2003 houve uma transferência de responsabilidade sobre a disponibilização dos recursos para as ações de RD do governo federal para os estados e os municípios. Ferreira (2018) analisa que embora em princípio correta, visto que a competência para a execução das políticas de saúde é dos estados e dos municípios, na prática essa transferência foi tecnicamente inadequada, pois acarretou uma desarticulação e redução significativa do número de programas de RD no Brasil. Importante é que, concomitantemente a essas reduções e desarticulações, o movimento da reforma psiquiátrica passou a se apropriar da RD valendo-se como paradigma orientador no campo da saúde mental. A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2013 representou a extensão do modelo assistencial fundado no paradigma psicossocial e nos princípios do SUS e da luta antimanicomial também aos usuários de drogas.

Nesse contexto foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. A RAPS é baseada na interação de diferentes dispositivos de atenção e cuidado, tendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como equipamento protagonista, articulado a outros serviços do sistema de saúde, como os de atenção básica, de urgência e emergência, de atenção residencial de caráter transitório, de atenção hospitalar, e de estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial – priorizando o atendimento comunitário e de base territorial (Costa & Lotta, 2021; Santos, 2018). Com esse desenho, a RD passou a ser a diretriz orientadora para a articulação dos equipamentos dessa rede (Caps AD, equipes de saúde da família, hospitais gerais, consultórios de rua, entre outros) na atenção aos usuários de drogas (Souza, 2013).

Conceitualmente, a RD considera a possibilidade de fazer uso da droga, conhecendo os riscos à sua saúde para minimizá-los ou evitá-los. Ela se baseia no estímulo ao uso consciente e responsável, além de ser uma alternativa menos exigente ao difícil processo de interrupção imediata do uso da substância. Vale lembrar que, no paradigma da redução de danos, considera-

se a abstinência como um recurso possível que pode figurar como parte dos projetos terapêuticos individuais, porém não se trata de uma condição necessária para o cuidado (Marchetti et al., 2024; Santos, 2018).

Alguns autores explicam que a RD pode ser entendida como “método clínico-político” em que não é possível criar-se um roteiro prescritivo e rígido, e deve ser mais compreendida como uma “ética do cuidado”, que considera por um lado, a atenção e cuidado em saúde e a corresponsabilidade do sujeito que busca o tratamento, e por outro, a ênfase dada a construção de vínculos significativos por parte dos profissionais, que assumem também o protagonismo na definição dos caminhos de cuidado a serem traçados (Petuco, 2016; Ramminger et al., 2014).

Já o paradigma da abstinência exclusiva se sustenta no ideal da eliminação do uso de drogas como objetivo final. No que se refere ao cuidado, entende-se que o uso de substâncias deve ser abandonado e a pessoa só tem possibilidade de ser cuidada se houver a interrupção do uso de drogas (De Oliveira Duarte et al., 2024).

Entretanto, embora a RD esteja inscrita no modelo oficial de cuidados em álcool e drogas ofertados pelo SUS, alguns autores observam que ela não se estabeleceu de forma hegemônica e vem apresentando historicamente diferentes interpretações, estratégias e abordagens. De acordo com eles, há resistência e obstáculos nesse processo e ainda persistem contradições de uma lógica mais repressiva e militarizada para o enfrentamento das questões relacionadas às drogas uma vez que a intervenção estatal na problemática da droga é ainda regida pelo proibicionismo, com exceção dos serviços de saúde mental (Alves, 2009; Pires, 2019; Marchetti et al., 2024; Santos, 2018).

Uma das disputas dentro desse campo se dá na discussão das Comunidades Terapêuticas como espaço de cuidado, que começaram a ser criadas no país na década de 1970 e tiveram seu número expandido na década de 1990 (Alves, 2009; Pires, 2018).

O Programa Crack, É Possível Vencer instituído em 2011 formalizou o repasse de recursos federais às CTs, cujas regras foram consolidadas na Resolução nº1/2015 do CONAD, que teve sua validade assegurada em 2018, após batalha judicial².

Há na literatura quem entenda que o fenômeno de criação e expansão deste recurso terapêutico tem sido remetido à própria lacuna assistencial no setor público de saúde na área de álcool e outras drogas (Alves, 2009). Outros estudos, como o elaborado por Lotta et. al (2023), buscam interpretar a existência de organizações religiosas, as “Faith Based Organizations”

² Em 2001 foi publicada a Resolução (RDC-ANVISA) nº 101/2001 a e Resolução Anvisa n.º 29, de 30 de junho de 2011, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas nas Comunidades Terapêuticas.

(FBO), na prestação de serviços públicos no mundo todo como fenômeno crescente desde a década de 90 quando se envolveram mais fortemente na prestação de serviços socioassistenciais, marcados fortemente pela atuação baseada em princípios/valores religiosos. O fato é que a “hibridização” dos arranjos políticos (Estado e FBOs) produz efeitos nos serviços públicos e nos atores que os implementam, criando tensões, conflitos e ajustes entre elas, constituindo vasto campo de estudo, que também não é aprofundado nesta pesquisa (Lotta et al., 2023).

3.1.2 Discricionariedade na implementação das políticas de drogas e saúde mental

A implementação de uma política pública implica a tomada de decisões, e, por vezes, até a “criação” de políticas, razão pela qual ela própria se constitui em fonte de informações para a formulação. Dessa forma, incorporar os *stakeholders* ao processo de avaliação funciona como um *policy learning*, ou seja, um processo de aprendizado (Silva & Melo, 2000).

Os trabalhadores da linha de frente estão em contato direto com os usuários dos serviços, constituindo dessa forma uma importante fonte de informações para o próprio Estado e para o desenho de políticas públicas. Lotta (2021) explica que o comportamento desses profissionais pode indicar caminhos importantes para serem discutidos no âmbito da implementação da política, apontando estratégias para melhorias.

A categoria dos Burocratas de Nível de Rua foi criada nos anos 1980 por Michael Lipsky em seu livro intitulado "*Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*". Os BNR são os trabalhadores de serviços que interagem diretamente com os cidadãos no cotidiano de seu trabalho e detêm um poder substancial na execução de suas funções (Lipsky, 2019). Esses profissionais, próprios ou terceirizados, atuam na implementação de políticas públicas, exercendo influência direta sobre os resultados. Exemplos típicos incluem professores, policiais, assistentes sociais, profissionais de saúde, entre outros.

No Brasil, os estudos da burocracia de nível de rua se concentram na análise da implementação das políticas públicas associados a estudos de desigualdade e especialmente como os BNR podem provocar processos de reprodução de desigualdades sociais (Pires, 2019).

Para entender a atuação dos BNRs é essencial examinar como suas respostas subjetivas e rotinas cotidianas se combinam com as normas e pronunciamentos oficiais. É através deles que se cria a experiência real do cidadão com as políticas públicas, e em última instância as políticas públicas efetivas de fato, e não aquelas elaboradas por legisladores ou gestores de alto

escalão. Ou seja, a experiência dos cidadãos com o governo se dá, na prática, através das interações com esses trabalhadores (Lipsky, 2019).

A discricionariiedade é um elemento central para entendimento da ação dos burocratas, visto que é a partir dela que a ação se materializa, as decisões são tomadas e a implementação ocorre (Lotta, 2021). Esses profissionais possuem amplo poder discricionário na alocação de benefícios e sanções dos programas governamentais, o que pode impactar profundamente a vida dos cidadãos. Esse poder discricionário é crítico porque os BNRs enfrentam, frequentemente, condições de trabalho com informações, tempo e recursos limitados. Assim, suas decisões são tomadas em um contexto de incerteza, muitas vezes sem uma avaliação profunda das melhores soluções para cada caso (Lipsky, 2019).

Nesse cenário, os profissionais desenvolvem respostas que equilibram suas prioridades pessoais e organizacionais, sempre em um contexto em que a qualidade, quantidade e objetivos dos serviços não estão claramente definidos (Lipsky, 2019).

Um importante aspecto destacado pelo autor é que a discricionariiedade permanece como característica de seus trabalhos e a eliminação ou redução dela tornaria o trabalho muito difícil, se não impossível. Ele explica que os BNRs trabalham em situações muito complicadas que não podem ser padronizadas, afinal evoluem tarefas complexas para qual a elaboração de normas não é capaz de perfazer todas as alternativas e muitas vezes requerem respostas para as dimensões humanas das situações. Lipsky (2019) explica que o uso da discricionariiedade por parte desses profissionais fortalece sua autoestima e reforça, entre os clientes, a percepção da centralidade desses trabalhadores na promoção do seu bem-estar. Assim, a função central dos BNR é realizar julgamentos rotineiros a respeito das situações que encontram e, a partir deles, encaminhar os usuários para diferentes serviços ou bens sociais (Lotta, 2021).

Além desse aspecto, Lipsky (2019) sugere ainda que, embora haja pressão organizacional para padronizar e reduzir a autonomia dos trabalhadores, é essencial compreender também a existência de tensões entre os objetivos dos trabalhadores e as diretrizes dos seus superiores. Essas tensões são particularmente visíveis na gestão de questões sensíveis, como o uso de drogas, onde as expectativas da comunidade e as condições práticas de trabalho dos BNRs frequentemente entram em atrito, uma vez que grandes conflitos urbanos resultam em perspectivas muito diversas sobre os serviços públicos. Os burocratas de nível de rua têm visões que impactam diretamente a distribuição e a qualidade dos serviços e, quando marcadas por preconceitos, tendem a ser de difícil superação (Lipsky, 2019).

Outro aspecto interessante para análise diz respeito a possível existência de divergências de interesses entre os BNRs e os outros atores nas organizações em que trabalham. Quando os

objetivos da organização forem pouco claros ou contraditórios por razões de negligência ou de inércia histórica, os BRN podem ser ambíguos porque refletem os impulsos contraditórios da sociedade que a organização atende. Lipsky (2019) analisa que o problema da ambiguidade de objetivos tem contribuído para o descrédito das instituições de assistência social, do sistema prisional e da saúde mental, quanto para o desmantelamento de muitos programas que atuam nesses setores.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida sob a forma de um estudo de caso múltiplo, que buscou a lógica da replicação e não da amostragem (YIN, 2001), composta por entrevistas semiestruturadas com 15 profissionais que atuam ou atuaram na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os entrevistados estão distribuídos em diferentes cidades e contextos institucionais, o que permite identificar padrões, contrastes e singularidades nas práticas profissionais relacionadas à política de drogas e saúde mental. Embora compartilhem vínculos com a RAPS, suas experiências refletem variações territoriais e organizacionais relevantes para a análise.

A elaboração do roteiro semiestruturado das entrevistas se deu a partir de revisão de literatura e conteve inicialmente 41 questões. Após análise e revisão do orientador, buscando melhor objetividade, exequibilidade e cadência da entrevista, a versão final (disponível no Apêndice 1) apresenta 12 perguntas, divididas em 3 blocos principais: o bloco inicial, sendo uma espécie de “quebra gelo”, o bloco intermediário que abordou objetivamente a pergunta de pesquisa, e o terceiro bloco, que consistiu no encerramento da conversa.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de conformidade ética em pesquisas envolvendo seres humanos – CEPH/FGV da Fundação Getúlio Vargas, com parecer nº P.210.2024 emitido em 6 de maio de 2024, considerando a coleta de dados entre maio e julho de 2024. Todos os participantes assinaram e/ou concordaram virtualmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das entrevistas, e seus nomes foram substituídos por “Entrevistado 1” a “Entrevistado 15” para garantir o anonimato. Ao longo da pesquisa, a confidencialidade dos dados foi mantida, e o respeito pelos entrevistados foi prioridade.

O perfil dos entrevistados incluiu médicos, psicólogos, assistentes sociais, agentes redutores de danos, com níveis de formação e experiência variados, conforme Tabela 1. Todos os participantes tinham ou tiveram vínculo com a RAPS e atuam ou atuaram em municípios de grande porte ou metrópoles, garantindo uma diversidade de perspectivas dentro da rede de atendimento psicossocial³. Em função da pergunta de pesquisa ter surgido de constatação circunscrita a uma política pública em implementação no Estado de São Paulo, é relevante consignar que os municípios de grande porte ou metrópoles de atuação desses profissionais estavam localizados dentro do Estado de São Paulo.

³ Definição de município de grande porte e metrópole a partir dos critérios populacionais utilizados pela Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo para fins de vigilância socioassistencial, disponível em https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/vigilancia-socioassistencial/informacoes-socioterritoriais/?utm_source=chatgpt.com, acesso 28.03.25.

Tabela 1. Relação de participantes e perfil dos entrevistados

Identificação	Formação	Cargo/Função	Equipamento	Dia da Entrevista	Local	Tempo
Entrevistado 1	Medicina	Médico Infectologista	Consultório na Rua	24/05/2024	Presencial	00:55:09
Entrevistado 2	Psicologia	Psicólogo	CAPS III Adulto	30/05/2024	Microsoft Teams	00:56:58
Entrevistado 3	Psicologia	Psicólogo	NASF	03/06/2024	Presencial	01:31:00
Entrevistado 4	Psicologia	Psicólogo	CAPS AD III	08/06/2024	Microsoft Teams	01:47:11
Entrevistado 5	Ensino Médio	Agente redutor de danos	CAPS AD III	11/06/2024	Microsoft Teams	01:10:00
Entrevistado 6	Ensino Médio	Agente redutor de danos	CAPS AD III	19/06/2024	Microsoft Teams	00:48:00
Entrevistado 7	Medicina	Médico Infectologista	Consultório na Rua	24/06/2024	Microsoft Teams	00:43:48
Entrevistado 8	Enfermagem	Enfermeiro	Consultório na Rua	26/06/2024	Microsoft Teams	01:10:09
Entrevistado 9	Medicina	Psiquiatra	Hospital Geral Municipal	04/07/2024	Microsoft Teams	01:22:19
Entrevistado 10	Medicina	Psiquiatra	CAPS AD II	11/07/2024	Presencial	02:11:55
Entrevistado 11	Medicina	Médico da Família	CAPS AD III/UBS	12/07/2024	Microsoft Teams	01:03:44
Entrevistado 12	Medicina	Psiquiatra	Caps AD III	16/07/2024	Microsoft Teams	01:25:52
Entrevistado 13	Serviço Social	Assistente Social	Caps AD III	17/07/2024	Microsoft Teams	01:02:19
Entrevistado 14	Medicina	Psiquiatra	Caps AD III	22/07/2024	Microsoft Teams	00:31:23
Entrevistado 15	Medicina	Generalista	Consultório na Rua	26/07/2024	Microsoft Teams	01:30:00
Tempo Total:						18:09:47

Fonte: Elaborado pela autora

A coleta de dados ocorreu entre os dias 24/05/2024 e 26/07/2024, em aderência ao período pactuado no protocolo do comitê de conformidade ética. Ao longo das entrevistas, algumas questões foram adaptadas a partir do roteiro semiestruturado, com variações conforme a experiência ou atuação específica do entrevistado. Os termos de consentimento livre e esclarecido foram enviados aos entrevistados previamente ao agendamento, de modo que consta no início de todas as gravações a aceitação formal dos participantes. No caso das entrevistas presenciais, os termos assinados encontram-se devidamente guardados. Tanto os termos quanto as gravações estão armazenados em computador pessoal, sem acesso a terceiros.

A seleção dos participantes seguiu o método de amostragem em cadeia “*snowball sampling*”, proposto por Biernacki & Waldorf (1981). Esse método foi escolhido por ser especialmente eficaz e relevante para alcançar populações de difícil acesso ou que abordam temas sensíveis, como os da pesquisa em questão. O processo de seleção começou com um primeiro profissional que por sua vez sugeriu outro participante com experiências semelhantes, e assim por diante, ampliando a rede de entrevistados.

A transcrição das entrevistas foi realizada para garantir fidelidade às falas dos entrevistados e a preservação de detalhes importantes para a análise qualitativa. Com a

transcrição concluída, a última etapa foi reservada à análise dos dados, que utilizou como metodologia a análise temática teórica proposta por Braun & Clarke (2006). Esse método é empregado em pesquisas qualitativas para identificar, analisar e relatar padrões dentro de dados qualitativos e especialmente “para se destrinchar e desvendar a superfície da realidade”. Assim, seguiram-se os seis passos de Braun para realização da codificação. Primeiro, para se familiarizar com os dados, foram criados temas a partir da relação das falas com a questão de pesquisa, buscando observar se essa relação representava algum nível de resposta padronizada ou continha significado dentro do conjunto de dados. Em seguida, após a repetição extensiva da leitura, foram criados códigos iniciais que agruparam as informações em temas principais e subtemas. Por fim, esses temas foram revisados e refinados para garantir que representassem adequadamente os padrões identificados nas entrevistas.

Para organizar e facilitar o processo de codificação dos dados, foi utilizado o software Atlas TI (Paulus & Lester, 2016). O uso desse software permitiu agrupar as falas dos entrevistados em quatro eixos temáticos, desmembrados em subtemas. Inicialmente, foram adotados 4 temas predefinidos com base no roteiro de entrevistas, como "Motivos para o não encaminhamento para Comunidades Terapêuticas", “Especificidades: motivos para encaminhamento”, "Discrecionalidade na implementação" e “Desafios relacionados à implementação da política de saúde mental e drogas”. Durante a leitura e análise das entrevistas, foram identificados subtemas dentro de alguns temas, que foram incorporados à análise conforme surgiram nas falas dos participantes.

5. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram avaliadas com base na metodologia de análise temática de Braun e Clarke (2006), resultando em 4 temas principais: “Motivos do não encaminhamento para as CTs”, “Especificidades (motivos para encaminhamento)”, “Discrecionabilidade na implementação” e “Desafios relacionados à implementação da política de saúde mental e drogas”.

De forma geral, foram codificadas 298 citações para o tema “Motivos do não encaminhamento para as CTs”, 44 para “Especificidades (motivos para encaminhamento)”; 99 para “Discrecionabilidade na implementação” e 369 para os “Desafios relacionados à implementação da política de saúde mental e drogas”.

Os temas mais explorados na transcrição dos resultados foram aqueles que buscaram responder à pergunta de pesquisa, ou seja, os motivos que compõe o processo decisório dos BNR de recomendar ou não um encaminhamento à uma Comunidade Terapêutica e os desafios vislumbrados dentro da política pública discutida. Dada a extensão das respostas relacionadas aos “motivos do não encaminhamento” e seguindo o percurso metodológico sugerido, este tema foi subdividido em 3 subtemas: “Descrédito nas Comunidades Terapêuticas”, “Inadequações na Implementação” e “Inadequações na formulação da Política Pública”, que retrataram as falas que compõe o processo decisório de não recomendar encaminhamentos às CTs.

Os temas e subtemas contiveram diversos códigos, que são detalhados nos seus respectivos itens (5.2, 5.3 e 5.4).

A seguir são apresentados os resultados com as citações dos entrevistados que ilustram as ideias centrais de cada grupo de tema e seus subtemas.

5.1 MOTIVOS DO NÃO ENCAMINHAMENTO PARA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

O tema “motivo do não encaminhamento para as CTs” foi subdividido em 3 subtemas: “Descrédito do equipamento CT”, “Inadequações na implementação da política” e “Inadequações na formulação da política”. Conforme demonstra a Tabela 2, todas as entrevistas discutiram os 3 subtemas, que quando analisados conjuntamente, contribuem para explicar os motivos gerais dos BNR não encaminham ou não recomendarem usuários para as Comunidades Terapêuticas.

Tabela 2. Motivos para não encaminhamento para CTs – Menções por subtema

Entrevistado																Totais
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Motivo Não encaminhamento (Subtemas)																
Inadequações na formulação da política	10	10	18	21	16	3	8	1	12	8	3	9	8	4	7	138
Inadequações na implementação	5	7	5	13	9	6	9	8	4	10	6	3	4	6	8	103
Descrédito nas Comunidades Terapêuticas	5	1	6	12	1	2	3	1	7	4	6	1	3	1	4	57
Totais	20	18	29	46	26	11	20	10	23	22	15	13	15	11	19	298

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas transcritas pelo software “Atlas TI”

Nota: Verde para menor incidência, amarelo para média e vermelho para maior.

5.1.1 Descredito nas comunidades terapêuticas

Todos os BRN expuseram ao menos um motivo de descrédito em relação às Comunidades Terapêuticas. Este subtema foi dividido em dois códigos, sendo o primeiro a desconfiança dos BNRs em relação às CTs e o segundo o descrédito por parte dos próprios usuários.

O Entrevistado 11 afirmou que há receio dos profissionais da RAPS e dos usuários em relação ao equipamento. Ele afirmou que:

“(…) Sabe que tem a possibilidade desse encaminhamento por via pública para comunidade terapêutica, mas a gente tem uma relação de relatos dos próprios pacientes do extrato de quem passou, de que são relatos muito ruins assim, né? É, e aí a gente sempre coloca, eu pelo menos, não é? Mas acho que era uma coisa comum... Sempre coloco um pé atrás em relação a encaminhar para esses serviços ou não.”

O Entrevistado 15 demonstrou seu descrédito ao relacionar a CT com a falta de eficiência do equipamento como política pública:

“(…) como política pública, para ser para todos, não, aí é péssimo, é falho, não funciona na minha avaliação, e não só na minha avaliação, né? Acho que a literatura é vasta nisso.”

Em sentido similar, o “Entrevistado 3” relatou que:

“Pensando na minha realidade eu fazia tudo para o paciente não ir pra lá. Tá? (...) não tem acolhimento técnico, não tem um contorno técnico, não tem um corpo de trabalhadores ou de direção, de gestão local que se preocupe realmente com a concretização de uma política pública, por exemplo, né? Fica totalmente a critério deles o que eles vão fazer lá dentro, né?”

Outro motivo categorizado como descredito no equipamento foi relacionado aos fatos históricos ligados à luta antimanicomial, conforme detalhou o “Entrevistado 4”:

“A gente tem uma visão de uma história manicomial, não só no Brasil, mas fora do Brasil. Então, a luta antimanicomial marca muito o trabalhador, não só do Caps, mas muitas vezes da UBS, do consultório na rua e muitas vezes da assistência social que trabalha em parceria com esses outros serviços. (...) E a gente tem muito mercado das comunidades terapêuticas como espaço de violência (...) Mas assim, a gente tem muita história das comunidades terapêuticas, né, de pessoas que morreram e tudo mais, né?”

Aspectos associados às situações abusivas também foram citados como fatores para descrédito dos equipamentos, como verificado na fala do Entrevistado 10:

“A frequência com que eu ouço histórias de situações abusivas em comunidades terapêuticas é enorme.”

O Entrevistado 6 discorreu sobre a repercussão de notícias negativas sobre o equipamento:

“(...)muitas notícias que a gente vê sobre comunidade terapêutica aí e a maioria não, não tem sucesso, né? Então, acabam não sendo encaminhados.”

O Entrevistado 12 retomando a descrença afirmou que *“(...) prioritariamente, enquanto o norte ético mesmo nunca trabalhei nesses lugares, não compactuo com a prática. Assim para mim é algo bem de fígado mesmo, não à toa que eu estou na área.”*

O Entrevistado 6 acrescentou que aspectos relacionados à falta de transparência contribuem para o descrédito:

“Eu acho que tanto por receio de profissionais e de pessoas que não são profissionais da saúde sobre comunidade terapêutica. Acho que falta, talvez mais informações de como seria o cuidado na comunidade, nas comunidades terapêuticas, né? A explicação, assim, melhor, de como é esse funcionamento. Quais profissionais têm, o que a pessoa vai fazer quando está lá...”

Dentro dessa perspectiva, o Entrevistado 9, associou o descrédito a falta de regulamentação do poder público e as experiências relatadas pelos próprios usuários na seguinte passagem:

“(...) as comunidades terapêuticas às vezes a gente fica meio com o pé atrás, tá? A gente não tem muita confiança, como eu te falei, justamente são lugares que não tem uma regulamentação muito, muito forte (...) de pacientemente que falou, “meu, eu fiquei num lugar que, tipo, tinha carrapato nos lugares, né?” “É, eu só fiquei trabalhando, depois eu fui promovido para ser monitor, mas assim que eu saí eu recaí, né?”. Porque não teve nenhuma proposta realmente de análise, de entender por que ele faz uso da substância. Não tem, né?”

O Entrevistado 14 por sua vez relatou sua experiência:

“A gente sempre conversava bastante com o pessoal, com as assistentes sociais. Tem comunidades terapêuticas que se tinha vaga disponível é tipo “ah, não, esse vale a pena.”

Ou ainda como na fala do Entrevistado 9 que disse que:

“São já veteranos de internação, que já passaram por vários serviços e lá, “eu não quero voltar para a comunidade terapêutica, porque lá não funcionou.”

Por fim, o Entrevistado 1 abordou mais uma vez o descrédito no equipamento por parte dos usuários:

“Vai gerando descrédito nas coisas. Você vai para lá para um negócio que você é submetido a um monte de coisas que você não entende ou que você não concorda, e tipo é só isso que tem para oferecer, então “ah, eu não vou procurar de novo uma alternativa para sair da rua porque o que tem não me serve”. Então acho que vai gerando um descrédito. (...) da próxima vez que você oferecer algo, mesmo que seja bom, ela vai recusar porque ela já tem uma experiência de algo que é infrutífero ou que é violento em algum nível, entendeu?”.

5.1.2 Inadequações na implementação

Todos os BRN mencionaram inadequações na implementação da política pública como motivos que reforçam a decisão para o não encaminhamento ou não recomendação para utilização das Comunidades Terapêuticas. Este subtema conteve 6 códigos relacionados a ele: “Laborterapia/Trabalho forçado”, “Problemas de Infraestrutura precária”, “Episódios de maus tratos e violência”, “Proselitismo”, “Problemas relacionados a regulação das vagas”, “Acesso às CTs direto via outros meios”.

Em relação as menções que envolvem laborterapia, trabalho forçado ou trabalho simplesmente o Entrevistado 1 afirmou que:

“Eu nunca vi ninguém falar bem. Nunca. O que eles reclamam geralmente é de trabalho forçado, de ter que trabalhar (...)”.

O Entrevistado 10 disse que:

“Laborterapia que na verdade é trabalho escravo.”

Ponderando a falta de fundamentação para o trabalho proposto nos equipamentos, o Entrevistado 5 alegou que:

“É, aí faz a galera trabalhar. Não acho que isso é ruim, mas eu acho que precisa ter um fundamento para. Você vai trabalhar na cozinha, sabe para que que serve isso? Isso, isso e isso. Explicar para o cara. Não é simplesmente porque a galera fala assim, aí, fiquei lá trabalhando - relatos deles – “fiquei lá trabalhando o tempo todo, ou tava trabalhando ou tava rezando ou estava trabalhando ou estava rezando.”

A utilização do trabalho como única proposta terapêutica pode ser observada na fala do Entrevistado 11:

“Relatos da única oferta de terapia - se é que a gente pode chamar isso - era trabalhar, né? Roçar. Roçar. Campo assim, né?”.

O Entrevistado 13 por sua vez falou que:

“Eles chamam de laborterapia. Que é a laborterapia, cara, do que você está falando, entendeu? É colocar o cara para trabalhar na comunidade. É ver o cara na feira aqui, vendendo o saco de lixo para sustentar a comunidade? É ver o que, enfim, são inúmeras as situações que eles denominam como laborterapia.”

Em sentido similar o Entrevistado 14 mencionou que:

“E por exemplo era muito comum eles falarem de laborterapia. Que é aquilo de eles terem que utilizar a mão de obra dos pacientes para alguma coisa e aí eles tinham que fazer sem renda.”

O Entrevistado 15 exemplificou um caso de trabalho forçado que presenciou:

“É trabalho forçado e trabalho análogo à escravidão. Para mim, eu já encaminhei pra Defensoria pública por ter identificado que a pessoa tinha passado por um trabalho análogo à escravidão. “*A gente trabalha no mercado lá*”. Hã? Como assim? Trabalha no mercado, a gente fica lá desempacotando as coisas que chega, tal não sei o quê, tá. E aí você recebe quanto? Não, não recebo nada, fica tudo para a Comunidade. É um mercado vinculado à Comunidade lá daí a gente trabalha. Isso é trabalho análogo à escravidão.”

Em relação as menções que envolvem questões relacionadas a infraestrutura precária, falta de saneamento, alimentação precária e falta de pessoal técnico o Entrevistado 2 afirmou que:

“Em geral, instituições muito precárias, com estruturas muito precárias (...) e que muitas vezes e que muitas vezes não - quase todas as vezes - não tinham uma equipe técnica atuante. E que inclusive, né? Um exemplo mais recente que eu vivi de uma comunidade terapêutica acolher pessoas com transtorno mental que até faziam algum uso de substância, mas que o eixo do diagnóstico era o transtorno não era dependência química. E aí fizeram esse acolhimento, enfim, completamente equivocado. E, enfim, sem assistência medicamentosa, ficou bem difícil.”

O Entrevistado 8 narrou sua experiência sobre uma visita que realizou e o abandono do equipamento:

“A gente chegou lá, ficamos horrorizadas, né? A gente fez uma denúncia assim, não tinha um pão dentro daquele lugar, a geladeira completamente vazia, os caras abandonados lá, né? É um depósito mesmo, né, de pessoas. Não tem assim um psicólogo, uma assistente social, uma profissional, né?”.

O Entrevistado 13 comentou:

“(...) nos era sabido que os lugares tinham uma alimentação escassa, com muitos, embutidos, ou ovos o tempo todo.”

Já o Entrevistado 3 relatou sobre a falta de acolhimento técnico:

“E aí não tem acolhimento técnico, não tem um contorno técnico, não tem um corpo de trabalhadores ou de direção, de gestão local que se preocupe realmente com concretização de uma política pública, por exemplo, né? Fica totalmente a critério deles o que eles vão fazer lá dentro, né?”.

Ou ainda como o Entrevistado 4 que contou a experiência de um familiar de um usuário:

“O filho voltou com sarna. O filho não comia, o filho apanhava. E complementou: “Aí ele chegou a pegar tuberculose, a clínica não cuidava direito. E aí ele volta acabado.”

O Entrevistado 5 afirmou que os usuários às vezes vão para os equipamentos sem avaliação médica:

“É, a galera vai sem uma avaliação médica de pensar, poxa, parou a gente tem a síndrome da abstinência e não é só parar de tomar a medicação, precisa de um acompanhamento. Esse acompanhamento faz jus um médico e medicação, muitas vezes porque a pessoa, dependendo de quanto que ela usa e dá dó, do tempo que ela usa, ela pode vir a óbito se ela parar. Então não é levado em conta isso. Isso é muito importante, né?”.

Sobre a ausência de um corpo técnico, o Entrevistado 6 afirmou que:

“E que não tem médicos, né? Não tem profissionais especializados ali, para estar lidando com todas as outras questões que têm envolvidas sobre o uso de substâncias, né? Que não é só ir para uma comunidade terapêutica sem acompanhamento nenhum. E aí a gente sabe que, principalmente usuário de álcool, tem a síndrome de abstinência, que é muito perigosa, né? E sem um acompanhamento ali de um médico, essa pessoa pode vir até a óbito, né? Então é isso. Assim é bem superficial.”

O Entrevistado 7 abordou o fato das Comunidades não se vincularem aos Caps:

“Porque essas comunidades não fazem um vínculo com o Caps, né? Porque esses pacientes logo que eles saem da comunidade terapêutica, ou então, até antes, eles teriam que se vincular com o Caps para continuar o tratamento, não é? E isso não acontece, então eles acabam saindo dessas comunidades terapêuticas, não tem, né, um segmento dos profissionais de saúde.”

Em relação a escassez de profissionais, o Entrevistado 11 disse que:

“Bem, tratamento que não tem profissionais, né? Especializados... Nem em saúde mental, nem em dependência. E às vezes, nem profissionais de saúde. Então, muitos relatos assim... Coisas do tipo o psiquiatra, vai uma vez por mês, nem olha, nem olha ninguém, deixa uma prescrição padrão, né?”.

Sobre a falta de saneamento, o Entrevistado 14 disse que:

“E teve paciente que falou... Condições de saneamento também, de não ter onde fazer, de não ter aonde ir pro banheiro, de ter que fazer em fossa sanitária!”.

Em relação as menções que envolvem episódios de maus tratos, o Entrevistado 10 afirmou que:

“(...) muitas comunidades terapêuticas, mantem o paciente em isolamento por um tempo. Em que ele não pode receber visitas presenciais. Aí ela tem uma conversa online com o filho, ela fica preocupada que acha ele muito tenso e aí um dia ela liga na clínica onde ele estaria, ele não está mais e não dão o destino dele pra ela. Ela leva um tempão pra reencontrar o menino.”

O Entrevistado 14 disse:

“teve paciente que foi espancado em comunidade terapêutica por funcionários.”

O Entrevistado 15 comentou também em relação a violações de direitos humanos que:

“(...) já ouvi pessoas que falaram que apanhou, né? Relatos assim que foi agredido e tal, mas nada que tenha muito me marcado de ter sido nossa, um episódio de violência, de alguém que foi espancado e tal. Mas por exemplo, violação de direitos de pessoas trans, muita violação de direitos de pessoas trans, não aceitar a pessoa como o gênero que ela se identifica.”

O Entrevistado 10 exemplificou um caso vivenciado que também envolvia situações de violência:

“Semana passada eu atendi uma moça e ela, então, ela tem uma amiga, meio mãe, uma mãe de eleição que é advogada. Essa mãe de eleição dela pretende denunciar ao Ministério Público a clínica que ela esteve... Parece que de uma forma meio sistemática os monitores tinham relações sexuais com as pacientes. Mas é meio sistemático. E espancamento né? Contenção química e física sem razões claras, são muitas histórias.”

Sobre o mesmo tema, o Entrevistado 11 disse:

“E aí, enfim, os castigos físicos relacionados a isso, né? É várias pessoas referindo vários tipos de castigo assim, né? É uma questão muito difícil.”

Chama atenção a fala do entrevistado 15 que mencionou relatos de negação de uso de medicação:

“Relatos de negação de uso de medicação. Pessoa, por exemplo, tem uma epilepsia, faz uso contínuo, aí chega na comunidade (...) e aí se tira, né? Fala que não pode usar, aí nega o direito a usar medicação e aí agrava, a pessoa passa mal, a pessoa sai fora porque vê que está passando mal. Se ela ficar ali, ela vai morrer. E aí ela vem buscar a gente pra voltar ao cuidado de saúde, coisas assim.”

Em relação as menções sobre proselitismo e religião como norte principal de tratamento o Entrevistado 6 disse que:

“E aí é a única coisa que eles pensam em fazer, segundo os nossos usuários do serviço, pra eu ficar ali dentro, faz orações, cantar louvores, ou eu vou para uma comunidade terapêutica que é no meio do mato, pra fazer todo aquele trabalho laboral de mexer com a terra. Enfim, que é todo um trabalho que tem na cabeça das pessoas que vou para uma comunidade terapêutica plantar e orar e vou ficar bem, sabe? E que não tem médicos, né? Que não tem profissionais especializados ali, para estar lidando com todas as outras questões que têm envolvidas aí sobre o uso de substâncias, né?”

Sobre mesmo o assunto e por vezes a obrigatoriedade dos cultos religiosos, o Entrevistado 13 disse que:

“(…) a gente também tinha uma lista paralela em que o usuário escolhia: era católica, ecumênica, evangélica o usuário escolhia baseado na vivência de vida dele, porque ora, se é da vida dele, acordar e fazer orações 3 vezes ao dia, quem somos nós para julgar? Mas e para as pessoas que não queriam e que são obrigadas a fazer. Por que é isso?! Tem comunidade terapêutica que é um mantra. O mantra no sentido de que você tem que obedecer a aquelas regras.”

Ainda sobre o proselitismo e em sentido similar ao excerto anterior, o Entrevistado 7 disse que:

“É uma barganha ali, não é? Então você vem aqui, você reza para o meu Deus, né? E aí eu te dou a comida, tá? E eu acredito que essas comunidades terapêuticas acabam indo nesse sentido também, então assim, eu preciso de ajuda e assim, a única opção que eu tenho, né? São essas comunidades terapêuticas e eu vou pra lá. Só que quando eu vou pra lá, tem o preço a se pagar, né? Então eu vou ter que, né? Eu vou ter que rezar daquela Bíblia, eu vou ter que fazer, não é? Aqueles procedimentos que a gente sabe que o Estado não deveria estar ligado com isso, né? A gente deveria ter um lugar laico, né? Pra gente tratar esses pacientes com pessoas com profissionais da saúde.”

Entretando, ponderando os efeitos do proselitismo sobre seus pacientes o Entrevistado 10 destacou que:

“(…) mas essa não vai ser uma questão (proselitismo) que os pacientes vão trazer como violência pra gente. Porque tem outras tão mais tão mais eloquentes que essas não saltam aos olhos pra eles, a gente interpreta dessa forma.”

Ainda dentro dessa temática, o Entrevistado 11 disse que:

“Um tratamento baseado em preceitos religiosos não em preceitos científicos. Isso era praticamente geral. Assim, né? É muito difícil de tentar achar uma comunidade terapêutica que não tivesse cunho religioso, que isso foi uma coisa que eu tentei. É, então isso limita bastante, né? É, e para além da questão religiosa, mas de um certo tipo de religiosidade também que tem um cunho muito moralista com

relação às drogas e discurso de abstinência completa e que também isso é muito restritivo, né?”.

Sobre as menções que envolvem problemas relacionados a regulação das vagas, a maioria dos entrevistados (10 de 15) afirmaram que há restrições sistêmicas de encaminhamento para Comunidades Terapêuticas relacionados a disponibilização das vagas. Além disso, que muitas vezes o acesso às CTs ocorre diretamente via Igrejas ou outros meios. O Entrevistado 1 afirmou que as CTs não constavam na grade de referência de atendimentos do município em que trabalhava. E que:

“Geralmente assim, se a gente acessar a comunidade terapêutica era por uma via extra institucional. (...) que também não está dentro da estrutura administrativa do município né? (...) Então muitas vezes eles vão pra comunidade terapêutica por meios próprios, não tem...A gente nem fica sabendo, a pessoa sumiu você sabe que foi ou fica sabendo por alguém. Arrumou um jeito de ir. Ou então, a comunidade terapêutica que ele tá vendo de ir exige que faça uma série de exames. Aí ele vem pra gente pra solicitar esses exames, entendeu? Coisas assim. Então tem outras vias que eles acessam a comunidade terapêutica que não passam por serviços de saúde. Outras organizações sociais... E igreja também.”

O Entrevistado 2 por sua vez afirmou que as vagas eram reguladas em outro equipamento da rede que não o seu e que, portanto, não tinha acesso direto as vagas:

“Oficialmente, pensando um fluxo, o que eu me lembro e o que eu tenho hoje atualmente é via (menciona um equipamento diverso do seu).”

Explanou também sobre a existência de fluxos paralelos:

“(...) um outro fluxo que também é muito comum é o fluxo autônomo, informal, né? Então, por exemplo, eu tenho, eu tenho pacientes que passaram por comunidade terapêutica porque a mãe frequentava uma igreja que tinha uma pessoa que conhecia a comunidade, não sei o que lá e indicou, né. Então a pessoa acessou, viu algum anúncio desses assim e foi, sabe. Então isso... Que são equipamentos privados assim e por essas duas vias assim, às vezes de um anúncio, uma propaganda, ou um boca-a-boca também acontece, né?”

O Entrevistado 4, que não acessa as vagas das CTs financiadas com recursos públicos em seu município, afirmou que:

“Eu espero que na organização do município isso seja uma estratégia de cuidado.”

Embora saiba da existência de um equipamento estadual que realize os encaminhamentos:

“a gente tem o (equipamento estadual) que encaminha para alguns locais e que a gente vai entendendo que é um serviço seguro para fazer isso, né? Não vai cair numa comunidade como a gente já

viu. Comunidade que nem era do governo, que está ligada a alguma religião.”

Diferentemente, o Entrevistado 8 afirmou que desconhecia a existência de Comunidades Terapêuticas financiadas pelo Estado e a possibilidade de encaminhamento por parte dos profissionais da saúde:

“(...) eu acho que aqui nenhum médico sabe dessa vaga, dessas, dessas possibilidades. Aqui, não, não, sinceramente, não sei se eu estou ficando tonta, mas eu acho que eu nunca ouvi ninguém falar que tem esses lugares públicos que fazem esse trabalho. Isso aqui não existe na nossa região. Não existe, isso não existe, não tem nada disso aqui, ninguém sabe disso, nunca se falou sobre. (...) Aqui são só as Comunidades Terapêuticas de igreja.”

O Entrevistado 10 afirmou também que não conseguia visualizar as vagas:

“Não (consegue enxergar a vaga). O (sistema de regulação) é ligado ao aparelho de saúde do Estado. Não existe comunicação de dados do aparelho municipal com estadual. A regulação do município é dissociada da regulação do Estado.”

O Entrevistado 12 ainda afirmou que a política pública de saúde de seu município é organizada de forma que as vagas são reguladas pela assistência social, fazendo com que a saúde não visualize as vagas:

“A forma como está estruturada a cidade que eu moro as vagas do Estado elas não são ligadas à saúde, elas são ligadas à assistência social. Então a gente não regula essas vagas, né? A gente orienta quando os pacientes procuram e querem especificamente esse tipo de cuidado em saúde. A gente os orienta a procurarem a nossa Secretaria de assistência social. E aí eles que fazem essa regulação, não é a saúde que faz essa regulação.”

E ponderou sobre os acessos não administrados pelo poder público que:

“(...) mas tem uma infinidade de outras que não são credenciadas e que eu acabo tendo acesso de certa forma, indiretamente, pelas pessoas que eu atendo do território mesmo, de situação de rua, quando trabalhava mais diretamente.”

Finalmente, em relação as CTs que não são contratadas e/ou administradas por entes federativos, o Entrevistado 5 disse que:

“Agora tem várias outras frentes aí, comunidades terapêuticas que não estão envolvidas diretamente com o governo, que são ações de igrejas, tanto católica, evangélica, enfim, espíritas, né? E que as pessoas abrem. Não sei de onde que vem esse fundo, exatamente, se é um grande empresário, se a igreja que está bancando, enfim e que não tem todo esse respaldo dessa avaliação, dessa triagem, a princípio, para poder entrar nessa comunidade terapêutica e algumas que inclusive cobram, né?”

5.1.3 Inadequações na formulação da política pública

Os 5 códigos mais citados relacionados ao subtema “Inadequações na formulação da política” discutiram as Comunidades Terapêuticas como espaço de cuidado e foram descritos como: “Existência manejos mais adequados”, “CT não representa um tratamento adequado”, “Rigidez de regras”, “CT distante da comunidade” e “Reincidência nas CTs”.

As falas a seguir apresentam características relacionadas ao trabalho efetuado dentro das Comunidades Terapêuticas e de que forma os BRN interpretam esse *locus* como espaço de cuidado adequado ou não para manejo das demandas apresentadas pelos usuários.

A primeira fala do Entrevistado 5 explicita a concepção da construção dos Caps na política de saúde mental como equipamento referencial para condução do suporte psicossocial:

“E aí a gente vai falando que uma das políticas, né, que surgiu para que isso pudesse ser extinguido (internações de longa duração) foram os Caps, os centros de atenção psicossocial. Porque a gente está falando de um tratamento de porta aberta, então a sociedade que vai ter que lidar com a loucura também, é sobre isso. Então, os Caps, eles surgem justamente, é nesse viés, né? Que as pessoas elas podem vir participar de alguns grupos terapêuticos, né? Eles vão ter referências, eles vão ser acompanhados nos seus cuidados, né? Mas eles vão aprender a viver em sociedade.”

Já o comentário feito pelo Entrevistado 10 demonstrou que na sua visão, os Caps III representam atualmente na rede o equipamento adequado para internações:

“A internação, o recurso que a gente tem de internação disponível imediato que a gente costuma usar noventa e cinco, noventa e seis por cento das vezes é o Caps III que é vinte e quatro horas.”

De acordo com ponto de vista do Entrevistado 2, os Caps que trabalham em redução de danos também oferecem manejos possíveis para algumas das situações de acolhimento dos usuários de SPA, como a exemplificada abaixo:

“O que eu lembro da época de trabalhar (...) era que muitas vezes o usuário pedia esse tipo de internação (CT). Para quê? Para ele conseguir tomar um banho, comer uma comida, ter uma boa noite de sono e pedia pra ir embora, né? Então, às vezes o pessoal fica até morrendo de raiva. Nossa eu fiquei o dia inteiro articulando uma vaga, ele foi lá, passou a noite, se cuidou de alguma maneira. Só que assim acordou bem no dia seguinte, falou, tchau, estou indo, vou voltar a usar. Eu só precisava de um, né? Banho. Que é um pouco o trabalho com os Caps fazem hoje, né? Então, por exemplo, que nem meu Caps, apesar de ser um Caps adulto, tem alguns casos que a gente divide com Caps AD, né? E tem... Eu lembro de pelo menos 2 casos que lá no meu Caps e no Caps AD e é passe livre. Assim, a pessoa chegou, ela pode comer, tomar banho, dormir, sabe. Porque assim está no uso tão doído... Assim, está tão psicótica e dependente fissurado assim, tá tudo tão prejudicado que a única coisa que a gente consegue oferecer é isso assim, sabe, a única

coisa que a pessoa topa é isso, né? Consegue ficar um tanto com a gente, comer, se alimentar, dormir, né? Antigamente, fugia. Hoje em dia pelo menos consegue dar tchau, sabe dizer, olha, eu vou almoçar e depois eu vou embora, não é? E é o cuidado possível assim.”

O Entrevistado 15 também mencionou o modelo de tratamento da redução de danos como norteador das políticas públicas em saúde mental e não a abstinência – proposta, em regra, pelas Comunidades Terapêuticas:

“Eu acho que a redução de danos tem que ser o princípio norteador das políticas e não a abstinência. Isso é o primeiro ponto. E aí, é questionável se as políticas públicas têm sido feitas na redução de danos ou na abstinência. Às vezes ela descreve os 2 juntos nas políticas, tipo abstinência, redução de danos. (...) E me parece que muitas vezes se usa a redução de danos como um caminho para abstinência.”

O Entrevistado 4 disse que, em relação a rede, a função articuladora dos Caps é essencial na reconexão do indivíduo com a sociedade buscando a substituição das longas internações:

“Os Caps, em termos de Portaria, eles não vêm necessariamente para substituir a internação, mas ele também vem nessa lógica de tentar substituir as longas internações, as internações desnecessárias. Talvez por isso a gente tenha sempre um pezinho atrás com o processo de internação, principalmente pelas comunidades terapêuticas. (...) de forma geral, o que se espera é que a pessoa seja incluída no nosso serviço (Caps) e do nosso serviço a gente faça as articulações que são necessárias, né? Então, ajuda com a questão do trabalho. Contato familiar. Que isso possa ser feito via articulação. Você não vai ter um Caps mandando para uma comunidade terapêutica.”

O Entrevistado 6 afirmou que na visão dele, o não encaminhamento ou a não recomendação para as CTs se dá pela política dos Caps, que é uma política de cuidado em liberdade:

“Mas a gente não encaminha por conta da política mesmo do Caps que é uma política do cuidado em Liberdade, e aí a gente tem muitas pautas aí, muitas notícias que a gente vê sobre comunidade terapêutica aí e a maioria não, não tem sucesso, né? Então, acaba não sendo encaminhados.”

Em relação ao subcódigo “CT não representa um tratamento adequado” o Entrevistado 1 disse que as CTs não são uma alternativa na vida do indivíduo:

“Ele está indo numa situação que não vai se prolongar na vida inteira. Ninguém vai viver a vida inteira numa comunidade terapêutica, entende? Isso não é uma alternativa pra pessoa, você não tá oferecendo uma alternativa pra vida dela.”

Nesse mesmo sentido o Entrevistado 10 disse que:

“(A CT) É um aparelho de exceção na vida do indivíduo. Não é nada, não é nada que está dentro de um projeto a longo prazo.”

O Entrevistado 2 retratou a partir da sua experiência que o modelo apresentado pelas CTs não é resolutivo:

“Só que a saúde mental ela não funciona assim. Ter 1000 vagas internar 1000 pessoas dependentes químicas, usuários abusivos de substância não resolve, não quer dizer que depois elas passaram por esse procedimento elas não vão usar nunca mais. Não é igual um tumor que se arranca. Não é igual uma prótese de quadril que você põe, só vai precisar trocar depois de 20 anos, não é? É outra coisa, né? Então, assim é muito mais complexo, dá muito trabalho, porque daí a gente teria que pensar até desse jeito, mais filosófico mesmo, desde a base, por que que essas pessoas vão lá usar droga? Por que tem mais cenas de uso em cidades X e não em cidades Y? Que jeito é esse que a gente vive, produz vida, produz consumo que leva as pessoas a escolherem esse caminho? E aí é muito mais complexo pensar nisso.”

O Entrevistado 15 ponderou que a abordagem territorializada e em liberdade focada no indivíduo seria para ele mais adequado como manejo para o suporte desses indivíduos:

“Então o que a gente sempre tenta ver: o sujeito como um todo, uma abordagem territorializada, entender o uso problemático dele, onde é que tá sendo problemático se é o contexto de vida que ele tá, se é alguma coisa psicossocial: “A teve um luto, está difícil de elaborar esse luto, então precisa trabalhar.” A gente vai tentando entender esse sujeito. O que que é que o uso e abuso de substância está cumprindo de papel na vida dele? E aí tenta trabalhar com isso no próprio território, com os encaminhamentos da rede assistencial de conseguir uma vaga no centro de acolhida, conseguir cuidar em liberdade dessa pessoa, com redução de danos.”

Além disso, o mesmo entrevistado comentou sobre a baixa resolutividade das CTs que:

“É muito porta giratória, né? E sempre vai ser. Sempre vai ser porta giratória. Enquanto não tiver uma política que mude a sociedade como um todo, talvez assim, vai ser porta giratória. O objetivo é tirar da região central ali.”

O Entrevistado 3 explicou que o modelo ofertado pelo Caps é importante para se desenhar um projeto a longo prazo para os usuários, integrado ao território e individual, como exemplificado na fala:

“(…) a pessoa que é dependente química não é tudo igual, sabe? Não é o mesmo saco. Então vamos tentar entender essa pessoa, vamos tentar planejar um projeto terapêutico singular - PTS pra ela, que inclua a vida dela aqui no território, a possibilidade de redução de danos, né? Um projeto que faça sentido pra ela, pros familiares, pra quem dá suporte pra ela, mas dialogando com a vida real dela. (...) Então hoje os pedidos eram “cara vamos internar” e a gente chegava quase como fazendo um *advocacy*: “Olha gente vamos entender quem que é essa pessoa aqui qual que é a história dela, que papel que a droga tem e tal, se a internação é melhor saída pra ela ou não” porque assim a pessoa aqui que é assim “*ah tá vamo internar*” aí os profissionais as famílias acham que é uma coisa meio mágica “*opa vamos internar*” e a pessoa vai se materializar no hospital e todo um itinerário que é muitas vezes violento pros usuários né?”.

O Entrevistado 7 falou sobre a falta de articulação existente entre as CTs e os Caps como um dificultador no tratamento dos indivíduos:

“Porque essas comunidades não fazem um vínculo com o Caps, né? Porque esses pacientes logo que eles saem da comunidade terapêutica, ou então, até antes, eles teriam que se vincular com o Caps para continuar o tratamento, não é? E isso não acontece, então eles acabam saindo dessas comunidades terapêuticas, não tem, né, um segmento dos profissionais de saúde.”

Na citação abaixo, o Entrevistado 12 argumentou que o modelo da abstinência trazido pelas Comunidades Terapêuticas não considera as singularidades dos indivíduos e parte de premissas controversas de como lidar com as drogas em sociedade:

“E aí, nesse sentido, historicamente, a gente vem elegendo politicamente não por saúde de fato, algumas dessas substâncias, como quantificadoras de algo ruim, que devem ser banidas, e aí a gente vem também pressupondo que algo que seja saudável para essas pessoas que fazem uso problemático, às vezes nem tanto, enfim, mas é que fazer uso dessas drogas é ruim e que as pessoas que fazem uso problemático elas vão ficar bem se elas não usarem, né? Então esse é um pressuposto da maioria das comunidades terapêuticas, que é a abstinência do uso de substância psicoativa fazendo, inclusive, um juízo moral de quais são essas substâncias, né? E muitos desses lugares, e aí eu vou estar falando de fato, claro, com um corte super pessoal meu, de alguém que trabalha com uma outra linha de proposta, tá? Mas muitos desses lugares não vão levar em consideração autonomia, vivência de prazer, sociabilidade, não é? E aí a gente vê, uma inversão do que deveria ser o objeto do nosso cuidado, que seria o humano em si, o singular que está ali para a eleição de um objeto que é a substância, né? (...) E a gente está só levando em consideração se essa pessoa está em uso ou não, né? E não necessariamente, é claro que eu entendo e aqui, já deixando claro, não tem nenhuma romantização do que que é o uso de substância, tá? Então a gente tem, sim, expressões bem graves de abusos e pessoas que precisam de fato de intervenções e ajuda, mas que elas estão muito além do que a droga em si, né? Porque tem uma história, tem uma questão por trás que está colocando-a nessa situação e aí eu percebo que muitas vezes esses espaços de tratamento, com essa filosofia de que as pessoas não podem usar drogas ou que também parte de um pressuposto social que existe uma sociabilidade sem drogas, né? Existe uma sociedade humana que não vai usar droga, a gente parte dessa premissa, que é uma premissa absurda, falando em antropologia mesmo em história humana... Então assim, a gente parte de uma premissa que não é real, que é uma fantasia, ideológica, e a gente tenta perseguir essa premissa na nossa realidade, utilizando como justificativa para tudo, inclusive, né, e aí eu acho que aí tem um problema de saída, entendeu?”

Ainda dentro da mesma temática que discute o desenho da política, em análise do código “Rigidez nas CTs”, o Entrevistado 1 afirmou que a existência de regras rígidas nas CTs podem ser um fator que dificulta a adesão ao tratamento ofertado:

“Tem alguns lugares que são muito rígidos, tem regras rígidas, tem hora, você não pode sair, então acho que isso dificulta muito também a pessoa querer ficar. Eles tem horário pra tudo, você tem atribuições que você não decide, que você não tem autonomia pra decidir aquilo que é tua atribuição ou não então acho que isso dificulta muito a adesão, assim, não sei, e eu acho que também você mistura muito (...) Mas assim, é voluntário desde que você se adeque as regras... (...) Ou cuidar da horta pode ser muito saudável você pode achar “nossa mas que legal que eles tem atividade da horta que vai produzir a comida que eles comem”... Mas tem dia que eu não tô afim. E é isso, assim, a pessoa pode eventualmente passar a entender isso como um trabalho forçado, como atividades que ela não tá disposta a fazer, pelo menos não naquele momento.”

Também sobre a rigidez das regras, o Entrevistado 6 afirmou que a alteração do modo de vida repentino para cumprimento das diversas regras existentes nas CTs pode ser um fator que dificulte a adaptação do indivíduo:

“E eu acho que talvez também pelas regras, não é? Muitas pessoas que estão vulneráveis já estão acostumadas ali com um certo jeito, um certo, um certo modo de vida de: “eu não tenho regras, eu acordo a hora que eu quero, eu durmo a hora que eu quero, eu como a hora que eu quero, eu faço o que eu quero, se eu for por uma comunidade terapêutica, eu vou ser obrigada a ficar lá cumprindo aquela listinha de atividades, ter os horários para acordar, para se levantar.”

O Entrevistado 11 trouxe o exemplo da proibição do uso do tabaco dentro desses locais, como um fator que poderia afastar um sujeito do tratamento:

“Comunidades terapêuticas que não permitem o uso de tabaco, né? E que isso é um problema muito grande que a gente enfrenta, inclusive em alguns serviços dos próprios Caps, mas que pensando no usuário de outras substâncias, múltiplas substâncias, com comorbidades você restringir o uso de tabaco na instituição... É uma dificuldade de acesso muito grande.”

O Entrevistado 15 também destacou relatos sobre o regime disciplinar severo imposto pelas Comunidades:

“(...) Olha, eu já vi relatos de pessoas que foram para a comunidade terapêutica e aí tinham normas, muitas normas, tinha que rezar, tinha que trabalhar. E aí foram embora a pé das comunidades terapêuticas. (...) principalmente ligados a obrigação, a disciplina tipo é um regime disciplinar muito severo. E aí, quem não gosta? Dá o seu jeito de sair fora de ir embora.”

Em relação ao código “Reincidência nas CTs e como fenômeno no Álcool e Drogas” o Entrevistado 13 destacou o fenômeno da porta giratória:

“Por que como que é isso dessa porta giratória? Como que é isso do cara voltar pra rua depois, né? Porque essa pessoa voltava. E muitas vezes pedia de novo e pedia de novo, e a gente encaminhava devido o contexto “disgracento”, diante de não ter sido feito um trabalho de articulação pensando nessa saída da comunidade terapêutica, né? (...)”

“pessoas que voltavam muito facilmente para a cena de uso, porque é isso, o isolamento não era a melhor proposta para aquela pessoa, então eram diversas situações.”

No mesmo sentido sobre a reincidência e a falta de resolutividade do modelo, o Entrevistado 3 disse que:

“A maioria dos casos (egressos das CTs) tinha reincidência, sabe? Não é uma coisa que solucionava ou aplacava intensamente o problema. Né? Ou a questão raiz, matriz, daquilo (...) não funcionava, não funcionava, não funcionava...Eu sei que essa palavra até pode ser assim complicada, problemático, mas o que quero dizer com não funcionava: não ajudava o indivíduo a repensar qual o lugar que eu vou chamar em linhas gerais que a droga tinha na vida dele, na existência dele, tá?”

Avaliando a experiência sobre o excesso de reincidências no universo do Álcool e Drogas, o Entrevistado 4 disse:

“Aí a gente vai vendo que nem sempre funciona porque vai ficando uma repetição muito grande, uma repetição num custo muito alto, porque assim, a clínica do AD é a clínica da repetição, né? Então, 5 anos lá, tem usuário que eu conheço desde 2019 que tá lá com a gente, num vai e vem esperado, porque você vai conversar com o trabalhador de outro Caps é a mesma coisa, não é? O meu gerente, a responsável técnica desse Caps que eu trabalhei, eles estão há anos na clínica e assim é usuário que eles conhecem assim há 20 anos.”

Sobre a rotatividade, o efeito do isolamento das CTs e a reincidência, o Entrevistado 7 disse:

“E aí assim, na maioria das vezes eles retornam, né? A gente sabe que é muito difícil mesmo e que esses pacientes, né, usuários de drogas, eles têm várias recaídas, mas o que eu vejo frequentemente é porque assim eles saem de lá e muitas vezes eles não saem com o tratamento otimizado da forma que a gente conhece, né? O tratamento otimizado é muito assim naquele negócio do medo, do castigo “*Aí eu não vou fazer porque Deus ou sei lá o que, vai me castigar*”, só que isso, enquanto ele está lá e está sendo forçado aquilo e lá não tem a droga, porque são muito isoladas essas comunidades terapêuticas, fica, talvez, um pouco mais fácil e muitos pacientes são dopados também, né? E quando ele volta para a sociedade, ele encontra a droga, né? Ele encontra facilidade, ele encontra os outros usuários e aí ele também não está ligado com Caps, que é o lugar que ele deveria estar, né, fazendo tratamento, então ele volta facilmente ao uso de drogas. Tem as recaídas, não é?”

O Entrevistado 9 afirmou que os casos de recaídas em CTs se dão:

“(...) porque não teve nenhuma proposta realmente de análise, de entender porque ele faz o uso de substância.”

Já o Entrevistado 10 comentou sobre a falta de efetividade de internações sobre usuários reincidentes:

“Nós temos pacientes que passaram por quinze internações e você sabe que fazer uma nova internação prolongada não vai fazer sentido.”

Em relação ao código “CTs distantes da comunidade”, o Entrevistado 2 mencionou que são lugares “*muito isolados*”. O entrevistado 10 disse que as CTs têm como característica a “*distância do centro urbano, todas elas.*”

Já o entrevistado 13 destacou o efeito causado pela distância desses locais, principalmente a falta de articulação com serviços de saúde:

“(...) esses serviços em ambientes rurais em geral, distanciados de zonas urbanas, distanciados de possibilidades, às vezes de articulações com o próprio Caps do município, né? Com acesso dificultado a serviços de saúde, que é o básico, que são muitos os locais além dessa coisa da né?”

Nesse sentido, o Entrevistado 2 destacou a importância da proximidade com a cidade e com a comunidade para o sujeito:

“Acho que é isso, tem a questão geográfica, acho que ela pesa muito, mas tem também de diálogo, né? Então eu penso assim, por exemplo, acolhida integral do Caps, né? Quando o cara tá lá, é o mesmo lugar que ele, que ele faz o atendimento, né? Que ele conhece, que a mãe dele vai, que o filho dele pode entrar, sabe? Que mesmo ele estando acolhido integral. Ele pode atravessar a rua, tomar um café e voltar, sabe, assim que tá ali na cidade assim, sabe? É... faz muitas, ele vai ter atividades lá dentro assim que o que ele vai participar também assim, tipo, sei lá, deixa eu pensar, é... Enfim, se se está tendo Carnaval, bloco de Carnaval, vai passar naquela rua também, não é? De onde ele estava acolhido, né? Então acho que é. É um pouco isso, assim, ter essa relação com a cidade, com a comunidade. Não ser um isolamento assim, né? Um ambiente protegido, mas não é ambiente isolado, né? Assim, acho que isso. Isso é importante assim, sabe?”

Já entrevistado 4 mencionou que o isolamento das CTs pode ser proposital para afastar o indivíduo da comunidade:

“Essa distância é para mim, às vezes até proposital. Primeiro que você precisa de um espaço grande (...) pensando assim, no que eram as comunidades terapêuticas, quando foram pensadas, que nos Estados Unidos e tudo mais, tal então aí você puxa aquela ideia, adapta para o Brasil? Para o momento atual, né? Enfim, e aí é no meio do mato. Mas eu acho também que de alguma forma, se aproveita disso. (...) Tem um “quê” do esconder, e tem um “quê” de que é mais difícil de fugir.”

Também sobre o vínculo com os Caps, o Entrevistado 7 disse que:

“(...) essas comunidades terapêuticas, elas ficam isoladas, a gente não consegue saber do paciente, ter informação dos pacientes, como é que eles estão lá e quando eles voltam de lá. Porque essas comunidades não fazem um vínculo com o Caps, né?”

O Entrevistado 14 mencionou situação que vivenciou de afastamento arbitrário de um paciente para um município distante:

“(...) começou a encaminhar pessoal para assim indiscriminadamente para as cidades longe, eu lembro até de uma ocasião que a gente fez um

projeto para uma paciente de ela passar o fim de semana em observação, porque ela estava sem crítica nenhuma, não estava conseguindo ficar sem uso de crack e a gente falou “há, vamos deixar ela no fim de semana aqui e aí na segunda-feira a gente volta e vê como ela tá”. Quando a gente voltou, mandaram ela para (um município), que é 6 horas de (do município que vivia), não tinha como a gente entrar em contato com o local, então estava arbitrário, ninguém conversava com a equipe, então estava difícil.”

5.2 ESPECIFICIDADES: MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO PARA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As entrevistas também sugeriram códigos relacionados a situações de encaminhamento/recomendações para comunidades terapêuticas e justificativas baseadas em especificidades, entendidas aqui como as necessidades individuais de cada sujeito. A temática dos motivos para o encaminhamento para as CTs foi dívida em 2 subcódigos, “Paciente pede para ir pra CT” e “Singularidades”. As menções ocorreram na forma da Tabela 3.

Tabela 3. Especificidades: Motivos para encaminhamento para CTs – Menções por subtema

Entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Totais
Especificidades																
Paciente pede para ir pra CT	1	2	1	1	2	0	3	0	1	1	1	2	4	2	1	22
Singularidades	0	1	1	3	1	1	0	1	2	0	0	4	3	1	4	22
Totais	1	3	2	4	3	1	3	1	3	1	1	6	7	3	5	44

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas transcritas pelo software “Atlas TI”

Em relação ao subcódigo “Singularidades”, o Entrevistado 13 disse que eventualmente para sujeitos em situações individuais específicas e severas, a CT pode representar um respiro:

“E veja bem, não estou demonizando a comunidade terapêutica, porque para alguns usuários é o que eles esperam. Se constitui numa grande estratégia de redução de danos numa vida que o cara está quase morrendo, né? A gente não pode ser hipócrita, pra muitos serve, pra muitos dão um respiro, só que dentro de que condições, né? Tipo assim, o cara já tá tão na miséria, né, na desgraça? Que aí ele topa a miséria e a desgraça de uma outra forma para não morrer. Isso é muito pesado porque desconfigura, né?”.

O Entrevistado 2 ponderou sobre o que seria sua experiência relacionada a indivíduos que se identificam com o modelo da abstinência:

“Ao longo desse tempo todo que eu trabalhei, se eu te disser que eu não vi nenhum exemplo positivo vivendo na comunidade terapêutica, eu vou estar mentindo. Eu conheço exemplos positivos de pessoas que passaram por comunidades terapêuticas. Mas esses exemplos eu estou

falando especificamente de pessoas que se identificavam com o modelo de 12 passos do AA. Que é o modelo de abstinência. Então, sim, eu conheço pessoas, pessoas que foram usuárias de crack, né? Usuários de álcool que se identificaram com modelos de AA e NA e que em algum momento usaram mais do que um leito de desintoxicação, usaram uma internação de longo prazo em comunidade terapêutica. Esses são os exemplos positivos que eu tenho para falar. Agora, infelizmente, eu tenho muito mais exemplo negativo.”

No mesmo sentido o Entrevistado 9 relatou casos em que a estratégia de abstinência foi benéfica ao seu paciente constituindo, entretanto, uma estratégia individual:

“Muitas políticas (...) tem muita essa linha realmente de se prover serviços de abstinência, né? Que a pessoa pode ficar internada por um tempo longe da substância e depois ela, enfim, né, fazer outra coisa, mas sempre nessa linha de abstinência total da substância, tá? O que em si não tá errado. Sim, eu não acho que esteja errado, porque, pô, apesar de ter vários casos aí que não dão certo, que a pessoa saiu, recaí no uso, saiu já às vezes fica pior do que estava antes. Tem um monte de caso aqui, assim acho que você não precisa ir muito longe para encontrar casos desses, né? É, mas tem vários casos que funcionam também. Tem vários casos assim, que realmente precisava desse período de abstinência. Realmente tem essa coisa um pouco mais rígida de regras mesmo de olha, né? Todo dia é um dia, não vou usar nada, nessa coisa quase de uma hipervigilância para você não usar. Para algumas pessoas funciona, né? Tem isso, é muito individual.”

O Entrevistado 12 ponderou sobre a existência de indivíduos que se beneficiam do modelo de abstinência, mas que em seu recorte seriam a minoria e que, portanto, não justificaria a adoção de programas de saúde pública que se valessem principalmente dessa estratégia:

“Existem essas pessoas que se beneficiam desses espaços rígidos, protegidos e rigorosos com religiosidade, com o norte assim, existem essas pessoas que se beneficiam disso assim que sentem, se encontram, comungam dessa prática e vão fazer disso... Eu posso não concordar individualmente, na minha filosofia de vida, né? Enfim, mas é isso. Existem pessoas que se identificam e que vão ficar bem com isso também, não é? Na minha prática, assim, sabe, na minha, no meu recorde prático, né aí do viés meu mesmo, é uma minoria mesmo, não é? Assim, a maioria das pessoas vai lutar para se enquadrar nisso, né? E aí eu acho que é extremamente perturbador, é a palavra pra mim, a gente ter um programa de saúde pública que vise uma via só sim, né?”.

Ainda sobre o tema, o Entrevistado 5 comentou que as estratégias de tratamento variam de acordo com o indivíduo e que as singularidades precisam ser consideradas, diretriz essa que é utilizada nos Projetos Terapêuticos de Saúde (PTS) elaborados nos Caps:

“Então quando se fala de comunidade terapêutica, não é que não seja bom para todos. Que se a gente for pensar em algumas pessoas e alguns relatos a gente vai entender que para algumas pessoas fez sentido e tudo bem, não é? Mas não dá, eu falo assim que o tratamento não é uma receita de bolo, não tem como. Está lidando com seres humanos, seres humanos, eles são diferentes um do outro. Então, que a gente vai

falando... Lá no Caps a gente tem o PTS que que é isso? É um plano terapêutico singular, ou seja, ele é específico para aquela pessoa.”

O Entrevistado 15 ponderou que as escolhas individuais devem ser respeitadas, entretanto as comunidades terapêuticas não seriam resolutivas como estratégia de tratamento generalizada:

“(…) aí orienta os fluxos que tem desses de outros serviços de comunidade terapêutica falando “olha, a gente não acredita que isso é a grande política para melhorar. Mas se para você fizer sentido” - a gente é sempre centrado na pessoa, se para a pessoa faz sentido, beleza?! Eu não vou falar. “Não, não vou te falar como é que você faz para conseguir ser internado.” Não, se você acha que é isso, “está ciente do que é?”, “tô” “quer?”, “quero”, “vai”. Assim, não tenho nenhum fetiche de falar que “há não pode”, porque às vezes eu vejo o pessoal “Vai encaminhar, é manicomial.” É a vida da pessoa! Se ela tá, ela tá ciente do que ela tá fazendo, ela entende que é o melhor para ela. Pode ser. Para algumas pessoas, pode ser bom. É que como política pública, para ser para todos, não, aí é péssimo, é falho, não funciona na minha avaliação, e não só na minha avaliação, né? Acho que a literatura é vasta nisso.”

Ainda dentro do subtópico relacionado à solicitação pelo próprio paciente, o Entrevistado 7 disse que em determinadas situações, alguns pacientes pedem o encaminhamento:

“E muitas vezes os pacientes pedem, né? Tipo, olha, eu não aguento mais ficar na rua, eu preciso de uma cama, eu preciso tomar um banho. E eles acabam indo para esses lugares, porque eles vão ter uma cama, um banho e ter 3 refeições, né, por dia.”

Em depoimento similar, o Entrevistado 9 também confirmou que recebe solicitações diretas mesmo que para curtos períodos:

“(…) homens com problema de dependência química lá da região (...), que falava “olha, eu quero uma internação. Não, não estou bem quero fazer tratamento”. Mas vários assim um, às vezes 2 ou 3 dias de internação, às vezes, já teve um caso que ainda no primeiro dia mesmo internou, já quis ir embora no mesmo dia porque estava com muita fissura, não é? Mas realmente de serviço de saúde encaminhado para a comunidade terapêutica. Não é uma coisa comum, tá?”.

Sobre as solicitações de internação feitas pelos pacientes, o Entrevistado 12 comentou da influência de um modelo de cuidado que existe no imaginário da população:

“Eu honestamente acho que tem uma parte bem grande que pede, sim, pelas comunidades terapêuticas, inclusive porque eu acho que tem um apelo social, né? E qual que é esse apelo social, né? É a propaganda que é feita do tipo de tratamento. A gente vê desde as novelas, a programa que vai na escola, a propaganda em ponto de ônibus, a igreja, a sua família, não é? Então, acho que tem um constrangimento familiar de alguém que às vezes está em uso intenso e a família é majoritariamente de classe trabalhadora, que não tem como dar conta daquelas pessoas

que estão em sofrimento, que não tem como dar conta das contradições que estão levando, né? Eu acho que a droga ela assume um papel de ser uma espécie de elefante na sala, não é? Então, assim, a nossa família está ruim por causa da pessoa drogada, então a gente a afasta e aí vai resolver as coisas.”

Por fim, o mesmo Entrevistado 12 discorreu sobre a problemática das padronizações de tratamento no campo do álcool e drogas:

“(...) Acho que não é uma “formulinha” que dá para aplicar para todo mundo. Majoritariamente o que está rolando, não é isso? É uma máquina de gerar lucro assim, né? É uma máquina de gerar lucro. Você engessa um diagnóstico, você coloca majoritariamente uma linha de tratamento para aquele diagnóstico específico e você abre um monte de clínica. Credencia ela pelo SUS e você começa a internar as pessoas.”

5.3 DISCRICIONARIEDADE NA IMPLEMENTAÇÃO

Outra temática que surgiu nas entrevistas foi relacionada às diversas facetas da discricionariedade dos BNRs. A temática foi subdividida nos subtemas “Improvisos”, “Pressão Institucional para encaminhamentos diversos”, “Divergências de atuação” e “Preconceitos dos BNRs”. As menções ocorreram conforme ilustra a Tabela 4.

Tabela 4. Discricionariedade na implementação – Menções por subtema

Entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Totais
Discricionariedade																
Improvisos	10	0	0	4	1	3	0	5	1	2	2	3	4	0	3	38
Divergência Atuação BNR x Estado	2	0	7	1	4	1	0	0	2	0	2	2	1	1	4	27
Pressão Institucional para encaminhamentos diversos	2	0	2	0	0	0	3	0	2	1	1	2	5	4	1	23
Preconceitos entre os trabalhadores	0	0	5	0	0	0	1	1	1	1	0	2	0	0	0	11
Totais	14	0	14	5	5	4	4	6	6	4	5	9	10	5	8	99

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas transcritas pelo software “Atlas TI”

Em relação ao código “Improvisos”, o Entrevistado 1 exemplificou a forma como fazia a guarda da medicação de seus pacientes para que não fossem subtraídas por agentes policiais:

“E a gente fazia coisas assim também tipo, deixar na farmácia a medicação separada que a pessoa só vai lá retirar. Quem tinha autonomia pra ir buscar a gente deixava... Então diariamente ela ia buscar. Às vezes era uma medicação que nem era prescrita por nós, ah, assim, eu tenho, tomo, faço tratamento do HIV, mas se eu ficar com todo o tratamento do mês, se o “rapa” levar, eu perco o remédio. Então, ele tinha uma caixinha dele na farmácia pra ir lá retirar, entendeu? Foi coisas que a gente foi criando.”

Valendo-se da mesma estratégia para guarda de medicações, o Entrevistado 15 comentou que:

“Diariamente a equipe vai aos territórios, tanto para fazer medicações assistidas para tuberculose ou para transtorno mental. A gente tem feito de HIV também, medicação assistida para algumas pessoas que tem essa demanda que não conseguem ficar com medicação ou que constantemente tem a medicação sendo tomada pela prefeitura a partir do rapa, né? Do serviço de limpeza urbana, higiene que vem a guarda civil metropolitana, junto com esse pessoal tirar tudo e acaba levando os pertences junto às medicações. Então a gente fica com a medicação para levar no território, para cadastrar as pessoas e para visitar, dialogar, ver demandas de saúde, enfim.”

Sob outro aspecto dos improvisos, o Entrevistado 6 exemplificou como tenta estabelecer vínculo com os usuários:

“Por esse viés aí da comida, sabe? “Vamos lá no Caps conhecer e aí vamos lá tomar um café comigo, entendeu?” E aí acaba que a pessoa um dia lembra que quer tomar um café ou que está com fome e acaba aparecendo. “Olha, encontrei fulano lá no território e ele falou que podia vir aqui tomar um café.” Muitos a gente usa essa estratégia meio que como se fosse uma troca, olha, vai lá que a gente reserva o almoço para você. Aí a gente já aproveita e conversa enquanto você está comendo ali, tenta uma aproximação ali por esse viés da comida.”

O Entrevistado 5 contou como busca gerir demandas intersetoriais e como trabalha essa articulação:

“Eu sou daquela quando o paciente vem trazendo outras demandas que não são minhas, eu peço autorização dele para pegar os dados, né, falo: *“assim, olha, não é comigo, é com outros serviços, já ouviu falar?”* “Não.” *“Oh, eu posso pegar os seus dados, eu posso tirar uma foto sua para poder, né, o pessoal saber onde você está e quem você é, porque aí fica mais fácil.”* Se eles me autorizam, pego os dados, tiro a fotinho e já mando porque a gente tem um grupo (de whatsapp), né? É que, em conjunto com essa galera, então a gente encaminha nesse grupo e o pessoal já está ciente que tal paciente está precisando de tal demanda naquele local, naquela região, enfim, entendeu? A gente vai tentando fazer algumas estratégias, né? Para que todos possam ser supridos aí nessas demandas, nem todo mundo consegue, obviamente, mas enfim.”

Ainda como o Entrevistado 8 que adequou a agenda de trabalho e local para estar mais próximo dos usuários e estabelecer vínculos:

“Mas a gente foi descobrindo através de um trabalho que a gente solicitou pra assistente social lugares onde eles iam comer. Vou dar um exemplo, tem uma igreja na quarta-feira, né? Que dá janta e o banho, então eles vão, eles se comunicam, eles sabem de todos os lugares onde têm coisa, né? Então, nas quartas-feiras, à noite, a gente sabe que aqui tem uma concentração de pessoas, tem uma igreja católica. (...) E a gente vai lá, 2 vezes, 1 vez por semana, senta lá e faz o atendimento lá. Então a gente achou uma forma de estar com eles, onde eles estão, tá? Para facilitar o nosso trabalho mesmo, que é de ação de saúde, né, que

é assim. A gente faz teste rápido, faz vacina de gripe, faz vacina da Covid a gente fez, né? A gente faz os exames médicos, faz avaliação psicológica, o psicólogo conversa, encaminham alguns casos(...) E eles se achegam na gente. Sempre colocando as questões deles e a gente atende na medida do possível, né?”

O Entrevistado 12 contou como lida com as restrições de alimentação nos Caps, o que ela chamou de “gestão da miséria” na passagem abaixo:

“Então, por exemplo, o Caps tem uma quantidade limitada de alimentação por dia, né? A gente tem uma quantidade X, que vem e é isso e tem dias que essa alimentação tá “Ok” que deu e tem dias que não, tem dias que é um super problema. A gente tem que fazer essa gestão da miséria, né? De quem vai comer e quem não vai comer. E por que que vai comer? Porque que não vai comer, né? Porque não tem marmitta para todo mundo, então essa é uma realidade e tem casos que mesmo a gente tendo as nossas regrinhas, digamos assim: *“A comida é para quem está em crise, na permanência dia, quem não consegue acessar o bom prato”* por exemplo, né? Quem não consegue acessar esses outros lugares. Vão ter casos que a gente vai ter que falar assim, olha essa pessoa que está definhando, que está emagrecendo, que está com problema crônico de saúde, não consegue... Vai ter que comer aqui. Sim, aqui é o espaço para isso. Não, teoricamente, não, né? Essa comida do caps, ela seria para uma outra coisa, teoricamente, né? Hoje eu tenho uma concepção diferente... Tem que comer mesmo, entendeu? Tem que ser isso aí, e aí é isso aí, vai ter que multiplicar, dividir marmitta, fazer paciente dividir marmitta e aí isso se conversava, inclusive com as pessoas que estão no caps. Olha, gente, estamos aqui em 30 pessoas e temos 25 marmittas. Alguém topa dividir?”

O Entrevistado 15 falou sobre a carência de serviços híbridos e como soluciona os problemas decorrentes de lacunas existentes:

“A assistência social não pode fazer guarda de medicação, administração de medicação, ajudar em banho. Nada. Então não tem serviços híbridos também, com saúde, assistência, qualquer pessoa que tá... O cara tem um transtorno mental grave. Você precisa medicar ele todo dia, dar remédio 3 vezes por dia. O Centro de Acolhida, não vai, não vai conseguir. O cara é deficiente visual, ele precisa que alguém leve ele até o banheiro. Na teoria, a assistência social não pode fazer isso, então daí às vezes faz, sabe? Às vezes, os trabalhadores acabam quebrando, mas não tem política pública, é gargalo.”

Em relação ao subcódigo “Pressão Institucional para encaminhamentos diversos”, o Entrevistado 1 relatou que sentia pressão para retirar os usuários da rua:

“Pra que tirasse da rua. Independente, pode ir pra qualquer lugar. Mudar de planeta, não tem problema. Desde que ela saia da rua.”

Ou ainda como a fala do Entrevistado 3, que associou as metas numéricas aos diversos encaminhamentos:

“Cara, sim, algumas vezes tive, né? Pra dar o encaminhamento a esse dispositivo, né? Esse serviço tal, por várias razões. Uma das principais

razões que eu acho que explica boa parte do que a gente vive hoje é essa que eu te falei da produção numérica. Então hoje o gestor local está preocupado, o chicote está estalando, tem uma cobrança e tem que viabilizar aquilo acontecer. Se dá uma condução que vai assim entre aspas vai tirar aquilo da frente e a solução é a internação compulsória ou é ir pra uma comunidade terapêutica ou coisa assim, ele vai fazer, ele vai, ele vai arrumar pra isso. Ele vai, ele tem o poder de convencimento da unidade da equipe que está sob responsabilidade dele e sim já senti algumas vezes assim.”

Em relação aos encaminhamentos diversos, o Entrevistado 9 disse que sentia que havia outros interesses envolvidos que não o tratamento dos indivíduos:

“Na época, eu estava fazendo residência (...) tinha um pouquinho esse olhar assim, de querer realmente internar, às vezes até de uma forma um pouco forçosa essas pessoas, é para tirar de lá, porque é um lugar que eles querem valorizar o terreno, né? A questão da dependência química em si fica em segundo plano.”

O Entrevistado 14 narrou que recebia orientações diretas para o preenchimento das vagas disponíveis, no trecho:

“É, temos que preencher vagas, temos que preencher vagas. Então vamos mandar essa aqui, ó, pode ser essa aqui.”

Em relação ao subcódigo “Divergências de Atuação entre BNR e Estado” o entrevistado 4 destacou que:

“(...) para a gente é muito contraditório, você tem um braço do governo para não internar em outro braço para internar.”

No sentido das contradições existentes dentro das políticas públicas e das interferências estatais, o Entrevistado 6 disse que:

“(...) aí a gente tem uma situação aqui no território que é assim, a gente tem a presença da zeladoria todos os dias no território, então a gente vai para o território fazer nosso trabalho de abordar gente, gerar, criar um vínculo ali com as pessoas, sensibilizá-las pelo tratamento e aí a gente está ali, chegando no território, a gente se dá conta com a zeladoria tirando o cobertor das pessoas ou lavando a rua, expulsando as pessoas que estão ali, sentado ou deitado. “*A não pode ter barraca*”. Então isso também acaba interferindo no nosso trabalho, no sentido de até as pessoas tentarem chegar aqui no serviço, porque assim eu tenho uma usuária minha que eu sou referência, né? E ela faz um uso muito abusivo de álcool e crack há anos. Assim eu tento trazê-la para o serviço pra pelo menos uma avaliação médica e ela não vem porque ela tem um cachorrinho dela que é o *Black*. Ela foi expulsa do centro de acolhida porque ela acabou brigando com uma moça ela estava intoxicada, ela perdeu a vaga, ela já não podia ficar também mais no centro de acolhida porque não aceita cachorro, e aí ela não vem no serviço porque ela fala assim, “*olha, se eu for aí o “rapa”, vai passar tal hora eles vão levar tudo minhas coisas e o que eu tenho é a minha barraca, meu cobertor, minhas roupas. E aí, o que que eu vou fazer? Onde que eu coloco minha*

barraca e minhas coisas?” Entendeu? Então tem essa questão também da zeladoria, então assim são desafios o dia todo, a todo momento de você pensar no nosso fazer profissional de como que a gente faz, como que eu vou criar uma estratégia para cuidar dessa pessoa aqui dessa forma, com todas essas questões que vão acontecendo no território, todas essas violências do centro de acolhida, da zeladoria, da sociedade, né? No geral, então é muito difícil.”

O Entrevistado 11 destacou existência de divergências de interesses e interpretações das políticas públicas entre os profissionais e as Organizações Sociais:

“Os profissionais que são mais qualificados, que são mais interessados sabem que é na lógica da redução de danos. Mas a depender de qual for a OS, qual for a gerente você pode ter sim, conduta para constranger esse tipo de atuação nessa lógica assim, e aí a gente, a gente viveu no Caps situações nesse sentido. A gente ia fazer oficina para produção de cachimbo... Foi vetado. A gente uma época, uma briga do caramba, porque a RT lá de enfermagem queria impor bafômetro para entrar no Caps. Caps álcool e drogas, não é? E aí isso era uma visão que era chancelada pela gestão, entendeu? E aí então a gente não tava batendo só com a visão de um profissional X lá que achava que tinha que por bafômetro, entendeu? A gente estava batendo com a instituição, você tá chancelando esse tipo de prática, né? E que não vai na lógica da política de redução de danos que é a política pública, né?”.

Ainda comentando sobre as decisões políticas no cotidiano do trabalho, o Entrevistado 12 ponderou que:

“A gente trabalha na nossa formulação, na linha da redução de danos, né? Mas a gente não tem um redutor de danos como profissional no serviço, não é? A gente não tem insumos de redução de danos, por exemplo. Então, quando a gente fala que tem uma decisão política por trás, tem uma decisão política por trás. (...) Então, falar que a gente trabalha com redução de danos não é uma coisa etérea, “*Ah, eu trabalho com redução de danos*”, não. Tem técnica, tem discussão. Tem uma prática que tem que ser feita, que não é só do entendimento se a pessoa pode ou não usar drogas, né? Isso é muito superficial, entendeu? É muito básico. Tá além disso, é com o que que a gente vai trabalhar e a gente precisa ter o concreto para trabalhar. A gente não tem esse concreto, né?”.

Em relação ao subtópico “Preconceitos dos BNRs”, os entrevistados mencionaram a existência de preconceitos por parte dos profissionais que atuam na atenção básica e na saúde mental. O Entrevistado 3 disse que:

“A equipe vem com um monte de preconceito, “(...) *ah sua mãe foi passiva demais, foi permissível*” aí só julga. Aí quer culpar, quer achar o culpado, coisa assim, então as famílias não sabem, né? Que que vai, o que que vai ser lá, né? E mesmo os trabalhadores da atenção básica, que não são da saúde mental, né? Que são de outras áreas, também ou não fazem a mínima ideia do que seja ou tem uma ideia muito estigmatizada, né? Quase como solução mágica também. “*Vou pra lá e vou voltar bem*”. Gente! Como é que é isso? Não funciona assim.”

O Entrevistado 7 disse que, por preconceito, alguns usuários não conseguem atendimento:

“É muito difícil, porque eles dormem na rua, muitas vezes não dormem bem, tem a questão também do uso das drogas, né, álcool e tal, então, muitas vezes a consulta é 7 horas da manhã em tal lugar. Eles não conseguem ir e quando eles conseguem ir, muitas vezes pelo preconceito dos próprios profissionais de saúde, porque eles chegam lá com roupa suja, né e tal? E então, então, não conseguem um atendimento.”

O Entrevistado 8 disse que presenciou ao longo de sua trajetória situações que envolviam preconceitos entre os trabalhadores:

“(…) porque a gente trabalha muito, senta-se junto, mas mesmo assim aparecem alguns “preconceitozinhos”, sabe? Algumas falas meio complicadas que a gente tem que estar desfazendo, né? Acho que a gente está conseguindo, mas chega a doer. Profissionais tipo assim, assistente social que não acredita no social. (...) enfermeiro que não, que não gosta de gente que fala “*ah, esse bêbado, esses vagabundos*” sabe essas coisas, isso é muito comum.”

O Entrevistado 10 descreveu um caso de preconceito sofrido por um paciente durante o atendimento:

“(…) Por exemplo, hoje uma assistente social muito frustrada relatou um caso. Ela recebeu um paciente. A gente não sabe, ele disse que ele caiu numa escada, a gente não sabe se foi isso, se levou porrada mesmo. A questão é que ele vai na UPA com a cara inchada e o punho, você não é médica. Se um cara chegasse pra você com punho inchado, o que que você faria? (Resposta: Faria um raio X). Pois é. Não pediram raio X pra ele. Dão pra ele antibiótico. Olha que interessante. Dão pra ele antibiótico. Aí eu virei pra ela e falei brincando. “*Olha que sacanagem eles partiram do pressuposto que a única causa possível do inchaço dele era infecção por falta de higiene.*” Aí ela, quando eu faço esse comentário pra ela, ela vira pra mim e fala, o assistente da UPA explicitamente diz pra ela, quando ela questiona, por que não foi feito um raio X, ele vira pra ela e fala “*mas ele tem uma dificuldade séria de autocuidado, né?*” Então assim, e essa é uma situação recorrente, então por exemplo, isso é uma coisa absurda. (...) É uma questão de preconceito. O preconceito impede o bom senso de operar.”

O Entrevistado 9 falou sobre o preconceito relacionado ao universo da saúde mental, de forma geral:

“(…) tem uma coisa que tem me incomodado muito. Você já deve ter percebido nas redes sociais, tá rolando muita brincadeira com Caps, né? Assim, tipo “*ai nossa, né? A minha amiga do caps*” e manda algum “meme” de alguma coisa bizarra. É, e eu acho isso muito negativo de verdade, eu acho isso muito negativo. Porque isso vai estigmatizando cada vez mais. Por mais que assim os pacientes realmente muito comprometidos não vão se importar porque não estão nem aí, né? Realmente o Caps é o único lugar que ele se sente acolhido e tal, tem aquela mega população assim que realmente fica no limbo de precisar

de ajuda tal, mas quando vai falar “*eu vou no Caps, vou procurar aqui Atendimento Caps*” todo mundo já vai, já vai dar risada, não é?”.

5.4 DESAFIOS RELACIONADOS À IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE DROGAS E SAÚDE MENTAL

O último tema categorizado abordou os desafios existentes na implementação da Política de Saúde mental e drogas. Os 18 códigos citados neste tema foram agrupados em dois subtemas: “Desafios relacionados à transversalidade e a intersetorialidade da política” e “Desafios relacionados a política de Saúde mental e drogas”.

A Tabela 5 apresenta a distribuição das citações dos 15 entrevistados sobre os diferentes desafios, evidenciado tanto a predominância de certos temas quanto a heterogeneidade nas percepções dos profissionais entrevistados. Cada coluna representa um entrevistado e cada linha corresponde a um tema identificado na análise, com a intensidade da cor refletindo a frequência absoluta em relação a cada código (verde para menor incidência, amarelo para média e vermelho para maior).

A referida Tabela está ordenada do código do desafio mais falados até o menos falado. Assim “Rede, Intersetorialidade e Transversalidade”, “Equipamentos Faltantes na RAPS”, “Limitações dos CAPS (Estruturais e outras)” e “Problema Social de Moradia” foram amplamente abordados, com números absolutos elevados de citação, o que indica sua centralidade nos discursos dos entrevistados.

A despeito da existência do tema principal intitulado “Transversalidade/Intersetorialidade”, optou-se por categorizar um código específico para “rede, intersetorialidade e transversalidade” em função da existência de citações pulverizadas relacionadas ao tema, e não catalogáveis individualmente como por exemplo “problema social de moradia”, “problemas nos centros de acolhida”, “desemprego”, que foram classificados considerando a recorrência das citações.

As análises disponíveis nos itens 5.4.1 e 5.4.2 apresentam apenas os resultados mais citados por subtema.

Tabela 5. Codificação dos Desafios

Códigos dos Desafios	Tema	Entrevistado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Totais
Rede, Intersetorialidade e Transversalidade	Transversalidade/Intersetorialidade		6	1	13	9	14	3	6	1	11	5	1	4	3	2	7	86
Equipamentos Faltantes na RAPS	Política AD e SM		5	1	3	9	4	3	5	4	1	1	3	4	0	1	4	48
Limitações dos CAPS (Estruturais e outras)	Política AD e SM		1	1	0	11	2	2	2	2	2	7	0	0	1	0	2	33
Problema Social de Moradia	Transversalidade/Intersetorialidade		5	2	0	2	7	1	2	0	0	2	3	1	0	0	2	27
Problemas nos Centros de Acolhida	Transversalidade/Intersetorialidade		2	3	0	1	3	6	1	0	0	3	0	1	1	0	3	24
Problema do Desemprego	Transversalidade/Intersetorialidade		3	5	0	2	0	0	3	0	0	2	2	1	0	0	1	19
Falta de Matriciamento	Transversalidade/Intersetorialidade		0	0	7	0	0	0	0	4	1	0	2	3	1	0	0	18
Falta de Capacitação adequada de profissionais (saúde)	Política AD e SM		0	0	8	0	0	1	1	1	2	1	2	1	0	1	0	18
Falta de Profissionais para atuação na ponta	Política AD e SM		0	4	1	2	0	0	1	2	1	2	1	2	0	0	1	17
Falta de estratégias de Redução de Danos	Política AD e SM		3	2	0	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	15
Falta de Insumos Básicos (Água, comida...)	Política AD e SM		0	0	0	0	1	2	3	2	0	0	1	4	1	0	1	15
Motivação dos profissionais que trabalham com AD/Mental	Política AD e SM		1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	4	1	1	0	10
Cobertura Insuficiente do Consultório na Rua/CAPS	Política AD e SM		0	1	1	4	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	10
Atuação das FBOs na ausência do Estado	Política AD e SM		1	1	0	0	0	0	3	3	0	1	0	0	0	0	0	9
Falta de Financiamento	Política AD e SM		0	0	2	0	0	0	1	3	0	0	0	1	1	0	0	8
Problema de falta de Esporte, Lazer e Cultura	Transversalidade/Intersetorialidade		4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	7
Problema de Regulação	Transversalidade/Intersetorialidade		0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Importância da Reinserção social	Transversalidade/Intersetorialidade		1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Totais			32	23	36	40	39	22	28	23	19	25	16	28	11	6	21	369

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas transcritas pelo software “Atlas TI”

Nota: Verde para menor incidência, amarelo para média e vermelho para maior.

5.4.1 Desafios relacionados à transversalidade e intersectorialidade da política

Este subtema comportou códigos que abrangem os mais variados desafios nas áreas da assistência social, saúde, segurança, habitação, trabalho, esporte, lazer, cultura, estando todos relacionados à implementação da política pública discutida.

No registro destes resultados utilizou-se a noção de intersectorialidade, adotada a partir do entendimento de que a saúde considera as pessoas em sua totalidade para demonstrar que ações resolutivas necessitam de parcerias entre diversos setores, articuladas e intersectoriais, diretamente relacionadas ao conceito de “rede” entre parceiros e serviços para garantir a integralidade das ações. Já a noção de transversalidade, adotada na transcrição dos dados, observou que a política relacionada ao álcool e drogas envolve uma rede transversal, com atores, entes, serviços, movimentos, políticas territoriais entrelaçadas e em total articulação, buscando promover múltiplas respostas para enfrentamento das questões relacionadas à saúde (Leal & De Antoni, 2013).

O código mais citado “Rede, Intersectorialidade e Transversalidade” envolvia discussões sobre a importância da articulação entre as diversas políticas públicas para suportar as necessidades dos indivíduos, como exemplificado pelo Entrevistado 1:

“Às vezes ela não consegue nem beber água, você vai falar de alimentação saudável? Que que é prioridade pra ela? Está em um total estado de sobrevivência assim, de luta por sobrevivência (...) então, é muito difícil você atingir o indivíduo na complexidade dele ali. Ele vai precisar de um monte de coisas funcionando. Geralmente as coisas não estão funcionando juntas, nem o território é o mesmo, né? Do serviço social e da saúde.”

Analisando a importância do trabalho intersectorial, o Entrevistado 3 disse:

“Falta trabalho intersectorial. Educação, assistência social, saúde, a segurança, a comunidade, a associação de bairro. Isso aqui precisa de tempo. Juntar, discutir, precisa de tempo. E pessoas. Se tu tá no consultório o dia inteiro, fazendo a roda girar, você não vai ter tempo de se sentar com outras pessoas e decidir coletivamente e com todos os elementos necessários para decidir e falar sobre aquele caso. Você não vai ter isso. (...) Então fazendo intersecção entre segurança pública, saúde, educação, cultura, tá? Habitação, sabe? Economia. Os atores que têm que botar a mão nisso são todos, assim, por quê? Vamos lá. Ampliação de atores envolvidos na discussão.”

Ou como Entrevistado 13 mencionou:

“O cara não tem o mínimo. Entendeu? Necessidade básica gente, lugar para tomar banho. Lugar pra tomar banho.”

O Entrevistado 10 exemplificou como seu Caps é utilizado como rede de proteção social e não como ponto focal para tratamento das drogas e do álcool:

“Então, no nosso Caps AD ele acaba sendo um problema porque como alimentação, não é um espaço de bom prato, não é uma boca de rango. A gente não vai fornecer alimentação pra todos que aparecem lá. Como existe um vazio da assistência social (...), muitas pessoas vão procurar o Caps, não na expectativa dum tratamento pra álcool drogas, mas pra acesso a uma rede mínima de proteção social.”

O Entrevistado 8 trouxe outros desafios relacionados à segurança pública e à atuação das guardas civis metropolitanas:

“Agora tem uma coisa que eu estou muito irritada, que é a guarda municipal que está saindo com um cassetete desse tamanho e eu os presenciei batendo numa pessoa. Fiz um “auê”, uma pessoa que é o nosso morador, foi de situação de rua eu já conheço faz tempo. Fiquei muito magoada com isso e, segundo o relato deles, eles pegam as coisas deles e jogam fora os cobertores, né? Então o poder público na verdade tá batendo neles, tá?”

No mesmo sentido, o Entrevistado 15 disse “*Só que a polícia atualmente e a Guarda Municipal tem batido muito ali...*” Outro exemplo de falha de execução da política pública e os problemas na intersetorialidade com políticas de segurança está registrada na fala do Entrevistado 9:

“Uma coisa que costuma acontecer quando o governo não faz nada o tribunal do crime resolve, não é? Vários casos assim quando o paciente doente mesmo mental, né, acaba atravessando a linha dessa coisa da agressividade, o próprio tribunal do crime resolve, né? Então a gente “não precisa fazer nada”, vamos colocar desse jeito. Está correto, não está correto, mas é o que acontece.”

O outro código citado dentro dos desafios intersetoriais e transversais foi o “Problema Social de Moradia” combinado com “Problemas nos Centros de Acolhida”. As menções discutem o acesso a moradia como ponto central na discussão dos desafios relacionados a política de álcool e drogas, como exemplificado na frase do Entrevistado 4:

“se a pessoa não tem moradia, não tem emprego é muito mais fácil acessar a substância.”

No mesmo sentido, o depoimento do Entrevistado 5:

“Se a gente for conversar com a maioria deles, o que pega para eles é a questão da moradia. Então, assim, às vezes, mesmo sabendo que tem muitos serviços de acolhimento (...) ainda assim, é difícil para algumas pessoas permanecerem nesse ambiente, porque tem várias questões.”

O Entrevistado 6 destacou também que:

“Não é só você ofertar um tratamento para a pessoa e a pessoa não tem depois nem para onde ir dormir ou não tem o que comer, não é?”.

Na mesma linha, o Entrevistado 11 discutiu a centralidade da moradia para os usuários de SPA:

“Moradia é uma política pública que pode ajudar muito a pessoa que tem problema com drogas, né? (...) Saúde não é só ofertar tratamento, não é só ofertar equipamentos de saúde, né? Você melhorar as condições de vida das pessoas para que elas possam ser saudáveis, para que adoçam menos, né? Então, nesse sentido, né? Isso que eu tava falando, às vezes, uma política de habitação, ela tem um impacto na saúde, né?”.

Também falando sobre moradia e iniciativas como o “*Housing First*”, o Entrevistado 12 comentou que:

“Talvez a gente tivesse que ter isso, a gente tivesse que ter um programa de moradia, né? Afinal de contas, as famílias, né? São o nosso núcleo duro aí de reprodução de regrinhas de cuidados e etc. E elas são, às vezes, extremamente problemáticas, violentas, então a gente precisa sim ter outros espaços. Eu acho que essa é a função do Estado, então os países que olham pra isso, com esse olhar, eles não vão só investir em comunidade terapêutica para tratar. Na verdade, eles vão até investir menos nisso, eles vão investir em *Housing first*, entendeu? Eles vão investir em moradia, eles vão investir em trabalho, em educação. Você não vai ficar investindo só em abrir um monte de lugar para as pessoas ficarem lá 6 ou 9 meses e depois sair para rua e aí? Você vai investir em manter essas pessoas e também em espaços protegidos quando necessário.”

Dentro das falas sobre moradia, o subcódigo relacionado aos “Problemas nos Centros de Acolhida” também foi citado. Foram abordados problemas relacionados a questões estruturais, de higiene, acesso, segurança, entre outros. O Entrevistado 1 exemplificou motivos das pessoas não quererem ir para Centros de Acolhida:

“Não querem ir porque eu falo, “*pô eu sou roubada lá dentro*”. Tem questões de segurança. Agora tem centro de acolhida que aceita cachorro, antes não tinha. As vezes tinha restrição da quantidade de coisas que a pessoa podia levar, tem gente que quer levar lá, tem um carrinho com um milhão de coisas quer levar tudo, não tem espaço físico, entendeu? Tem um monte de coisa, um monte de coisa e muitas pessoas reclamam de questão de segurança. E aí não é só a segurança, tem conservação (...) que o colchão é ruim, que enfim, tem um monte de reclamação.”

Sobre os problemas estruturais nos centros de acolhida e nos Caps, o Entrevistado 12 disse que:

“Várias epidemias de sarna, de percevejo, né? Muita coisa assim. Comida. E aí não é só pro centro de acolhida não. Às vezes, inclusive a comida que vem para o Caps, né? Vem com bicho, feijão duro, pedra

no meio das coisas, né? Essas coisas, ou vir pra um serviço que a maior parte da população quase não tem dentição assim, uma carne dura que a pessoa não consegue nem cortar e mastigar.”

No mesmo sentido, o Entrevistado 5 reforçou problemas existentes em serviços prestados em centros de acolhida:

“Pela qualidade do serviço, não são todos os serviços que são de fato bons para galera conviver, para galera dormir, inclusive, tem infestação de percevejo, alimentação que não é lá essas coisas. E não é porque a pessoa está em alta vulnerabilidade que ela precisa aceitar qualquer coisa. Acho que é importante entender isso, não é? Não é porque eu estou em situação de rua que está bom, ok, vou ficar nesse serviço de acolhimento com bicho me picando aqui, comendo, sei lá, uma sobra de comida que poxa, acho que não é bem por aí, né?”.

Ou ainda questões relacionadas a rigidez das regras dos Centros de Acolhida, como explicado pelo Entrevistado 6:

“Igual no centro de acolhida, eles disponibilizam a vaga para as pessoas, mas aí entra naquela coisa das regras que eu te falei, é muito difícil para eles aderirem as regras. E aí entra naquela coisa de que eu acho que assim pra todo mundo tem que ser abstinência total. Não existe redução de danos, né? Povo pensa que não existe redução de danos e é isso. E eles colocam inclusive aquelas regras mirabolantes de que *“há se você está cheirando a álcool, você já não vai entrar no serviço.”* O centro de acolhida tem regras. E aí, se a pessoa entrar com álcool, não pode. Se a pessoa está intoxicada, ela não vai conseguir uma vaga. E assim, essa pessoa deveria conseguir a vaga independente se ela está intoxicada ou não, porque é um direito dela, né?”.

E ainda o mesmo Entrevistado 6 completa em relação a falta de infraestrutura:

“Muitos usuários do serviço falam para gente, *“olha, eu prefiro ficar na rua a ficar dentro do centro de acolhida. Eu fui pro centro de acolhida, eu tô todo picado de bicho”*, aí você fala, *“nossa, que bicho?”*, né? Aí eles falam *“percevejo, né?”* É estrutura, é péssima a estrutura do centro de acolhida.”

Ou problemas relacionados a falta de segurança dentro desses equipamentos, como dito pelo Entrevistado 10:

“Eu não vou dormir num lugar que a galera fuma crack a noite inteira e fica zoando”. *“Eu não vou dormir num lugar que eu pego sarna”*. Eles tem direito a um armário no abrigo. *“Os funcionários já arrombaram o meu locker e roubaram meu celular e meu dinheiro”*. *“Doutor, eu fui espancado à noite porque outros moradores roubaram meu celular.”*

5.4.2 Desafios relacionados à política de saúde mental e drogas

Em relação aos desafios mais diretamente relacionados à política de saúde mental e drogas, os códigos mais citados foram relacionados aos equipamentos faltantes e à existência de limitações nos Caps.

O Entrevistado 1 comentou sobre a ausência de equipamentos de moradia que reproduzam a vida em sociedade, como na passagem abaixo:

“Então, assim, sei lá, beleza, cê vai sair, cê vai ter sua casa, você vai ter uma função na medida das tuas possibilidades, você vai ter tratamento, um tratamento no Caps, que você vai e volta pra sua casa, você vai ter ajuda lá na sua casa enquanto você tiver precisando, entendeu? Mas assim, uma coisa que reproduza mais uma vida em sociedade que não seja a que ele tá vivendo. Uma alternativa aquela realidade. Mas uma alternativa que seria mais definitiva.”

O Entrevistado 3 mencionou objetivamente a falta de Caps III 24 horas no município que atua:

“O que falta, na verdade é Caps III, né? Caps 24 horas. Num município (...) a quantidade de pessoas que os Caps atendem era para quase todos os Caps já serem III, né? E aí você não precisa tanto emprestado do vizinho você mesmo lidaria só com os seus assim? Então não é que falta vaga. Acho que as vagas tá, tá bonitinho. O que falta é Caps III, né? Alguns casos que são II virar Caps III e algumas regiões que não têm Caps nenhum, ter um Caps II pelo menos.”

A falta de Caps III também foi abordada pelo Entrevistado 7, bem como a falta de vagas para leitos psiquiátricos em hospitais:

“As vagas no hospital, vagas para leitos psiquiátricos, né? O Caps III, que é o Caps, que funciona 24 horas que também poderia ajudar muito, né? E a unidade de acolhimento, então, assim, faz anos que a gente discute isso e a gente pede nas reuniões, mas chega em cima, aí não tem vontade política e não acontece.”

A escassez de vagas em Caps III também foi mencionada pelo Entrevistado 10 no trecho:

“O nosso tempo de espera médio, quando a gente solicita uma vaga pra um paciente para Caps III, entre a nossa solicitação e a saída da vaga é um prazo de sessenta a noventa dias. Muitas vezes até a gente vê, o cara espera tanto tempo pela vaga no Caps III que quando a vaga sai ele já se organizou espontaneamente e perde sentido a internação.”

O Entrevistado 4 abordou a falta de UAAs (Unidades de acolhimento adulto) no depoimento:

“E aí, por exemplo, tem um outro serviço que a gente não tem no território e que a gente tem pouco desse serviço. E ele, a gente acha que ele é extremamente importante, que são as unidades de acolhimento. É a UAA, unidade de acolhimento. A pessoa fica 6, cerca de 6 meses numa casa com geralmente 6 ou 8 pessoas e lá é feito um projeto para ela, para criar uma autonomia maior? Se os Caps AD pudessem, todos

os Caps AD, ter as suas unidades de acolhimento, seria extremamente importante, né?”.

A mesma ausência de UAAs também foi mencionada pelo Entrevistado 5 que também citou a falta de espaços de convivência:

“(...) você não tem uma UAA, você não tem um serviço dia, um serviço de convivência pra galera passar o dia, né? Poder lavar sua roupa, fazer um curso e depois ir pro serviço de acolhimento”.

E também pelo Entrevistado 6:

“Se a gente tivesse uma UAA, a gente não tem UAA nesse território também. Seria mais um recurso aí pra gente contar, né? Então vai sendo essas coisas, assim que no dia a dia mesmo e a gente acaba, não, não tem estrutura. Esse território também é um território que a gente não tem espaço de convivência, não é?”.

E mais uma vez pelo Entrevistado 8, assim como a falta de Caps III e equipamentos socioassistenciais:

“O que a gente quer? Uma unidade de acolhimento. A gente quer um Caps III, que já está previsto na RAPS, e a gente quer um bom prato e a gente quer também já da parte da promoção social, da assistência social, a gente quer um lugar onde eles possam tomar banho, eles possam lavar a roupa deles, guardar os seus pertences.”

E por fim pelo Entrevistado 9:

“É, às vezes pensando em usar os recursos que estão indo para a comunidade terapêutica, investir em fazer mais UAA, por exemplo, poderia fazer sentido, né.”

No segundo grupo categorizado como “limitações dos Caps”, foram citados aspectos relacionados a problemas de infraestrutura das unidades, como na frase do Entrevistado 4:

“Então, a casa daquele Caps, uma casa horrível, extremamente pequena, não dá pra você fazer. A ambiência na recepção, é um lugar desconfortável ao extremo.”

No mesmo sentido, o entrevistado 5 comentou que:

“O lugar não comporta, inclusive a população que a gente atende hoje, porque é uma casa, não é? Então não é um lugar específico para poder atender a galera tipo, não tem sala o suficiente, sabe? É, tem problema tipo, a gente precisa de cadeira, só que isso cadeira tudo quebrada lá e a gente manda, encaminha para OS e aí demora(...) Uma infiltração, poxa, vai demorar quanto tempo? Caiu uma árvore uma vez no Jardim, a gente ficou 6 meses com essa árvore pra cortar a árvore e podar todo Jardim.”

O Entrevistado 6 também comentou sobre a inadequação do Caps que ele atua:

“É assim, falando de estrutura, a gente está numa casa que é bem pequena, né? Então, acaba não tendo espaço direito para o usuário. A

gente não tem espaço pra gente fazer umas oficinas, né, legais, mais interessantes, então tudo quanto é tipo de oficina que a gente vai fazer, se não é uma coisa ali de pouquinhos pessoas têm que ir para uma praça próxima para fazer, mas de estrutura não tem, tá? Até pela quantidade de leitos também, que geralmente é 9 a 10, né? E geralmente a gente fica com 7 ou 8, porque a gente não tem espaço. Então se tivesse os 10, né? A gente teria mais recursos aí um pouquinho.”

Ainda como apontou o Entrevistado 10, sob os aspectos da falta de acessibilidade e a má distribuição das salas no equipamento que trabalha:

“E a e aí há outras questões do nosso Caps, né? De falta de espaço, né? O espaço lá é ruim em diversos aspectos. Então, primeiro lugar, a prevalência de problemas de mobilidade em população de rua é inacreditável. O que tem de morador de rua que por estar alcoolizado, que por maldade é atropelado e tem fraturas graves que comprometem permanentemente a mobilidade. O que a gente tem de cadeirante, o que a gente tem de paciente paraplégico por diversas questões é enorme, é muito prevalente. É uma casa de três andares. Então, uma casa de três andares. Sem elevador, né? Então, por exemplo, né? Várias questões, se nós tivéssemos o Caps de um andar só, uma recepção com espaço pra acolhimento especialmente grande, várias questões de manejo de crise que não precisariam subir até a convivência até a área de alimentação que levam, sequestram a comunidade inteira do Caps. Os outros pacientes alvoroçados, se metem na briga, então o nosso térreo que inclui a recepção, a estocagem dos prontuários e a sala de acolhimento é minúsculo. Então necessariamente qualquer questão minimamente mais complexa vai subindo, num espaço que também é do acolhimento e dos consultórios. Se o térreo ou se o espaço fosse térreo, totalmente térreo. E fosse amplo na entrada, na recepção. Coisas que a gente poderia, por espaço físico resolver lá, tem que subir e se elas ficassem só naquele espaço não sequestraria a equipe toda.”

Ainda dentro do subgrupo “Limitações dos Caps”, foram classificados códigos sobre a insuficiência de cobertura e a falta de profissionais. Foram registradas falas como por exemplo a do Entrevistado 6:

“A gente gostaria que tivesse talvez uma disponibilidade de um médico ir com a gente para o território, que é muito difícil por conta da demanda aqui dentro do serviço também, né? Enfermeiros também seria muito legal se pudessem compor no território.”

O Entrevistado 12, que está em um município que há adequação teórica da quantidade de Caps, mencionou que na perspectiva dele essa adequação não é suficiente para a demanda existente:

“Da parte da saúde, por mais que a gente sinta na pele todos os dias que a gente está sobrecarregado sim, que tem poucos leitos. Teoricamente se eu for olhar a portaria do Ministério, está certo, não é? E quando eu olho a portaria do Ministério está Ok, não é? Então tem uma conta que não está fechando, não é? A gente não está batendo a prática e o que a gente tem visto da realidade do uso de substância com a quantidade de equipamento que a gente tem, por exemplo, né?”

Em relação a carência de profissionais, o Entrevistado 3 disse que:

“Faltam profissionais em número com certeza. A gente sempre tá trabalhando com falta de trabalhador. O dimensionamento, as parametrizações que você pensa como boas práticas em outros países ou mesmo em nível federal “*olha o ideal é isso e isso*”. Mas não tem dinheiro, não tem vontade política. Então falta número de profissionais para atender minimamente os territórios.”

Ou sobre o mesmo tema, o Entrevistado 9, ao analisar a dinâmica em um Hospital Geral citou a falta de equipe de enfermagem:

“É, acho que pelo menos a queixa maior que eu tenho é falta de equipe de enfermagem, tá? Você pode até ficar surpresa assim, mas a questão da psicofobia é muito forte, tá? Isso porque o hospital (...) é um dos mais tranquilos assim, em termos de psicofobia que eu já trabalhei, né? (...) Assim eu sinto que a gente é um pouquinho melhor assistido pelo resto do hospital, porém, a enfermagem especificamente eu sinto um déficit.”

Ou como na fala do Entrevistado 14 que mencionou a falta de psiquiatras na rede:

“São poucas as UBS com psiquiatra de fato, muitas coisas chegam para o clínico geral. E aí nem toda UBS tem um Caps de referência e nem todo o Caps tem psiquiatra. Por mais incrível que pareça. Tem Caps que não tem psiquiatra.”

Outros aspectos classificados como “limitações dos Caps” relacionam-se aos desafios do processo de trabalho existentes, como exemplificado na frase do Entrevistado 4:

“O Caps ele tem que tomar muito cuidado no que ele vai fazendo no seu processo de trabalho, para não virar extensão do uso. Se não, a gente entra na lógica da realidade do usuário, dos lugares que ele faz uso e não entra no lugar de ser diferente, de ofertar outra coisa. Tudo bem, está tudo bem na nossa visão de trabalhador de Caps AD, faz parte da realidade que ele leve droga pro lugar, ele queira trocar, porque essa é a realidade dele. O que não faz parte é quando a gente, de alguma forma perde o controle.”

De acordo com o Entrevistado 6, há uma mudança do processo de trabalho dos Caps em função da ausência de outros equipamentos:

“E aí (...) entram as crises do Caps ser um serviço de saúde de não ser um centro de convivência e das pessoas confundirem. Acho que se a gente tivesse mais recursos nesse território, eu acho que seria muito bom assim.”

No mesmo sentido da desconfiguração do equipamento, o Entrevistado 10 disse que:

“O Caps AD funcionar como “Sala Multiuso” sem ser um equipamento disso. Então fica uma deformação de equipamento. Exatamente porque assim, faria todo sentido se a gente fosse mais maduro como sociedade que a gente entendesse que pra alguns pacientes não faz sentido estar

num projeto de mudança de atitude de relação ao uso, mas minimização do dano em geral.”

O Entrevistado 13 discorreu no mesmo sentido dos participantes anteriores sobre a alteração da atribuição inicial do Caps ao assumir um papel de centro de convivência e de rede de proteção social:

“Hoje o Caps faz um papel de centro de convivência, entendeu? Então, quer dizer, ele oferta banho, oferta alimentação como estratégia de redução de danos, mas isso é necessidade básica, não é? Ou não é? A gente não consegue avançar em outros aspectos se a gente tiver que ficar fazendo o básico no dia a dia, porque é isso, o básico para essas pessoas é muito, né? Mas para nós e para a capacidade, não é. E para a intencionalidade para que o serviço foi criado. A gente está assim, ó, sem conseguir. Está amarrado, sabe por quê? Porque falta.”

Outro aspecto citado foi a existência de diferentes processos de trabalho e modelos de cuidado entre os diversos Caps. De acordo com o Entrevistado 10:

“Eu já ouvi alguns caras: *“tal Caps trabalha com orientação”*. Então, ou redução de danos, a dicotomia, redução de danos ou abstinência total. A gente não tem orientação nem da Organização Social nem da nossa gerência explícita quanto a isso.”

Ou ainda em Caps que adotam modelos de cuidados mais rígidos em relação a outros e que também desconfiguram a proposta de atuação desses equipamentos, como alegou o Entrevistado 15:

“De alguma forma, o que eu questiono é que muitas vezes os Caps funcionam numa lógica manicomial e aí eu acho isso muito louco, que assim não se reconhece como também parte da lógica manicomial. Então vai lá pro Caps, corta o cabelo da pessoa, pega um cara, tinha um paciente nosso, tinha um cabelo black lindo tal, chegou no Caps, raspa o cabelo, raspa a barba, aí a fumou no quarto, não podia fumar. Da alta administrativa. Daí, volta aqui, vai para acolhimento, você tem que voltar tal dia e tal hora. Se a pessoa não volta tal dia e tal hora já não consegue seguir. Tudo isso modelo ambulatorial, manicomial de saúde mental, mas não, manicômio são os outros, né? Manicômio é a comunidade terapêutica, então eu acho que tem essa, essa problemática. E aí quando a gente chega com problemas concretos que vem da rua, que às vezes olha, não tem recursos na rede para lidar com isso tal, vamos caminhar para de (inaudível) CT, cara quer ir para internação tal? “A nossa. Meu Deus, CT, manicômio, pá, pá, pá, pá, pá, pá, é, é,” eu entendo, mas também o que a gente pode fazer por essa pessoa? Ah não nada, né? Tem que ficar em redução de danos na rua e no modelo ambulatorial. Então, assim, na falta às vezes, às vezes você vai ter que recorrer a esse serviço, então, às vezes falta olhando para o outro lado, né? É falta um pouco uma análise crítica aqui.”

6. DISCUSSÃO

As entrevistas conduzidas reforçaram a complexidade do tema e apontaram para gargalos existentes no processo de implementação da Política de Álcool e Drogas. A proposição principal trabalhada de que os burocratas de nível de rua optam racionalmente por não encaminhar seus pacientes para Comunidades Terapêuticas pôde ser verificada sobre três principais aspectos: a descrença no equipamento, as inadequações na implementação do modelo proposto pelas CTs e a discordância sobre o desenho da política pública que inclui a CT como estratégia de cuidado. É importante indicar que alguns entrevistados alegaram que, considerando aspectos singulares dos indivíduos, o modelo rígido apresentado pelas CTs pode beneficiar uma minoria deles. Ademais, uma série de outros desafios relacionados à intersectorialidade e transversalidade das políticas públicas do campo do AD foram citados como relevantes no processo de tomada de decisão. Por fim, emergiram adversidades a serem superadas dentro da RAPS e nas políticas atuais de saúde mental e drogas.

Embora as entrevistas tenham apontado para um padrão de respostas e impressões sobre as Comunidades Terapêuticas, pondera-se mais uma vez que não é adequada a generalização do trabalho desenvolvido em todas, dada a sua multiplicidade e heterogeneidade. Os aspectos a serem apresentados discorrem sobre características gerais, algumas das quais parecem ser compartilhadas entre elas. A discussão será feita com base na literatura, documentos públicos e o Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras traçado em 2017 pelo IPEA, que também subsidiou uma série de estudos que utilizaram os dados colhidos na pesquisa e são debatidos ao longo do trabalho.

Dito isto, as falas dos entrevistados convergem para uma desconfiança no trabalho executado nessas instituições. Spink et al., (2021) abordam a confiança como um tema latente na implementação das políticas públicas na ponta por 5 motivos essenciais: (1) para existir responsabilização ou “*accountability*” é necessário que haja confiança entre as partes, burocratas, sociedade e Estado; (2) para o exercício da discricionariedade na ponta o Estado precisa confiar que seus trabalhadores sejam honestos e justos; (3) os trabalhadores de nível de rua têm que confiar que o estado fornecerá políticas, programas e normas que eles possam traduzir em ação; (4) os cidadãos têm que confiar que os trabalhadores de nível de rua estão tomando e fornecendo decisões legítimas e (5) os cidadãos têm que confiar no estado como uma fonte legítima de autoridade. As entrevistas demonstram que os trabalhadores de nível de rua não confiam no equipamento como solução disponibilizada pelo Estado, quando existente

na grade de regulação do seu município/Estado, assim como alegaram que essa desconfiança também é seguida pelos usuários, sendo este um aspecto que influencia diretamente sua decisão.

Um dos elementos de desconfiança, trazido nas entrevistas e abordado em relatórios e estudos apresentados ao longo dos anos, tem relação com uma série de violações de direitos humanos, como práticas de isolamento, ausência de atendimento profissional qualificado, condições inadequadas de acolhimento entre outras, incluindo instituições que recebiam no momento da visita, repasses públicos (Conselho Federal de Psicologia, 2011; Conselho Regional de Psicologia SP, 2016; Ministério Público Federal et al., 2018; Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal, 2018; Ferreira, 2017; Tomasini-Joshi, 2016).

Mendes Lages Ribeiro & De Souza Minayo (2020) apresentaram extensa revisão bibliográfica de estudos acadêmicos que encontraram evidências de maus tratos, medicalização sem prescrição médica, desconhecimento de comorbidades com doenças psiquiátricas, isolamento, castigos físicos, desrespeito à liberdade de crença, de orientação sexual e de identidade de gênero, proibição de visitas, entre outros. As constatações corroboram a argumentação de Lancetti (2015) de que as Comunidades Terapêuticas são instituições de base moral, que retornam a velhas concepções psiquiátricas, as quais entendiam a doença mental como desvio da razão, necessitando aplicar tratamentos corretivos, como banhos de água fervente e água gelada, laborterapia, choques, etc. Algumas ainda praticavam corretivos como carregar pedras e outros procedimentos repetitivos como castigos e penitências.

No que diz respeito à transparência dessas entidades e a sua relação com o poder público, Amarante e Nunes (2018) mencionam a dificuldade de acesso aos dados sobre financiamento público e a falta de clareza quanto ao serviço contratado, a composição dos custos, e a escassez de estudos de impacto e efetividade.

Do ponto de vista do controle externo existente no Estado de São Paulo, Relatórios de Auditoria Operacional elaborados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo nos anos de 2017 e 2022 demonstraram problemas relacionados à fiscalização das CTs por parte da Secretaria de Desenvolvimento Social no Estado de São Paulo.

O Relatório de 2017 apresentou um histórico de entidades que haviam sido descredenciadas nos últimos 5 anos em função de violações aos direitos humanos ou pelo fato de não se adequarem as premissas do Programa existente a época. O relatório de 2022 abordou inadequações na infraestrutura nas CTs como a falta de veículos próprios para transporte de acolhidos em intercorrências de saúde, pintura degradada, mofo, pisos e forros de teto em mal

estado de conservação e camas quebradas. (Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, 2022; Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, 2017).

Importante frisar, entretanto, que a fiscalização desses equipamentos é compartilhada pelo Ministério Público, pelas autoridades sanitárias, pelos conselhos profissionais, conselhos participativos de políticas públicas, entre outros. Como aponta Santos (2018), é indispensável que os serviços prestados à população – sejam eles providos diretamente pelo poder público ou por organizações da sociedade civil, como as CTs – submetam-se à fiscalização regular e frequente pelos diversos órgãos do Estado competentes para tanto.

Outro ponto abordado nas entrevistas e que contribui com o descrédito dos equipamentos está ligado à baixa profissionalização das organizações que administram as CTs. Um dos pontos que iniciou essa discussão tem relação com a introdução do marco regulatório das CTs (Resolução nº 1 do CONAD), em 2015 que trouxe as normas impostas pelo Estado às CTs. À época da proposta do marco regulatório diversas organizações da sociedade civil e conselhos profissionais de psicologia e de serviço social identificaram problemas na resolução por não exigir a presença de profissionais de saúde capacitados e credenciados para a gestão das CTs; não atribuir a nenhum órgão público a competência para fiscalizar o cumprimento da própria resolução; não detalhar as formas de articulação entre as CTs e o sistema de saúde (Santos, 2018).

Ainda em relação ao processo de profissionalização, outro relatório demonstrou haver precária adequação a regulamentação existente embora tenha constatado a existência de CTs que estariam em busca desse processo (Conectas Direitos Humanos & CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2017). Mais recentemente, Lotta et al. (2023) discutiram a existência de conflitos entre as CTs e a Coed (SEDS/SP) na tentativa de profissionalização dos equipamentos no Estado de São Paulo. De acordo com os autores:

“(...) as CTs especialmente as ligadas diretamente às instituições/denominações religiosas, resistem às iniciativas de profissionalização da COED, pois existe uma crença generalizada de que “a ciência reduzirá o espaço para a crença” (Gestor do COED, Entrevista 62). Além disso, existe uma preocupação entre estas FBOs de que a sua relação com a organização estatal destrua as suas identidades.”

Outro ponto identificado durante as entrevistas reflete a marca que a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial têm sobre o trabalhador da área da Saúde Mental Brasileira e a busca pela superação do modelo manicomial historicamente construído (Foucault, 1978). O processo da reforma brasileira, que culminou na instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), trouxe equipamentos psicossociais articulados a outros serviços do sistema de saúde,

que priorizam o atendimento comunitário e de base territorial. Isso parece apontar para um estranhamento da estratégia proposta pelas Comunidades Terapêuticas que se contrapõe ao modelo defendido durante o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Essa contradição aparente marca fortemente o trabalhador e colabora para a construção do descrédito nas Comunidades Terapêuticas uma vez que enxergam o equipamento como um retorno da lógica manicomial rechaçada pela reforma psiquiátrica.

Em relação à inadequação no processo de implementação das Comunidades Terapêuticas como estratégia de cuidado dentro da política pública de álcool e drogas, as entrevistas evidenciaram discordâncias sobre o modelo de tratamento proposto. A pesquisa do IPEA retratou que as CTs utilizam a espiritualidade e a laborterapia como principais métodos terapêuticos, seguidos de psicoterapias em grupo e individual; e o método dos Doze Passos. Além disso, a maioria das CTs brasileiras se vincula com igrejas e organizações religiosas (82%) (IPEA, 2017). Sobre isso, foi marcado nas entrevistas a noção de religiosidade forçada e a utilização da religião como o tratamento preponderante. Embora a espiritualidade esteja presente no marco regulatório das CTs, essa separação entre religião e Estado não tem sido plenamente respeitada em alguns contextos, como no tratamento de pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas nas Comunidades Terapêuticas. (Pires, 2018 *apud* Lotta et al., 2023).

Outro ponto analisado no âmbito da pesquisa IPEA e que teve relação direta com as falas das entrevistas foi a constatação do impacto negativo do isolamento das instituições: 74% das CTs brasileiras encontram-se na área rural e se valem do isolamento geográfico como desestímulo tanto a visitação dos acolhidos quanto a saída. Natalino (2018), ao analisar a dimensão “isolamento social”, verificou restrições às visitas, à informação e à comunicação com o mundo exterior, além da retenção de documentos e regras de isolamento inicial. Outro dado relacionado a esse afastamento se reflete na falta de articulação com outras instituições, como os Caps, inclusive os ADs, os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Sobre o regime disciplinar citado nas entrevistas, a literatura relata práticas compulsórias que incluem, por exemplo, o corte de cabelo e o uso de roupas padronizadas (aspectos da identidade pessoal aparentemente não relacionadas ao objetivo terapêutico) e sanções, que passam pela advertência, pela suspensão de atividades recreativas e, em alguns casos, até mesmo a intensificação das atividades laborais e do isolamento, embora a incidência dessas obrigações varie entre as instituições e que graves violações de direitos (trabalho forçado e isolamento total) pareçam ser raras –, mas não menos relevantes para se pensar formas de

evitá-las (Natalino, 2018). Ainda que possivelmente raro o trabalho forçado – embora bastante citado nas entrevistas -, o relatório do IPEA apontou que a laborterapia aparece pouco articulada a projetos e ações de qualificação dos internos para o mercado de trabalho.

O alto grau de reincidência ou o fenômeno da “porta giratória” (frequentes reinternações em um curto espaço de tempo) foi também mencionado nas entrevistas. Essa tendência de retorno dos usuários quando egressos das CTs sugere limitações na eficácia terapêutica e sugere a existência de falhas nas articulações entre as CTs e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Natalino (2018) explica que uma pessoa retirada de seu contexto pode se manter abstinente, mas retornando seu contexto social de origem e recolocada a disponibilidade do objeto da adicção e sem suporte medicamentoso, a pessoa reincide. O mesmo estudo demonstrou uma relação positiva entre a taxa de reincidência e o recolhimento de documentos pessoais, a proibição de uso de telefone fixo, o estabelecimento de punições por descumprimento de regras envolvendo a suspensão de contatos telefônicos, a proibição geral de visitas e a suspensão de atividades de lazer - o que sugere que quanto mais restritivas e punitivas forem as práticas adotadas, maior pode ser a reincidência dos indivíduos (Natalino, 2018).

Santos (2018) aponta que especificamente quanto às CTs, os estudos não têm demonstrado que a efetividade de seu modelo de cuidado seja maior que a dos demais. Acrescenta que a literatura científica internacional não é conclusiva no que diz respeito à superioridade de qualquer modelo de cuidado a usuários de drogas sobre outros, entretanto que “(...) dando o devido crédito às evidências científicas que demonstram não haver tratamento que seja universalmente eficaz e infalível –, a pluralidade na oferta de modelos de cuidado é essencial.” (pg. 31, Santos 2018). Ainda assim, considerando a controvérsia sobre o modelo de cuidado universal, estudo publicado na revista *The Lancet* destacou a redução de danos como pilar central das políticas de drogas para minimizar os danos à saúde associados ao uso de drogas, focando na prevenção de mortes e melhora da saúde pública (Csete et al., 2016).

A divergência de opiniões sobre o modelo de cuidado mais adequado parece estar diretamente relacionada ao entendimento sobre a singularidade dos indivíduos, aspecto amplamente discutido nas entrevistas. Nesse sentido, os resultados trouxeram falas de profissionais que alegaram observar a existência de sujeitos que se beneficiaram no processo da abstinência, “*nos espaços rígidos, protegidos e rigorosos com religiosidade*” (*fala Entrevistado 12*), e que muitos usuários pedem de fato para serem encaminhados para as CTs. Entretanto, como explicam Worcman e Morganti (2019), não se pode afastar o fato de que as CTs possuem uma entrada especial no campo social, pois são grupos com mais acesso e mais impacto no senso comum e, portanto, costumam atravessar e influenciar o imaginário também

dos pacientes. Dessa forma, o trabalho de atenção e cuidado deve se realizar a partir do reconhecimento da singularidade de cada caso, do respeito às diferenças e das escolhas individuais e da construção de estratégias conjuntas de diminuição dos danos provocados pelo uso de drogas (Ferreira, 2018; Santos, 2018; Ferreira, 2017).

No aspecto da discricionariedade dos BNR as entrevistas trouxeram exemplos de improvisos, pressões institucionais para atingimento de metas e pressões de gestores sobre o processo decisório do encaminhamento dos usuários, bem como divergências de atuação e compreensão da política pública entre os trabalhadores.

Alguns dos improvisos descritos nas entrevistas parecem demonstrar facetas importantes da discricionariedade desses agentes, exemplificando estratégias de cuidado e construção de vínculos, além de articulação intersetorial e a formação de redes informais de apoio.

Nos diversos casos trazidos nas entrevistas, a eliminação ou redução da discricionariedade prejudicaria diretamente a população atendida e necessitada de acolhimento e ação.

A despeito da realização de encaminhamentos para CTs se constituir em ato discricionário sujeito a avaliação da equipe multidisciplinar, alguns entrevistados responderam que já se sentiram pressionados para fazê-lo ao longo de suas trajetórias profissionais. É possível verificar isso na fala do Entrevistado 1 quando afirmou que sentia pressão “(...) *pra que tirasse da rua. Independente pode ir pra qualquer lugar. Mudar de planeta, não tem problema. Desde que saísse da rua.*” Ou no trecho dito pelo Entrevistado 14 “*É, temos que preencher vagas, temos que preencher vagas. Então vamos mandar essa aqui, ó, pode ser essa aqui.*” Como explica Lipsky (2019), essas tensões são particularmente visíveis na gestão de questões sensíveis, como o uso de drogas, onde os anseios da comunidade e as condições práticas de trabalho dos BNRs frequentemente entram em conflito, uma vez que os problemas urbanos complexos resultam em perspectivas muito diversas sobre como o serviço público pode contribuir para a sua solução.

Outro ponto mencionado foi a existência de preconceitos entre os próprios trabalhadores que atuam nas áreas relacionadas ao acolhimento dos pacientes como fator limitante para atendimentos. Isso encontra ressonância com a bibliografia do campo que aponta para desafios no processo de transformação da cultura manicomial, seja no campo social ou no da implementação da própria política. De acordo com Costa & Lotta (2021), o estigma e os estereótipos dos usuários da saúde mental estão presentes tanto na sociedade quanto entre os próprios profissionais da área. As autoras descreveram a existência de estereótipos em relação

aos alcoolistas por parte dos profissionais responsáveis pelo tratamento como por exemplo, crenças de que eles não têm força de vontade e de que são pessoas moralmente fracas.

Como detalhado anteriormente, de acordo com a teoria proposta por Lipsky (2019), a ambiguidade, a falta de clareza ou contraditoriedade de objetivos organizacionais reflete diretamente na atuação dos BNRs e contribui para o insucesso de programas em áreas como a assistência social, o sistema prisional e na saúde mental. Durante as entrevistas surgiram exemplos envolvendo a atuação dos BNRs pautadas nas diretrizes e objetivos da Portaria MS 3088, na redução de danos, no estabelecimento de vínculos, na intersetorialidade do atendimento em desarmonia com as ações de repressão violenta.

Exemplos de episódios de violência por parte das zeladorias municipais através das guardas municipais evidenciam facetas dessa ambiguidade e das divergências de objetivos estatais e dos BNR entrevistados. Desses exemplos destaca-se a retirada das medicações pelo “rapa”, ações violentas e repressivas do serviço de limpeza urbana e guarda civil metropolitana, a falta de insumos de redução de danos e profissionais, como destacado na fala “*A gente trabalha na nossa formulação, na linha da redução de danos, né? Mas a gente não tem um redutor de danos como profissional no serviço.*” (Entrevistado 12) ou na contradição das ações estatais “*you tem um braço do governo para não internar e outro braço para internar*” (Entrevistado 4). Foram verificadas também ambiguidades entre os objetivos organizacionais da gestão dos equipamentos integrantes da RAPS com a política de redução de danos e com as concepções dos entrevistados: *(...) a depender de qual for a OS (...) a gente fazia oficina para produção de cachimbo... Foi vetado. A gente uma época, teve uma briga do caramba, porque a RT lá de enfermagem queria impor bafômetro para entrar no Caps. Num Caps álcool e drogas, não é?”* (Entrevistado 11).

Sobre os inúmeros desafios discutidos, o debate sobre os problemas relacionados à precariedade da infraestrutura em diversos Caps foi mencionado. Para consecução das atividades previstas pelo Ministério de Saúde (2004), os Caps necessitam ter um espaço próprio e adequado para atender a demanda específica, oferecendo um ambiente continente e estruturado, com os recursos físicos necessários, como consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório, sanitários, área externa para oficinas, recreação e esportes.

Assim como abordado em algumas entrevistas, Relatórios Técnicos evidenciaram ausência de estratégias de acessibilidade, falta de salas para atender a demanda, falta de cozinha, ausência de refeitórios. Auditoria realizada pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) apontou que a porcentagem de Caps do Distrito Federal que necessitavam de melhorias na

infraestrutura era de 73% (Tribunal de Contas do Distrito Federal, 2014). Pesquisas com profissionais de saúde mental e usuários dos serviços no município de São Paulo identificaram escassez de recursos físicos, humanos e estruturais que comprometia a condução dos projetos terapêuticos e adesão ao tratamento, acolhimento e escuta.(Nóbrega et al., 2018; Silva et al., 2020).

Sobre a baixa cobertura de serviços da RAPS, Marchionatti et al., (2023) analisaram um estudo que estimou através de dados do DATASUS que 77% da população brasileira vive em áreas com baixa ou inexistente cobertura de serviços comunitários e que apenas 7,9% dos municípios tiveram cobertura total da RAPS. Os autores observaram também que os serviços e profissionais foram distribuídos de forma desigual, visto que foram considerados insuficientes em muitas regiões e concentrados noutras.

Outro ponto mencionado nas entrevistas foi a falta de equipamentos como Caps III e AD III e, conseqüentemente, de leitos disponíveis. Em relação à disponibilidade de leitos em Caps III e AD III e hospitais gerais, o estudo de Dalgarrondo et al., (2023) demonstrou que o objetivo da reforma psiquiátrica brasileira de se afastar do modelo de cuidado centrado em hospitais psiquiátricos, foi alcançado. Entretanto, atualmente os serviços de emergência e as unidades psiquiátricas em hospitais gerais são claramente insuficientes em número, distribuição pelo país, capacitação da equipe e organização. Havia cerca de 1980 leitos em Caps III e AD III para descompensações agudas (intoxicações, síndromes de abstinência, esquizofrenia aguda, mania, episódio depressivo grave) ou ajustes sociais (problemas nos relacionamentos familiares e conjugais, por exemplo) no ano de 2022. Nesse sentido, os autores analisaram a contração de 72.514 leitos em hospitais psiquiátricos para 15.000 a 20.000 (leitos em hospitais psiquiátricos e em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, em CAPS III e CAPS AD III; e leitos em enfermarias gerais de hospitais gerais) considerando dados até 2022 (proporção à época de 9,4 leitos por 100 mil habitantes).

O estudo traz dados comparativos com Europa e Estados Unidos. Na Europa, as camas psiquiátricas variam entre 10,6 por 100.000 habitantes na Itália, cerca de 180 camas por 100.000 habitantes em países como Bélgica, Alemanha, Suécia, Dinamarca e Espanha e 60,6 camas por 100.000 habitantes no Reino Unido. Considerando que no Brasil a prevalência de Transtornos Mentais Severos (TMS) está no mesmo nível ou até superior ao dos países de alta renda, as taxas atuais de disponibilização de leitos estão marcadamente baixas (Dalgarrondo et al., 2023).

Nas entrevistas, a UAA também foi um equipamento bastante citado como faltante. Criada como componente residencial transitório da RAPS, a unidade visa acolher

voluntariamente e oferecer cuidados contínuos a usuários acompanhados por um Caps e em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Almeida & Cunha, 2021). Onocko-Campos (2019) citou a falta dos centros de convivência, de serviços de geração de renda, de integração e coordenação do cuidado entre atenção primária à saúde e serviços comunitários especializados, capacitação e educação permanente das equipes como desafios a serem superados para melhoria da prestação de serviços aos usuários de SPA.

Por fim, foi citado nas entrevistas o risco que alguns profissionais enxergavam no processo de trabalho desenvolvido em alguns Caps, ao reproduzirem por vezes a lógica asilar combatida pela reforma psiquiátrica. Costa e Lotta, (2021) identificaram um estudo que verificou a existência de uma parcela de trabalhadores nos Caps que acabaram reproduzindo e naturalizando a lógica manicomial no serviço e que inclusive apresentavam concepções contraditórias, ora em defesa de práticas antimanicomiais, ora em dissonância, a depender da temática que estava sendo abordada. No mesmo sentido, Neto e Amarante (2013) também encontraram Caps que ainda se ancoram em práticas hospitalares/asilares.

7. RECOMENDAÇÕES AO CONTROLE EXTERNO

Azevedo (2016) pondera que, em que pese a existência de outros mecanismos de controle na estrutura de cada Poder (controle interno, controle hierárquico, controle supervisional, controle finalístico e autocontrole), a presença do controle externo é imprescindível e deve ser exercido por uma instituição autônoma e independente com o objetivo de fiscalizar a atividade financeira do Estado, ou seja, fiscalizar a forma como os recursos públicos são gastos.

É característica do controle externo que ele seja realizado por órgão diverso da administração responsável pelo ato controlado e tem, portanto, objetivo de comprovar a probidade da administração. Assim, o controle externo do Poder Executivo, no Brasil, é exercido pelo Poder Legislativo (controle político) e o controle técnico, sob os pontos de vista da legalidade contábil e financeira, fica a cargo dos Tribunais de Contas (União, Estados e Municipais), conforme previsto nos art. 70 a 75 da Constituição Federal de 1988.

Para realização da fiscalização financeira, orçamentária, contábil, operacional e patrimonial, as atividades rotineiras das cortes de contas envolvem a verificação da conformidade de determinados procedimentos com critérios/padrões/parâmetros preestabelecidos visando à responsabilização; de mérito, quando se avalia a conveniência e oportunidade das ações fiscalizadas; de gestão, quando se avaliam os resultados alcançados e os processos e recursos empregados (Azevedo, 2016).

Entretanto, entre as modalidades de fiscalização passíveis de realização pelos TCs, a operacional ganha especial relevância neste estudo, visto que a pergunta de pesquisa surgiu de constatações disponíveis em relatórios que se valeram das técnicas de auditoria operacional para avaliação de processos e resultados de Programas de governo. Além disso, foram utilizados outros relatórios de auditoria operacional nesta pesquisa para coleta de informações e que contém valiosas informações diagnósticas e de inconformidades que contribuíram para as reflexões presentes. A leitura desses relatórios revela que a técnica operacional busca averiguar a economicidade, eficácia e eficiência da administração pública, suscitando debates sobre melhorias possíveis, ou seja, como explica Speck (2000), tem sentido prospectivo, indo além da mera constatação de uma discrepância entre situação encontrada/condição e critério/padrão/parâmetro, devendo identificar causas e apontar as soluções possíveis para o problema.

Assim sendo, a despeito da importância da compreensão de políticas públicas no âmbito da legalidade e conformidade, observa-se um importante espaço para elaboração de

fiscalizações na modalidade operacional - talvez aquela que mais se aproxime da avaliação de resultados das políticas públicas. Sobre esse conceito, Patta Ramos e Maria Schabbach (2012) detalham que a função da avaliação de políticas públicas é a de fomentar melhorias do desenho das políticas, buscando melhores resultados, através da melhor utilização dos recursos. Para as autoras, a avaliação deve ser o mais objetiva possível e deve ser feita por avaliadores internos ou externos, incorporando elementos valorativos e de julgamento para com isso contemplar aspectos qualitativos - indo além de um mero acompanhamento das ações governamentais.

Portanto o controle externo pode, através da elaboração de recomendações e apontamentos, tecer sugestões importantes para melhoria dos programas governamentais, fomentando o debate entre os executores e formuladores da política pública. Isso porque constitui como uma das principais atividades dos Tribunais de Contas a de orientar os gestores, visando o bom uso do erário e a prestação de serviços públicos de qualidade - o que não pode ser confundido com um direcionamento do executivo ou interferências na forma como este deve gerir suas políticas públicas, mas tão somente uma orientação no sentido de contribuir com a entrega de maior efetividade, eficiência, economicidade, equidade, entre outros aspectos que buscam uma melhoria nos serviços públicos direcionados à sociedade.

Um exemplo de ferramenta pública para controle social elaborada pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo é o Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IEG-M) que busca medir a eficiência das 644 Prefeituras paulistas. A dimensão da saúde (I-saúde) é uma das 7 contempladas estando disponíveis questões sobre saúde mental e política de drogas dos itens 24.0 a 25.5, totalizando 25 questões⁴. As perguntas discutem aspectos relacionados à suficiência dos equipamentos existentes em relação à demanda, a transversalidade com políticas públicas do Estado e União, a utilização de indicadores, a aderência à RAPS, entre outras.

Assim, é possível extrair com esses dados públicos um “Raio X” sobre a situação dos municípios paulistas, e que, por exemplo, dos 644 municípios respondentes, 552 possuem demanda de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, bem como para usuários de substâncias psicoativas. Entretanto, desse total, 428 não estão cadastrados formalmente no Programa de Volta pra Casa (Lei nº 10.708/03 c/c Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS/2017), iniciativa focada em reinserir psicossocialmente pessoas que saíram de longas internações em hospitais psiquiátricos e de custódia.

⁴ Exercício de 2023, ano base dos dados 2022, Manual Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/publicacoes/Questionario%20Principal%20-%20IEG-M%202024%20-%20dados%20do%20exerc%C3%ADcio%202023.pdf>

Ainda, na perspectiva do acolhimento e da carência de equipamentos, chama atenção o fato de que 174 municípios do total respondente possuem demanda de moradia para portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, egressos de internações psiquiátricas, sendo que desses que possuem essa demanda de moradia, 79 afirmaram não possuir a quantidade de SRTs adequada. Por fim, mais que um sexto dos municípios fiscalizados pelo TCE-SP (112) alegaram não possuir Caps em quantidade adequada considerando o dimensionamento dos seus habitantes.

As respostas trazem dados relevantes para que se possa debater as decisões dos gestores em busca de incrementar as políticas desenvolvidas em nível local, havendo, inclusive, espaço para o aperfeiçoamento constante das questões através do diálogo entre os gestores e os técnicos do controle externo.

8. CONCLUSÃO

O trabalho buscou explorar o processo de tomada de decisão dos profissionais que atuam na linha de frente da implementação das políticas públicas de drogas e saúde mental e os motivos determinantes que podem levar ao não encaminhamento de um usuário que faça uso problemático de substância psicoativa (SPA) às chamadas Comunidades Terapêuticas (CT). A partir da ótica deles, também foi objeto de verificação os diversos desafios relacionados à implementação das políticas públicas relacionadas ao campo do álcool, das drogas e da saúde mental. Esses atores atuantes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foram escolhidos pois são protagonistas no processo de implementação e podem contribuir para elucidação de gargalos, recomendações e/ou pontos de melhoria para desenvolvimento da política pública em debate.

A pergunta de pesquisa adveio de questionamentos formulados ao longo de experiências adquiridas em auditorias operacionais realizadas no âmbito da atuação do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP), especialmente de Relatórios técnicos que constataram a subutilização de vagas e não atingimento da meta da taxa de ocupação nas Comunidades Terapêuticas contratadas pela Secretaria de Desenvolvimento Social de São Paulo (SEDS) no Estado de São Paulo nos anos de 2020, 2021 e 2022 (Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, 2022). Além disso, outros trabalhos produzidos pela Coordenadoria de Políticas sobre Drogas (COED), da SEDS para avaliação do termo de colaboração entre Governo do Estado e Organização da Sociedade Civil (OSc) também demonstraram taxa de ocupação abaixo da meta pactuada com o Estado. Somava a esse contexto outra apuração contida Relatório do TCE/SP supramencionado de que algumas CTs respondentes afirmaram encontrar resistência dos Caps e das UBS para os encaminhamentos dos usuários às CTs.

Os resultados obtidos ao longo do trabalho contribuíram para responder à pergunta de pesquisa. Os motivos determinantes para o não encaminhamento dos profissionais da linha de frente às comunidades terapêuticas, podem ser divididos em 3 principais grupos: O descrédito das CTs como solução prioritária disponibilizada pelo Estado (quando existente na grade de regulação do seu município/Estado); a existência de inadequações da implementação e no desenho da política pública discutida.

O descrédito nas CTs encontrado nas entrevistas pode ser explicado pelas práticas documentadas e narradas pela literatura relacionadas a violações de direitos humanos, isolamento, ausência de atendimento profissional qualificado, baixa profissionalização, condições inadequadas de acolhimento, falta de transparência, dificuldades de acesso aos dados

sobre financiamento público e escassez de estudos de impacto e efetividade. Além disso, contribui para a desconfiança o fato de os trabalhadores da área enxergarem aparente contradição entre o modelo defendido durante o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e o modelo apresentado pela maioria das CTs.

Os problemas de implementação mais citados em relação as comunidades terapêuticas como estratégia de cuidado dentro da política pública de álcool e drogas tiveram correlação com a prática da laborterapia, compreendida pelos profissionais como uma forma de trabalho forçado. Além disso, foram abordados episódios de maus tratos ocorridos no interior das CTs, a precariedade das instalações físicas e a falta de interação e conexão com os demais equipamentos integrantes da RAPS. Também foi objeto de discussão a existência de diferentes formas de acesso às CTs, sendo que, quando inseridas como estratégia do ente federativo e submetidas à regulação, muitos entrevistados apontaram problemas no processo regulatório e dificuldades para acessar as vagas disponibilizadas.

Sobre as inadequações relacionadas a formulação e ao desenho da política, foram mencionados aspectos como a distância das comunidades terapêuticas aos centros urbanos, sendo que o isolamento das instituições foi apontado como um fator negativo no processo do cuidado, bem como a adoção de regimes disciplinares severos e as práticas compulsórias. O alto grau de reincidência, ou seja, a tendência de retorno dos usuários quando egressos das CTs sugere limitações na eficácia terapêutica. Alguns BNRs afirmaram que o modelo da abstinência oferecido pelas CTs não representa um tratamento adequado, enquanto outros sugeriram que a singularidade dos indivíduos deve ser respeitada. Assim, a resposta aos motivos determinantes do não encaminhamento levou ao aparecimento da discussão da singularidade dos indivíduos, e do entendimento da necessidade de diferentes estratégias de defesa diante do sofrimento psíquico individual, do respeito às diferenças, das escolhas individuais e da construção de estratégias conjuntas de diminuição dos danos provocados pelo uso de drogas.

A pesquisa também permitiu concluir sobre importantes aspectos da discricionariedade dos BNR. As entrevistas trouxeram exemplos de improvisos com foco no estabelecimento de vínculos, ou ainda para direcionar demandas, para manejo com medicações, que demonstraram importantes facetas da discricionariedade. Também foi capaz de trazer exemplos de divergências de atuação e compreensão da política pública entre os trabalhadores e as estabelecidas pelo Estado, como por exemplo a violência empregada por zeladorias municipais sob pacientes e usuários de SPA em concomitância a tentativa de estabelecimento de vínculos por parte dos trabalhadores da linha de frente. Ainda, abordou-se a existência de preconceitos entre os trabalhadores como fator limitante ao atendimento dos usuários de SPA, encontrando

respaldo da bibliografia do campo que aponta para desafios no processo de transformação da cultura manicomial, seja no campo social ou no da implementação da própria política.

Sobre os inúmeros desafios discutidos na implementação das políticas públicas relacionadas ao campo do álcool, das drogas e da saúde mental, destacaram-se aqueles associados à intersectorialidade e transversalidade das políticas, à moradia, a precariedade da infraestrutura de diversos Caps, a baixa cobertura e a desigualdade na distribuição de serviços da RAPS, a falta de profissionais e equipamentos especialmente os Caps III, Caps AD III, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, UAAs e os centros de convivência.

Os resultados encontrados indicam a necessidade de aprimoramento da política pública em discussão em diversos aspectos. Confirmam a necessidade do fortalecimento da credibilidade institucional entre Estado, burocratas e sociedade no estabelecimento das estratégias prioritárias, bem como o de assegurar o acompanhamento da implementação das políticas públicas pelas pastas envolvidas, pelo controle interno dos entes federativos e pelos órgãos e entidades fiscalizadoras. Esse monitoramento é fundamental para formulação de diagnóstico dos problemas detectados e para a promoção da melhoria nos serviços públicos oferecidos à população.

Além disso, constitui discussão relevante para que os formuladores da política considerem ao propor estratégias para melhoria da prestação de serviços aos usuários de SPA. Para os estudos sobre BNR, reforça mais uma vez a importância da valorização do conhecimento dos profissionais que atuam na linha de frente que apontam para *insights* e problemas práticos existentes na atuação cotidiana.

A pesquisa tem limitações. Para o desenvolvimento deste trabalho optou-se por abordar as comunidades terapêuticas como um grupo homogêneo dada as dificuldades encontradas durante as entrevistas para se segregar de quais tipos se falava objetivamente. Como também foi especificado anteriormente, existem diferenças consideráveis entre as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, Médicas, as financiadas por recurso públicos ou privados, sendo elas, de fato, um grupo heterogêneo. Portanto, o estudo dessas comunidades, considerando suas diferenças de proposta de trabalho e os diferentes estágios de profissionalização, traduz oportunidade de pesquisa futura visto que interessa aos entes públicos garantir que a aplicação dos seus recursos seja direcionada a entidades que entreguem atendimento à população, que respeitem os direitos humanos e estejam em linha com as melhoras práticas profissionais e as políticas públicas estabelecidas historicamente pelo SUS e pelo SUAS.

A segunda diz respeito às limitações envolvidas no método de seleção dos entrevistados. Conforme explicado na sessão metodológica, foram conduzidas entrevistas com 15

profissionais que atuam ou atuaram na RAPS tendo a seleção dos participantes sido conduzida pelo método de amostragem em cadeia “*snowball sampling*” para abordagem do tema sensível. Dito isto, essa amostra não garante representatividade tratando-se, portanto, de amostragem não probabilística que pode ser sensível a um certo viés de amostragem.

Também deve ser mencionada como limitação a heterogeneidade das políticas de álcool, drogas e saúde mental em nível local, especialmente pelas definições das grades e redes de saúde e assistência social pelos entes federativos. Este efeito foi homogeneizado visto que foram agrupadas as respostas de municípios de grande porte e metrópoles. Ainda nesse ponto devem ser consideradas as diferenças de complexidade de atuação dos BNR, considerando os aspectos urbanísticos dos municípios de grande porte e as metrópoles, o que também afeta sobremaneira a condução do trabalho do profissional.

A última limitação a ser considerada e que não foi tratada neste trabalho relaciona-se com as perspectivas envolvidas no campo da dependência química associadas as determinantes sociais, ao racismo e as diversas interseccionalidades relativas aos usuários, como gênero, orientação sexual e condições sociais, que fazem parte da compreensão do contexto da dependência química e do problema complexo das drogas e da saúde mental.

A partir dos resultados apresentados e das limitações encontradas, considerando futuras investigações, é factível se esperar maiores detalhamentos das respostas se ouvidos os profissionais da linha de frente de um mesmo município e mais especificamente de um mesmo território, propiciando conclusões mais objetivas sobre a realidade analisada, sobretudo com a especificação detalhada da CT estudada.

Outro aspecto importante dentro da discussão da implementação da política envolve a população que porventura venha a fazer a escolha sobre pretender ou não pretender ser encaminhado a uma comunidade terapêutica. Os pontos trabalhados ao longo da pesquisa demonstraram o descrédito existente nessas instituições, os problemas na implementação e na formulação da política, sendo relevante ouvir a população envolvida, para se compreender suas próprias visões e compreensões sobre esse universo. Além disso, o aprofundamento nas questões sociais que perpassam a dependência química pode contribuir para a análise das políticas públicas direcionadas ao atendimento, ao suporte e a ressocialização desses usuários de SPA visto que estes também não constituem um grupo homogêneo.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. L. M. de, & Cunha, M. B. da. (2021). Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. *Saúde em Debate*, 45(128), 105–117. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112808>
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*.
- Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413685>
- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(6), 2067–2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “Back to the city, Mr. Citizen!” — Psychiatric reform and social participation: From institutional isolation to the anti-asylum movement. *Revista de Administração Pública*, 52(6), 1090–1107. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>
- Arretche, M. (2018). Thirty years with the 1988 constitution: Do we have reasons to celebrate? *Novos Estudos CEBRAP*, 37(3), 394–415. <https://doi.org/10.25091/S01013300201800030001>
- Azevedo, J. M. (2016). Tribunais de Contas e suas competências constitucionais: limites à atuação do Poder Judiciário. *Fórum Administrativo – FA*, 184, 59–67.
- Bichir, R., & Canato, P. (2018). Solucionando problemas complexos? Desafios da implementação de políticas intersetoriais. Em *implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*.
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). *Sociological Methods & Research*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 77–101. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Castro, C. N. (2022). Problemas complexos. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Água, problemas complexos*, 101–134. <https://doi.org/10.38116/9786556350318cap3>
- Conectas Direitos Humanos, & CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. (2017). *Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras*.
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*.
- Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas 2017*.

- Conselho Regional de Psicologia SP. (2016). *Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuárias(os) de drogas no estado de São Paulo Mapeamento das violações de direitos humanos*.
- Costa, M. I. S., & Lotta, G. S. (2021). From “mentally ill” to “citizens”: Historical analysis of the construction of political categories in mental health in Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26, 3467–3479. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.22712019>
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulão, J., Hart, C., Kerr, T., Lajous, A. M., Lewis, S., Martin, N., Mejía, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., ... Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. Em *The Lancet* (Vol. 387, Número 10026, p. 1427–1480). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)
- Dalgalarrodo, P., Oda, A. M. G. R., Onocko-Campos, R. T., & Banzato, C. E. M. (2023). Challenges facing the psychiatric reform and mental health care in Brazil: Critical unmet needs and prospects for better integrating the public and university sectors. *SSM - Mental Health*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100262>
- De Oliveira Duarte, M. J., Barbosa Furtado, D., Tomaz, M., & Ribeiro da Silva, T. (2024). Drogas, proibicionismo e o cuidado em liberdade: desafios à política Pública. *Revista Em Pauta*, 54. <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80188>
- Ferreira, I. F. R. (2017). *Crack: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades. A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack*. [Universidade de Brasília, Université Sorbonne Paris Cité,]. https://repositorio.unb.br/jspui/bitstream/10482/31083/1/2017_IaraF1%c3%b4rRichwinFerreira.pdf
- Ferreira, I. F. R. (2018). O Paradigma da redução de danos na Clínica com usuários de drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico. Em *Boletim de Análise Político-Institucional - Artigos*. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/135/o-paradigma-da-reducao-de-danos-na-clinica-com-usuarios-de-drogas-inflexoes-deslocamentos-e-possibilidades-de-escuta-e-posicionamento-clinico>
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica* (E. Perspectiva, Org.).
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. Em *Sociological Review* (Vol. 48, Número 6).
- Head, B. W. (2008). Assessing network-based collaborations Effectiveness for whom? *Public Management Review*, 10(6), 733–749. <https://doi.org/10.1080/14719030802423087>
- Head, B. W. (2022). *Wicked Problems in Public Policy Understanding and Responding to Complex Challenges*.
- IPEA. (2017). *Nota Técnica: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras*.

- IPEA. Roberto Rocha C. Pires Organizador. (2019). *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas* (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada., Org.).
- Lancetti, A. (2015). *Contrafissura e a Plasticidade Psíquica*. Hucitec Editora.
- Leal, B. M., & De Antoni, C. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, 40, 87–101.
- Lipsky, M. (2019). *BUROCRACIA DE NÍVEL DE RUA Dilemas do Indivíduo nos Serviços Públicos* (Enap, Org.; A. E. M. da Cunha, Trad.).
- Lotta, G. (2021). *Burocracia e implementação de políticas públicas: desafios e potencialidades para redução de desigualdades* (ENAP, Org.).
- Lotta, G., Cortez, A. C., Magri, G., Sanches Costa, M. I., Barcellos Rosa, T., & Almeida, D. N. (2023). “Jesus Speaks Better”: Interactions Between State and Faith-Based Organizations in Service Implementation. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*.
<https://doi.org/10.1177/08997640231165525>
- Marchetti, S. P., Badagnan, H. F., Dumaressq, L., Tófoli, L. F. F. de, & Worcman, N. de C. (2024). Dificuldades no cuidado em saúde para as pessoas que fazem uso problemático de drogas: uma revisão integrativa. Em *Ciência & saúde coletiva* (Vol. 29, Número 3, p. e17712022).
<https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.17712022>
- Marchionatti, L. E., Rocha, K. B., Becker, N., Gosmann, N. P., & Salum, G. A. (2023). Mental health care delivery and quality of service provision in Brazil. *SSM - Mental Health*, 3.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100210>
- Marques, A. L. M., & Couto, M. (2020). Políticas de drogas en el contexto brasileño: un análisis interseccional de “Cracolândia” en San Pablo, Brasil. *Salud Colectiva*, 16, e2517.
<https://doi.org/10.18294/sc.2020.2517>
- Mendes Lages Ribeiro, F., & De Souza Minayo, M. C. (2020). As mudanças na política brasileira de drogas: o avanço da lógica da justiça sobre a saúde. *Cultura y Droga*, 25(29), 17–39.
<https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.29.2>
- Ministério Público Federal, Conselho Federal de Psicologia, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, & Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas -2017*.
- Neto, M., & Amarante, P. (2013). O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 964–975.
- Nóbrega, M. do P. S. de S., Silva, G. B. F. da, & Sena, A. C. R. de. (2018). A reabilitação psicossocial na rede oeste do município de São Paulo: potencialidades e desafios. *Revista gaucha de enfermagem*, 39, e20170231. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0231>

- Onocko-Campos, R. T. (2019). Mental health in Brazil: Strides, setbacks, and challenges. Em *Cadernos de Saúde Pública* (Vol. 35, Número 11). Fundação Oswaldo Cruz. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>
- Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. (2018). *Comunidades terapêuticas temas para reflexão* (IPEA, Org.). IPEA.
- Patta Ramos, M., & Maria Schabbach, L. (2012). O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. *Rev. Adm. Pública-Rio de Janeiro*, 46(5), 1271–1294.
- Paulus, T. M., & Lester, J. N. (2016). ATLAS.ti for conversation and discourse analysis studies. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(4), 405–428. <https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1021949>
- Petuco, D. (2016). *O pomo da Discórdia?* [Doutorado em Ciências Sociais (Teses), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)]. <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/13786>
- Petuco, D. (2020, dezembro). As Três Ondas da Redução de Danos no Brasil The Three Waves of Harm Reduction in Brazil. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*, 21(2), 94–103.
- Ramminger, T., Martinho, S., & Organizadores. (2014). *Mais Substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas* (Rede Unida, Org.; 1ª Edição).
- Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4, 155–169.
- Roberts, N. (2000). Wicked Problems And Network Approaches To Resolution. Em *International Public Management Review · electronic Journal* (Vol. 1). <http://www.ipmr.net>
- Santos, M. P. G. (2018). *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*/ Organizadora: Maria Paula Gomes dos Santos. - Rio de Janeiro: IPEA, 2018.
- Silva, G., Azevedo, M., Rosado, S., Coelho, K., & Oliveira, F. (2020). Vivências de usuários de álcool e outras drogas em um centro de atenção psicossocial. *Revista Nursing*, 23(269).
- Silva, J. G. M. e, Zilli, L. F., & Souza, L. G. de. (2024). From the Criminalization of Substances to the “War on Drugs” Policy: A Century of Prohibitionism in Brazil. *Revista Direito GV*, 20. <https://doi.org/10.1590/2317-6172202418>
- Silva, P. L. B., & Melo, M. A. B. (2000). *O processo de implementação de políticas públicas no brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*.
- Souza, T. de P. (2013). *A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos)* [Tese Doutorado]. Unicamp.

- Speck, B. W. (2000). *Inovação e rotina no Tribunal de Contas da União: o papel da instituição superior de controle financeiro no sistema político-administrativo do Brasil*. Konrad Adenauer Stiftung.
- Spink, P., Lotta, G., & Burgos, F. (2021). Institutional vulnerability and trust in public agencies: Views from both sides of the street. *Governance*, 34(4), 1057–1073.
<https://doi.org/10.1111/gove.12574>
- Tomasini-Joshi. (2016). *Ni socorro, ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América Latina y el Caribe*.
<https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/5bda2aff-6714-45d3-961d-763ad4b2a4d6/no-health-no-help-es-21060403.pdf>
- Tribunal de Contas do Distrito Federal. (2014). *Auditoria Operacional RAPS - SES/DF*. Relatório disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/RedeDeAtencaoPsicossocial.pdf>, acesso em 20.12.24.
- Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. (2022). “*O Programa 0944 Recomeço: Uma vida sem drogas*”. Relatório Disponível em:
https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/portal/5.6%20ev.99%20TC%20-%2020022758.989.22-2%20Operacional%20sobre%20o%20Programa%20Recome%C3%A7o%20%285%29_Ocultado.pdf
https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/portal/5.6%20ev.99%20TC%20-%2020022758.989.22-2%20Operacional%20sobre%20o%20Programa%20Recome%C3%A7o%20%285%29_Ocultado.pdf, acesso em 10.01.25.
- Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. (2017). “*Programa Recomeço: Uma vida sem drogas*”. Relatório Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/portal/TC-003546.989.17%20-DCG-Relatorio%20parte%202.pdf>, acesso em 10.01.25.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Tradução de Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICE 1

Roteiro Semiestruturado

Bloco 1 - Início

- 1) Como você chegou aqui, poderia me contar um pouco da sua trajetória, por favor? (Onde trabalha, se é concursado ou não, se trabalha numa Organização Social).

Bloco 2 - Questões da Pesquisa

- 2) Você enxerga as vagas públicas das Comunidades Terapêuticas no seu CAPS/Equipamento? Quais as vias de acesso às CTs?
- 3) Como é, na sua visão, o trabalho desenvolvido nas Comunidades Terapêuticas?
- 4) Você conhece algum caso de encaminhamento pra CT que foi **negativo** ou algum que foi **positivo**? Pode me dar um exemplo?
- 5) Como você analisa a “sobra” de vagas em algumas comunidades terapêuticas que são financiadas pelo poder público?
- 6) Prioridade dos médicos(as), psicólogos(as) e enfermeiros(as) e assistentes sociais é/era diferente dos gestores? Existe conflito de interesse entre as OS x pacientes x profissionais atuantes?
- 7) Você era encorajado ou desencorajado a encaminhar pacientes a CT? Havia pressão ou havia indiferença?
- 8) O que você faz/fazia quando faltava recurso? Como que se improvisa nesse universo?
- 9) Lembra de alguma situação que você agiu contrário a uma lei/decreto/orientação do Estado para seguir suas convicções pessoais?

Bloco 3 - Encerramento

- 10) Se você fosse redesenhar a política de drogas, sobretudo no que tange o acolhimento das pessoas, quais as 3 coisas que você faria diferente?
- 11) Você acha que seu equipamento ou CAPS AD supre/supria a demanda de atendimento?
- 12) Como o Estado poderia contribuir mais com esse problema? Poderia indicar o que falta? Gente, equipamento, vaga, insumos...