

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Pedro Henrique Antunes da Costa

Entre nós, laços e tramas: compreendendo a rede de atenção aos usuários de drogas

Juiz de Fora

2017

Pedro Henrique Antunes da Costa

Entre nós, laços e tramas: compreendendo a rede de atenção aos usuários de drogas

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde

Orientador: Doutor Fernando Antonio Basile Colugnati

Coorientador: Doutor Telmo Mota Ronzani

Juiz de Fora

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Costa, Pedro Henrique Antunes da.

Entre nós, laços e tramas: compreendendo a rede de atenção aos usuários de drogas / Pedro Henrique Antunes da Costa. -- 2017. 170 p.

Orientador: Fernando Antonio Basile Colugnati

Coorientador: Telmo Mota Ronzani

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2017.

1. Atenção à saúde. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3. Saúde mental. 4. Centros de tratamento de abuso de substâncias. 5. Políticas públicas. I. Colugnati, Fernando Antonio Basile, orient. II. Ronzani, Telmo Mota, coorient. III. Título.

Pedro Henrique Antunes da Costa

Entre nós, laços e tramas: compreendendo a rede de atenção aos usuários de drogas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia por Pedro Henrique Antunes da Costa. Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde.

Aprovada em 18 de agosto de dois mil e dezessete, pela banca constituída por:

Orientador: Prof. Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Membro Interno: Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Membro Interno: Profa. Dra. Girlene Alves da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Membro Externo: Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia
Universidade Federal de São João del-Rei - UFSJ

Membro Externo: Profa. Dra. Marcia Gomide da Silva Mello
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e parentes, por proporcionarem as condições de vida necessárias para o desenvolvimento de minha trajetória pessoal e profissional.

Especialmente à minha mãe, que, mesmo com sua imensurável força, não resistiu às inúmeras amarras físicas e simbólicas que a sociedade lhe impôs para ver materializado este trabalho de que tanto se orgulharia, mas que reside viva em todos a quem tocou, com sua leveza e alegria e, sobretudo, em mim, na busca por ser alguém melhor e que possa contribuir minimamente para uma realidade mais justa.

Ao meu orientador desde o mestrado, Fernando Colugnati, que aliou o suporte necessário com o fomento à minha autonomia de pensamento e condução do processo.

Ao meu coorientador, Telmo Ronzani, pela amizade, oportunidades e conhecimentos propiciados desde a graduação, impactando imensuravelmente em minha formação acadêmica e pessoal.

Ao Leonardo Martins, pelas trocas e toda a sua inestimável ajuda na construção do processo de coleta e análise dos dados, sendo imprescindível para a existência do presente trabalho.

Aos membros da banca, Fabiane Rossi, Girlene Alves, Marcelo Dalla Vecchia e Marcia Gomide (que acompanha minha trajetória desde o Mestrado), pelo aceite, disponibilidade e contribuições também valiosas para o incremento do conteúdo da tese, ainda mais quando consideradas as condições e reviravoltas ocorridas durante o processo.

À Amata, Bárbara, Juliana, Mayara, Tayanara e ao Wanderson, pela parceria não só na coleta dos dados, mas durante o percurso como um todo. Que a caminhada de vocês seja bastante frutífera!

Aos/às companheiros(as) da Psicologia (Amata, Kíssila, Mariana e Nicole) e do grupo de estudos e pesquisa “Martín-Baró: Psicologia Social, Políticas e Direitos Humanos”, pelas trocas, parcerias e amizade e, principalmente, pelo resgate da esperança em uma Psicologia crítica e compromissada socialmente, feita com base no afeto.

Aos/às colegas do antigo POPSS, do CREPEIA e do CRR-JF, pelo convívio, trocas e aprendizado profícuo durante esses oito anos em que estive presente.

À trupe da Cia. Academia, por me apresentarem a um lado mais colorido e belo da vida, me transformando num ser humano melhor. Ao irmão Ronan e seu grande coração, pelo suporte e amizade construída.

À Luciana Gouvêa, pelo acolhimento, carinho e oportunidades na Faculdade Machado Sobrinho.

À Daniele Rangel, pela confiança e apoio, especialmente na mediação dos últimos semestres atribulados e colegas de curso.

Aos professores que tive durante todo o percurso acadêmico, não somente no Doutorado e que se tornaram grandes amigos; em especial ao Telmo, já mencionado; à educadora Célia e a forma como ensina pelo exemplo (a *práxis* como critério de verdade), juntamente com a família Torres-Souza Filho; e à Malu, pela ampliação dos horizontes.

Aos amigos, pelas mais variadas formas de apoio e trocas durante toda essa trajetória, principalmente, ao irmão Fernando Santana, imprescindível em momentos incontáveis e a quem reitero ser peça fundamental na minha formação acadêmica e pessoal, e cujas palavras são insuficientes para expressar a admiração que tenho.

À Prefeitura de Juiz de Fora, por autorizar a realização do estudo empírico no município, em especial às Secretarias de Governo, de Saúde e de Desenvolvimento Social, e ao Departamento de Saúde Mental, pelas pactuações e liberações de profissionais.

A/à todos(as) os(as) participantes da pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, pela estrutura e suporte necessários.

À CAPES, pela bolsa de Doutorado concedida.

À FAPEMIG, pelo fomento ao trabalho, por meio dos Editais 14/2012 e 14/2013, ambos do “Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS-Rede”, processos nº CHE – APQ-03602/12 e CBB APQ 03256-13.

A/à todos(as) aqueles(as) que impactaram positivamente nessa jornada até o presente momento. Por fim, e mais importante, à Estela Loth, pelos dias, pelas horas, pelo cotidiano; pelas ideias, pelos sonhos e pelas lutas compartilhadas; pelo companheirismo e afeto que se transformam em sustentação física e subjetiva; pelo amor.

*A vida é uma grande - e lenta - construção de rede.
Complexa, imbricada, conectada,
e, ao mesmo tempo, cheia de furos e caminhos tortuosos.
Não existe um modelo somente a ser seguido.
As agulhas serão guiadas pelas mãos do tempo,
das ideias, das emoções e dos sentimentos.
Assim, fica fácil de se perder ao longo do processo,
por caminhos que se fecham ou que findam em si mesmos.
Por isso, nós, como os tecelões dessa teia da vida,
devemos costurá-la sem pressa,
cuidadosamente, de nó em nó;
Para que, ao invés de um emaranhado de fios,
consigamos, ao final de tudo,
transformar as linhas soltas em elos,
produzindo algo forte o suficiente
para sobreviver ao desgaste do tempo.
Mesmo quando os elos se vão, a estrutura fica.*

Pedro Costa

RESUMO

Por meio da presente tese, objetivo o empreendimento de uma compreensão abrangente sobre as redes de atenção aos usuários de drogas no Brasil, entendendo seus fundamentos teórico-conceituais e marcos políticos, mas também como se conformam na prática. O trabalho encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro consiste numa tentativa de compreender e sinalizar possibilidades de abordagem às drogas na contemporaneidade brasileira. O segundo diz respeito à análise de conteúdo temática das atuais políticas e principais aparatos normativos-legais brasileiros sobre drogas, visando elucidar suas conceituações e caracterizações sobre as redes de atenção aos usuários de drogas, assim como algumas de suas categorias centrais, traçando possíveis contradições e potencialidades. Já o terceiro capítulo refere-se a um estudo empírico que avaliou a rede de atenção em sua concretude prática, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, tomando como proposta avaliativa a Análise de Redes Sociais. Foi constatada uma série de proximidades e distanciamentos entre as políticas e a rede na prática, bem como entraves no estabelecimento da integralidade e intersetorialidade e uma rede altamente centralizada no CAPSad. Observou-se também uma predominância no estabelecimento de relações de referência e contrarreferência de usuários, em detrimento da coordenação conjunta de casos e realização de programas em conjunto. Aponta-se para a necessidade de modificação da lógica de encaminhamentos, especialmente para os dispositivos especializados e de urgência/emergência, em direção ao cuidado compartilhado. Uma maior articulação entre os Sistemas Único de Saúde (SUS) e Assistência Social (SUAS) também é colocada, sobretudo na realização de programas e ações institucionais que vão para além do cuidado pontual. Conclui-se que as redes de atenção aos usuários de drogas são arranjos ainda recentes, abordando uma temática demasiadamente complexa e heterogênea, não se conformando, portanto, como estratégias prontas, estáticas, definitivas, mas que vão sendo moldadas ao longo do tempo. Nesse sentido, são necessárias algumas modificações advindas desde as políticas e aparatos normativos na área para que possam, posteriormente, reverberar positivamente na prática, possibilitando o fortalecimento das redes de atenção aos usuários de drogas.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Saúde mental. Centros de tratamento de abuso de substâncias. Políticas públicas.

ABSTRACT

Within the present thesis, I aim to undertake a comprehensive understanding on care networks for drug users in Brazil, understanding their theoretical and conceptual fundamentals and policy frameworks, but also how they conform in practice. The work is structured in three chapters. In the first, we try to comprehend and point out approach possibilities to drugs in its Brazilian contemporary form. The second one is the thematic content analysis of Brazil's current policies and main normative-legal apparatus on drugs, to elucidate their conceptualizations and characterizations of the care networks for drug users, as well as some of its core categories, tracing possible contradictions and potentials. The third chapter refers to an empirical study that evaluated the care network in their practical concreteness, specifically the network of Juiz de Fora, Minas Gerais state, using Social Network Analysis as the assessment strategy. A series of close aspects and differences between policies and the network in practice were found. Barriers were identified in establishing the premises of integrality and intersectionality, as well as a highly centralized network in CAPSad. There was also a predominance to establish referral and counter-referral, instead of joint coordination cases and implementation of programs together. It points out to the need for modification of this forwarding and referral logic, especially for specialized and emergency services, towards shared care. Greater coordination between health and social assistance sectors is also placed, especially in carrying out institutional programs and actions that go beyond the occasional care. We conclude that the care networks for drug users are still recent arrangements, addressing an overly complex and heterogeneous theme, not conforming, therefore, as ready, static, and final arrangements, but they are being molded over time. In this sense, it takes some modifications resulting from the policies and regulatory apparatus in the area so that they can subsequently reverberate positively in practice, enabling the strengthening of care network to drug users.

Keywords: Health care (public health). Substance-related disorders. Mental health. Substance abuse treatment centers. Public policies.

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AL-ANON – Grupos de Familiares de Alcoólicos Anônimos

ARS – Análise de Redes Sociais

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantil

CentroPOP – Centro de Referência Especializado da Assistência Social para População em Situação de Rua

CG – Centralidade de Grau

CI – Centralidade de Intermediação

CP – Centralidade de Proximidade

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CT – Comunidade Terapêutica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GAM – Grupo de Ajuda Mútua

HPS – Hospital de Pronto Socorro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde

NA – Narcóticos Anônimos

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

NAR-ANON – Grupos de Familiares de Narcóticos Anônimos

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ODK – Open Data Kit

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIUAD – Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PR – Presidência da República

PSC – Psicologia Social Crítica

PTS – Projeto Terapêutico Singular

QR – Questionário de Relacionamentos

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RC – Rede de Contrarreferência

RCC – Rede de Coordenação Conjunta de Casos

RPC – Rede de Programas em Conjunto

RR – Rede de Referência

SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU – Tribunal de Contas da União

UAA – Unidade de Acolhimento Adulto

UAI – Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

WHO – World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Categorias e subcategorias a partir da Análise de Conteúdo -----	56
Tabela 2: Níveis de atenção e serviços postulados pela RAPS -----	59
Tabela 3: Tipologia dos serviços que compõem a rede de atenção aos usuários de drogas em Juiz de Fora -----	75
Tabela 4: Exemplo de matriz quadrada utilizada na ARS -----	80
Tabela 5: Métricas da ARS (de centralidade dos nós e coesão da rede) utilizadas pelo estudo -- -----	81
Tabela 6: Informações Gerais sobre as Redes -----	85
Tabela 7: Métricas de Centralidade na Rede de Referência (RR) de acordo com os tipos de serviço e setores -----	90
Tabela 8: Métricas de Centralidade na Rede de Contrarreferência (RC) de acordo com os tipos de serviço e setores -----	94
Tabela 9: Métricas de Centralidade na Rede de Coordenação Conjunta de Casos (RCC) de acordo com os tipos de serviço e setores -----	98
Tabela 10: Métricas de Centralidade na Rede de Programas em Conjunto (RPC) de acordo com os tipos de serviço e setores -----	103
Tabela 11: Métricas de centralidade de acordo com os tipos de relacionamento entre os serviços -----	105
Tabela 12: Métricas de coesão da rede com e sem o CAPSad -----	107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelos distintos de redes -----	23
Figura 2: Sociograma extraído da matriz exemplificada -----	80
Figura 3: Modelo Operacional da Rede de Atenção -----	83
Figura 4: Sociograma da rede com as relações de referência -----	91
Figura 5: Sociograma da rede com as relações de contrarreferência -----	95
Figura 6: Sociograma da rede com as relações de coordenação conjunta de casos -----	99
Figura 7: Sociograma da rede com as relações referentes ao estabelecimento de programas em conjunto -----	104
Figura 8: Rede de Atenção à Saúde Mental -----	106
Figura 9: Sociograma da RR com a retirada do CAPSad -----	109
Figura 10: Sociograma da RC com a retirada do CAPSad -----	110
Figura 11: Sociograma da RCC com a retirada do CAPSad -----	111
Figura 12: Sociograma da RPC com a retirada do CAPSad -----	112

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Configuração da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas -----	162
ANEXO B – Questionário de Relacionamentos -----	163
ANEXO C – Cardápio de Serviços -----	165
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora -----	167
ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) -----	169

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO -----	16
JUSTIFICATIVA -----	21

1. DROGAS E CONTRA-HEGEMONIA: EM BUSCA DE COMPREENSÕES E RESPOSTAS ABRANGENTES E TRANSFORMADORAS

1.1 INTRODUÇÃO -----	26
1.2 A QUESTÃO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE BRASILEIRA E ALGUMAS DE SUAS FORMAS DE EXPRESSÃO -----	31
1.3 DROGAS, CONFIGURAÇÃO SOCIETÁRIA E QUESTÃO SOCIAL: ENTRELACAMENTOS E DETERMINAÇÕES REFLEXIVAS -----	35
1.3.1 Significados e atribuições das drogas para o ser humano e humanidade -----	35
1.3.2 Para além da saúde: drogas, proibição, coerção e controle social -----	39
1.3.3 Drogas, moralismo, preconceito e estigmatização -----	44
1.3.4 A inexistência da “questão” das drogas -----	46
1.4 REPENSANDO AS RELAÇÕES ENTRE AS DROGAS E A NOSSA REALIDADE --	47

2. “NO PAPEL É BONITO, MAS NA PRÁTICA...” ANÁLISE SOBRE A REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NAS POLÍTICAS E INSTRUMENTOS NORMATIVOS DA ÁREA

2.1 INTRODUÇÃO -----	52
2.2 MÉTODO -----	54
2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO -----	55
2.3.1 O que são as redes de atenção aos usuários de drogas? Caracterizações gerais ---	56
2.3.2 Componentes da Rede -----	58
2.3.3 Modelo de Atenção -----	62
2.3.4 Vários mecanismos, múltiplos paradoxos? -----	65
2.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	68

3. DESVELANDO A REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS A PARTIR DA ANÁLISE DE REDES SOCIAIS

3.1 INTRODUÇÃO -----	70
3.2 MÉTODO -----	74
3.2.1 Delineamento -----	74
3.2.2 Procedimentos -----	77
3.2.3 Instrumento -----	78
3.2.4 Análise dos Dados -----	80
3.2.5 Aspectos Éticos -----	83
3.3 RESULTADOS -----	84
3.3.1 Aspectos Gerais -----	84
3.3.2 Referência de Usuários -----	87

3.3.3 Contrarreferência	92
3.3.4 Coordenação Conjunta de Casos	96
3.3.5 Programas em Conjunto	100
3.3.6 Comparando as métricas de centralidade	105
3.3.7 Rede “CAPSolizada”	106
3.4 DISCUSSÃO	113
3.4.1 Algumas linhas sobre Integralidade	113
3.4.2 Tecimentos acerca da Intersetorialidade	122
3.4.3 No meio do caminho tinha um CAPSad: Comparando modelos	127
3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	 136
 REFERÊNCIAS	 146
 ANEXOS	 162

INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO

A presente tese é a síntese de uma caminhada acadêmica e pessoal, tendo sua gênese e propulsão, no que concerne à dimensão acadêmica, durante a minha graduação em Psicologia na Universidade Federal de Juiz de Fora. O contato com as políticas sobre drogas, através de projetos de pesquisa e extensão, a forma como eram implantadas e se conformavam na realidade, juntamente com os diversos atores que nelas se inseriam e atuavam, foram, aos poucos, despertando em mim um interesse em estudar esse processo vivo, não-linear, cheio de nuances, confluências e implicações. Embebido por esse contexto e motivações, um termo, relacionado a uma perspectiva específica de organização das políticas e da atuação na área, juntamente com as suas consequentes representações, se destacava: “rede”. *“O problema é que nós não temos uma rede”*. *“Temos que trabalhar em rede”*. *“A solução para os problemas é se organizar em rede”*. Sua presença se dava em diversos momentos e falas frequentes que iam de profissionais a gestores, adentrando até mesmo no imaginário social da população usuária dos serviços e das políticas públicas e sociais com interface na temática de álcool e outras drogas, em especial as da saúde e da assistência social. Contudo, dentro de um cenário de certezas e afirmativas, tendo as redes como resposta para os problemas observados, um conjunto de dúvidas e questionamentos pairava sobre mim: *“Mas o que seriam essas redes?”* *“Quais são seus fundamentos, princípios?”* *“Existem outros modelos?”* *“Por que essa perspectiva de trabalho e organização e não outras?”*. Daí, então, surge o interesse em estudar as redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Entretanto, ao longo do processo, fui vendo que os conteúdos aprendidos em Psicologia somente eram insuficientes para entender as temáticas que me propunha a estudar – dentre elas as redes de atenção aos usuários de drogas –, ao menos nas visões e perspectivas tradicionais e hegemônicas em Psicologia repassadas, ainda voltadas a compreensão do homem e realidade a partir de concepções essencialmente subjetivizantes, abstratas, e tendo na clínica individual ou na prática institucionalizada seus grandes *lócus* de atuação. Conforme apontado por Dimenstein (2000) e Lacerda Jr. (2010), a Psicologia tradicionalmente no Brasil individualizou o social, ao almejar modificar o que se encontra na “cabeça” do ser humano, apostando que isso seria a mesma coisa que mexer em nossas estruturas societárias ou que teria como consequência direta uma modificação/transformação da ordem social. Nesse sentido, fui sedimentando toda uma conjunção de críticas às maneiras como a Psicologia, e seu complexo

de saberes e práticas, tradicionalmente se desenvolveram e consolidaram no contexto brasileiro de forma autocentrada, ensimesmada, sendo necessário que me rememorasse constantemente de que esta fazia (e faz) parte das Ciências Sociais. Não obstante, fui esbarrando em diferentes áreas do conhecimento e discussões mais complexas, mas que eram imprescindíveis para o que pretendia, havendo a necessidade de me debruçar sobre elas, tais como: teoria social, o processo histórico de conformação das políticas públicas e sociais na modernidade, a discussão sobre o Estado e seu papel em nossa sociedade, o conceito saúde, suas múltiplas dimensões e diversas formas de compreensão e abordagem, dentre outras. Como consequência, dei alguns passos atrás e fui buscar aportes em outras áreas do conhecimento, seja nas ciências sociais como um todo e suas inter-relações com as ciências da saúde, mas também nas ciências exatas, como a matemática e algumas de suas ramificações, como será possível observar ao longo do trabalho. É neste movimento, só que mais tardiamente, que me deparo com a corrente de pensamento marxista, a partir do contato com algumas discussões, pensadores e colegas na Psicologia Social de cunho crítico e natureza latino-americana e, mais especificamente, no Serviço Social. Tal contato se caracterizou para mim como um sopro de ar fresco frente ao que até então tinha conhecimento, fazendo com que expandisse minha compreensão acerca da própria realidade que me cerca e, por conseguinte, impactando em minhas pesquisas e produções acadêmicas, por mais que este seja um movimento ainda hoje bastante inicial e incipiente, como poderão constatar nas linhas seguintes.

É nesse percurso que nasceram e floresceram um conjunto de projetos e produções, relacionadas, em grande parte, ao debate acerca das redes de atenção aos usuários de drogas no Brasil, tendo como pano de fundo a discussão das políticas sobre drogas e o papel do Estado nesse panorama, do qual destaco a organização do livro “Redes de atenção aos usuários de drogas - políticas e práticas” (Ronzani, Costa, Mota & Laport, 2015). Através do contato com algumas possibilidades e modelos avaliativos inovadores na área, como a Análise de Redes Sociais – que será abordada no decorrer da tese –, foi idealizada e produzida minha dissertação de mestrado, intitulada “Mapeamento da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas: um estudo exploratório” (Costa, 2014)¹. Na dissertação, realizei um levantamento e análise descritiva da rede de atenção aos usuários de drogas do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, desenvolvendo possibilidades metodológicas a serem replicadas em outras áreas e em contextos nacionais e internacionais. É a partir desse trabalho que a presente tese se origina, buscando seu aprofundamento, com vistas à uma compreensão mais abrangente sobre estas redes, indo além

¹ Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Pedro-Henrique-Antunes-da-Costa.pdf>

de sua identificação e descrição e do próprio contexto local. Por isso, também, a importância de se almejar uma maior consistência teórico-conceitual, minimamente apresentada na presente seção e expressa de maneira mais aprofundada, sobretudo, no primeiro capítulo. Afinal, números e métricas não são autoexplicativos, muito menos a realidade.

E por que esse conciso preâmbulo? Inicialmente, para contextualizar o trabalho que aqui se apresenta, afastando qualquer crença e defesa de uma suposta neutralidade existente não só na presente tese, mas na produção de conhecimento em geral. Depois, por entender que um doutorado diz respeito a um processo. E como processo, apresenta-se em permanente construção, sendo resultante de escolhas anteriores e que também não se finda com a entrega da tese. Do mesmo modo, entendo que esse processo não se restringe à tese em si, isto é, aos estudos que serão apresentados a seguir, as linhas, figuras e reflexões que aqui se encontram, bem como à sua defesa, mas se caracteriza como algo mais complexo, sendo possível de ser qualificada como uma trajetória de formação, ao mesmo tempo acadêmica e pessoal. Dessa forma, por mais que se concorde com a necessidade de estipular parâmetros avaliativos universais e da existência de um produto final que simbolize e balize esse processo – e até mesmo sirva como um indicador para a avaliação e justificativa do investimento público realizado – parece estranho reduzir toda essa caminhada a este produto somente. Por isso, a importância dessas poucas observações até o presente momento.

Portanto, acredito que o que terão acesso nas linhas a seguir trata-se de uma representação deste processo, mais especificamente de um resumo sobre mim mesmo durante o período do doutorado (2014-2017), refletido nas problemáticas e objetos de estudo, suas respectivas abordagens e formas de análise, discussão e conclusões provenientes. Uma síntese incompleta, e que, assim como nós, seres humanos, é múltipla, em constante transformação, ou como dizia Raul Seixas, num dos mais importantes tratados sobre identidade: uma metamorfose ambulante.

É dessa e nessa caminhada que resulta e se insere a presente tese, objetivando o empreendimento de uma compreensão abrangente sobre as redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, entendendo seus fundamentos teórico-conceituais e marcos políticos, mas também como se conformam na prática. De modo a alcançar este objetivo, o trabalho, após apresentadas as justificativas para a realização da tese, seguidas de algumas breves e introdutórias e considerações sobre as redes de atenção na atualidade, encontra-se estruturado em três capítulos, que correspondem a uma primeira parte conceitual-reflexiva sobre a temática das drogas e dois diferentes estudos empíricos apresentados no formato de artigos, mais as considerações finais da tese.

O primeiro capítulo, “Drogas e contra-hegemonia: em busca de compreensões e respostas abrangentes e transformadoras”, consiste numa tentativa de entender e sinalizar possibilidades de abordagem às drogas na contemporaneidade brasileira, fugindo das recorrentes e tradicionais propostas reducionistas e descaracterizantes que permeiam o campo e buscando qualificar outras com destacadas contribuições, mas que frequentemente enfocam determinadas dimensões da temática (p. ex. na perspectiva de saúde/cuidado ou na análise crítica do campo da segurança/repressão). No segundo capítulo, intitulado “*No papel é bonito, mas na prática...* Uma análise da rede de atenção aos usuários de drogas a partir das políticas e instrumentos normativos da área”, que se trata de uma pesquisa documental de tipo exploratório-descritiva, realizo uma análise de conteúdo temática (Bardin, 2009) dos principais documentos governamentais referentes às atuais políticas e aparatos normativos-legais brasileiros sobre drogas, almejando elucidar suas conceituações e caracterizações sobre as redes de atenção aos usuários de drogas no país, assim como algumas de suas categorias centrais, traçando possíveis contradições, desafios e potencialidades.

Já o terceiro capítulo, “Desvelando a rede de atenção aos usuários de drogas a partir da Análise de Redes Sociais”, refere-se a um estudo empírico também exploratório-descritivo, que avaliou a rede de atenção em sua concretude, especificamente a do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Trata-se da continuação da pesquisa de mestrado supracitada, que realizou um levantamento e caracterização inicial dos dispositivos assistenciais que compõem a rede de atenção no município mencionado. Conforme apontado no título, a Análise de Redes Sociais (ARS) foi empregada como proposta avaliativa da rede de atenção. Também num formato de artigo, o capítulo é estruturado da seguinte forma: (a) introdução; (b) método, com a apresentação do modelo operacional elencando os pontos a serem avaliados e a estruturação do processo de coleta e análise dos dados; (c) os resultados encontrados e sua posterior discussão; e (d) algumas considerações finais extraídas dos resultados. Dessa forma, busco a consolidação de diálogos entre as redes de atenção nos níveis local e nacional, entrelaçando os achados com as políticas (Capítulo II) e literatura da área.

Finalmente, são traçadas algumas considerações finais, conglomerando os resultados e discussões propiciados por todas as partes supracitadas. Ressalto que essa divisão da tese se deu por duas motivações: (a) a já citada continuidade da dissertação de Mestrado (Costa, 2014) que, juntamente com o presente trabalho, compõem um amplo projeto sobre as redes de atenção aos usuários de drogas; (b) e uma motivação pragmática, no sentido de orquestrar uma linha argumentativa que possibilitasse uma melhor ordenação e maior clarificação das ideias, em concomitância com futuros processos de publicação. Dessa forma, todos as partes integrantes

da presente tese estão relacionadas numa lógica sequencial, fazendo parte de uma totalidade que, conforme supracitado, é a compreensão abrangente das redes de atenção aos usuários de drogas no Brasil. As reflexões levantadas no primeiro capítulo clarificam e assentam o panorama onde os dois estudos subsequentes encontram-se circunscritos: a “questão” das drogas. Já o segundo estudo, focado mais para a apreensão do conceito de redes de atenção aos usuários de drogas e seus fundamentos norteadores presentes no percurso histórico de constituição das políticas na área, influenciou diretamente a formulação da pesquisa empírica na realidade de Juiz de Fora (terceiro capítulo), indo desde a concepção e o planejamento do modelo operacional e do método, até as interpretações e discussões suscitadas pelos resultados obtidos. Por fim, os resultados dessa última pesquisa, coadunando com a literatura internacional e, especialmente, brasileira na área, trazem um caráter mais concreto, de ilustração prática, da constituição das redes de atenção aos usuários de drogas no município estudado, possibilitando generalizações para a sua compreensão não só nessa localidade, mas para o contexto brasileiro, de modo geral.

Dessa forma, a presente tese consolida o tecer de uma breve, mas intensa caminhada; uma rede viva, tecida a várias mãos e que, ao invés de acabada ou fechada em si mesma, deixa embaraços e fios soltos transponíveis a outras vindouras mãos e coseduras.

JUSTIFICATIVA

As justificativas para a realização deste trabalho passam, primeiramente, pela relevância da abordagem à temática do uso de drogas, sendo o uso abusivo (também chamado de nocivo ou problemático) e a dependência caracterizados como um “problema” social e de saúde pública não só no Brasil, mas em todo o mundo (Whiteford et al., 2013; Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin & Vos, 2015; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2016). Segundo o último relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), no ano de 2014, estima-se que 207.400 pessoas tiveram suas mortes relacionadas com as drogas. Apesar de 29 milhões de pessoas sofrerem algum tipo de transtorno relacionado ao uso abusivo de drogas, apenas uma em cada seis encontra-se em tratamento (UNODC, 2016). Tais dados demonstram, portanto, a pertinência de não somente se considerar as drogas como uma temática de estudo, mas também de se compreender como ela comparece e é configurada em nosso modelo societário e imaginários sociais, assim como buscar avaliar e modificar as políticas e os sistemas assistenciais existentes, abrangendo uma série de fatores, como suas racionalidades, estruturas, modelos de atenção, possíveis barreiras no acesso aos serviços e às políticas da área, em suma, seus desafios e potencialidades.

Igualmente, faz-se mister a consolidação de entendimentos mais apurados acerca das redes de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro. Isso se deve à preeminência da perspectiva de organização de redes na implementação e governança de políticas e no funcionamento da coisa pública (Lopes & Baldi, 2009; Denis, 2010; Pereira & Teixeira, 2013), atrelada ao fato de que estes arranjos são polissêmicos, apresentando uma pluralidade de significações e sentidos, com problemas de entendimento oriundos da própria heterogenia de definições do conceito “rede”².

Entende-se que as propriedades e modalidades das redes serão configuradas de acordo com as necessidades dos elementos e contextos que as compõem, podendo ser caracterizadas de diversas maneiras, o que nos leva a considerar na análise dessas redes os fatores sociais, políticos e econômicos que as permeiam (Lopes & Baldi, 2009). Um exemplo dessa

² Para uma melhor compreensão das diferentes terminologias e significados referentes ao conceito de redes e suas ramificações, como redes sociais, redes pessoais, redes de apoio, redes de apoio/suporte social, dentre outras, os seguintes trabalhos são sugeridos: 1) P. H. A. Costa, T. M. Ronzani e F. A. B. Colugnati, *Análise de redes sociais: Uma estratégia avaliativa para a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas*, do livro *Psicologia e Saúde Pública. Contribuições e desafios* (2015); 2) M. Gomide, P. H. A. Costa e F. A. B. Colugnati, *A análise de redes sociais nas redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas*, do livro *Redes de atenção aos usuários de drogas - políticas e prática* (2015); e 3) S. C. Vermelho, A. P. M. Velho e V. Bertoncello, *Sobre o conceito de redes sociais e seus pesquisadores* (2015)

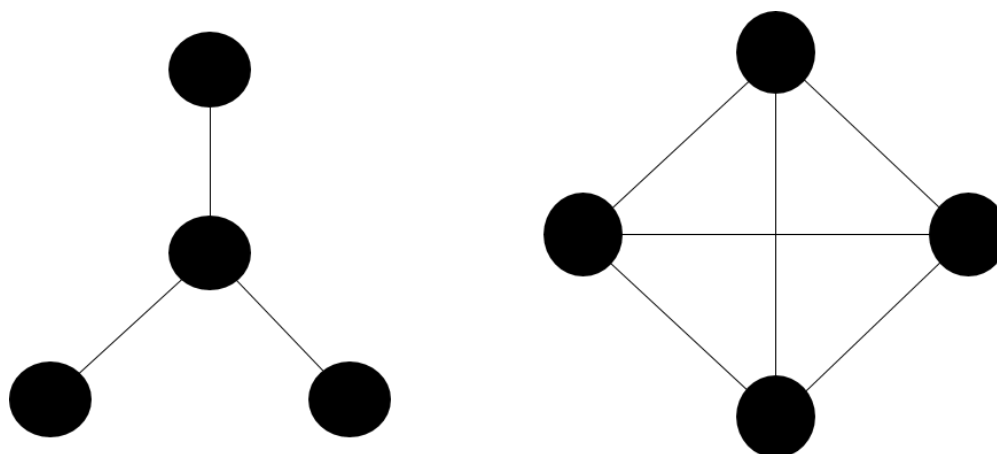
heterogeneidade e, também, paradoxalidade no discurso das redes se dá no âmbito das políticas sociais, onde essa forma de organização ganha relevância nos anos 1990 com a inserção e avanço do discurso e das reformas neoliberais na agenda pública, atrelada ao conceito de descentralização. As redes ganham um papel de destaque no fomento a uma nova concepção do papel do Estado, com sua desregulamentação e a transferência de responsabilidades para o mercado e ao setor privado (com iniciativas mercantis e não mercantis) e para a dita sociedade civil organizada (por meio das Organizações não governamentais - ONGs), agora tomados como responsáveis diretos pela garantia de direitos e bem-estar social (Pereira & Teixeira, 2013). Por outro lado, aparecem enquanto arranjos fundamentais na abordagem às condições de saúde e de vida em geral da população, impactadas por processos de transições urbana, epidemiológica, demográfica etc., com uma maior prevalência e incidência de condições crônicas em detrimento das doenças agudas e aprofundamento das expressões e impactos da questão social³, possibilitando uma maior integralidade e eficiência do cuidado, assim como a articulação entre as políticas setoriais, isto é, a intersetorialidade (Hartz & Contandriopoulos, 2004; Mendes, 2010; Silva & Magalhães Júnior, 2013). Adicionalmente, observa-se a utilização da perspectiva de organização em redes frequentemente nos movimentos sociais e outros âmbitos, visando fomentar processos de ampliação e democratização da participação social, considerando o papel central do Estado não só na regulação e normatização das políticas públicas, mas em sua gestão como um todo (Pereira & Teixeira, 2013). Resumindo, as redes podem ser perpassadas por diferentes concepções, assumindo diversas características e modalidades de estruturação e servindo a variados projetos políticos e societários, o que reforça a necessidade de serem compreendidas em sua complexidade, abrangendo suas interfaces e contradições, mas não apenas em si, senão dentro de um complexo de complexos.

De modo a ilustrar essa multiplicidade conceitual e semântica, a Figura 1 é apresentada, congregando dois arranjos bastante distintos e que representam modelos paradoxais, mas que podem ser entendidos, em ambos os casos, como redes. O primeiro possui uma maior centralização, sendo que para os pontos se comunicarem/articularem precisam, impreterivelmente, estabelecer relações com o *nó* que está no centro. Consequentemente, essa rede também possui um baixo poder de resiliência, ao ponto de que se retirarmos seu *nó* central, ela se desarticula e deixa de existir, restando os pontos isolados. Já o segundo é permeado por uma perspectiva organizacional mais horizontal e dialógica, onde mesmo com a saída de um de seus nós, os outros continuam articulados. Sendo assim, apenas com a demonstração destes

³ Esse conceito será apresentado e explicitado mais à frente no trabalho

exemplos iniciais, questionamos: Evocar as redes ou somente falar de suas importâncias é suficiente? O que se quer dizer quando se utiliza este termo? Ou quando dizem que se deve trabalhar em rede? O que elas representam ou podem representar? É possível falar de coisas díspares e, em alguns casos, até mesmo paradoxais, utilizando a mesma terminologia?

Figura 1: Modelos distintos de redes



Fonte: Do Autor

Tomando como ponto de partida essas indagações, sendo algumas delas retóricas, será empregada a ideia de que as redes, sejam elas quais forem, representam mais do que simples aglomerados de pontos e *nós* (que podem ser pessoas, serviços etc.), bem como as relações estabelecidas por estes elementos. Especificamente, no caso das redes enquanto arranjos de governança e perspectiva de trabalho nas políticas públicas, mais do que emaranhados, elas englobam e são conformadas também pelas concepções, valores, ideias, filosofias, dentre outros aspectos, que seus componentes carregam consigo e pelos contextos políticos e socioeconômicos em que se inserem, havendo a necessidade de se considerar estes fatores nos processos analíticos.

E como essa discussão nos leva às redes de atenção aos usuários de drogas? Conforme apontam Costa, Ronzani e Colugnati (2015a) e Costa, Mota, Paiva e Ronzani (2015b), estas redes, que representam uma perspectiva de organização e trabalho das políticas públicas e sociais, dos setores, serviços e profissionais que prestam assistência às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas – e cujas especificidades serão abordadas no Capítulo II – também são permeadas por uma pluralidade de sentidos. E essa heterogenia se agrava ainda mais quando esta perspectiva se encontra cada vez mais presente nas discussões,

ações, processos de trabalho e políticas da área, mas, ao contrário do que se possa imaginar, não reverbera necessariamente na constituição de um conjunto equivalente de reflexões e entendimentos aprofundados sobre ela (Costa et al., 2015a; 2015b). Em suma, fala-se muito sobre rede, mas pouco se pensa e se discute sobre o que isso pressupõe e significa. Assim, de modo a contribuir com a reversão ou, pelo menos, com a minimização desse panorama reificado e naturalizado, que toma as redes de atenção aos usuários de drogas como acabadas ou, até mesmo, como panaceias para todos os problemas, penso ser necessário, inicialmente, empreender exercícios de análise conceitual sobre estes arranjos, buscando maiores fundamentações e embasamentos nos seus marcos teóricos e históricos que permitam, posteriormente, a sua compreensão na realidade concreta, isto é, sua conformação no cotidiano dos serviços e práticas profissionais.

Logo, essa perspectiva de compreensão totalizante empreendida pela presente tese também se dá na medida em que, apesar de o terceiro estudo estar voltado para a compreensão de um arranjo organizativo em um cenário específico, ou seja, a rede de atenção aos usuários de drogas de Juiz de Fora, este encontra-se inserido e é conformado por um contexto mais amplo e macroestrutural, isto é, ele faz parte de uma totalidade concreta. E este panorama macro pode ser captado, em determinado nível, a partir da compreensão das condições históricas que conformaram o presente objeto de estudo, assim como por meio das análises e trocas com os direcionamentos das políticas e aparato normativo-legal (Capítulo II) e com os achados da literatura acadêmica na área, até mesmo porque o contexto particular encontra-se submetido ao geral. Obviamente que essa relação geral-particular não se dá de forma casuística, com o primeiro determinando de forma simplista o segundo. Sendo assim, apesar das especificidades e particularidades do contexto local, algumas postulações generalistas são possibilitadas, para além de uma compreensão mais arraigada da rede de atenção em Juiz de Fora, indo numa direção mais abrangente que nos leve ao entendimento das redes de atenção aos usuários de drogas como um todo no Brasil.

Dessa forma, acredito que seja possível uma compreensão ampliada sobre as redes de atenção aos usuários de drogas, aliando seus aspectos teórico-conceituais e práticos. Ou seja, buscar responder aos seguintes questionamentos: O que são as redes de atenção aos usuários de drogas para as políticas e instrumentos normativos da área? Quais são seus fundamentos, características, componentes etc.? O que elas expressam? E como elas se conformam na realidade? Espero, de tal modo, contribuir com o debate assistencial referente à temática do uso de drogas, assim como para com a reorganização da oferta de cuidado aos usuários de drogas, a partir da identificação de possíveis pontos de facilitação e obstáculos a uma reorientação das

políticas, redes de atenção e práticas profissionais. Almejo, também, subsidiar conceitual e metodologicamente futuras pesquisas e intervenções que contribuam com melhorias para uma maior integração dessas redes, políticas e ações na área.

Ademais, ao ser o primeiro trabalho no Brasil que utiliza a ARS como ferramenta avaliativa da rede de atenção aos usuários de drogas, espera-se com a presente tese demonstrar algumas contribuições da ARS para as políticas públicas, sejam elas setoriais (da saúde, assistência social, dentre outras) ou específicas sobre a temática das drogas. Por mais que se configure como uma estratégia avaliativa com variadas potencialidades, a ARS ainda é relativamente desconhecida no contexto nacional, especialmente quando se refere às redes e sistemas organizacionais das políticas (Costa, Ronzani & Colugnati, 2015c; Gomide, Costa & Colugnati, 2015). Portanto, conforme é pretendido demonstrar, entende-se que a ARS possibilita a incorporação de possibilidades avaliativas inovadoras, abarcando o dinamismo das relações entre serviços, profissionais e setores, bem como a complexidade das formas organizativas das próprias políticas públicas, engendradas ideal e concretamente por meio de sistemas articulados e em redes (Denis, 2010; Gomide & Schütz, 2015). Por conseguinte, almeja-se demonstrar o potencial de impacto desta estratégia nos diferentes níveis de tomada de decisão estatal, indo desde a organização dos processos de trabalho dentro dos dispositivos assistenciais, passando pela articulação entre diferentes serviços, níveis e setores, e abarcando, por fim, todo o processo de formulação, implantação e gerência das políticas públicas.

1. DROGAS E CONTRA-HEGEMONIA: EM BUSCA DE COMPREENSÕES E RESPOSTAS ABRANGENTES E TRANSFORMADORAS

1.1 INTRODUÇÃO

Antes de adentrar, especificamente, nos estudos mencionados que abarcam diretamente as redes de atenção aos usuários de drogas, acredito ser importante tecer algumas considerações sob o pano de fundo da problemática estudada, que é a chamada “questão” das drogas, de modo deixar clara a compreensão partilhada acerca dela. Ou seja, pretende-se explicitar qual é a concepção, a racionalidade que se tem dessa temática e que será utilizada como o horizonte/norte para a consequente análise das redes de atenção e da assistência às pessoas que fazem uso de drogas no Brasil e que necessitam de algum tipo de cuidado, e também para refletir acerca das possibilidades de transformação desse cenário.

Portanto, no presente capítulo, tecerei algumas considerações sobre como a “questão” das drogas se conforma e é abordado na sociedade brasileira contemporânea, de modo a ampliar o seu entendimento enquanto “problema” social, ao compreendê-lo atrelado aos modos de produção e reprodução da ordem social capitalista, no caso brasileiro, um capitalismo periférico dependente e colonizado, e, mais especificamente, à questão social. Almeja-se, assim, romper com formulações hegemônicas pululantes no imaginário social, mas também na academia, que o interpretam descolado dessa totalidade social, atreladas a fundamentações naturalizantes, individualizantes (seja por meio de perspectivas biologicistas ou psicologizantes), moralistas, dentre outros. Do mesmo modo, visa-se incorporar e agregar novos elementos para as tradicionais análises sobre o tema que o dicotomizam entre a saúde, por meio de uma perspectiva de cuidado/assistência, e a segurança pública, com vistas a um olhar integrado. Dessa forma, a temática será abordada em sua amplitude, isto é, a partir da compreensão integrada das esferas da produção, comércio e consumo e suas determinações reflexivas, mesmo que, com isso, sejam impostas limitações em termos do aprofundamento sobre cada uma dessas dimensões. Nesse processo, são apontadas também algumas implicações para se (re)pensar a abordagem à temática como um todo, caminhando desde a formulação e condução das políticas pelo Estado, até mesmo à prática profissional na área e como o tema nos atravessa enquanto sujeitos sociais, visando romper com concepções e perspectivas descaracterizantes e descontextualizadas.

Por que isso se faz necessário? Porque, primeiramente, como poderão ver adiante, trata-se de um assunto complexo, com múltiplas determinações e que, por isso, é perpassado

por uma pluralidade de visões, concepções, referenciais teórico-metodológicos, apesar de grande parte dos estudos na área partirem de visões reificadas e naturalizadas sobre o tema, não vendo necessidade de clarificá-las ou limitados pelos modelos de produção e divulgação científica. Esta pluralidade, por mais que não problematizada, gera leituras e abordagens diversas, chegando algumas vezes em coeficientes comuns, mas em grande parte a diferentes constatações e conclusões. Por exemplo, Pillon e Luis (2004), a partir de revisão da literatura, destacam cinco modelos explicativos às drogas, tais como: (a) ético-legal, concebendo o uso de drogas como ato transgressor, sobretudo as ilícitas, enfocando as sanções legais implicadas; (b) moral, de visão também negativa sobre o uso, culpabilizando os indivíduos pelo uso e problemas adjacentes; (c) médico ou de doença, onde o uso de substâncias exerce papel de doença, com enfoque na recuperação do usuário, por meio de tratamento médico que vise a abstinência; (d) psicológico ou psicossocial, que abrange aprendizado social, interação familiar e os traços da personalidade do indivíduo; e (e) sociológico ou sociocultural, que concebe a problemática das drogas como resultado de um número de forças sociais, sendo este o modelo explicativo que embasa a presente tese. Vale destacar que, em determinados níveis, alguns dos modelos citados coexistem, estabelecendo não somente inter-relações, mas mútuos reforçamentos.

Logo, são prementes esforços de compreensão conceitual-teórica, contribuindo para a reversão de um cenário permeado por visões e abordagens essencialmente moralizantes e/ou descontextualizadas. Entende-se que a problemática das drogas, considerando suas especificidades, se inscreve em uma totalidade concreta, que diz respeito ao nosso modelo societário, e é conformada por ela. Logo, tentativas de abordagem e análise a esta temática e suas múltiplas interfaces devem considerar estas condições que a constituem, ao passo que também são perpassadas por ela.

Assim, as redes de atenção aos usuários de drogas no Brasil encontram-se circunscritas justamente à temática do uso de drogas e suas condições históricas, sociais, políticas etc., trazendo consigo todas essas mediações e multidimensionalidade. Entretanto, para fins de investigação e compreensão, este nosso objeto de estudo será, inicialmente, recortado da totalidade social que o conforma, para que, posterior à sua análise isolada e ao entendimento de suas especificidades, sejam recolocadas no interior da totalidade social, compreendendo suas múltiplas relações e determinações com outros objetos e fenômenos que configuram nossa sociedade. Não obstante, como uma última justificativa para a existência do presente segmento da tese, considera-se importante a clarificação desde o início do trabalho da forma como essa problemática é compreendida, de modo a fornecer ao leitor do trabalho a possibilidade de uma

análise crítica sobre a coerência com a qual se concebe e busca-se trata-la, juntamente com as suas ramificações.

Sendo assim, será tomada como ponto de partida para a compreensão da temática em questão a Saúde Coletiva (SC), bem como alguns diálogos tecidos com a Psicologia Social Crítica (PSC), principalmente através dos predicados situados na tradição marxista⁴, por meio de sua leitura materialista histórico-dialética. De acordo com Campos (2000), por meio dessa fundamentação na SC, pretende-se ultrapassar as fronteiras e limitações tanto do positivismo quanto do estruturalismo, pensando o ser humano e o processo saúde-doença a partir de suas determinações sócio históricas e concretas, o que não representa a desconsideração das relações dialéticas, de mútua influência, que conformam a realidade, a saber: entre o abstrato e o concreto, o subjetivo e o objetivo, o individual e o coletivo, dentre outras. Ademais, essa é uma perspectiva que toma como premissa a indissociabilidade entre teoria e prática, por meio da práxis, concebendo a ciência e processo de produção de conhecimento também como práticas sociais e políticas.

Em consonância com Vasconcelos (2012), a reivindicação pela utilização do marxismo na área, também relaciona-se com a insuficiência que existe no Brasil por parte do movimento antimanicomial e dos atores da área de saúde mental em geral (que engloba a temática das drogas) de análises mais abrangentes e sistemáticas da nossa conjuntura societária e suas condições estruturantes, enquanto resultantes de processos históricos, concomitantemente à incipiência de estratégias de enfrentamento contextualizadas e adequadas a este panorama. Tal lacuna decorre, dentre outros fatores, da influência epistemológica e ideológico-política de formulações frequentemente enquadradas dentro de denominações e matizes pós-estruturalistas e pós-modernas, especialmente aquelas inspiradas no pensamento *foucaultiano*, da micropolítica, ou até mesmo da experiência *basagliana* na Itália. Devido às suas próprias características, estas perspectivas mostram-se incapazes (ou mesmo não se propõem a fazer isso) de abarcar e compreender as condições estruturais de nossa ordem social capitalista, o que se mostra problemático, especialmente num contexto de agudização da crise estrutural do capitalismo monopolista a partir do final dos anos 1960 e início dos 70 e que ganha corpo no Brasil nos anos 90, atrelado à implantação do projeto neoliberal.

⁴ Em consonância com as sinalizações de Netto (1983, citado por Lacerda Júnior, 2010a), utiliza-se a terminologia “tradição marxista” devido à heterogenia de análises e interpretações que, apesar de se embasarem no pensamento marxiano, conformam um corpo teórico plural, conjugando uma série de diferenças. Dessa forma, não existe necessariamente um marxismo, como uma corrente monolítica, mas vários marxismos, ao passo de haver a necessidade de diferenciá-los dos escritos e postulados do próprio Marx, que são denominados de teoria ou pensamento marxiana(o).

Como consequência, vemos, frequentemente, propostas de análise da realidade e intervenção que renegam ou desconsideram as próprias estruturas e conformações da totalidade social, bem como sua múltiplas determinações, aliada a perspectivas voluntaristas, individualizantes, caritativas, que enfocam a formação clínica, psicossocial ou micropolítica, e a prática assistencial nos serviços, como se estivessem descolados dessa própria totalidade, não percebendo, inclusive, os limites estruturais postos aos avanços da reforma psiquiátrica (Vasconcelos, 2012). Contudo, tais críticas não significam uma desconsideração por completo de tais aportes, o que nos privaria de contribuições importantes para se pensar os movimentos sociais e a incursão de uma série de pautas historicamente desconsideradas ou minimizadas, como a relação entre normal e patológico, a historiografia crítica da psiquiatria e do saber médico, a reflexão sobre a posição e papel das instituições em nossa sociedade ao longo da história, sobretudo as totais, de correção e coerção, a própria Luta Antimanicomial e a consequente Reforma Psiquiátrica brasileira e seus inúmeros avanços, dentre outros elementos.

Mas, retornando aos campos do saber que constituem as fundações do presente trabalho, cabe nos questionarmos o que seria a Saúde Coletiva. Inicialmente, configurada enquanto um movimento ideológico e político que contribuiu para a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, a Saúde Coletiva, posteriormente, evoluiu a ponto de se conformar como um campo científico, de produção de conhecimentos, mas que se mostra indissociavelmente aliado a um âmbito de práticas acerca das diversas expressões do processo saúde-doença e da vida das pessoas. Segundo Paim e Almeida Filho (1998, p. 308), dois médicos sanitaristas e importantes pensadores/militantes da Reforma Sanitária brasileira, a SC seria um:

[...] campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto 'saúde' e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como "setor saúde".

Por mais que se trate de um campo plural, multiparadigmático, muitas das vezes não consensual, serão concebidas como principais premissas da SC, a partir da tradição marxista explicitado: (a) o rompimento com uma concepção de homem fragmentada, cartesiana e organicista em vistas a sua compreensão como sujeito histórico e social, para além de um mero corpo e/ ou psiquismo, sendo produto e produtor de sua própria condição de existência; (b) a superação do paradigma de saúde pública tradicionalmente pautado por um modelo biomédico individualizante hegemônico com enfoque nas ações de controle e curativistas,

desconsiderando práticas de promoção de saúde e prevenção; (c) a concepção e a abordagem tanto do ser humano quanto do processo saúde-doença, dentre outros fenômenos que os perpassam, não se dão *per si*, mas atreladas a determinadas lógicas e configurações societárias e suas contradições sociais, o que abre espaço para as contribuições advindas do diálogo entre diferentes áreas do conhecimento (Paim & Almeida Filho, 1998; Campos, 2000; Paim, 2007; Nunes, 2012; Soares, Campos & Yonekura, 2013).

Já a PSC, apesar de também ser perpassada por uma pluralidade teórico-metodológica, tem como principal horizonte a elaboração de novas perspectivas de compreensão do ser humano, bem como de outras categorias importantes para a Psicologia. De modo geral, ela surge, especialmente num contexto latino-americano dos anos 60/70, a partir de críticas feitas à Psicologia Social hegemônica perpassada por um ideário individualista e psicologizante que serviu (e serve) como ferramenta das ideologias dominantes, ao localizar a gênese dos problemas nos indivíduos, sobretudo em sua dimensão psíquica, acarretando na sua culpabilização pelas situações em que se encontram (Dimenstein, 2000; Montero, 2004; Lacerda Jr., 2013).

Logo, com a PSC objetiva-se o rompimento com essa tradição atomista (seja ela biologicista ou essencialmente psicologizante) na Psicologia e Psicologia Social, que toma os sujeitos a partir de duas grandes perspectivas: (a) como indivíduos livres, quase como mônadas, que se conformam num vácuo sociohistórico; (b) como organismos vivos ou aparelhos psíquicos ambulantes que interagem no meio físico, sendo os seus processos psicológicos a(s) causa(s) de seus comportamentos e de sua constituição. Em ambos os casos, observa-se uma concepção de homem ancorada numa tendência de individualização do social, de centralidade no indivíduo, que caminha de mãos dadas com a naturalização do social, se mostrando funcional ao próprio sistema sociopolítico e econômico capitalista vigente, e, portanto, incapaz de responder adequadamente às necessidades do nosso contexto social (Dimenstein, 2000; Lacerda Jr., 2010a; 2010b; Lane, 2012). Atrelado a isso, a dimensão crítica explicitada no nome desta vertente teórico-prática também é direcionada para o próprio modelo societário capitalista, que, ao nos tomar como mercadorias, mercantilizando também as nossas necessidades humanas, trata de nos alienar e nos negar enquanto homens/sujeitos em plenitude, isto é, nos denegar em nossa própria essência/natureza e potência. Nesse sentido, a PSC também possui como intuito contribuir para a solidificação de projetos transformadores e emancipatórios (Montero, 2004; Lacerda Jr., 2013).

De modo a alcançar os objetivos propostos, o presente trabalho encontra-se estruturado em três partes, a saber: (a) um breve panorama explicativo sobre a questão social e algumas de

suas manifestações, enfatizando o contexto brasileiro; (b) a problemática do uso de drogas como uma das expressões de nossa ordem social, especialmente atrelada à questão social, que consiste no foco do artigo; e (c) algumas considerações que podemos extrair deste processo, juntamente com sinalizações futuras para a abordagem teórico-conceitual e prática do tema.

1.2 A QUESTÃO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE BRASILEIRA E ALGUMAS DE SUAS FORMAS DE EXPRESSÃO

A expressão “questão social” surge na terceira década do século XIX para dar conta do fenômeno de pauperização acentuada ocorrido na Europa, onde, apesar do crescimento na produção de bens, observava-se um aumento do empobrecimento e declínio das condições de vida da população, com concentração da distribuição da riqueza socialmente produzida (Netto, 2001). Atualmente, apesar de não se constituir em um conceito unívoco, sendo compreendido por meio de diferentes escolas teóricas e com variadas implicações políticas, refere-se ao conjunto das expressões que definem as desigualdades da sociedade, originadas na contradição entre capital e trabalho, isto é, na “sociabilidade erguida sob o comando do capital” (p. 46). Em consonância, Iamamoto e Carvalho (1983, apud Yamamoto, 2009) conceituam a questão social como a manifestação da contradição existente entre o proletariado e a burguesia no cotidiano da vida social.

Ainda de acordo com Netto (2001), o desenvolvimento capitalista produz, de forma compulsória, a questão social, ou seja, ela é constitutiva das relações capitalistas (Iamamoto, 2001), o que nos leva a pensar que a sua eliminação só virá com a supressão da ordem do capital e do Estado burguês. Como manifestações da questão social, elencamos, dentre várias possibilidades, a desigualdade social, o desemprego estrutural, a fome, violência e criminalidade, doenças e mesmo “questões” geralmente concebidas como manifestações individuais, meramente físicas e/ou psicológicas, como os transtornos mentais diversos, o tráfico, o uso problemático e a dependência de drogas (Netto, 2001; Vasconcelos, 2012; Souza, Silva & Silva, 2013).

Contudo, apesar da indissociabilidade da questão social do âmbito de produção capitalista, algumas de suas concepções e formas de enfrentamento, especialmente aquelas situada na tradição liberal (do liberalismo clássico, passando pelo keynesianismo até o neoliberalismo), tomam-na não como resultante da exploração econômica, mas como um fenômeno autônomo, geralmente imputado, juntamente com suas consequências, aos indivíduos e suas supostas liberdades de escolhas. Daí é que surgem tentativas de explicação

da questão social e suas manifestações, como a pobreza, por exemplo, a partir de perspectivas individualizantes, seja por causa de déficits educativos, por dificuldades de planejamento do orçamento pessoal ou familiar ou, até mesmo, devido a problemas de ordem moral-comportamental, como a preguiça de trabalhar, o chamado “jeitinho brasileiro”, gastos excessivos e supérfluos ou, em nosso caso, o uso de drogas (Montaño, 2012).

E como se expressa a questão social no contexto atual brasileiro? De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), através dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), no fim de março de 2017, cerca de 14,2 milhões de brasileiros encontravam-se desempregados, o que representa uma taxa de 13,7%, um valor recorde na série temporal iniciada em 2012. Ainda conforme o IBGE (2016a), 9,2% da população brasileira vive em situação de extrema pobreza, em comparação a 8% no ano anterior. Cabe ressaltar que as manifestações da questão social são experienciadas diferentemente pelos sujeitos e grupos sociais não só devido às suas particularidades, mas, principalmente, por conta do papel que historicamente exerceram e exercem determinadas categorizações, tais como os marcadores étnico-raciais, de gênero etc., estando todos eles inter-relacionados e circunscritos a estruturas de opressão, como o racismo, o patriarcado e o machismo, dentre outros, que, apesar de anteriores ao capitalismo, são reforçadas e conformadas por e neste sistema, o reificando e perpetuando.

No que se refere à dimensão étnico-racial, segundo o IBGE (2016a), negros (pretos e pardos) eram a maioria da população brasileira em 2015, representando 54,0% da população. Contudo, entre os 10% mais pobres, 75,5% eram pretos ou pardos e 23,4% brancos; entre aquele 1% que concentra os maiores rendimentos, somente 17,8% eram pretos ou pardos e 79,7% de brancos. De acordo com o IPEA (2016), entre 2004 e 2014, houve um crescimento de 18,2% na taxa de homicídio de afrodescendentes sendo que para cada não negro que sofreu homicídio, 2,4 indivíduos negros foram mortos. Ainda segundo esse estudo, aos 21 anos de idade, pretos e pardos têm 147% a mais de chances de serem mortos (IPEA, 2016). De acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN - Ministério da Justiça, 2014), de cada três presos, dois são negros (67%). Conforme o “Mapa da Violência de 2015 – Homicídios de Mulheres no Brasil” (Waiselfisz, 2015), as mulheres negras são as maiores vítimas da violência doméstica e violência letal no país, com o crescimento de 54,2% no índice de homicídios entre 2003 e 2013, ao passo que o das mulheres brancas caiu 9,2% nesse mesmo período.

Abarcando os marcadores de gênero, de acordo com os dados do Grupo Gay da Bahia, 347 LGBTs foram assassinados por causas violentas no Brasil em 2016, devido a suas

identidades de gênero e orientações sexuais. Em 2015, foram 318, com a ocorrência de um crime de ódio a cada 27 horas. Destes, 52% eram gays, 37% travestis, 16% lésbicas e 10% bissexuais⁵. Segundo levantamento feito pela Transgender Europe's Trans Murder Monitoring (TMM) Project⁶, que luta pela igualdade Trans na Europa e no mundo, o Brasil é o país que mais mata transexuais, com um número três vezes maior de homicídios que o segundo colocado, México.

No que tange ao uso de drogas, segundo dados da Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack (Bastos & Bertoni, 2014), em torno de 370 mil pessoas fizeram uso regular de crack nas capitais do país nos seis meses anteriores à realização do *survey*. Nestes casos, encontrou-se um perfil predominante de homens, não-brancos, com uma faixa etária que vai de 18 a 34 anos, escolaridade da 4ª à 8ª série do ensino fundamental, desempregados ou em relações informais de emprego e com uma porcentagem expressiva (40%) em situação de rua. Propositamente, a escolha do crack como ilustração, não se deve ao seu suposto “poder viciante”, mas porque ele expõe claramente nossas mazelas sociais, expressões da questão social, devido a sua ínfima proximidade com elas, assim como as lacunas das respostas aos nossos problemas e condições de vida, na forma das políticas públicas e sociais.

A pretensão dessas explicações não é a de postular uma relação casuística/determinística entre questão social e a violência, a criminalidade, racismo, machismo, homofobia ou mesmo o uso de drogas. No caso das drogas, foco do presente trabalho, como poderá ser visto posteriormente, trata-se de uma problemática complexa e com múltiplas interfaces, caracterizando-se como uma das diversas formas de ação e expressão humana, independente do modelo societário existente e que, por conseguinte, coexiste com a própria humanidade (Carneiro, 2005). Tal lembrete serve também para antever e já responder aqueles que possam imediatamente – e com razão – questionar se em outras ordenações e formas de sociabilidade que não a erigida e comandada pelo capital, também não haveria (ou haverá) o uso de drogas, cuja resposta é afirmativa, ancorada na própria história. Outro questionamento comum, e limítrofe, é o de que pessoas das diferentes classes sociais usam drogas e possuem problemas decorrentes deste uso, o que, obviamente, também está correto.

O que se pretende explicitar é que o uso de drogas em sua expressão contemporânea atrela-se à forma como a sociedade se organiza e estrutura, justamente por fazer parte dela. Nesse sentido, é conformado pela lógica de exploração e as contradições inerentes ao capitalismo, que tem na questão social e suas diferentes manifestações um de seus corolários.

⁵ Fonte: <https://grupogaydabahia.com.br/>

⁶ Fonte: <http://tgeu.org/tmm-idahot-update-2015/>

Logo, não é possível passar ileso por ela, seja sentindo concretamente suas manifestações deletérias, ou se beneficiando dela, como a elite econômica que, além de lucrar às custas da exploração da força de trabalho da classe trabalhadora, também capitaliza com as consequências dessa exploração, numa reapropriação da mais-valia do trabalhador (p. ex. sistema bancário-financeiro, por meio dos juros e rentismo, a indústria farmacêutica nos processos de patologização e medicalização da vida cotidiana, o cartel de planos de saúde com a oferta de direitos travestidos de mercadorias etc.).

Ademais, clarifica-se o entendimento acerca de nossa realidade, conectada ao modelo de produção e reprodução capitalista, contribuindo para a sua desnaturalização, ao invés de concebê-la como dada. Logo, para além da exploração basal proveniente da contradição capital *versus* trabalho, outros fatores influenciam para o condicionamento de processos de opressão voltados a determinados grupos e sujeitos sociais, como o racismo, o machismo, a homofobia e outras formas de dominação.

Fazendo outra ilustração dos argumentos apresentados, é trazida a discussão sobre os determinantes sociais da saúde proposta por Souza, Silva e Silva (2013), que mostram as incongruências das abordagens teóricas que tratam os problemas sociais como fragmentos autônomos da realidade, ao invés de componentes ou formas de expressão de uma questão una, que é a questão social. De acordo com o movimento histórico da sociedade capitalista e seus diferentes estágios, em conjunto com os variados contextos e suas particularidades, estes problemas, frequentemente diluídos e parcializados na forma dos determinantes da categoria saúde vão adquirindo novos contornos e nuances, o que não significa que deixam de estar atrelados às condições materiais provenientes do nosso modo de sociabilidade.

Outro exemplo diz respeito à saúde mental, conforme apregoam Ximenes, Nepomuceno, Cidade e Moura Júnior (2016) na análise das implicações psicossociais da pobreza, de onde é possível observar um ciclo vicioso, de retroalimentação entre as condições materiais de vida, suas mediações subjetivas e a saúde mental dos sujeitos. Por mais que possamos pensar, num primeiro momento, que saúde e saúde mental tratam-se de atributos essencial ou exclusivamente físicos/organicistas e/ou psicológicos, devemos nos atentar para como essas dimensões estão atreladas, numa determinação reflexiva, com as condições materiais que experienciamos e os nossos modos de sociabilidade. Ou seja, cabe a nós indagarmos os impactos concretos e subjetivos em nossas saúdes, sejam elas físicas, mentais ou integral (biopsicossocial), da vivência em condições de privação econômica, falta de acesso a direitos e serviços básicos (educação, saúde etc.), desemprego ou subemprego, dentre outras carências e destituições. Ademais, estes fatores não podem contribuir para uma série de

inequidades, estando associados a maior incidência de doenças e transtornos e seus respectivos processos de acometimento e agravamento? Por sua vez, estas consequências também não contribuem para o agravamento das condições socioeconômicas das pessoas, com uma série de impactos negativos, como aumento dos gastos, absenteísmo no trabalho e cortes na renda familiar etc. configurando o ciclo vicioso supracitado?

Aponta-se, assim, a premência da questão social sobre os assuntos e dimensões que perpassam nossas vidas, justificando também a presente tentativa de esclarecimento sobre o tema e como a compreensão e atuação sobre a problemática das drogas em nossa atualidade podem ser potencializadas, com vistas a propiciar uma abordagem teórico-conceitual e metodológica mais abrangente e contextualizada, fortalecendo também processos de sociabilidade mais equânimes.

1.3 DROGAS, CONFIGURAÇÃO SOCIETÁRIA E QUESTÃO SOCIAL: ENTRELAÇAMENTOS E DETERMINAÇÕES REFLEXIVAS

A partir da discussão sobre a questão social apresentada, amparada por uma leitura materialista histórico-dialética, buscaremos responder às seguintes indagações: Quais são as implicações para a compreensão da “questão”⁷ das drogas? Por que e como essa se constitui em um problema tão complexo em nossa sociedade contemporânea? Visando responder a estes questionamos, a presente seção encontra-se dividida em quatro subtópicos: (a) as representações sobre as drogas e seus sentidos para a humanidade; (b) a consideração do uso de drogas não apenas como uma temática de saúde, muito menos uma doença; (c) o agravamento da problemática por conta de visões moralizantes, estigmatizantes e preconceituosas que pululam o imaginário social; e (d) a inexistência da “questão” ou “problema” das drogas, não podendo ser explicada *per si*. Cabe ressaltar que estes pontos, em grande parte, encontram-se inter-relacionados na realidade, não somente exercendo influências mútuas mas se constituindo na relação uns com os outros, e que, portanto, a divisão aqui feita obedece a fins meramente didáticos, como forma de ordenação lógica dos argumentos e buscando maior clarificação e compreensão das teses apresentadas.

1.3.1 Significados e atribuições das drogas para o ser humano e humanidade

⁷ Mais à frente explicarei o porquê do termo questão estar entre aspas

Levando os apontamentos supracitados em consideração, é necessário refletir sobre os significados e atribuições das drogas para o ser humano e a própria humanidade, problematizando o que significam as drogas e qual a sua importância para o homem, sua constituição e ação no mundo. Ou seja, é postulada a necessidade de nos perguntarmos, inicialmente: O que é droga? Ou o que caracterizaria um usuário de drogas? Buscando responder a essas indagações, se seguirmos as definições da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸ e do UNODC⁹, que conceituam “droga” como qualquer substância exógena que, quando consumida, alteraria sistemas e processos mentais e orgânicos, estaríamos assumindo que todos nós somos, em alguma instância, ou em determinados momentos, usuários de drogas. Conclui-se, então, que existe uma impossibilidade de dissociação entre o ser humano e o dito usuário de drogas, o que nos faz transformar uma visão que toma este segundo sujeito sempre na terceira pessoa – ele(a), eles(as), o outro –, como alguém diferente a mim, ancorando o debate em uma concepção realista e, portanto, menos moralista sobre o assunto em voga, afinal me considero pertencente a essa realidade.

Indubitavelmente, fazem-se prementes processos de desomogeneização da visão que se tem tanto do uso ou dos usuários de drogas. Conforme apontam Costa e Paiva (2016), observa-se uma corriqueira homogeneização das análises e intervenções na área, sustentada pela naturalização do uso e do usuário de drogas, vistos de forma uníssona, desconsiderando os fatores históricos, os variados tipos de drogas e formas de uso, assim como as singularidades e necessidades dos sujeitos e os seus contextos de vida. Dessa forma, o que existe para o senso comum, pululando o imaginário social (e aí, estão inclusos também grande parcela dos profissionais das políticas públicas – saúde, assistência social etc.) é “o” usuário de drogas, normalmente aquele em situação mais problemática, de dependência, e “o” uso de drogas, vistos ambos de maneira pejorativa, moralista e racista, o que restringe nossa capacidade de compreender e abordar/tratar a temática em sua amplitude (Costa & Paiva, 2016).

Parte-se da ideia de que qualquer uso de drogas é, por princípio, deletério, causando dependência, e todo usuário de drogas é semelhante, sobretudo em suas características e atributos prejudiciais. Por outro lado, essa perspectiva não nega a compreensão da temática das drogas como uma das expressões de nosso modelo societário no momento presente, conforme assinalado anteriormente, isto é, como parte de uma totalidade social concreta que se refere à

⁸ “Lexicon of alcohol and drug terms”. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf

⁹ “Terminology and information on drugs”. Disponível em: https://www.unodc.org/pdf/publications/report_2003-09-01_1.pdf

nossa sociedade. Trata-se de, na(s) figura(s) do(s) usuário(s) de drogas, suplantar as famosas dicotomias “individual *versus* social/coletivo”, “particular/específico *versus* universal/geral”, produzidas pelo próprio homem na tentativa de compreender a realidade que o circunda, por meio de um entendimento dialético que tome as dimensões histórica e material de sua constituição como pontos de partida.

Arelado a esses fatores, outros questionamentos são derivados, tais como: Por que as pessoas usam? Afinal, existe ser humano e sociedade sem as drogas? Ou a história, a antropologia, dentre outras disciplinas do saber, estão erradas – ou devem ser desconsideradas – quando apontam a indissociabilidade entre o ser humano, seus processos de autoconhecimento e sociabilização e o uso de substâncias psicoativas, sejam elas quais forem, e por motivações diversas (culturais, espirituais/religiosas, medicinais, recreativas etc.)? O que pretendo demonstrar com estes questionamentos, sendo os dois últimos retóricos, é que as drogas, não importando quais, possuem um relevante papel nos processos relacionais, culturais, de sociabilização humana e na própria constituição das sociedades ao longo da história, sendo que este papel se dá diversas formas, muitas das vezes permeado por uma série de contradições/tensões inerentes à própria realidade vista de forma dialética¹⁰. Inclusive, se formos perguntar a qualquer um por que usam drogas, a maioria das respostas (senão a totalidade) estará respalda por motivações e sentimentos vistos por ele como positivos, tais como: prazer, sociabilidade, maior sensibilidade e potencialização da produção artística, fuga da realidade, dentre outros.

Dentre as várias implicações existentes para se (re)pensar as práticas profissionais que lidem com a temática, constata-se que qualquer ação de cuidado, seja de prevenção ou tratamento estritamente, que tome como desfecho ideal e único a abstinência está, por princípio, se ancorando numa perspectiva irrealista e descontextualizada. Nesse sentido, a Redução de Danos se apresenta como sustentação e horizonte para os modelos assistenciais e ações na área, partindo do princípio de que o uso de drogas, conforme mencionado, não é, necessariamente, uma prática ruim e essencialmente danosa, e que devemos repensar as formas como nos relacionamos com as drogas, compreendo os aspectos gerais, mas também as especificidades existentes nas pessoas e contextos, o que nos faz romper com a ideia que coloca a abstinência como a única saída possível. Em termos históricos, esse paradigma foi adotado no Brasil no

¹⁰ Por exemplo, uma curiosidade que serve como ilustração do papel desempenhado pelas drogas na constituição do próprio Brasil é o brasão nacional, símbolo da nossa República Federativa. Este possui, do lado direito, um ramo da planta de café, e do esquerdo uma de fumo, representando duas das principais culturas agrícolas e atividades econômicas do país na época e também nos dias atuais.

final dos anos 1980, influenciado por movimentos bem sucedidos de países europeus, como a Holanda, visando prevenir os índices de transmissão de HIV relacionados ao uso de drogas injetáveis, mas, posteriormente, se expandiu para outras condições de saúde e práticas assistenciais, até se tornar a racionalidade orientadora das ações e abordagem de saúde pública referente à temática do uso de drogas (Passos & Souza, 2011; Machado & Boarini, 2013). Assim, a redução de danos possibilita fomentar uma lógica de cuidado que não tome como pré-requisito a abstinência e que, portanto, exclua, penalize e/ou culpabilize aqueles que não se encaixam neste parâmetro, ao mesmo tempo em que minimiza possíveis vulnerabilidades associadas ao uso ou, mesmo, promova melhores condições de vida ou potencialize outras dimensões da existência dos sujeitos por meio de uma abordagem integrada e holística, compreendendo-o para além da droga (Machado & Boarini, 2013; Petuco, 2014).

Contudo, devemos pensar que as drogas, ao se inserirem numa lógica de exploração imanente ao capitalismo e sua contradição capital x trabalho, perpassadas pelo valor de troca, isto é, pela lógica de mercado, com produção em larga escala e que tem como principal finalidade a obtenção de lucro (ao invés do uso ritualístico, recreativo etc.), passam a se tornar meras mercadorias, configurando-se, inclusive, como instrumentos de sustentação do nosso atual modelo societário capitalista. Tais aspectos nos levam a uma série de paradoxos/tensões, como pensar que as drogas, sobretudo aquelas em maior evidência (álcool, cigarro e as consideradas ilícitas), ao mesmo tempo em que se configuram como um problema social e de saúde pública, conformam-se como um dos mais lucrativos negócios e mercados pelo mundo – legal e ilegal (UNODC, 2016). O próprio combate a essas substâncias, caracterizado pela perspectiva de “Guerra contra as Drogas” fomenta todo um mercado bélico, de produção armamentista, por exemplo, altamente lucrativo. Adicionalmente, do mesmo modo em que o uso de drogas propicia diversão, lazer, fuga da realidade etc., as drogas, especialmente as lícitas na forma de medicamentos, podem servir como um aparato para o aprofundamento da alienação social, conjugada à psicopatologização da vida cotidiana, bem como à acentuação da precarização de cenários, condições de vida e grupos sociais já marginalizados pelo próprio sistema. Entretanto, novamente, deve-se levar em consideração que todo este processo deve ser compreendido em um determinado contexto social, agregando tais condicionalidades a partir do momento em que se insere e se conformam dentro dessa totalidade.

Ademais, o uso de drogas e seus efeitos se expressam tanto de forma concreta, mas também simbólica, através dos discursos e ações que usam as drogas como principal argumento para fomentar estratégias de estigmatização, racismo, criminalização, encarceramento em massa, em suma, uma guerra que se volta às pessoas, principalmente à população jovem, pobre

e negra, e não às substâncias. Ou seja, logo de cara, percebemos a necessidade de amplificarmos nossa compreensão sobre este assunto, buscando fugir de visões maniqueístas dicotômicas (p. ex. “droga é bom” *versus* “droga é ruim”) e/ou de causa e efeito (p. ex. as drogas geram criminalidade) bastante presentes em nossa atualidade, mas que simplificam e distorcem a própria realidade. Afinal, conforme atestou Marx (1859), o quão contraditória e pútrida é a essência de uma sociedade como a nossa que, apesar de se pautar na elevação da riqueza produzida, é caracterizada por um aumento da desigualdade social e do antagonismo de classes, juntamente com uma série de implicações negativas, como, por exemplo, o crescimento da criminalidade.

1.3.2 Para além da saúde: drogas, proibição, coerção e controle social

A partir dos postulados anteriormente, é imprescindível considerar as drogas não apenas como uma temática de saúde, por mais que seja comum enunciar e tratar essa “questão” como uma “questão de saúde pública” e pensar na redução de danos como alternativa ao modelo proibicionista ou como o seu antagonista (Passos & Souza, 2011; Maciel & Vargas, 2014). Basta pensarmos que as ações de saúde, cuidado e redução de danos conduzidas até então em nosso país se dão, justamente, num contexto de proibição e que se concebidas e realizadas de maneira ensimesmadas, mecanicistas, podem contribuir para a manutenção dessa lógica perversa e desumanizante, ou, na melhor das hipóteses, colaborar com um reforma dessa estratégia, ao invés de fornecer subsídios para a sua erradicação. Assim, a abordagem à temática das drogas não se mostra restrita ao setor e dispositivos da saúde, nem às práticas assistenciais somente, até mesmo por conta da complexidade já enunciada do assunto e dos entrelaçamentos entre os aspectos econômicos, políticos e sociais, sejam eles referentes às políticas e setores da saúde, assistência social, segurança pública, educação etc., mas principalmente por conta dos problemas estruturais que sedimentam nosso modelo societário, ressonantes nas condições de vida existentes.

Indubitavelmente, não se pretende deslegitimar a abordagem de saúde pública e, até mesmo, os aportes da Saúde Coletiva para a compreensão do assunto, muito menos a redução de danos, assim como suas potencialidades e conquistas, num terreno, como estamos vendo, demasiadamente árido e intricado, mas, sim, explicitar que elas, se não circunscritas a uma prisma analítico e de ação mais abrangente ou vistas como únicas alternativas, serão insuficientes para a compreensão e abordagem da temática em sua complexidade, restringindo, inclusive, seus potenciais de mudança. Nesse sentido, a Redução de Danos se apresenta como

sustentação e horizonte para os modelos assistenciais e ações na área, partindo do princípio de que o uso de drogas, conforme mencionado, não é, necessariamente, uma prática ruim e essencialmente danosa, e que devemos repensar as formas como nos relacionamos com as drogas, compreendo os aspectos gerais, mas também as especificidades existentes nas pessoas e contextos, o que nos faz romper com a ideia que coloca a abstinência como a única saída possível. Em termos históricos, esse paradigma foi adotado no Brasil no final dos anos 1980, influenciado por movimentos bem sucedidos de países europeus, como a Holanda, visando prevenir os índices de transmissão de HIV relacionados ao uso de drogas injetáveis, mas, posteriormente, se expandiu para outras condições de saúde e práticas assistenciais, até se tornar a racionalidade orientadora das ações e abordagem de saúde pública referente à temática do uso de drogas (Passos & Souza, 2011; Machado & Boarini, 2013). Assim, possibilita-se fomentar uma lógica de cuidado que não tome como pré-requisito a abstinência e que, portanto, exclua, penalize e/ou culpabilize aqueles que não se encaixam neste parâmetro, ao mesmo tempo em que minimiza possíveis vulnerabilidades associadas ao uso ou, mesmo, promova melhores condições de vida ou potencialize outras dimensões da existência dos sujeitos por meio de uma abordagem integrada e holística, compreendendo-o para além da droga (Machado & Boarini, 2013; Petuco, 2014).

Estas propostas representam e materializam uma série de avanços, com implicações para se (re)pensar as práticas profissionais de cuidado que lidem com a temática, sejam de promoção de saúde, prevenção ou tratamento estritamente, revertendo o cenário irrealista e descontextualizado de se tomar como desfecho ideal e único a abstinência. Apesar disso, e da expressão de tonalidades humanitárias frente ao cenário de quase exclusiva repressão e criminalização existente sobre o tema até então, tendo ainda que disputar espaço com estas perspectivas que são hegemônicas (e, portanto, perdendo na maioria das vezes), elas também devem ser compreendidas dentro da totalidade social, o que evoca uma visão abrangente sobre o uso de drogas, indo para além do cuidado e da saúde, mas atrelado às configurações societárias existentes, sobretudo à questão social.

Ou seja, para além de pensar de modo encastelado e fragmentadamente, a partir de um reducionismo que, muitas das vezes, beira o corporativismo pelo setor saúde e algumas categorias profissionais, ou de forma dicotômica, tendo em um polo o proibicionismo e em outro a redução de danos, defende-se aqui a consideração da problemática das drogas em nossa atualidade como uma das expressões do nosso próprio ordenamento social, mais especificamente, da questão social. De forma mais sucinta e direta: a alternativa contra-hegemônica e realista à lógica proibicionista da “Guerra contra as Drogas” é considerar a

temática das drogas na contemporaneidade como expressão da questão social, o que significa localizar a redução de danos e as consequentes ações de cuidado, dentre outras possibilidades e âmbitos, integralmente circunscritos a essa racionalidade ampliada.

Logicamente, a partir do exposto anteriormente, muito menos o uso de drogas deve ser compreendido como um suposto comportamento desviante, ou uma patologia. Até porque, se formos considerar que o uso de drogas sempre acompanhou o homem e a sociedade em suas trajetórias de existência, o “desvio” seria, portanto, não usarmos estas substâncias. Além disso, cabe mencionar a existência de todo um conjunto de críticas sociológicas e antropológicas ao conceito de desvio, comportamento desviante e ao binômio normal/patológico ancoradas na própria tradição marxista, mas também de outras escolas e inúmeros pensadores, como o interacionismo simbólico (p. ex. Howard S. Becker, Goffman, Gilberto Velho etc.), a psicanálise (Freud, Lacan), Canguilhem, Foucault, dentre outros, refutando as concepções funcionalistas que compreendem a sociedade e o ser humano de modo homeostático, desconsiderando suas historicidades e as permanentes tensões e contradições que os conformam. Acerca dessas assertivas, para além dos argumentos já expostos, o fato de que existe um grande montante de pessoas que estabelecem padrões de uso experimentais, controlados ou meramente recreacionais para todos os tipos de drogas – até mesmo aquelas com “alto poder viciante” – sem que sejam caracterizados como dependentes, também derruba a tese do vício/dependência como uma consequência natural do uso de drogas. Por conta disso, também não se trata de uma manifestação essencialmente ou exclusivamente fisiológica ou psicológica, mesmo naqueles casos caracterizados como dependência, conforme querem nos fazer acreditar algumas categorias profissionais e campos do saber, como a Medicina (sobretudo a Psiquiatria), a própria Psicologia e a Psicanálise¹¹.

¹¹ Faz-se aqui uma crítica aos conceitos de “dependência química” e “toxicomania” e suas implicações práticas, no que se refere à dependência de drogas. No primeiro caso, critica-se a explicação da dependência a partir das alterações no Sistema Nervoso Central, caracterizando-a como alteração meramente química do organismo ou uma doença do cérebro. Já no segundo, o enfoque é psicologizante e subjetivizante, sendo tipificado como um transtorno mental, vide o sufixo “mania” que, etimologicamente, significa um estado de loucura. Ademais, em ambos os casos, individualiza-se a questão, tendo como primeira implicação a ideia de que o problema encontra-se na pessoa (em sua mente ou cérebro) ou em suas ações, sendo essa uma portadora de transtorno ou doença que lhe incapacita ou restringe suas faculdade mentais. Abrem-se portas, então, para considerar esse indivíduo enquanto um eterno doente, ou um sujeito incapaz de pensar e atuar por/para si mesmo, atribuindo ao profissional (seja ele o médico, psicólogo etc.), à psicoterapia ou a um remédio (outra droga) a atividade central nessa relação de modificação e ajustamento – na medida do possível – daquele que desvia das normas de funcionamento (físico ou psicológico). Num extremo, justificam-se lógicas segregacionistas e de isolamento social desses indivíduos como formas de tratamento ou, até mesmo, de proteção social. Ao contrário destas perspectivas, é colocada a necessidade de agregar os conhecimentos existentes e suas respectivas áreas de produção para uma visão compreensiva e dialógica do uso e dependência de drogas.

Nessa direção, mais questionamentos e reflexões vão surgindo, como, por exemplo: O que faz uma substância ser considerada droga e outra não, ou algumas serem caracterizadas como drogas lícitas enquanto outras são ilícitas, isto é, o que tipifica o seu status legal? Seria simplesmente o seu potencial de nocividade? Aspectos racionais embasados em critérios científicos? Os problemas de saúde e sociais associados ao uso? Ou questões morais, socioculturais, políticas, econômicas? Na tentativa de responder estas indagações, nos debruçamos em estudos como os de Nutt, King, Saulsbury e Blakemore (2007) e Nutt, King e Phillips (2010) que demonstram, por exemplo, que uma substância lícita, como o álcool, é considerada a droga que causa um maior número danos ou está prontamente associada com estes prejuízos, sejam eles físicos, psicológicos e/ou sociais. Aliam-se a essa informação, os indicadores epidemiológicos de maior prevalência do uso de álcool e tabaco na população em geral e seus altos índices de impactos prejudiciais em termos sociais e de saúde pública, quando comparados com as substâncias consideradas ilícitas (p. ex. maconha, cocaína, crack, ecstasy, anfetaminas etc.) (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD], 2009; Whiteford et al., 2013; 2015).

Logo, a adoção do paradigma proibicionista hegemônico e o seu modelo de “Guerra Contra as Drogas”, definindo quais delas seriam consideradas ilícitas (devendo ser combatidas e expurgadas) e quais seriam lícitas (e, portanto, toleradas em determinado nível), além de se embasar em concepções irrealistas de uma “sociedade sem drogas” e possuir consequências sociais deletérias que não estavam presentes na prática em si de consumir as drogas, foi feita desconsiderando discussões científicas, democráticas e, até mesmo, racionais (Boiteux, 2015). Como forma de ilustrar as implicações negativas deste modelo proibicionista, segundo os dados do INFOPEN (Ministério da Justiça, 2014), desde a sanção da lei 11.343 (conhecida como Lei das Drogas), em 2006, observou-se um aumento no número de presos por tráfico de drogas no Brasil de 31 mil para 164 mil. Estes números representam um crescimento de 520% em apenas oito anos, uma porcentagem expressiva mesmo quando comparada com o próprio crescimento de mais de 200% dos presos no país, de 2000 a 2014. Ao todo, 28% da população carcerária brasileira resulta do proibicionismo, perpassada por critérios de punição embasados em preceitos morais, preconceitos classistas e racismo, resultando em processos de criminalização racial e da pobreza.

Para que esse modelo e suas práticas fossem exportados para grande parte do mundo e implantado pelos países, foi necessário um conjunto de convenções e pactuações internacionais durante o século XX, organizadas pela ONU, com influência direta dos Estados Unidos e todo o seu poderio econômico, bélico, geopolítico e cultural (Machado & Miranda, 2007; Alves,

2009; Bastos, 2015; Boiteux, 2015). Tais constatações nos fazem pensar como que o combate às drogas foi e segue sendo utilizado como um dos principais argumentos e formas de sustentação para a expansão/fortalecimento dos desígnios imperialistas e coloniais estadunidenses, em especial na América Latina. Adicionalmente, também se conforma como uma estratégia de coerção e controle social da população, em especial a algumas parcelas e grupos sociais já historicamente explorados, indesejáveis e marginalizados, perpassados por processos de inserção social precária nos espaços compartilhados na conjuntura capitalista, agregando também, em essência, o grosso da classe que vive do trabalho.

Cabe ressaltar, que este *modus operandi* que caracterizariam os Estados Penais, mascarados de Estados Democráticos de Direito, conforme aponta Wacquant (2001), ou os Estados Democráticos de Direito Penal, segundo Matsumoto (2013), não é exclusivo à temática das drogas, sendo nada mais nada menos que Estado burguês e suas formas de gerenciamento do próprio capitalismo e sua crise estrutural. O proibicionismo e sua lógica de encarceramento em massa, juntamente com outros elementos, como a pauperização, a desigualdade social, o desemprego, em suma, as variadas expressões da questão social, passam a ser “males necessários” para a condução e perpetuação deste sistema. Em conformidade com Paiva & Costa (2017), historicamente, uma das respostas que temos para os problemas gestados no próprio seio de nossa sociedade é o punitivismo na forma de aprisionamento, seja ele física ou simbolicamente, por distintas motivações, através dos aparatos repressivos do sistema judiciário, mas também na saúde, sob formas de “cuidado” que segregam, apassivam e/ou assujeitam. Sendo essa uma das ações que nós, enquanto sociedade, sabemos e fazemos muito bem, cabem os questionamentos: O que temos conseguido com isso? Nossos “problemas” têm sido resolvidos? Não deveríamos pensar em outras perspectivas?

Não há, assim, a possibilidade de se abordar a temática do uso de álcool e outras drogas e suas múltiplas interfaces, mesmo que o foco esteja na assistência/cuidado e na organização dos serviços, sem se deparar com essa realidade, por mais míope que nossa visão seja. Até porque negá-la e naturalizá-la não irá fazer com que ela deixe de existir. Como uma decorrência óbvia (e ética) dessa verificação, a partir do momento em que se constata a barbaridade deste real, que é dinâmico e processual, coloca-se a necessidade de se tomar a transformação social como um horizonte; uma transformação radical que vai além da mera modificação nas formas de condução da abordagem à problemática das drogas, mas que não deixa de passar, impreterivelmente, pelo fim do proibicionismo e, por conseguinte, pela implantação de um estrito marco regulatório-legal, que vá desde a produção, passando pelo comércio, até o

consumo de todas as drogas e suas implicações, sejam elas lícitas, ilícitas ou lícitas de uso terapêutico por meio de prescrição médica, de acordo com suas especificidades¹².

Nesse sentido, defender uma visão realista sobre a temática, reverberando em uma lógica de cuidado não segregatória e humanizada, mostra-se congruente com uma perspectiva antiproibicionista que abrange todas as drogas consideradas ilícitas. Por isso mesmo, a luta antimanicomial, que se ancora nestes mesmos princípios, por coerência, também deve ser antiproibicionista. Afinal, a legalização de uma(s) substâncias em detrimento de outra(s), não rompe com o controle do tráfico sobre o tema e nem com as consequências deletérias da “Guerra contra as Drogas” já explicitadas; na melhor das hipóteses pode abrandar algumas delas, ou, por outro lado, reforçar os malefícios com relação às outras que não forem legalizadas. E a defesa da legalização, ao invés uma advocacia em prol da “liberação” das drogas – como é bradado por muitos(as) – representa uma tentativa ética, racional e realista de se conseguir algo que o próprio proibicionismo prega, mas que jamais alcançou (e alcançará): reduzir os danos e custos relacionados a este tema (Rehm & Fischer, 2015). É claro que, enquanto parte de uma totalidade social, somente estas ações, por mais que se conformem como avanços frente ao nosso cenário atual, mostram-se limitadas. Contudo, tal constatação de forma alguma descarta a sua imprescindibilidade.

1.3.3 Drogas, moralismo, preconceito e estigmatização

Outra dimensão a ser abordada relaciona-se com a importância de se reforçar que as visões moralizantes, preconceituosas e estigmatizantes que pululam o imaginário social, fomentadas cotidianamente pelos meios de comunicação de massa, acarretando num ciclo vicioso de retroalimentação, somente contribuem para a descaracterização do assunto e, logo, para o seu agravamento (Ronzani et al., 2009; Soares et al., 2011; Oliveira & Ronzani, 2012;

¹² É importante salientar que não existe somente uma única modalidade de legalização das drogas, sendo que ela também pode ser direcionada somente para algumas substâncias psicoativas. O modelo aqui defendido, mostra-se consonante com o proposto por Rehm & Fischer (2015) especificamente para a maconha, mas ampliado para todas as drogas. Embasados pelas evidências da área, os autores advogam pela necessidade de uma política de legalização com uma participação ativa e rigoroso controle do Estado sobre os níveis de produção, comercialização e uso, indicando sua superioridade frente ao proibicionismo e à descriminalização, assim como às outras formas de legalização. Em suma, tal modelo possui as seguintes características: (a) estatização dos meios de produção, com possíveis (e controladas) aberturas no âmbito varejista e do microcomércio, evitando, assim, o monopólio por grandes empresas, com os lucros sendo convertidos para fins de interesse público (educação, prevenção, tratamento etc.); (b) proibição da veiculação de publicidade e propaganda, contribuindo para uma visão de que as substâncias não são mercadorias comuns e para limitar potenciais aumentos na prevalência de uso; (c) controle do preço, da qualidade e potência das substâncias dentro da oferta regulada, permitindo limitar os possíveis danos derivados do uso.

Ronzani, Noto & Silveira, 2014; Rodrigues, Conceição & Iunes, 2015). Embasadas num modelo moral, tais concepções se retroalimentam com outras perspectivas explicativas sobre a “questão”, provenientes, principalmente, dos modelos ético-legal e o médico ou de doença (Pillon & Luís, 2004), servindo como suas bases de sustentação e/ou como consequências de seus pressupostos.

Como principais consequências deste *modus operandi*, encontram-se a marginalização ou desconsideração de discussões imprescindíveis sobre o tema e suas variadas frentes, fazendo com que se aprofundem processos já recorrentes e tradicionais de segregação, criminalização e higienização sociais (Machado & Miranda, 2007; Rocha, 2013; Carlos, 2015), assim como a naturalização destes processos que incidem com maior peso nas parcelas específicas da população já mencionadas, como os pobres, jovens e os negros, especialmente quando os sujeitos possuem esses “atributos” em conjunto (Ministério da Justiça, 2014; IPEA, 2016). E que sujeitos são estes, senão aqueles penalizados desde as fundações do nosso processo gestacional de país colonizado e do criatório de gente¹³ que conformou os modelos de organização e socialização do Brasil enquanto país-nação?

Até mesmo os sujeitos sob os quais se esperaria uma visão mais abrangente, humanizada e contextualizada sobre a temática, como os profissionais que operam as políticas e ações de saúde, são atravessados por estes moralismos, preconceitos e estigmatizações e os materializam em suas práticas cotidianas, como constatou Costa e Paiva (2016) em revisão sobre as concepções de profissionais da saúde sobre o tema. Segundo os autores, por mais que se tenha uma tendência de descolamento do profissional do contexto societário e que se espere que o processo de formação seja por si só suficiente para ampliar a visão sobre a realidade e municiá-los de compromisso social-ético-político, deve-se entender que ambos (profissionais e formação), ao estarem inseridos numa lógica societal que ainda vê determinadas “questões” de maneira pejorativa e moralizante, acabam também sendo permeados por ela e introjetando suas formas de conceber e lidar com essas problemáticas. Sendo assim, pensar a formação e a atuação – não só na saúde, mas nas demais áreas (assistência social, educação, segurança social) – significa repensar, inicialmente, a própria sociedade na qual vivemos, o que queremos com

¹³ Termos cunhados pelo intelectual brasileiro Darcy Ribeiro, no livro “O povo brasileiro” (1996). Referem-se ao processo de gestação étnica realizado nessas terras pelos colonizadores europeus, que culminou num criatório de gente a partir da escravidão e das práticas de cunhadismo, fazendo com que os pobres, negros, índios e os considerados mestiços, que não eram nem portugueses nem se viam como brasileiros, fossem inseridos e, por conseguinte, vilipendiados, desde sempre, em uma lógica de exploração, segregação social e antagonismo de classes.

ela, para assim, postularmos que tipo de educação/formação e atuação devemos perseguir, de modo a contribuir com esse processo de transformação.

1.3.4 A inexistência da “questão” das drogas

A partir do apresentado anteriormente, chegamos à conclusão de que não existe a “questão” das drogas (por isso a utilização das aspas), pelo fato de que ela não se expressa na realidade dessa maneira fragmentária, abstrata e autocentrada, não podendo ser explicada por si ou em si mesma, assim como fazem outras palavras e expressões frequentemente utilizadas como formas de tratamento e compreensão da problemática, tais como: o “mundo” das drogas ou o “problema” das drogas, dentre outros. Busca-se, portanto, reverter estas chaves de compreensão que tomam o assunto como se fosse um elemento ensimesmado, paralelo a outras problemáticas e isolado do contexto social.

Dessa forma, o que existe são os diversos aspectos relacionados à esfera da produção e reprodução da sociedade capitalista, e seus impactos nas formas como vivemos e nos relacionamos (seja com os outros ou com as coisas), com todos esses fatores (individuais, sociais, culturais etc.) passando a interagir dinamicamente entre si. Neste sentido, a realidade concreta-objetiva, prescindida pela dimensão infraestrutural econômica da ordem social capitalista e suas contradições, bem como os elementos da superestrutura, como as ideologias imperantes, o aparato judicial/policial, a mídia, o discurso científico, as práticas culturais e manifestações particulares e singulares das pessoas e coletividades usuárias (ou não) de substâncias psicoativas, encontram-se imbricados, devendo ser concebidos dialeticamente para compreender a temática das drogas em sua integralidade (produção, comércio e consumo). Logo, a “questão” das drogas na forma como a vivenciamos atualmente, traz nuances e diferenciações frente a períodos anteriores e contextos distintos, num movimento constante da história, ao apresentar uma série de relações com as formas como nossa sociedade se organiza, o que faz com o que devamos compreendê-la a partir de suas especificidades, mas atrelada a outros fatores e fenômenos que estão circunscritos a uma totalidade, isto é, como um complexo dentro de outro complexo mais abrangente (que é essa totalidade social). Isso nos leva a analisá-la, impreterivelmente, como mais uma das manifestações da questão social, sendo esta não uma causa em si, mas atrelada ao próprio processo de organização e exploração proveniente da ordem do capital e suas inúmeras mediações, e, mais especificamente, do próprio contexto brasileiro enquanto periferia do capitalismo com um histórico de colonização e dependência; conforme Darcy Ribeiro (2006) aponta, um *mix* de feitoria escravista e consulado estrangeiro,

destinada a viver sob os desígnios de outrem capitaneados, inclusive, por nossa classe dominante.

Consequentemente, tem-se a conformação do uso e dos usuários de substâncias psicoativas agregando uma série de visões e abordagens distintas, percorrendo um gradiente não-linear que vai desde a repressão pura e simples até à assistência e o cuidado que assegurem direitos a quem necessita, o que traz uma série de contornos e tonalidades a esse assunto. Assim sendo, a problemática e suas nuances, ao estarem inseridas em uma determinada ordem vigente e seus condicionantes histórico-sociais e culturais, passam a ser influenciadas e conformadas por ela, ao passo que também a influenciam, com reverberações desde as concepções desenvolvidas sobre o assunto até as formas como passa a ser abordado na realidade, fatores estes que também não ocorrem e/ou podem ser explicados por meio de processos determinísticos, de causa e efeito.

1.4 REPENSANDO AS RELAÇÕES ENTRE AS DROGAS E A NOSSA REALIDADE

Em suma, o uso de drogas deve ser compreendido como uma das variadas formas de expressão humana, estando presente nas práticas dos homens ao longo da história e não se configurando, aprioristicamente, como algo negativo. Torna-se, então, irreal pensar numa sociedade sem drogas, fazendo com que nossas atenções devam estar voltadas para compreender que esse uso somente pode se configurar como um problema social contemporâneo a partir do momento em que os sujeitos (concebidos não como indivíduos livres, quase como mônadas, mas como sujeitos coletivos) começam a estabelecer determinadas relações com as substâncias, permeados pelos seus contextos de vida e modos de sociabilidade. Estando essas configurações societárias pautadas por lógicas de crescente desigualdade, antagonismos e agudização das já constantes crises (sejam elas sociais, econômicas, urbanas, políticas etc.), numa sociedade que mercantiliza e desumaniza as necessidades humanas, é compreensível que cada vez mais determinadas questões, tomadas frequentemente em formas fragmentadas e individualizadas como “comportamentos”, “estilos de vida”, se complexifiquem e agravem, como é o caso do uso de drogas, especialmente o uso abusivo e a dependência.

A partir das interpretações de Lacerda Jr. (2010a; 2014) ancoradas na Psicologia Crítica Alemã desenvolvida por Klaus Holzkamp, entende-se que a potencialização do isolamento (em consonância com a lógica individualista que nos permeia), da vulnerabilidade (tanto material quanto subjetiva), das dependências, em suma, do sofrimento humano, são todas

produções sociais. Logo, a alienação mental estaria associada ou circunscrita à alienação social, como apregoa Martín-Baró (1980/2017). Obviamente que estes fenômenos se expressarão de diferentes formas nos sujeitos e contextos, ao possuírem uma natureza multideterminada, incidindo aí os fatores biológicos, psicológicos, econômicos etc., e até mesmo por conta do próprio caráter dinâmico e multifacetado da dimensão sociocultural. Portanto, é errônea e descaracterizante da realidade a tradicional dicotomia entre sujeito-sociedade, assim como os processos que individualizam e/ou descolam fenômenos que, por princípio, são sociais, justamente da realidade na qual se inserem e se constituem, passando também a influenciá-la numa determinação reflexiva. Conforme afirma Lacerda Jr. (2014, p. 45):

[...] em uma sociedade em que o poder de determinação das condições de reprodução da sociedade está intrinsecamente relacionado com a posse do capital e em que este tende a se centralizar e concentrar cada vez mais, está claro que a vida individual é profundamente prejudicada.

Como exemplificações e ilustrações possíveis para o argumento colocado, encontram-se: o aumento no número de suicídios, especialmente em países considerados de baixa e média renda ou que experienciaram de forma mais deletéria os efeitos da recessão econômica pós 2008 e as medidas de austeridade que, ao invés de minorá-la ou solucioná-la, apenas a agravou (Karanikolos et al., 2013; World Health Organization [WHO], 2014); o surgimento e crescimento de outros tipos de dependência (tecnológica, alimentar, por compras etc.) e a prevalência e incidência cada vez maior na população de transtornos mentais, como a ansiedade, depressão, dentre outros tipos de problemas mentais¹⁴ (Gili, Roca, Basu, McKee, & Stuckler, 2013; Whiteford et al., 2013; 2015).

Ademais, são verificados na literatura científica os maiores índices de ocorrência destes mesmos transtornos, bem como os indicadores reduzidos de bem-estar psicológico e autoestima na população negra (Faro & Pereira, 2011). No Brasil, estudo multicêntrico constatou disparidades na prevalência destes transtornos mentais relacionados especialmente à questão de gênero, com altos índices em mulheres, juntamente com outros determinantes, como condição de desemprego, baixa escolaridade e renda (Gonçalves et al., 2014). Todos estes dados

¹⁴ É necessária a realização de uma ressalva sobre alguns fatores que também impactam nesse aumento na incidência de transtornos mentais, tais como: a representação social negativa e estigmatizada da loucura, impactando em baixa procura por tratamento, índices de subnotificação dos transtornos mentais, o avanço nos saberes na área da saúde gerando novas tipificações diagnósticas e terapêuticas, mas também os próprios processos de psicopatologização da vida cotidiana, bem como o impacto do *lobby* e manipulação das indústrias farmacêuticas na prescrição e uso generalizado de remédios que necessitam de diagnósticos clínicos de transtornos mentais, com a utilização de alguns fármacos causando, até mesmo, efeitos iatrogênicos.

nos mostram a interface entre a dimensão econômica e outros elementos que compõem nossa totalidade social, como os chamados marcadores de gênero, raça e etnia e seus impactos na constituição subjetiva e identitária das pessoas e, conseqüentemente, em seus comportamentos e estilos de vida.

A partir destas ilustrações, é necessário indagar: Estaria, então, o problema diretamente e exclusivamente nas drogas? Nas tecnologias? Nas pessoas? Em seus comportamentos? Essas pessoas e seus respectivos comportamentos, por sua vez, seriam entidades autônomas, reificadas? Ou é pungente que as tentativas de compreensão das problemáticas que afligem a sociedade, como o uso abusivo de álcool e outras drogas, se amplifiquem e se pautem em perspectivas contextualizadas, considerando o contexto histórico no qual se desenvolvem, de modo a possibilitarem uma compreensão da totalidade social? Logo, não seria limitado, por princípio, enfocar nas drogas, assim como o seu uso?

Nesse sentido, mesmo que o presente trabalho se debruce essencialmente na discussão sobre as drogas e, sobretudo, na organização da assistência às pessoas que delas fazem uso, é peremptório levar em consideração que esta temática não se desenvolve num vácuo social e histórico, estando afeita às configurações societárias e, inclusive, às suas valorações adjacentes. Isso não significa, num primeiro momento, negar os princípios ativos e potenciais efeitos aditivos destas substâncias nos organismos das pessoas. Muito menos são desconsiderados os aspectos psicológicos, fisiológicos, comportamentos, estilos de vida, dentre outros níveis de análise e intervenção que perpassam a temática. O que se coloca é a premência de entendê-los de modo relacional e dialeticamente, colocando-os integralmente em perspectiva para uma compreensão totalizante deste assunto a partir das suas condições históricas e concretas de existência. O mesmo recai sobre as diversas áreas do conhecimento, como as disciplinas biológicas, da saúde, das ciências sociais em geral, dentre outras, que possam vir a contribuir com o entendimento contextualizado e abrangente do assunto. Portanto, cabem às políticas, aos serviços, gestores e aos profissionais da área partirem desta racionalidade compreensiva na tentativa de entendimento e abordagem a algo demasiadamente ampliado, o que também requer, antes de tudo, sucessivas reflexões e, caso necessário, algumas desconstruções sobre este assunto. Afinal, para cada pergunta e problemática complexas existentes são extraídas respostas simples e, ao mesmo tempo, equivocadas.

Finalizando esse capítulo norteador, restam ainda dois últimos apontamentos pertinentes sobre os estudos que se seguem e o trabalho que aqui se põe, assim como a necessidade de reflexão-ação na área. O primeiro é que, tomando a *práxis* como critério de verdade, os capítulos subsequentes e a presente tese, de modo geral, partem da realidade,

visando compreendê-la e analisa-la, e voltam para ela, no intuito de fornecer elementos para a sua reelaboração e transformação em direção a melhores perspectivas de sociabilidade para os sujeitos que nela se inserem, sejam eles os profissionais das redes de atenção e políticas sobre drogas ou os próprios usuários da rede, seus familiares etc. Isto é, ela se configura como um humilde e limitado movimento dialético *da e para* a realidade concreta¹⁵, buscando uma implicação prática à produção de conhecimento, permeando-a de compromisso ético-político. Além disso, todos os aspectos da tese, desde a escolha do tema de estudo, até a forma como essa temática é abordada e os resultados provenientes, representam uma crítica implícita às perspectivas teórico-práticas tradicionais da Psicologia, autocentradas, individualizantes e fundamentalmente subjetivistas, assim como do próprio campo da Saúde Pública. Ao mesmo tempo, se configura como um acanhado esforço demonstrativo, a partir das redes de atenção aos usuários de drogas, de algumas possibilidades existentes de produção de conhecimento e ação na Psicologia – ou em diálogo com ela – indo além do aparelho psíquico, em direção a uma concepção totalizante do ser humano e da realidade, possibilitada pelo fomento a perspectivas interdisciplinares.

Portanto, qualquer trabalho que se debruce sobre elementos circunscritos à essa realidade – como, por exemplo, as redes de atenção aos usuários de drogas – deve considerar a sua essência dinâmica, multifacetada e complexa, correndo o risco de, caso não faça isso, descaracterizar os próprios objetos de estudos que nela se constituem. Mesmo que uma série de elementos até aqui apresentados não sejam abordados ou não apareçam de maneira explícita nos próximos capítulos – o que poderia ser interpretado como uma incoerência e/ou fuga do tema/escopo da tese –, isso não significa que eles inexistem, que possuem importância diluída ou não conformam a realidade pesquisada; somente indicam que, por conta das escolhas/opções e focalizações do presente esforço analítico/interpretativo, algumas limitações e falhas surgirão, inerentes à própria incapacidade de compreendermos algo tão complexo como a realidade tal como ela é, por mais que “apostemos nossas fichas” em determinadas perspectivas (e suas dimensões ontológica, epistemológica, metodológica, ética e política) em detrimento de outras. Assim, associado a essas constrições, reside justamente o seu antagonista, que é a demonstração, para estudos e análises futuras mais aprofundadas e abrangentes, de alguns

¹⁵ Movimento inspirado no que Martín-Baró (1987/2017) denominou de realismo crítico, de onde a realidade concreta prescinde as ideias, em contraposição a um idealismo metodológico, quando busca-se encaixar a realidade em formulações abstratas pré-concebidas, isto é, uma adequação do real ao ideal, o que, muitas das vezes, gera formulações e práticas descontextualizadas.

caminhos e possibilidades que não foram explorados ou feitos de forma insuficiente pelo presente trabalho.

2. “NO PAPEL É BONITO, MAS NA PRÁTICA...” ANÁLISE SOBRE A REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NAS POLÍTICAS E INSTRUMENTOS NORMATIVOS DA ÁREA

2.1 INTRODUÇÃO

“*No papel é bonito, mas na prática...*”. Um pensamento e fala constantes nas políticas públicas e legislações do Brasil, especialmente sobre o SUS. Entoados como mantras quase diários nos veículos midiáticos, com reflexos no imaginário social, ao mesmo tempo em que são reforçados pelo contato diário com os problemas estruturais e cenários de práticas insuficientes. Discurso, esse, que possui ressonância na literatura acadêmica em pesquisas com profissionais do SUS, como na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Coelho, Araújo, Almeida, Silva & Santos, 2015), em nível hospitalar (Oliveira, Gomes, Sá & Acioli, 2007), dentre outros, e também com usuários do sistema (Backes et al., 2009; Silva, Ferreira & Silva, 2010).

É sabido que o processo de implementação das políticas e aparatos normativos-legais não é linear, mas um jogo dinâmico, contínuo e, em grande parte, conflitivo, que envolve uma pluralidade de atores, contextos, concepções e interesses, sendo perpassado por questões que encontram-se para além da própria natureza destes mecanismos (Frenk, 1994; Howlett & Ramesh, 1995; Silva & Mello, 2000). Além disso, as políticas também irão variar em termos de suas naturezas e finalidades e de acordo com as concepções que as embasam, podendo ser analisadas de variadas formas, com pluralidade não só metodológica, mas também teórica. Essa heterogenia indica que se tratam de mecanismos dinâmicos, mas que possuem como elemento nuclear a necessidade de ação estatal, dentro de uma aceitação do sistema capitalista, sobre as necessidades sociais básicas da população, garantindo níveis mínimos de vida às pessoas (Behring & Boschetti, 2011).

Nesse sentido, perspectivas como as representadas pelo mote apresentado no trabalho, que fragmentam ideal e real, o prescrito e o concreto, não contribuem para leituras contextualizadas, ao desconectarem as políticas e instrumentos normativos das práticas, tratando-os de maneira estática e naturalizada. Se há uma disparidade entre o prescrito e o real, faz-se necessário exercícios de problematização acerca do processo de construção de tais políticas e normativas, a fim de não adotarmos leituras idealizadas e/ou acabadas acerca de tais documentos. Ou seja, é preciso que as análises possam romper com perspectivas a-históricas e acríticas sobre estes elementos, compreendendo as contradições que os perpassam.

Referente à temática do uso de álcool e outras drogas, tal cenário, inclusive, se complexifica. Isso se dá por diversos motivos, que vão desde à própria amplitude da temática, atrelada ao contexto social, econômico e político, fazendo com que existam diferentes concepções e valorações sobre o tema (Pillon & Luis, 2004; Costa & Paiva, 2016), até a sua materialidade nas formas como as políticas, normas e ações na área foram sendo formuladas e implantadas ao longo dos anos.

Conforme apontam Machado e Miranda (2007), após um longo período de negligência estatal sobre o tema, a abordagem ao assunto é iniciada a partir da criação de um aparato jurídico-institucional voltados para a proibição da produção, do comércio e do uso de drogas, de modo a garantir a segurança das pessoas. Influenciadas por convenções, tratados internacionais e questões geopolíticas, essa postura proibicionista se fortalece no decorrer do século XX. Somente a partir da década de 80 que a discussão sobre os cuidados passa a ganhar força, só que inicialmente a partir de um saber médico (por meio da psiquiatria) que vem a reforçar a exclusão dos usuários de drogas, não mais criminosos somente, mas agora também doentes (Alves, 2009; Garcia, Leal & Abreu, 2008; Machado & Miranda, 2007; Boiteux, 2015; Bastos, 2015).

Por conta dessas perspectivas criminalizatórias e/ou patologizantes, conforma-se então um cenário de lacuna assistencial às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Como exemplo está a lei nº 6.368, de 1976, a primeira a abordar diretamente o tratamento aos usuários de drogas, mas que postula que isso deve ser feito somente quando “necessário e possível” (PR, 1976). Sendo assim, ganham força dispositivos de natureza não governamental, como as comunidades terapêuticas, grupos de ajuda mútua etc., que trazem consigo visões moralizantes, pautadas na imperiosidade da abstinência e, em grande parte, em pressupostos religiosos (Alves, 2009; Machado & Miranda, 2007).

Apenas no final da década de 80, é que o discurso de saúde adentra de forma mais efusiva nas pautas e movimentos da área, em decorrência das mudanças no próprio cenário brasileiro, como: a emergência do Estado democrático, a instituição do SUS, as contribuições das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e a inserção da lógica da redução de danos (Andrade, 2011; Machado & Boarini, 2013). Por fim, todo este processo culminará na constituição de políticas específicas para a área no início dos anos 2000, agregando variadas racionalidades (p. ex. de saúde e segurança pública) na tentativa de superação da lacuna assistencial conformada ao longo dos anos.

Atualmente, os principais instrumentos político-legais são: a Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas (PAIUAD) do Ministério da Saúde (MS) (MS, 2004a); a

Política Nacional sobre Drogas (PNAD) da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) (SENAD, 2005); a Lei 11.343, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), apresenta medidas para prevenção, atenção e reinserção social, dentre outros aspectos (PR, 2006); e, mais recentemente, a portaria 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) articulando os pontos de atenção a pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de drogas no âmbito do SUS (MS, 2011).

É a partir desse cenário que surgem as redes de atenção aos usuários de drogas, como as formas de estruturação da oferta assistencial às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Contudo, assim como o SUS de uma forma geral, estes arranjos e suas políticas e normas têm sido cada vez mais vistos de forma reificada, com leituras excessivamente idealizadas ou romantizadas, como se fossem panaceias sobre o cuidado aos usuários de drogas, que irião por si só, resolver os problemas inerentes ao cuidado na área (Costa, Laport, Mota & Ronzani, 2013a; Costa et al., 2015b). Considerando o próprio percurso sócio histórico inicialmente apresentado, atrelado às variantes econômicas, políticas e valorativas da sociedade sobre o tema, que, conseqüentemente, influenciam a formulação das políticas e instrumentos normativos na área, as seguintes perguntas tornam-se pertinentes: Seriam esses instrumentos político-legais e as redes de atenção dimensões dicotômicas e produtos prontos, acabados?

Considerando o exposto anteriormente, o presente estudo objetivou compreender como as redes de atenção aos usuários de drogas são apresentadas nas atuais políticas brasileiras sobre drogas, identificando e analisando as concepções envolvidas, características fundamentais, bem como algumas de suas potencialidades e contradições.

2.2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental (Sá-Silva, Almeida & Guindani, 2009), com abordagem de natureza qualitativa. Os documentos abrangidos e analisados foram as principais políticas e mecanismos normativos e reguladores na área de álcool e outras drogas, mais especificamente, a PAIUAD (MS, 2004a), PNAD (SENAD, 2005), a Lei 11.343 (Presidência da República [PR], 2006) e a portaria 3.088 que institui a RAPS no âmbito do SUS (MS, 2011). Por mais que somente as duas primeiras sejam denominadas como políticas, as outras duas foram incorporadas por conta de suas naturezas, também pautando as ações na área, e por versarem sobre a organização de redes de atenção no cuidado aos usuários de drogas. A Política Nacional sobre Álcool, de 2007, não foi selecionada para compor o *corpus* de dados por ter

suas orientações sobre a rede contempladas na PAIUAD. Todos os materiais foram coletados da internet.

Apesar de uma análise que abarque os materiais como um todo, cada documento também é abordado a partir de sua natureza e finalidade. Sendo assim, a portaria 3.088 é analisada a partir de sua função instrucional e normativa, direcionando as formas de organização e de ação concretas. Já a lei 11.343 define regras e, segundo ela mesma, prescreve “medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas” (PR, 2006). Por fim, as políticas (PNAD e PAIUAD) trazem o marco teórico-conceitual e a racionalidade sobre o tema, servindo como embasamento e horizonte para as ações, a fim de contemplar as necessidades populacionais existentes.

O procedimento analítico se deu por meio da Análise de Conteúdo do tipo temática (Bardin, 2009), sendo constituída pelas seguintes etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material.; e 3) tratamento e interpretação dos resultados. Na pré-análise, ocorreu a organização e familiarização com o material a partir da leitura flutuante. Na fase exploratória, foi procedida a definição das unidades de análise (que foram os temas) e o processo de categorização da seguinte forma: (a) verticalmente, com a extração de categorias em cada documento separadamente considerando seus níveis semânticos; e (b) horizontalmente, com refinamento das categorias iniciais e transposição para todos os documentos. Por fim, foram realizados os procedimentos de síntese e expansão dos significados das categorias e sua interpretação a partir dos objetivos e referenciais teóricos da pesquisa, transformando, assim, os dados soltos em resultados brutos (Bardin, 2009). Visando uma melhor organização do material e um maior suporte ao processo analítico, foi utilizado o software Atlas.ti, versão 7.5, especialmente no processo de categorização e visualização dos dados e inferências extraídas do *corpus* trabalhado.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise de conteúdo das políticas e instrumentos normativos da área, foram extraídas três principais categorias, sendo elas: 1) Caracterizações gerais sobre as redes de atenção aos usuários de drogas; 2) Componentes da Rede; 3) Modelo de Atenção. Estas categorias, em conjunto com as subcategorias que as constituem, guiarão a apresentação dos resultados e discussão. É pertinente apenas atentar para o fato de que elas possuem inter-relações e que suas apresentações separadamente servem a propósitos meramente didáticos. A Tabela 1 apresenta a estruturação dos resultados (categorias e subcategorias).

Tabela 1: Categorias e subcategorias a partir da Análise de Conteúdo

Categorias	Subcategorias
Concepções sobre as redes de atenção aos usuários de drogas	1) Terminologias 2) Descrições da rede de atenção aos usuários de drogas
Componentes da Rede	1) Níveis e Dispositivos de Atenção 2) Rede de Saúde 3) Rede de Saúde Mental 4) CAPSad como organizador da rede 5) Assistência Social 6) Outros Setores 7) Instituições Privadas 8) Terceiro Setor
Modelo de Atenção	1) Estratégias de Cuidado e Modalidades de Tratamento 2) <i>Continuum</i> de Cuidado 3) Modelo Psicossocial 4) Lógica Territorial Comunitária 5) Direitos Humanos 6) Redes Sociais 7) Redução de Danos 8) Integralidade 9) Intersetorialidade 10) Interdisciplinaridade 11) Peculiaridades Socioculturais 12) Projeto Terapêutico Singular 13) Fluxos Assistenciais

Fonte: Do Autor

2.3.1 O que são as redes de atenção aos usuários de drogas? Caracterizações gerais

Inicialmente, para compreender o que seriam as redes de atenção aos usuários de drogas, foram feitas busca nos materiais de trechos que mencionassem especificamente estes arranjos. Em alguns fragmentos dos documentos analisados são encontradas breves descrições sobre as redes, que se utilizam de variadas terminologias, tais como: “redes de atenção”, “redes assistenciais”, “redes de cuidados” ou apenas “redes”. Especificamente na PNAD, as descrições

do que seriam as redes de atenção podem ser encontradas em dois principais momentos. O primeiro é o seguinte:

[...] Rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento (SENAD, 2005, para. 23).

Posteriormente, na mesma PNAD, novos elementos são incorporados a essa descrição, com a menção ao SUS e o SUAS como integrantes dessa rede, juntamente com alguns dispositivos da saúde, sendo eles:

[...] Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas (SENAD, 2005, para. 53).

Na PAIUAD, por sua vez, a descrição da rede é mais aprofundada, abordando, mesmo que sinteticamente, outros aspectos, como a sua ênfase, alguns de seus pressupostos, seu modelo de atenção e direcionamentos à atuação dos dispositivos, não se limitando aos componentes da rede. O trecho a seguir serve como elemento ilustrativo:

[R]ede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (MS, 2004a, p. 6).

A partir das descrições apresentadas, alguns pontos podem ser destacados e discutidos. O primeiro diz respeito a possíveis polarizações e contradições causadas pelas diferenças entre as políticas (PNAD e PAIUAD), em detrimento de suas complementariedades, sendo este tópico abordado mais à frente no texto. O segundo está relacionado com a redução da rede na PNAD aos seus componentes, como se este arranjo fosse caracterizado apenas por um conjunto de setores e serviços. Tal constatação se mostra consonante com os achados de Costa, Mota, Paiva e Ronzani (2015b), que, em revisão da literatura acerca do tema, constataram uma ênfase

nos componentes estruturais, desconsiderando aspectos processuais e relacionais. Em estudo com profissionais do SUS e SUAS, Costa et al. (2013a) observaram uma aceitação naturalizada e ideologização da perspectiva do trabalho em rede na área, sem maiores reflexões e aprofundamentos sobre seus preceitos. Sendo assim, questiona-se se estes resultados, tanto no âmbito da academia quanto na prática, não seriam influenciados desde seu processo de formulação pelas políticas, isto é, se já não seriam coerentes com as concepções presentes nas próprias políticas.

Referente à Lei 11.343, a descrição presente, apesar de genérica num primeiro momento, “[a]s redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas” (PR, 2006, art. 23), apresenta uma vinculação à PAIUAD quando diz que se deve orientar pelas diretrizes do Ministério da Saúde. Ademais, assinala os seguintes princípios norteadores: respeito aos direitos humanos; abordagens diferenciadas de acordo com as particularidades individuais e socioculturais; definição do Projeto Terapêutico Singular (PTS); atenção por equipes multidisciplinares; e alinhamento às diretrizes de órgãos de controle e participação social.

Já a portaria 3.088, como mencionado, tem como foco a RAPS, sendo essa apresentada como a “rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas” (MS, 2011, para. 17). Ao longo de seu conteúdo, ela procura explicitar não só os níveis de atenção e dispositivos do SUS que fazem parte da RAPS, mas também apresentar seus princípios, o modelo de atenção apregoado, bem como apontar alguns direcionamentos para a operacionalização dessa rede.

Em suma, na tentativa de integração das concepções apresentadas anteriormente, chegou-se à seguinte conceituação da rede de atenção aos usuários de drogas: Uma rede de atenção integral, intersetorial, com variados níveis, modalidades de atenção e dispositivos (públicos, privados e não governamentais sem fins lucrativos, atores comunitários, usuários, familiares etc.), que busca prover um *continuum* de cuidado (promoção de saúde, prevenção, tratamento e reinserção social) de inclinação comunitária, territorial, embasada na Reforma Psiquiátrica e lógica da redução de danos, de modo a abranger as necessidades das pessoas e particularidades socioculturais.

2.3.2 Componentes da Rede

Conforme conceituação acima, os materiais analisados descrevem a rede constituída pela articulação entre diferentes níveis e dispositivos de atenção, de acordo com as características das pessoas e do contexto de inserção. Segundo a RAPS, existem sete níveis de atenção, compostos por variados serviços, sendo eles da saúde mental e/ou voltados para pessoas que usam drogas especificamente, mas também da rede de saúde geral, conforme sintetizado na Tabela 2.

Tabela 2: Níveis de atenção e serviços postulados pela RAPS

Níveis de Atenção	Serviços
1) Atenção Básica	- Unidade Básica de Saúde (UBS): promoção de saúde, prevenção e cuidado territorializado para pessoas com transtornos mentais e que usam drogas. - Estratégia de Saúde da Família (ESF): promoção de saúde, prevenção e cuidado territorializado para pessoas com transtornos mentais e que usam drogas - Consultório na Rua: atuação itinerante ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): apoio e cuidado compartilhado com UBS e equipes de ESF - Centro de Convivência: socialização e produção cultural para pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas
2) Atenção Psicossocial Especializada	- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos tipos I, II e III (com leitos e funcionamento 24h todos os dias) - CAPS Álcool e Drogas (CAPSad) dos tipos II e III (com leitos e funcionamento 24h todos os dias) - CAPS infantil (CAPSi)
3) Atenção de Urgência e Emergência	- Serviço de Atendimento Móvel à Urgência (SAMU) - Sala de Estabilização - Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - Hospitais de Pronto-Socorro (HPS) - CAPSad
4) Atenção de Caráter Residencial Transitório	- Unidade de acolhimento Adulto (UAA): acompanhamento terapêutico e protetivo transitório para pessoas maiores de 18 anos que usam drogas e tenham acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI): para adolescentes e jovens (12 a 18 anos) - Comunidade Terapêutica (CT): serviço não estatal com tratamento asilar para pessoas com usuárias de drogas com necessidades clínicas estáveis (tempo máximo de nove meses)
5) Atenção Hospitalar	- Enfermarias e leitos para desintoxicação de curta ou curtíssima permanência em hospitais gerais
6) Estratégias de Desinstitucionalização	- Serviços Residenciais Terapêuticos: moradias para pessoas egressas de Hospitais Psiquiátricos com acentuada vulnerabilidade social
7) Reabilitação Psicossocial	- Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: Do Autor

O principal dispositivo da rede de atenção aos usuários de drogas é o CAPSad. De acordo com a PAIUAD, além de prestar atenção psicossocial especializada a pessoas que usam

drogas, também deve ser o responsável por organizar a rede de atenção, gerenciar o fluxo de usuários e prestar apoio matricial para serviços não especializados. Para isso, deve atuar de forma articulada com outros dispositivos assistenciais e níveis de atenção da RAPS, de acordo com as necessidades da população. Apesar de sua importância, é questionada a capacidade dos CAPSad em atuar como ordenadores dessa rede e da gestão da clínica, a partir do momento em que ainda se encontram em número insuficiente no país, apesar da sua expansão no últimos anos (Tribunal de Contas da União [TCU], 2012; Sala de Apoio à Gestão Estratégica [SAGE], 2016), perpassados também por insuficiências estruturais, na formação, processo de trabalho etc. (Souza, Kantorski, Gonçalves, Mielke & Guadalupe, 2007; Moraes, 2008; Fodra & Rosa, 2009; Vargas & Duarte, 2011; Vinha, 2011; Bernardi & Kanan, 2015; Costa et al., 2015b; Costa et al., 2015d; Ribeiro, Moreira, Bastos, Inglez-Dias & Fernandes, 2016).

Assim, é necessário empregar exercícios analíticos constantes sobre o CAPSad, refletindo sobre sua proposta, que, como apontam Costa et al. (2015b), pode se tratar de uma transposição de modelos descontextualizados da saúde mental para a área de álcool e outras drogas – mais especificamente, uma replicação do CAPS geral para o CAPSad com alguns acréscimos como a redução de danos –, assim como seu papel na rede, para que sejam potencializados e não deslegitimados. Um exemplo dessa possível transposição reside no fato de a literatura apontar que os perfis de usuários do CAPS e CAPSad serem bastante diferentes (Faria & Schneider, 2009; Peixoto et al., 2010; Horta, Horta, Rosset, & Horta, 2011; Monteiro et al., 2011); mesmo assim, seus modelos organizativos, atividades prescritas e ofertadas, juntamente com os moldes assistenciais são semelhantes, o que pode significar uma desconsideração das necessidades e características daqueles que, em tese, deveriam orientar a estruturação dos serviços e ações. Nesse sentido, o estudo de Bastos & Bertoni (2014) com a população usuária de crack no Brasil é bastante elucidativo, ao demonstrar que os principais dispositivos assistenciais procurados pelos usuários não eram voltados especificamente para o tratamento da dependência, sendo que os principais elementos considerados por eles para acessarem os dispositivos eram: distribuição de alimentos, oferta de serviços de saúde e higiene, apoio para conseguir emprego, escola ou cursos profissionalizantes, atividades de lazer etc. Logo, observamos o distanciamento entre a proposta do CAPSad com as necessidades e características dos sujeitos que ele deveria abarcar.

No que diz respeito ao ordenamento da rede pelo CAPSad, a RAPS aponta que essa gerência do cuidado na rede também pode ser feita pela Atenção Básica (MS, 2011), mas sem destituir o CAPSad dessa função. Contudo, conforme discute Andrade (2011), este nível de atenção também precisa ser fortalecido em termos de financiamento, infraestrutura, formação

profissional, dentre outros, para que consiga cumprir seu papel, impactando positivamente na rede e, inclusive, nos CAPSad.

Não obstante, devido à complexidade do assunto e suas determinações sociais, os materiais apontam a imprescindibilidade de se considerar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na abordagem compreensiva à temática do uso de drogas, entendendo-a inserida dentro de um contexto social amplo. Apesar disso, em nenhum dos materiais, os dispositivos do SUAS, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua (Centro POP), dentre outros, são mencionados. Instituições da assistência social são referidas genericamente na Lei apenas, mas em termos de comunicação das ações e de financiamento público. A Política Nacional de Assistência Social é citada protocolarmente na PNAD e Lei 11.343 e o SUAS aparece somente na concepção da PNAD sobre a rede. Outros setores e âmbitos citados foram a educação, cultura, esporte lazer, especialmente na articulação do cuidado com ações promotoras de saúde, cidadania, autonomia e de prevenção, fortalecendo âmbitos das vidas das pessoas, muitas das vezes fragilizados pelo uso de drogas e condições sociais.

Por mais que existam arranjos dentro do SUS, como a RAPS, a própria complexidade da temática do uso de álcool e outras drogas, faz com que seja necessária a compreensão e abordagem dos determinantes sociais relacionados, por meio de um cuidado contínuo, que englobe promoção de saúde, prevenção, diferentes modalidades de tratamento e inserção social (Rush, 2010). Para isso, diversos serviços, níveis de atenção e também múltiplos setores devem estar envolvidos e articulados, construindo uma rede que potencialize o uso dos seus recursos à medida em que encontram-se articulados (Babor, Stenius & Romelsjo, 2008; Babor et al., 2010; Rush, 2010).

Na tentativa de aumentar a capilaridade da rede, a PNAD e a Lei 11.343 consideram a necessidade de parceria entre o setor público e o terceiro setor, abarcando tanto os dispositivos governamentais quanto instituições privadas e organizações não governamentais. É sabido que, por conta do próprio histórico de negligência estatal sobre o tema, instituições não governamentais, geralmente de cunho filantrópico e/ou religioso, permearam o terreno assistencial no país (Alves, 2009; Machado & Miranda, 2007). O SUS mesmo pressupõe, por meio da lei 8.080, a complementariedade por instituições privadas, não governamentais e o terceiro setor. No entanto, em consonância com Yamamoto (2007), Costa et al. (2015b) e Lima, Rocha, Vale e Fonseca (2015), o que se questiona é o processo de desresponsabilização do Estado e consequente responsabilização da sociedade civil, passando por procedimentos de

mercantilização dos direitos e serviços sociais e a privatização do próprio SUS, quando se fomenta a inserção de dispositivos privados e/ou não governamentais nas políticas públicas, tendo, inclusive, como orientação geral (a primeira, por sinal) da PNAD que ela deve “estimular, garantir e promover ações para que a sociedade [...] possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social”. Ademais, o que se observa historicamente na área de álcool e outras drogas é a complementariedade dos dispositivos públicos frente aos não governamentais, e não o contrário (Spohr, Leitão & Schneider, 2006; Carvalho, 2007; Siqueira, Barbosa, Laranjeira & Hopkins, 2007; Moraes, 2008; Costa et al., 2015b). Cabe ressaltar que essa tendência expressa nos documentos analisados tem sido predominante não só no Brasil, mas na América Latina como um todo a partir dos anos 70/80 no que se refere às políticas sociais – incluindo as que abordam a temática do uso de drogas – em razão da lógica neoliberal que orienta a concepção sobre o Estado e as ações estatais neste contexto (Netto, 2001; Yamamoto & Oliveira, 2010; Behring & Boschetti, 2011).

Portanto, a ideia que essa perspectiva passa, ainda mais considerando o processo sócio histórico supracitado, é a do enfraquecimento das próprias estratégias públicas e do papel do Estado nessa conjuntura. Relega-se à iniciativa privada a premência de atuação na área, entendendo o Estado – quando necessário – como um mero financiador/investidor. Ademais, existe uma série de indefinições sobre a natureza e origem dos dispositivos não governamentais dentro desses mecanismos, sobretudo das comunidades terapêuticas, como, por exemplo, se estas seriam serviços da saúde ou da assistência social.

2.3.3 Modelo de Atenção

Por modelos de atenção à saúde são entendidas as formas de cuidado, de assistência ofertadas, em suma, o que deve ser considerado e como devem ser realizadas as práticas de saúde pelos serviços e profissionais (Paim, 2010). Partindo dessa ideia, Mendes (2010), aponta que estes modelos são construções teóricas e lógicas que devem organizar o funcionamento das redes de atenção à saúde (RAS) quaisquer que sejam, com, por exemplo, a RAPS. Portanto, devem servir de embasamento para que serviços e ações, de forma articulada, compreendam as condições de saúde e vida das pessoas e formulem propostas contextualizadas.

Em consonância com essa concepção, os materiais analisados apontam que as redes de atenção aos usuários de drogas devem considerar uma diversificação das estratégias de cuidado e modalidades de tratamento, assegurando o estabelecimento de um cuidado contínuo

e integral (promoção, prevenção, tratamento e reinserção social), em detrimento de ações fragmentadas e pontuais. Esta amplitude de tipologias deve, inclusive, ir para além da droga/substância, focando em supostas patologias, mas considerar o cuidado como um processo que fomente a autonomia e cidadania.

Partindo destes princípios, o modelo de atenção apregoado no material analisado, especialmente nas políticas (PAIUAD e PNAD), é o psicossocial, mas sem desconsiderar os aspectos físicos/biológicos relacionados, como fica claro posteriormente na RAPS quando determina a constituição de equipes multiprofissionais e os níveis de cuidado. Toma-se como parâmetro os preceitos da Reforma Psiquiátrica e suas conquistas no campo da saúde mental e é colocada a necessidade de que estes modelos fomentem propostas contextualizadas e territorializadas, em direção à comunidade, assegurando direitos humanos. Para isso, é peremptório considerar a comunidade e o território para além de um mero espaço geográfico, mas como um componente da rede, a partir de uma dinâmica viva, formada por pessoas, suas relações, concepções, afetos, valores etc., que, em última instância, significa olhar para o usuário, seu contexto de vida, redes sociais e relações, dentre outros fatores importantes em sua constituição (Lancetti & Amarante, 2012; Amarante, 2015).

Nesse sentido, a redução de danos surge nos documentos como concepção balizadora, sendo permeada por duas visões: 1) a primeira que a concebe como a racionalidade que fundamenta as ações de cuidado na rede de atenção aos usuários de drogas; 2) a segunda, relacionada a elementos procedimentais, instrumentais, como uma parte integrante do cuidado ou uma modalidade de tratamento. Os trechos a seguir extraídos da PNAD explicitam essa segunda concepção: (a) “diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares”; (b) “[p]romover e implementar a integração das ações de redução de danos com outros programas de saúde pública”. Por mais que se entenda estas várias utilizações do termo redução de danos, é necessário clarificar que, apesar de existirem ações que visem reduzir os danos, este é um conceito ampliado que deve ser entendido para além dos aspectos tecnicistas, mas como uma lógica, um paradigma de compreensão do uso de drogas e, que, portanto, deve servir como embasamento e horizonte ético-político para as ações de cuidado na área (Petuco, 2014). Dessa forma, fica o desafio conceitual acerca da redução de danos para as políticas (PNAD e PAIUAD), que é um dos marcos orientadores das práticas na área, mas que, ao conter tais incompreensões ou visões restritivas, pode contribuir para a reverberação destes problemas nas redes, serviços e práticas pelos gestores e profissionais.

Dois outros conceitos fundamentais apresentados para a estruturação da rede de atenção aos usuários de drogas são o de integralidade e intersetorialidade. Ambos aparecem inter-relacionados e trazem consigo a necessidade de trabalho interdisciplinar. Ou seja, para garantir a integralidade do cuidado é indispensável uma lógica intersetorial e interdisciplinar. Ao mesmo tempo, questiono se é possível a intersetorialidade sem a integralidade do cuidado e interdisciplinaridade. Especificamente sobre a intersetorialidade, a Política de Assistência Social e o SUAS são apontados como *lócus* privilegiados de atenção, devendo ser considerados para uma maior amplitude de ações na área. Outros setores e esferas são mencionados, principalmente na potencialização do *continuum* de cuidado.

Inserido neste contexto, o PTS é apresentado pela PAIUAD, RAPS e Lei 11.343 como arranjo central no cuidado que tenha abrangência às necessidades socioculturais e particularidades dos usuários. Entretanto, é indagada a sua viabilidade sem uma confluência com a regulação e organização das demandas e dos fluxos de cuidado, isto é, sem uma institucionalização dos caminhos existentes e possíveis da rede, o que requer uma hierarquização. A RAPS traz em seu conteúdo a necessidade de constituição de fluxos assistenciais, só que a partir de um único apontamento genérico, fazendo com que seja questionada a possibilidade de existência de redes de atenção sem a conformação destes fluxos e linhas guia de cuidado, como pressupõe as próprias redes de atenção à saúde (Hartz & Contandriopoulos, 2004; Mendes, 2010; Silva & Magalhães Júnior, 2013). Como exemplo, está o estudo de Cortes et al. (2014) com profissionais da ESF, onde eles atribuem a desarticulação da rede à falta de um fluxograma que organizasse e articulasse o trabalho dos serviços e profissionais.

Cabe, então, pensar numa relação complementar entre ambos, considerando os seguintes desafios: 1) de construção de fluxos de cuidado e uma hierarquização que considerem não somente os diferentes tipos e níveis de uso, mas que também abram espaço para a consideração dos determinantes sociais, redes sociais e peculiaridades socioculturais, ao mesmo tempo em que não impossibilitem relações mais horizontais entre os serviços; 2) de se pensar o PTS a partir dessas linhas de cuidado pré-estabelecidas, mas que sejam ajustáveis, não sendo utilizadas como receituários, desconsiderando os usuários e o próprio princípio da equidade, doutrinário do SUS. Afinal, sem a implementação de fluxos de redes, a tendência é que os vínculos entre serviços para o cuidado compartilhado e trabalho em rede sejam feitos de forma superficial e/ou personalizadas. Como consequência, encontra-se um cenário de individualização da temática e desconsideração das questões socioculturais, com fomento ao encaminhamento (Gonzaga & Nakamura, 2015; Varela, Sales, Silva & Monteiro, 2016), em

grande parte como transferência de responsabilidades (Costa et al., 2013a; Cortes et al., 2014), o que, por sua vez, também não abarca as necessidades terapêuticas e singularidades dos sujeitos.

2.3.4 Vários mecanismos, múltiplos paradoxos?

Inicialmente, vale a ressalva de que questões complexas, como o uso de álcool e outras drogas, frequentemente, trazem consigo, diversas concepções e tentativas de compreensão, sendo elas algumas vezes complementares, outras paradoxais. Quando estas questões complexas são perpassadas por valores pessoais, morais, sociais, aspectos econômicos, políticos, influências externas de países e organismos internacionais etc., é constatado um panorama ainda mais intricado (Bastos, 2015). Sendo assim, é esperado um certo nível de heterogenia e, até mesmo, de discordância. Por mais que se entenda a política como conflito/disputa, e as políticas como materializações de múltiplas determinações, possuindo limitações e sendo perpassadas, muitas das vezes, por interesses antagônicos (Yamamoto & Oliveira, 2010; Behring & Boschetti, 2011), questiona-se de que forma esta disputa pode afetar negativamente as práticas e, conseqüentemente, seus usuários. Enfim, para lançar luz sobre esse debate, serão discutidas algumas contradições extraídas do processo analítico, levantando reflexões sobre elas e suas reverberações.

Uma primeira contradição diz respeito às racionalidades dos modelos de atenção e do próprio cuidado. Segundo consta na PAIUAD, os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e a lógica da redução de danos devem fundamentar os modelos e práticas assistenciais na área. Tal perspectiva é reforçada pela lei 11.343 quando aponta que “[a]s redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde”. Conforme apresentado anteriormente, a PAIUAD é a política elaborada pelo Ministério da Saúde.

Já na PNAD, perspectivas paradoxais frente às defendidas pela PAIUAD são incluídas. Uma primeira contradição é observada na primeira diretriz da PNAD sobre “tratamento, recuperação e reinserção social”, que postula a necessidade de articulação das intervenções em rede e, ao citar os serviços integrantes dessa rede, menciona, por exemplo, os hospitais psiquiátricos. Esta dificuldade de compreensão já surgia quando, em um de seus objetivos, coloca “implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada”, mas sem mencionar as distinções entre os serviços públicos e os privados. Ademais, serviços como os

hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, juntamente com os seus modelos de tratamentos asilares de média a longa duração e práticas desumanas e iatrogênicas, que violam direitos humanos, contradizem não só os pressupostos e conquistas da Reforma Psiquiátrica brasileira (Perrone, 2014), mas a própria PAIUAD quando esta afirma que a oferta de cuidados deve ser baseada em “dispositivos extra hospitalares de atenção psicossocial” e/ou comunitários, como os serviços substitutivos da RAPS, articulados com outros dispositivos da saúde e sociais. Consequentemente, em pesquisa com coordenadores da ESF em Pelotas/RS (Eslabão, Coimbra, Kantorski, Pinho & Santos, 2017), foram constatadas dissonâncias entre a rede formal (formada pelos dispositivos públicos) e outra informal (recursos oriundos do terceiro setor ou da própria comunidade), com maior ênfase na segunda. Tal preocupação com o fortalecimento e retomada de modelos asilares também é corroborada em pesquisa sobre a oferta de serviços de atenção em álcool e outras drogas no município do Rio de Janeiro (Ribeiro et al., 2016).

Dessa forma, os seguintes questionamentos mostram-se pertinentes: Existe mais de uma rede? É responsabilidade do Estado, por meio das políticas públicas, implantar e implementar uma rede privada? Os dispositivos não estatais/governamentais (sejam eles privados, com ou sem fins lucrativos) fazem parte da rede enquanto recursos públicos ou são complementares?

Como as próprias políticas colocam, existe a necessidade de se considerar uma ampla gama de modelos de atenção e serviços, pois somente uma perspectiva seria incapaz de englobar as diferenças individuais e sociais existentes e a própria complexidade do assunto. Logo, a rede de atenção ao usuário de drogas passa ser conformada por dispositivos que possibilitem uma maior abrangência e capilaridade, como os recursos da sociedade civil e da própria comunidade. No entanto, esta confluência e suas nuances devem ser mais bem explicitadas pelas políticas e instrumentos normativos, de modo a clarificar possíveis contradições e dirimir questionamentos. Tais explicitações são necessárias, inclusive, para que estes instrumentos cumpram seu principal objetivo que é o de sistematizar e orientar as práticas na área. Igualmente, é importante refletir para a utilização dos próprios discursos de redes, atrelados ao de descentralização, enquanto elementos reforçadores de uma lógica de desregulamentação do papel do Estado na oferta de políticas públicas e sociais (Duriguetto, 2007; Pereira & Teixeira, 2013). Caso não se assentem sobre estes aspectos, os seguintes panoramas continuarão a assolar a área: 1) reforço de uma tradição histórica de negligência do Estado, relegando à sociedade civil grande parcela de reponsabilidade pela abordagem à temática (Machado & Miranda, 2007; Alves, 2009); 2) a consequente complementação dos serviços não governamentais pelos

públicos, cenário que deveria ser o contrário (Spohr et al., 2006; Carvalho, 2007; Siqueira et al., 2007; Moraes, 2008; Costa et al., 2015b); e 3) antagonismos de modelos e práticas por um mesmo serviço ou profissional (Schneider, 2010).

Em consonância com isso, conforme foi possível observar na PAIUAD, a expansão da rede assistencial restringiu-se à expansão do número de CAPS e CAPSad no país. A partir do momento em que se postula a necessidade de diferentes níveis de cuidados, com variadas modalidades de atenção para fomentar o cuidado continuado e abarcar as necessidades decorrentes das pessoas que usam drogas, uma aposta quase que exclusiva na expansão dos CAPS como resposta pública ao cenário encontrado mostra-se contraditória. A própria instituição posterior da RAPS e de outros dispositivos especializados, como as Unidades de Acolhimento Institucional, leitos específicos em hospital geral, e não especializados, como as UBS, consultórios na rua etc. contradizem este reducionismo. Ademais, a rede de atenção não se reduz a um mero conjunto de serviços e nem ao seu somatório de relações, e mesmo a ampliação desses serviços, por si só, não é suficiente para uma atenção integral à saúde dos usuários (Moraes, 2008).

Outro dado relevante é sobre a suposta intersetorialidade apregoada pela PAIUAD e PNAD, mas que deve ser questionada a partir do momento em que a própria PAIUAD, e também a RAPS, são construções do Ministério da Saúde e/ou estão situadas no SUS, considerando, basicamente, os dispositivos da saúde na configuração da rede. Acerca do tratamento, o SUAS é citado protocolarmente na PNAD como integrante da rede. A portaria 3.088, responsável por direcionar as formas de organização da RAPS, não o engloba. Assim, como objetivar uma rede e trabalho intersetorial se nem o principal instrumento normativo (a portaria) considera ou aponta como fazer isso? Cabe ressaltar que a própria recenticidade do SUAS (com sua Lei Orgânica da Assistência Social de 1993, mas instituído somente em 2005) pode servir como justificativa para essa ausência na PAIUAD e RAPS e insuficiência na PNAD.

Como possibilidades de reversão ou minimização dos obstáculos constatados, a própria RAPS poderia abarcar os dispositivos do SUAS por meio de uma proposta interministerial. A partir da consolidação e desenvolvimento do SUAS, com a inserção cada vez maior de CRAS, CREAS etc. sobre o tema (TCU, 2012; Ronzani, Costa, Paiva, Cruvinel, Formagini & Medeiros, 2016), seria interessante a reformulação de todo esse aparato, para que compreendam essas novas conformações.

Por fim, a partir dos resultados apresentados e discutidos, entende-se que, por mais que represente avanços históricos, o aparato analisado (PNAD, PAIUAD, RAPS e Lei 11.343) carece de reformulações e reordenações, contemplando a dinamicidade na área. Aliada a isso,

está a necessidade de se empregar análises que levem em consideração suas contradições e também as potencialidades, entendendo as imbricações reflexivas entre *papel* e *prática*, tomando o real como parâmetro.

2.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados do presente estudo, conclui-se que as atuais políticas sobre drogas, a PNAD e a PAIUAD, juntamente com os principais mecanismos normativos-legais na área (Lei 11.343 e portaria 3.088), necessitam de reflexões constantes. Por isso, não devem ser assumidos como naturais e/ou utilizados de forma acrítica, o que pode reverberar em uma desconsideração ou restrição da capacidade reflexiva e da dimensão intelectual dos profissionais, assim como em concepções e práticas cristalizadas. Logo, a famosa frase, repetida quase à exaustão “*no papel é bonito, mas na prática...*”, mostra-se problemática, ao menos, no que refere às redes de atenção aos usuários de drogas.

Não se pretende aqui uma deslegitimação destes instrumentos, muito menos dos avanços históricos que eles trazem consigo e, ao mesmo tempo, fazem parte, numa relação dialética. Ainda mais considerando o atual momento político, econômico e social do país e os interesses diversos que perpassam a temática do uso de drogas. Somente acredita-se que podem ser potencializados e, conseqüentemente, fomentarem melhorias nos processos de cuidado, a partir de análises críticas, contextualizadas e históricas que não os tomem de forma naturalizada, mas a partir de um prisma dinâmico.

Afinal, em concordância com Costa e Paiva (2016), por mais importantes que sejam, estes avanços nas legislações e políticas não são suficientes *per si* para modificar as visões sobre um tema demasiadamente complexo e intricado, ainda mais por serem perpassados pelas contradições que envolvem o tema e os próprios interesses antagônicos de distintos grupos societários. A partir do momento em que são feitas por seres humanos, carregam consigo suas representações sociais, valores, circunstanciadas pela realidade social e suas características. Ademais, as próprias políticas possuem limitações, quando parcializam e fragmentam a questão social, e ao serem permeadas por contradições e tensões, na medida em que são motivadas por interesses variados e, em grande parte, antagônicos, se inserindo sobre uma sociedade capitalista que é, por princípio, contraditória, ao possuir como cerne a paradoxalidade da relação capital-trabalho, juntamente com suas implicações e multideterminações (econômicas, sociais, políticas etc.).

Para a superação dos obstáculos aqui apontados e fortalecimento dos fatores considerados como avanços, denota-se a necessidade de desenvolvimento de pesquisas futuras que ampliem a análise e o entendimento das redes de atenção aos usuários de drogas em distintas realidades, mas sem desconsiderar os fatores comuns que as cerceiam e conformam. É sugerido que estas pesquisas objetivem compreender não só os componentes dessas redes, mas as concepções existentes, os modelos de atenção e também os processos relacionais que são conformados, propiciando uma visão abrangente sobre a temática.

Por mais que se saiba que o processo de implementação das políticas e legislações não é linear, acredita-se que, dessa forma, seja possível contribuir para a compreensão das prováveis inter-relações entre políticas e a realidade, especialmente, em uma perspectiva histórico-crítica que as conceba de maneira inter-relacional, e não fragmentada. Ademais, parte-se do pressuposto de que essas redes não se tratam de meras abstrações, e que são múltiplas, conformadas a partir dos contextos em que se inserem, bem como pelas pessoas e dispositivos que as compõem, seus valores, concepções etc., trazendo consigo uma pluralidade de condicionantes.

3. DESVELANDO A REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS A PARTIR DA ANÁLISE DE REDES SOCIAIS

3.1 INTRODUÇÃO

O debate e concepção sobre as redes como formas de estruturação do sistema de saúde brasileiro estiveram no bojo das reivindicações e lutas do Movimento Sanitário que culminou na Reforma Sanitária e, conseqüentemente, nas instituições do SUS no país. Em contraste com o início dos anos 90, onde o tema perde prioridade e relevância influenciado por questões econômicas e políticas, a partir do início dos anos 2000, ele retorna à centralidade das pautas de discussões e ganha cada vez mais força no cenário assistencial em saúde no Brasil (Kuschnir & Chorny, 2010).

Como principal marco histórico-normativo, encontra-se a promulgação da portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010 (MS, 2010). Nela são estabelecidas as diretrizes das redes de atenção à saúde (RAS), sendo elas os arranjos de governança do SUS que possibilitariam a sua reorganização, suplantando uma lógica essencialmente hierarquizada e fragmentada que se mostrava ineficaz e descontextualizada ao panorama de saúde da população brasileira, marcado por profundas transições, sejam elas epidemiológicas, demográficas, nutricionais etc. (Mendes, 2010). Tomando, então, como base as RAS, são criados, inclusive, variados arranjos organizativos para a abordagem de temas específicos, considerando as suas condicionalidades, como, por exemplo: a Rede Cegonha, que visa organizar a atenção à saúde materno-infantil, a Rede de Urgência e Emergência e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada para as pessoas com transtornos mentais ou com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (MS, 2011).

Muito já se sabe sobre as potencialidades dos sistemas de saúde organizados por redes de atenção integradas, em detrimento dos sistemas fragmentados, indo desde uma melhor acessibilidade pelos usuários, até mesmo à maior eficácia e efetividade dos cuidados ofertados, propiciando melhores resultados e condições de saúde à população (Hartz & Contandriopoulos, 2004; Mendes, 2010; 2012). Alguns entraves para a formação das RAS também são conhecidos, sendo que uma parte deles diz respeito à configuração e gestão do próprio SUS, como por exemplo, a fragmentação do sistema, as dificuldades nos processos de regionalização da saúde, os desafios da constituição da integralidade da atenção, ênfase nos níveis de atenção especializados e não na atenção básica, assim como outros mais ampliados, como as concepções que se tem sobre saúde não como um direito, mas como uma mercadoria ancorada no projeto

neoliberal e regida pela lógica de mercado, o que implica em processos cada vez mais constantes de desregulamentação estatal, com a inserção da iniciativa privada, privatização e terceirização, subfinanciamento das políticas sociais, precarização de vínculos trabalhistas e das condições de trabalho etc. (Hartz, 2004; Yamamoto, 2007; Silva, 2011; Vasconcelos, 2012; Shimizu, 2013; Rodrigues et al., 2014). Nesse sentido, é preciso considerar que, em conjunto com a continuidade das avaliações sobre os resultados das redes de atenção, é cogente atentar para questões anteriores, referentes ao próprio conceito de redes e à compreensão de como se configuram estas formas de organização e trabalho. Ou seja, o que são estas redes de atenção (pergunta que procuramos responder no Capítulo II)? Como se configuram na realidade, de que forma estão estruturadas e como seus componentes se relacionam? Existe somente um modelo ou estes arranjos são modificados de acordo com as particularidades dos contextos nos quais se insere? Quais são as possíveis incongruências conceituais e práticas existentes? De que forma são pensadas e concretizadas na abordagem a questões diversas, como a atenção psicossocial, os usuários de drogas etc.?

Em conformação com estes predicados, as atuais políticas sobre drogas no Brasil – a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) – pressupõem a abordagem assistencial às pessoas que usam drogas justamente através de redes de atenção integradas e intersetoriais (MS, 2004a; SENAD, 2005). Cabe ressaltar que este cenário atual é fruto de um processo histórico, caracterizado por avanços e retrocessos, mas que, apesar disso, tem seu momento de propulsão com a já mencionada Reforma Sanitária, e, principalmente, com o movimento da Luta Antimanicomial que originou a Reforma Psiquiátrica brasileira na década de 80. Inspirado pela reforma psiquiátrica italiana, que tem em Franco Basaglia o seu principal articulador, inicia-se aqui um processo gradual de modificações na atenção às pessoas com transtornos mentais e também àquelas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a conformação de propostas de desinstitucionalização, por meio de uma rede substitutiva, composta por serviços abertos pautados na garantia de direitos humanos e pela redução de danos, em direção à comunidade. Nesse contexto, os serviços substitutivos vão surgindo de experiências pontuais, como as de São Paulo e Santos, mas que, aos poucos vão se difundindo e capilarizando pelo país como um todo. Ambulatórios de saúde mental, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) – que depois são transformados em CAPS pelo Estado brasileiro –, cooperativas sociais, centros de convivência, dentre outros, vão, lentamente, durante a década de 90 e anos 2000 se expandindo e ganhando respaldo legal e político, tendo como principais marcos institucionalizantes na área a promulgação da lei 10.216, em 2001, redirecionando o

modelo assistencial em saúde mental (PR, 2001), e a portaria 3.088, de 2011, instituindo a RAPS no SUS (MS, 2005; Hirdes, 2009; MS, 2011; Lancetti & Amarante, 2012; Amarante, 2015).

Entretanto, apesar de todo esse processo e da relevância das redes de atenção aos usuários de drogas para as políticas, Costa (2014) e Costa et al. (2015b) observaram uma escassez de estudos orientados para compreender a realidade dessas redes no país. As poucas pesquisas existentes ainda estão focadas, em grande parte, nos serviços especializados aos usuários de drogas, como os CAPSad, e em instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas e os grupos de ajuda mútua, sem analisar as redes de atenção a partir de uma compreensão intersetorial e de forma abrangente. Cabe salientar que tal lacuna decorre, em parte, do próprio histórico de recenticidade desta perspectiva organizativa nas políticas públicas e sociais brasileiras, conforme mencionado anteriormente (Costa et al., 2015b).

Essa insuficiente compreensão sistêmica na área, em rede, que existe no contexto brasileiro também é percebida na produção acadêmica internacional. De acordo com Babor et al. (2008), a maior parte das pesquisas sobre o tratamento aos usuários de drogas focaliza os aspectos clínicos ou o processo terapêutico, deixando importantes lacunas referentes à análise dos diferentes tipos e modalidades assistenciais, assim como a organização interação entre os serviços. Surge, então, a necessidade das pesquisas irem além desses componentes clínicos, mas também, no contexto nacional, de buscarem uma compreensão ampliada das redes de atenção, não focando somente nos serviços especializados e/ou do setor saúde, concebendo a importância dos dispositivos do SUAS, por exemplo, dentre outros setores e recursos comunitários (Costa et al., 2015a; 2015b), de acordo com a complexidade e abrangência da temática.

Adicionalmente, as redes de atenção aos usuários de drogas são conformadas não só por componentes estruturais, como os serviços, os insumos, materiais etc., mas também envolvem estes mesmos serviços, seus profissionais e as interações estabelecidas por eles, numa perspectiva relacional, como aponta Frenk (1994). É preciso ter clareza de que a rede não se restringe a um mostruário ou cardápio de serviços e se conforma também pelos modos como eles se articulam entre si, reforçando a ideia do todo maior que a soma das partes. Logo, para uma compreensão mais contextualizada dessas redes de atenção aos usuários de drogas, é imperativo transpor a mera identificação dos serviços, procurando caracterizar e analisar as inter-relações estabelecidas entre eles.

Neste contexto, a Análise de Redes Sociais (ARS), constitui-se como uma importante estratégia investigativa, sendo cada vez mais utilizada no contexto da avaliação em saúde e

podendo ser expandida para a compreensão das redes de atenção aos usuários de drogas (Costa et al., 2015c; Gomide et al., 2015). A ARS é uma estratégia avaliativa que focaliza os aspectos relacionais, identificando e mensurando as interações existentes em um todo (no presente caso, a rede) e propiciando a compreensão acerca da sua estruturação, assim como o papel desempenhado pelos seus elementos (p. ex. os serviços) (Blanchet & James, 2012). Tem sua origem na teoria dos grafos (*graph theory*), uma ramificação do campo da matemática que parte do princípio de que os grafos, que são modelos matemáticos para a representação de estrutura das redes, servem como formas de especificação das relações existentes dentro de um determinado meio, seja esse meio composto por pessoas, objetos etc. (Barabási, 2012; Easley & Kleinberg, 2010). Posteriormente, a ARS vai se desenvolvendo, recebendo contribuições e sendo utilizada por diversas áreas do conhecimento, como, por exemplo: a já citada matemática, sociologia, antropologia, física, biologia, assim como algumas áreas aplicadas do conhecimento, como, a saúde pública (Freeman, 2004; Borgatti, Mehra, Brass, & Labianca, 2009; Costa et al., 2015c)¹⁶.

Em geral, por meio da ARS é possível ir além do levantamento dos componentes das redes, sejam elas quais forem (neurais, de pessoas, instituições etc.), identificando também as interações existentes entre os seus nós, que no presente caso são representados pelos serviços assistenciais, identificando quais são os dispositivos centrais, além do fluxo estabelecido entre eles (Blanchet & James, 2012; Gomide & Schütz, 2015). Logo, algumas indagações pertinentes podem ser mais bem elucidadas a partir desta abordagem, a saber: Quais são as formas de relacionamento entre os dispositivos da rede? Dentre essas formas, existe(m) alguma(s) mais prevalente(s)? Se sim, qual(is)? Essas relações possuem algum padrão? Quais são os elementos que mais influenciam nessa estruturação? Quais são os dispositivos mais proeminentes e centrais da rede?

Dessa forma, considerando as pontuações elencadas, o presente estudo objetiva realizar uma avaliação da rede de atenção aos usuários de drogas do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, a partir da ARS, sinalizando aproximações e distanciamentos com o panorama nacional. Para isso, serão identificadas as tipologias e características das interações estabelecidas entre os diferentes elementos da rede e avaliadas as dimensões de integralidade, intersectorialidade e o papel do CAPSad, bem como os seguintes tipos de relacionamento entre

¹⁶ Para entender melhor como se deu o processo de constituição e desenvolvimento da ARS, consultar o capítulo de P. H. A. Costa, T. M. Ronzani e F. A. B. Colugnati, *Análise de redes sociais: Uma estratégia avaliativa para a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas*, do livro *Psicologia e Saúde Pública. Contribuições e desafios* (2015), que traz um histórico mais detalhado sobre esse percurso histórico da ARS

os serviços: referência, contrarreferência, coordenação conjunta de casos e programas em conjunto. Adicionalmente, será realizada uma comparação da estruturação da rede de atenção encontrada no município com o modelo definido pelas políticas da área, de modo a refletir sobre a conjuntura de assistência aos usuários de drogas no país.

3.2 MÉTODO

3.2.1 Delineamento

O presente estudo consiste em uma pesquisa exploratória, de corte transversal, abordagem quantitativa, com a coleta sendo realizada entre maio de 2014 e fevereiro de 2015 na rede de atenção aos usuários de drogas no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Juiz de Fora situa-se na região da Zona da Mata e Vertentes. Sua população estimada é de 555.284 habitantes, numa extensão territorial de 1.436 km², com densidade demográfica de 359,59 hab./km². Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,778, com Produto Interno Bruto (PIB) de R\$7.180.719,00 (IBGE, 2016b).

Partindo da conceituação da rede de atenção aos usuários de drogas (apresentada no Capítulo II), busca-se a construção de um modelo que pudesse operacionalizar a avaliação desse objeto de estudo. A partir da noção ampliada de rede postulada pelos instrumentos político-legais (MS, 2004a; 2011; SENAD, 2005; PR, 2006), os serviços que prestavam tratamento aos usuários de drogas poderiam ser governamentais ou não governamentais, com modalidades de tratamento diversificadas e constituintes dos seguintes âmbitos: 1) SUS, através da RAS e RAPS; 2) SUAS, organizando as ações da assistência e proteção social; e 3) iniciativas oriundas da própria comunidade sobre a temática, aqui chamadas de recursos assistenciais comunitários, como forma complementar de ampliação e aprofundamento do escopo de cuidado, sem desconsiderar a responsabilidade e centralidade do Estado e dispositivos públicos na oferta assistencial. O Anexo 1 representa os componentes e características da rede de atenção aos usuários de drogas.

A rede de atenção analisada na presente pesquisa foi composta por 187 serviços, de natureza governamental ou não governamental, do SUS, SUAS ou dispositivos oriundos da própria comunidade, nomeados de recursos comunitários. Destes, 184 serviços foram identificados anteriormente na pesquisa de mestrado (Costa, 2014) a qual este estudo de doutorado sucede. Contudo, entre o processo de realização do mestrado e da coleta de dados da presente pesquisa, descobrimos que cinco dispositivos haviam fechado ou pararam de prestar

assistência aos usuários de drogas e oito surgiram ou tinham sido desconsiderados do mapeamento prévio, fazendo com que a amostra seja de 187 serviços. A tipificação destes dispositivos é apresentada na Tabela 3, a frente.

Tabela 3: Tipologia dos serviços que compõem a rede de atenção aos usuários de drogas em Juiz de Fora

Tipos de Serviço	N	%
Unidades Básicas de Saúde (UBS) Urbanas	48	25,7
Grupos de Ajuda Mútua (GAMs) ¹	46	24,7
Clínicas e Comunidades Terapêuticas (CTs)	19	10,2
Unidades Básicas de Saúde (UBS) Rurais	19	10,2
Residências Terapêuticas	12	6,4
Entidades Socioassistenciais	11	5,9
Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)	9	4,9
Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS)	3	1,6
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) gerais	3	1,6
Serviços de Acolhimento Institucional	3	1,6
Consultórios na Rua	2	1,1
Ambulatório em álcool e outras drogas ²	1	0,5
Ambulatório em saúde mental ³	1	0,5
Ambulatório sobre tabagismo	1	0,5
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)	1	0,5
Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi)	1	0,5
Centro de Convivência	1	0,5
Centros de Referência Especializados da Assistência Social para População em Situação de Rua (CentroPOP)	1	0,5
Hospital de Pronto-Socorro (HPS)	1	0,5
Hospital Geral com leitos e enfermarias em álcool e outras drogas	1	0,5
Hospital Judiciário	1	0,5
Hospital Psiquiátrico	1	0,5
Serviço de Atendimento Móvel à Urgência (SAMU)	1	0,5
Total	187	100

¹ Compreendem os Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Grupos Familiares de Alcoólicos Anônimos (AL-ANON) e de Narcóticos Anônimos (NAR-ANON) e Amor Exigente.

² Serviço ambulatorial ligado à Universidade Federal de Juiz de Fora e ao Hospital Universitário

³ Ambulatório responsável pelo atendimento da demanda em saúde mental de pessoas fora das áreas de abrangência das UBS, bem como de outros casos particulares não atendidos por UBS e CAPS

Fonte: Do Autor

Para a proposição do modelo operacional, foi utilizado o Método de Decomposição Multidimensional (Salles-Filho, Ávila, Sepúlveda & Colugnati, 2010), buscando reduzir os conceitos do modelo teórico a dimensões, temas e indicadores, de modo a possibilitar sua instrumentação e mensuração. Inicialmente, foram extraídas três dimensões da rede a serem avaliadas: 1) Integralidade; 2) Intersetorialidade; e 3) Posição e Papel do CAPSad. Destas dimensões foram extraídos indicadores, assim como os instrumentos avaliativos utilizados, sendo explicados no decorrer do método.

Integralidade pode ser entendida de variadas formas, não possuindo uma definição homogênea. Dentro dessa vasta polissemia, é possível, então, compreender a integralidade a partir de quatro dimensões basilares: (a) como um *continuum* de cuidado, por meio da integração de ações de promoção de saúde, prevenção e diferentes modalidades de tratamento e reabilitação; (b) como a articulação entre os diferentes níveis de atenção e seus respectivos dispositivos, possibilitando, dessa forma, a continuidade do cuidado, ao invés de sua fragmentação; (c) na abordagem globalizante e biopsicossocial dos sujeitos, em detrimento de propostas fragmentárias e especializadas que os reduzam a meros organismos ou subjetividades ou a partes destas instâncias; e (d) como a articulação entre diferentes políticas e setores, considerando a amplitude da vida social, suas multideterminações, juntamente com a possibilidade de abordagem dessa magnitude através da intersetorialidade (Hartz & Contandriopoulos, 2004; Mattos, 2009; Paim & Silva, 2010).

Assim como a integralidade, a intersetorialidade também é conceituada e abordada metodologicamente de diversas formas, fazendo, até mesmo, que se advogue pela existência de intersetorialidades, ao invés de intersetorialidade, como advertem Akerman, Sá, Moyses, Resente e Rocha (2014). Apesar disso, as elucidações de Sposati (2006) e Nascimento (2010) servirão de embasamento, ao conceituarem a intersetorialidade não somente como um contraponto à setorialidade, ou o seu mero antagonismo, mas como um complemento, por meio da articulação entre políticas e setores, partindo do pressuposto de que isolados não conseguirão abranger e solucionar a complexidade das problemáticas que lhes são colocadas. Sendo assim, a intersetorialidade que aqui será avaliada caracteriza-se, primeiramente, como a presença de diferentes setores, mais especificamente os setores da saúde (SUS) e assistência social (SUAS) e, posteriormente, em como os dispositivos destes setores encontram-se articulados para a provisão de uma assistência integral aos usuários de drogas.

Já o CAPSad, conforme mencionado, é o principal dispositivo especializado da rede de atenção aos usuários de drogas. Além disso, deve atuar também na articulação da rede, organizando o fluxo de cuidado de forma compartilhada, através das ações de referência,

contrarreferência, coordenação conjunta de casos e suporte teórico-prático (conceitualmente chamado de apoio matricial) aos serviços não especializados da saúde, principalmente às UBS e equipes de ESF (MS, 2004a; 2004b; 2005; 2011; SENAD, 2005).

Baseados em estudos prévios realizados em outras áreas (Bittencourt & Neto, 2009; Blanchet & James, 2012; 2013; Nicaise et al., 2013), a abordagem escolhida para a ARS foi a sociocêntrica, visando englobar todos os nós (nesse caso, os serviços) que fazem parte da rede e suas ligações (laços) uns com os outros (Smith & Christakis, 2008). Para isso, a estratégia de coleta dos dados para a ARS foi delineada a partir de um *survey* por saturação (*saturation survey*), método comumente utilizado para redes sociocêntricas (Hawe, Webster & Shiell, 2004). A rede foi mapeada por completo, com a amostragem do tipo censo, considerando as seguintes etapas: (a) levantamento preliminar da rede através de ferramentas, documentos da gestão municipal e bases de dados ministeriais públicas; (b) contato com secretarias gestoras municipais e entidades de participação social sobre a temática; e (c) método de bola de neve (*snowball*) (Biernacki, & Waldford, 1981) com profissionais da rede¹⁷. A partir disso, foram coletados dados relacionais dos serviços. Todas as relações foram do tipo unidirecional, isto é, o serviço A pode ter relação com o B, mas isso não significa que B tenha automaticamente relação com A.

3.2.2 Procedimentos

Os participantes da pesquisa eram profissionais dos 187 serviços identificados anteriormente. Para a escolha desses profissionais, os coordenadores/gestores dos dispositivos mapeados foram contatados por telefone, e solicitados para que indicassem aqueles profissionais que possuíssem o maior conhecimento sobre seu respectivo serviço, sua atuação e relações na rede de atenção aos usuários de drogas. Aqueles indicados pelos coordenadores (em alguns casos eles mesmos) foram contatados por telefone, com o agendamento das aplicações de questionários. No caso de indicarem eles mesmos os procedimentos de coleta dos dados já foram programados naquele mesmo contato. Em alguns serviços foram indicados mais de um profissional, sendo todos eles convidados para a aplicação dos questionários.

Os dados foram coletados por meio de questionários aplicados por pesquisadores previamente treinados, em alguns casos com somente um profissional do serviço, em outros

¹⁷ Para maiores informações acerca da operacionalização do *survey* por saturação e toda a estratégia de coleta de dados, ler a já mencionada dissertação de mestrado que relaciona com o presente estudo: Costa, P. H. A. (2014). *Mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas: um estudo exploratório*.

com mais de um, de acordo com os fatores supracitados e a disponibilidade e particularidades de cada dispositivo. Para isso, contou-se com o auxílio de dispositivos móveis (celulares e *tablets*). As aplicações dos questionários foram feitas pelos pesquisadores nos locais de trabalho dos profissionais, com duração média de 40 minutos, indo de maio de 2014 à fevereiro de 2015. Para a construção dos questionários, num primeiro momento, as questões e suas condicionalidades foram inseridas em uma planilha do *Google spreadsheets*¹⁸ adotando o padrão *XLSForms*¹⁹ (*eXceL Spreadsheet*), que permite a criação destes formulários sem utilizar uma linguagem de programação. Através de um arquivo do tipo *XLS* gerado a partir desta planilha, a base do formulário eletrônico foi inserida na plataforma *online Formhub*, baseada nas ferramentas do Open Data Kit (ODK)²⁰, que possui soluções para a construção, gestão e compartilhamento de *surveys* por meio de dispositivos móveis, como celulares e *tablets*, que não necessitem de acesso à internet para a coleta de dados. Cabe ressaltar que o *Formhub* é uma plataforma gratuita e de código aberto, voltada para a construção, gestão e disponibilização de *surveys online* (Formhub, 2015). Através da integração da plataforma do *Formhub* com o aplicativo *ODK collect* foi gerada uma interface gráfica no formato de um aplicativo para sistemas *Android* que permitiu a coleta, armazenamento e o posterior envio dos dados pelos dispositivos móveis para o servidor *ODK aggregate*, através de uma conexão com a internet.

3.2.3 Instrumento

O instrumento utilizado para a pesquisa foi o questionário de relacionamentos (QR). O QR possibilitou a identificação e análise de padrões, estruturas e a tipologia das interações estabelecidas entre os diferentes elementos da rede de atenção. Foi desenvolvido de acordo com o modelo operacional explicitado anteriormente, tomando como base os instrumentos político-legais na área (MS, 2004a; 2011; SENAD, 2005; PR, 2006) e estudo prévio de utilização da ARS na avaliação de uma rede de saúde de HIV/AIDS do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (Bittencourt & Neto, 2009). Inicialmente, os participantes responderam à

¹⁸ *Google spreadsheets* é uma ferramenta da *Google Inc.* de disponibilização de planilhas *online*. Foi utilizada no presente estudo por ser gratuita, não implicando em custos adicionais, como, por exemplo, o *Excel*, que necessita da compra do pacote *Office*. Para sua utilização é necessário somente uma conta no *email* da *Google* (*Gmail*), por meio do *Google Drive*, e um computador ou dispositivo móvel com acesso à internet. Para maiores informações: <https://www.google.com/sheets/about/>

¹⁹ Formato tradicional de arquivo para planilhas, rodando em programas como o *Excel*. Para maiores informações, acessar: <http://xlsform.org/>

²⁰ ODK é um conjunto de ferramentas gratuitas e de código aberto que auxiliam no gerenciamento e coleta de dados em dispositivos móveis. Com o ODK podem ser construídos *surveys*, coletar dados, enviá-los a plataformas ou servidores e extrair o banco para ser exportado a softwares de análise. Maiores informações em: <https://opendatakit.org/>

seguinte pergunta: “No último ano, com quais dispositivos (listados no menu) o seu serviço teve algum tipo de relação/atividade em conjunto referente à atenção aos usuários de drogas?”. Como suporte para as respostas do QR, foi confeccionado e entregue para cada respondente um menu com os serviços mapeados da rede, para que pudessem consultar durante a aplicação dos questionários, minimizando esquecimentos.

Posteriormente, eles foram perguntados – para responderem com “sim” ou “não” – se os serviços em que trabalhavam mantinham os seguintes tipos de relação com os dispositivos que mencionaram anteriormente: 1) Referência: usuários referenciados a/de outras instituições da rede; 2) Contrarreferência: usuários contrarreferenciados a/de outros serviços; 3) Coordenação Conjunta de Casos: compartilhamento de dados e condutas a respeito de um caso específico; responsabilidade compartilhada de casos; cuidado compartilhado; 4) Programas em Conjunto: programas, projetos ou atividades institucionais desenvolvidos conjuntamente com outros serviços, tais como: apoio matricial, grupos de trabalho e discussão, parcerias em projetos de promoção de saúde, prevenção e intervenção em geral.

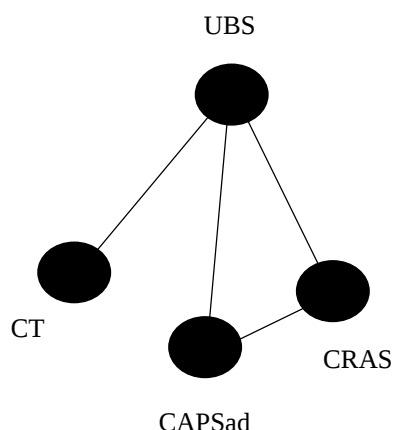
As respostas foram organizadas em matrizes de adjacência quadradas, onde “sim” (indicando presença de relação) correspondia ao número um e “não” (ausência de relação) ao número zero. A Tabela 4 ilustra um exemplo de matriz quadrada utilizada na ARS e a Figura 2 um sociograma extraído dessa mesma matriz. Para o desenvolvimento destes instrumentos, e visando a adequação do conteúdo, da linguagem e da forma de aplicação, foram realizados 15 pré-testes, com modificações nos cabeçalhos de algumas perguntas e as formas de perguntá-las. O QR e o cardápio de serviços estão anexados no fim da tese (anexos 2 e 3, respectivamente).

Tabela 4: Exemplo de matriz quadrada utilizada na ARS

	CAPSad	UBS	CRAS	CT
CAPSad	0	1	1	0
UBS	1	0	1	1
CRAS	0	1	0	1
CT	0	1	0	0

Fonte: Do Autor

Figura 2: Sociograma extraído da matriz exemplificada



Fonte: Do Autor

3.2.4 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do software *R Project for statistical computing* (R Development Core Team, 2011). Após o preenchimento dos questionários, os dados foram exportados, em forma de matrizes de adjacência, do repositório no *Formhub* para o software *R*, de onde foram extraídas todas as métricas da ARS. Posteriormente, no mesmo *R*, foram gerados sociogramas das redes a partir do pacote *IGraph* (Csardi & Nepusz, 2006).

Quatro redes foram geradas a partir dos tipos de relacionamento elencados, sendo elas: Rede de Referência (RR), Rede de Contrarreferência (RC), Rede de Coordenação Conjunta de Casos (RCC) e Rede de Programas em Conjunto (RPC). Apenas é necessário ressaltar que, por conta da abrangência da rede e sua lógica intersetorial e também agregando recursos não governamentais, entendemos a referência como o processo de encaminhar as pessoas para aqueles serviços que mais se adequem às suas necessidades e às suas características, e não somente o encaminhamento a dispositivos com maior nível de complexidade; já a contrarreferência diz respeito ao processo inverso, por meio do qual o serviço, cuja a pessoa foi encaminhada previamente, fica responsável por prestar o cuidado necessário e reencaminhá-la de volta para o serviço inicial, possibilitando o cuidado compartilhado. De acordo com o objetivo da pesquisa, as métricas da ARS selecionadas foram agrupadas nas seguintes categorias: 1) Centralidade, que diz respeito à posição e o papel exercido pelos *nós* dentro da rede e o quanto essas posições influenciam outros *nós* e, conseqüentemente, o fluxo dessa rede; e 2) Coesão, referentes às características de estruturação e organização da rede. A Tabela 5

apresenta essas categorias, bem como as métricas utilizadas na presente pesquisa e os seus significados.

Tabela 5: Métricas da ARS (de centralidade dos nós e coesão da rede) utilizadas pelo estudo

Métricas	Significado
Centralidade dos Nós	
Centralidade de Grau (CG)	Somatório de todas as ligações feitas por um determinado nó da rede, demonstrando seu nível de atividade na rede; quanto maior a centralidade de grau de um nó, maior a sua popularidade na rede
Centralidade de Intermediação (CI)	A medição de quanto um nó pode controlar/mediar o fluxo de informações, dada sua posição na rede; nós com centralidade de intermediação altas podem ser considerados como articuladores do fluxo da rede. Utilizamos os valores de CI normalizados para que ficassem entre 0 e 1
Centralidade de Proximidade (CP)	Mede o quão próximo um nó está em relação aos outros, representando o alcance que um determinado nó possui; quanto maior a proximidade de um nó dos outros, mais facilmente ele será alcançado, estabelecerá relações
Coesão da Rede	
Densidade	Proporção entre o número de vínculos observados e o total possível na rede; quanto maior a densidade (mais próxima de 1) maior o número de relações estabelecidas entre os serviços
Distância	Refere-se ao número mínimo, médio ou máximo de laços que separam dois nós; quanto menor a distância entre os nós, mais rápida é a sua possibilidade de articulação. No estudo, em específico, será utilizada a distância média
Cliques (<i>Clusters</i>)	Número de agrupamentos (de no mínimo três nós), que formam subgrupos dentro da rede; demonstram a formação de comunidades dentro da rede, que podem estar relacionadas com as tipologias dos nós
Transitividade	Mede a probabilidade de conexão de um nó a outros nós adjacentes, devido às articulações que já existem

Fontes: Freeman (1979); Wasserman e Faust (1994); Hawe, Webster e Shiell (2004).

Conforme supracitado, a abordagem utilizada para a ARS foi a sociocêntrica, visando englobar todos os serviços (caracterizados por *nós*) que fazem parte da rede e suas respectivas ligações (laços). Nesse sentido, a integralidade foi avaliada a partir de três das suas quatro dimensões também mencionadas anteriormente (mais especificamente as dimensões *a*, *b* e *d*, sendo essa última abarcada diretamente na seção posterior sobre a intersectorialidade). A avaliação da primeira dimensão (*continuum* de cuidado) se deu por meio da comparação dos resultados obtidos acerca da realização de programas em conjunto, isto é, da RPC, com os outros tipos de relacionamento (RR, RC e RCC). Já a avaliação da segunda dimensão ocorreu por meio da comparação entre as métricas de coesão de todos os tipos de relacionamento dos serviços: referência, contrarreferência, coordenação conjunta de casos e programas em

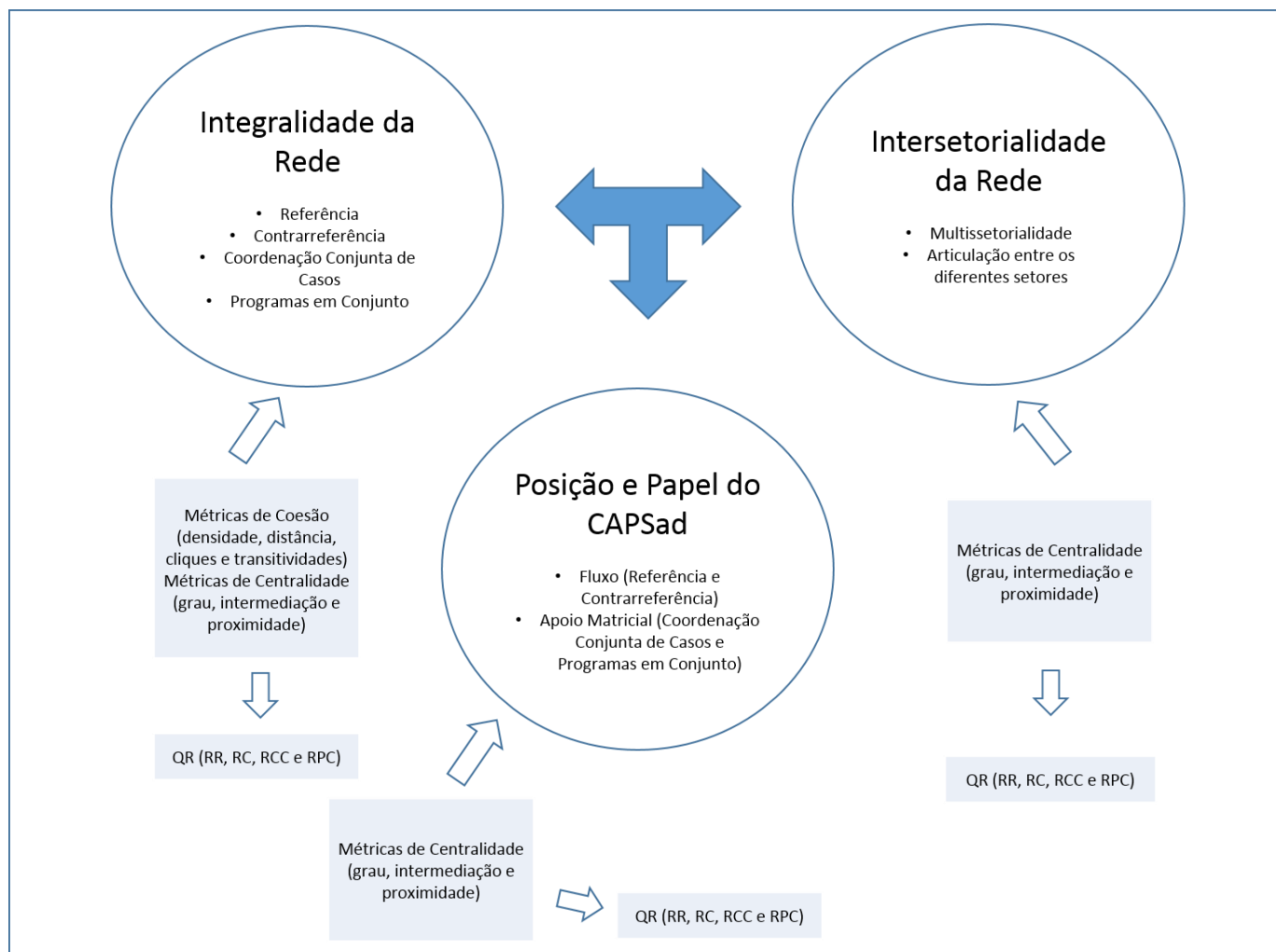
conjunto. Apesar da abordagem biopsicossocial dos dispositivos não ser avaliada diretamente pelo estudo, algumas implicações sobre essa dimensão da integralidade foram levantadas a partir dos achados provenientes.

A intersetorialidade foi avaliada através dos níveis de articulação entre o SUS, o SUAS e os recursos comunitários, sobretudo entre os dois primeiros. Para isso, inicialmente, foram comparadas as métricas de centralidade dos dispositivos do SUAS (CRAS, CREAS e instituições de acolhimento institucional) com a dos dispositivos do SUS e recursos comunitários. Posteriormente, foram avaliadas essas mesmas métricas de centralidade, mas de acordo com os agrupamentos por setores.

Já a avaliação da posição e papel do CAPSad ocorreu, num primeiro momento, a partir da comparação entre as métricas de centralidade do próprio CAPSad com a dos dispositivos restantes em cada rede (RR, RC, RCC, RPC). Posteriormente, de modo a aprofundar a compreensão sobre o papel desse dispositivo, o CAPSad foi retirado da rede, com a extração das métricas de coesão da rede e de centralidade dos serviços, para que fosse possível realizar uma comparação posterior dessas mesmas métricas com e sem o CAPSad na rede. A Figura 3 ilustra todo o modelo operacional descrito nessa seção de método.

De maneira a subsidiar e potencializar as possibilidades analíticas e interpretativas, sociogramas foram confeccionados para todas as redes, com os *nós* tendo os seus tamanhos ajustados de acordo com suas Centralidades de Grau. Logo, quanto maior o número de ligações feitas por um dispositivo, maior ele se encontra no sociograma. Por fim, a partir dos resultados encontrados, foi realizada uma análise comparativa entre o modelo de organização da rede de atenção aos usuários de drogas apregoado pela PAIUAD e o do município, trazendo apontamentos para a reflexão sobre as políticas da área e seus postulados, em consonância com a discussão panorama nacional assistencial.

Figura 3: Modelo Operacional da Rede de Atenção



Fonte: Do Autor

3.2.5 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, com o parecer nº 568.878 (Anexo 4). Os participantes consentiram sobre a realização da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo 5). A aplicação dos questionários ocorreu em horários e locais pactuados com os próprios profissionais, de modo a não atrapalhar suas rotinas de trabalho. Respeitando os preceitos éticos, os nomes dos participantes da pesquisa não serão explicitados no decorrer do trabalho.

É importante ressaltar que os resultados da presente pesquisa foram apresentados e discutidos em diversas oportunidades com representantes do Conselho Municipal de Políticas

Integradas sobre Drogas (COMPID), entidade responsável pelo controle social das políticas sobre drogas no município. Além dessa forma de devolutiva, foram realizados variados momentos de discussão do processo da pesquisa e seus resultados com profissionais e atores da gestão municipal, sobretudo aqueles que trabalhavam nos seguintes departamentos e secretarias: Secretarias de Governo, de Saúde, de Desenvolvimento Social, de Educação, de Esporte e Lazer, de Cultura, Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde Mental e grupo gestor das políticas sobre drogas.

Tal ressalva almeja explicitar que as implicações éticas que orientaram o presente estudo não se restringiram somente à condução da pesquisa e divulgação de seus resultados, mas à necessidade de buscar dialogar e contribuir com a realidade a qual se visou compreender, mas também transformar, mesmo perpassado por uma série de limitações e restrições inerentes à própria ordem social e momento político atual brasileiro. Isso se torna ainda mais premente, a partir do momento em que o estudo foi financiado por verbas públicas em um Programa de Pós-Graduação e Universidade também públicos.

3.3 RESULTADOS

3.3.1 Aspectos Gerais

Antes de adentrar nos resultados, é necessário informar que alguns dos dados sobre as relações de referência e contrarreferência já foram publicados no artigo “Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais” (Costa et al., 2015e), num volume específico sobre a ARS. Contudo, aqui neste trabalho eles serão expandidos, com suas interpretações aprofundadas, trazendo também outros elementos não explorados anteriormente.

A Tabela 6 apresenta uma síntese dos resultados gerais de todas as redes, referentes às métricas de coesão, como o número de nós, laços, grau médio, densidade, distância, número de cliques e transitividade. A separação em redes de acordo com os relacionamentos que buscavam identificar visa a estruturação e viabilidade do processo avaliativo. Sabe-se que, na realidade, existe somente uma rede de atenção, que é maior que a soma das interações estabelecidas pelos seus componentes. Entretanto, estas relações que lhe configuram são perpassadas por uma série de ações, fazendo com que, nesse caso específico, seja interessante separá-las para identificar suas especificidades e condicionalidades.

É possível verificar que grande parte das métricas (com exceção da distância média e o número de cliques) possui valores mais elevados no que diz respeito às relações de referência de usuários. Isso significa que as relações de referenciamento de usuários, isto é, os processos de encaminhamento para outros serviços, constituem a maior parte dos vínculos realizados entre os serviços da rede de atenção. A partir da densidade, observa-se na RR um estabelecimento de cerca de 3,3% de todas as relações possíveis, considerando que os dispositivos pudessem se relacionar de forma indiscriminada com todos os outros serviços. Além disso, os nós possuem, em média, articulações com outras 12 instituições, tendo também uma maior probabilidade de conectividade entre si, por conta do maior índice de transitividade. Com relação à distância, os dispositivos da RR encontram-se separados entre si, por uma média de 2,64, isto é, de 2 a 3 nós em média. Esse valor é maior que a RCC e RPC, embora não estejam muito distantes, indicando que, apesar de uma maior número de relações e densidade, a tendência é que a trajetória na rede no que se refere à referência, seja mais lenta do que a coordenação conjunta de casos e ao estabelecimento de programas em conjunto.

Tabela 6: Informações Gerais sobre as Redes

	Referência	Contrarreferência	Coordenação Conjunta Casos	Programas em Conjunto
Número de Nós	187	187	187	187
Número de Laços	1158	934	718	344
Grau – Média	12,4	10	7,7	3,7
Grau – Mediana	7	5	4	2
Densidade	3,33%	2,68%	2,06%	0,99%
Distância Média	2,65	3,37	2,61	2,63
Nº de Cliques	9	9	6	5
Transitividade	0,199	0,186	0,181	0,07

Fonte: Do Autor

Posteriormente, são encontradas na RC os segundos maiores números de laços, média e mediana de grau, densidade e nível de transitividade entre as redes de relacionamento. Cabe ressaltar que, ao possuir a maior distância média entre todos os tipos de relacionamento (3,37), as relações de contrarreferência possuem uma maior lentidão de articulação que as outras, porque o caminho na RC é maior. Logo, para se chegar ao destino objetivado, passa-se por um maior número de dispositivos ou a pessoa tem uma maior trajetória de contrarreferência na rede, sendo contrarreferenciada mais vezes. Adicionalmente, o maior número de cliques (nove) denota uma maior capacidade de formação de subgrupos articulados entre si no estabelecimento

da contrarreferência, mas fragmentados do restante. Tais achados apontam para dois principais fatores: 1) uma ênfase de relações entre os serviços naquelas que pressupõem encaminhamento, em detrimento de ações de cuidado compartilhado e/ou realização de ações conjuntas de prevenção, promoção de saúde etc.; e 2) uma maior prevalência de ações de referência em detrimento da contrarreferência. Ou seja, grande parte das relações entre os serviços são pautadas pelo ato de encaminhar usuários e, nesse processo, muitas das vezes, não se estabelece uma contrarreferência, prejudicando a coordenação conjunta de casos.

Sobre a coordenação conjunta de casos, observou-se a menor distância média, indicando que a articulação dos serviços para a realização do cuidado compartilhado é realizada, em média, mais rapidamente que os outros tipos de relacionamento. Com relação às outras métricas, todas estiveram abaixo da RR e RC, apesar de algumas bem próximas, como a transitividade, demonstrando um menor nível de conectividade entre os serviços para a realização da coordenação conjunta de casos, em detrimento da referência e contrarreferência de usuários.

Já as métricas com os menores valores (exceto a de distância média) referem-se à realização de programas em conjunto. Assim, relações pautadas pelo apoio matricial, realização de grupos de trabalho, projetos em conjunto de promoção de saúde, prevenção e intervenção, em geral, encontram-se em menor número e com menor articulação entre os serviços do que as ações específicas de encaminhamento (referência e contrarreferência) e coordenação conjunta dos casos, possuindo também uma menor probabilidade de articulação futura. Observa-se também no número de cliques (cinco) uma menor tendência de formação de subgrupos, em detrimento das outras relações, o que pode ser explicado, inclusive, pelos valores mais baixos de relações e densidade.

Uma ressalva a ser feita é justamente na configuração de cliques, ou seja, sobre os subgrupos compostos por ao menos três serviços intimamente relacionados entre si e fragmentados do restante da rede (Wasserman & Faust, 1994). Segundo Hanneman e Riddle (2005), a tendência é a de que quanto maior a densidade de uma rede, menor é a chance de formação de cliques nela. No presente caso, as duas redes com maior densidade (RR e RC) apresentaram os maiores números de cliques (nove, em ambas). Contudo, isso pode ser explicado pelas próprias densidades das redes, assim como pelas condicionalidades e características de alguns dispositivos, como, por exemplo, os GAMs, que possuem filosofias de anonimato, com uma tendência de não se relacionarem com outros serviços, a não ser outros GAMs mais próximos, sendo estes fatores mais bem explicitados ao longo do trabalho.

A seguir, serão apresentadas as métricas de centralidade de cada uma das redes (RR, RC, RCC e RPC), juntamente com seus respectivos sociogramas. A partir desses dados, será plausível aprofundar não só a compreensão da estrutura geral da rede, mas também os papéis desempenhados pelos serviços na configuração da rede.

3.3.2 Referência de Usuários

De acordo com a Tabela 7, observa-se uma grande discrepância entre as métricas de centralidade, especialmente a CG, do CAPSad e Hospital de Pronto Socorro (HPS) frente aos demais serviços. O terceiro serviço com o maior número de relações de referência (SAMU) estabeleceu cerca de 3,8 e 2,75 menos referenciamentos do que o CAPSad e o HPS, respectivamente. Tais dados indicam que, ao menos no que concerne às práticas de referência de usuários, a rede encontra-se fundamentalmente concentrada nos dispositivos especializados, sobretudo o CAPSad, e os de urgência/emergência, como o HPS e o SAMU. Ou seja, grande parte dos encaminhamentos fica condicionada a estes serviços e níveis de atenção. Estes dados são reforçados na visualização fornecida pela Figura 4, com destaque para o tamanho e coloração dos nós referentes a estes dispositivos, em comparação com os outros, que indicam essa discrepância no número de relações de referência estabelecidas, representadas pela centralidade de grau.

As médias gerais de CG, CI e CP foram: 12,4; 0,0156; e 0,001569, respectivamente. Sendo assim, as clínicas e CTs, o ambulatório em álcool e outras drogas, as residências terapêuticas, os GAMs, as UBS rurais e o Hospital Judiciário ficaram abaixo da média em todas as métricas. Já as entidades socioassistenciais e UBS urbanas tiveram métricas abaixo da média somente na CG e CI e os CRAS e CAPsi na CI. Na junção por setores, os recursos comunitários obtiveram seus de CG, CI e CP abaixo das médias; na consolidação por natureza dos dispositivos, os não governamentais também obtiveram médias abaixo em todas as métricas.

Especificamente sobre a CI e CP, foram constatados os dois maiores valores depois do CAPSad referentes ao hospital geral e ao ambulatório em saúde mental que possuíam, respectivamente, o 12º e 5º maiores valores de CG. Isso indica que ambos os serviços possuem uma capacidade de intermediar o fluxo da rede (CI) e um alcance (CP) somente menores que os do CAPSad e do HPS. Tais dados demonstram que nem sempre um *nó* ter um maior número de relacionamentos significa que ele desempenhará um papel equivalente na intermediação do fluxo da rede e estará próximo dos outros pontos. Muitas das vezes essas articulações são feitas com serviços que já possuem ligações com a maior parte da rede, fazendo com que a

importância dessa articulação não seja tão grande quanto aquela com dispositivos que possuem poucas relações e/ou estariam desconectados do restante dos serviços. Essa constatação pode ser vista em outros dispositivos, segundo a Tabela 7, mas com uma maior variação na CI do que na CP.

Os CREAS também aparecem de forma destacada na rede, assim como outros dispositivos do SUAS, como o CentroPOP e o CRAS, com maiores valores de centralidade que dispositivos generalistas do SUS, assim como alguns especializados na área, como o hospital geral com leitos e enfermarias em álcool e outras drogas e ambulatorios. Em consonância, observamos a relevância destes dispositivos e do SUAS como um todo na rede atenção, tendo, em média, maiores CG, CI e CP do que o setor saúde e os recursos comunitários. Uma ressalva pertinente a esses valores se deve ao maior número de serviços do SUS e à sua heterogeneidade e amplitude, assim como o próprio fato dos recursos comunitários não serem públicos e/ou governamentais, juntamente com as filosofias de anonimato e de trabalho isolado de algumas instituições, como os GAMs.

De todos os 94 dispositivos enquadrados no setor saúde, 93 eram de natureza governamental, sendo 15 geridos por entidades não governamentais sem fins lucrativos, tais como: as 12 residências terapêuticas, o centro de convivência, o hospital psiquiátrico e uma equipe de consultório na rua. A outra equipe de consultório na rua era vinculada ao programa do estado de Minas Gerais “Aliança Pela Vida”, sendo gerida e coordenada por uma entidade não governamental privada, sem vinculação orgânica ao SUS, que também era responsável por uma CT. As residências terapêuticas eram geridas por duas instituições diferentes, sendo seis por cada, e o centro de convivência por uma associação de usuários e familiares. Já o hospital psiquiátrico, apesar de privado, estava sob coordenação da prefeitura, para que pudesse ser desativado, após um longo processo de desinstitucionalização no município.

No SUAS, apenas um serviço de acolhimento institucional era de natureza não governamental sem fins lucrativos. Contudo, toda a política pública de assistência social do município é gerida em parceria por uma associação não governamental sem fins lucrativos. Logo, é importante ressaltar que, apesar de serviços como os CRAS, CREAS e CentroPOP serem considerados de natureza governamental pelo presente estudo, a associação que os coordena e gerencia, em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social, é uma organização não governamental sem fins lucrativos. Em suma, os 108 dispositivos de natureza governamental (atrelados ao SUS e SUAS) apresentaram, em média, uma CG duas vezes maior que os serviços não governamentais (sejam eles com ou sem fins lucrativos).

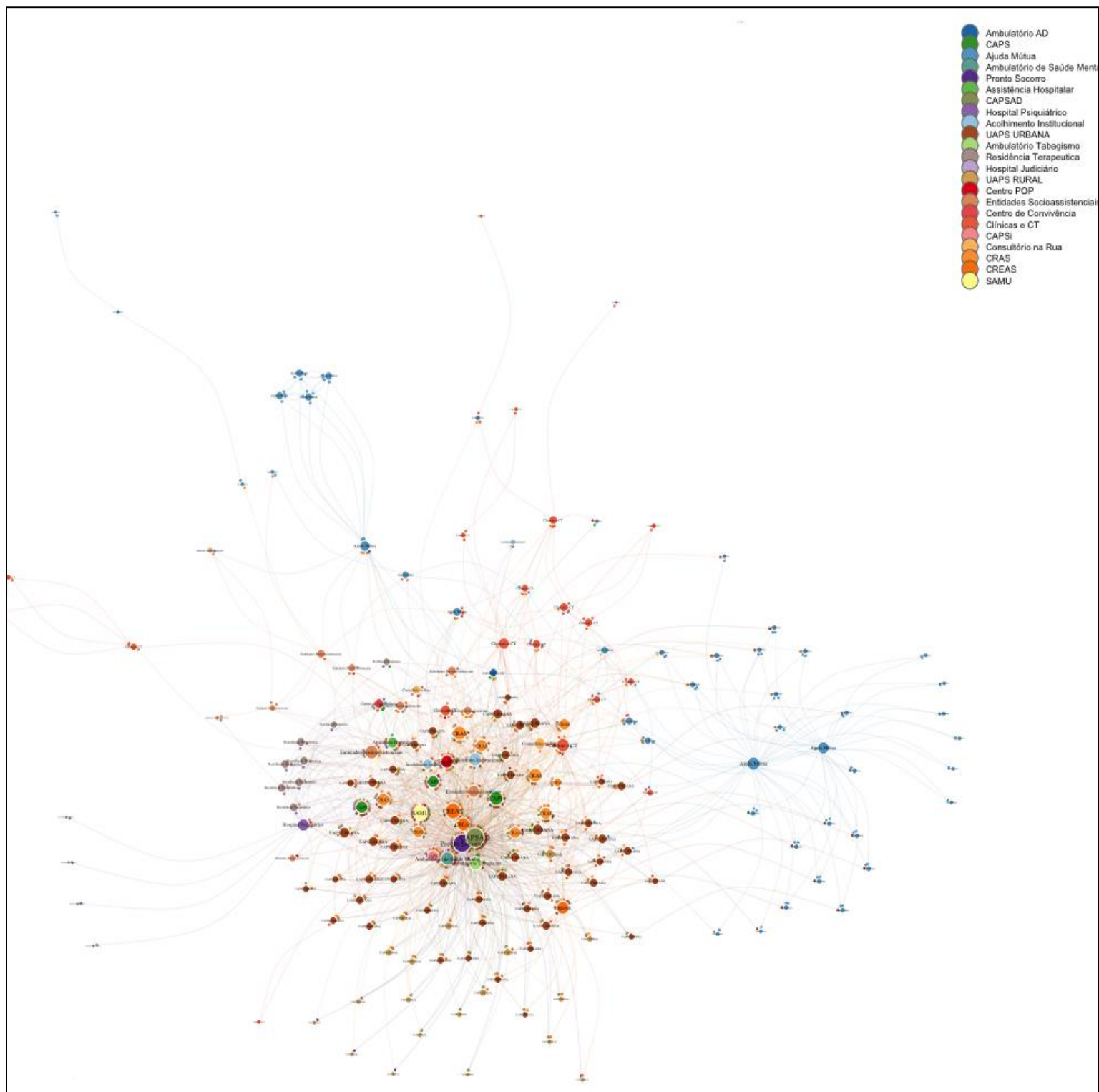
Dentre os recursos comunitários, os serviços com as maiores métricas de centralidade foram as entidades socioassistenciais, seguidas das clínicas e CTs e dos GAMs. Apesar do grande número de GAMs, suas CG, CI e CP estiveram, em média, entre as mais baixas dos serviços da rede que estabeleceram alguma relação de referência. Conforme ilustra a Figura 4, os GAMs, quando estabelecem relações com outros dispositivos da rede, têm uma tendência de interagirem com outros GAMs, o que acarreta na formação de cliques específicos destes dispositivos. O único serviço da rede que, apesar de prestar assistência à usuários de drogas, não estabeleceu nenhuma relação de referência com outra instituições foi o Hospital Judiciário.

Tabela 7: Métricas de Centralidade na Rede de Referência (RR) de acordo com os tipos de serviço e setores

Serviços	N	Métricas de Centralidade				
		Grau (CG)			Intermediação (CI)	Proximidade (CP)
		Entrada M	Saída M	Geral M	M	M
CAPSad	1	94	93	187	1	0,0022
HPS	1	61	74	135	0,0608	0,0021
SAMU	1	31	18	49	0	0,0018
CREAS	3	14	32,7	46,7	0,0684	0,0018
Ambulatório em saúde mental	1	33	6	39	0,1524	0,0018
Ambulatório sobre tabagismo	1	9	27	36	0,0253	0,0017
CentroPOP	1	19	14	33	0,0464	0,0018
CAPS gerais	3	19,7	12,3	32	0,0821	0,0017
CRAS	9	12,3	15	27,3	0,0114	0,0017
Hospital Psiquiátrico	1	6	21	27	0,0798	0,0017
CAPSi	1	13	8	21	0,0077	0,0017
Hospital Geral com leitos em álcool e outras drogas	1	18	1	19	0,1655	0,0018
Serviços de Acolhimento Institucional	3	8,7	10,3	19	0,0171	0,0016
Consultórios na Rua	2	4	12,5	16,5	0,0184	0,0017
Centro de Convivência	1	13	0	13	0,0662	0,0016
Entidades Socioassistenciais	11	4,6	7,7	12,3	0,0152	0,0016
UBS Urbanas	48	5,8	4,1	9,9	0,0045	0,0016
Clínicas e Comunidades Terapêuticas	19	3,4	5,1	8,5	0,0094	0,0015
Ambulatório em álcool e outras drogas	1	5	3	8	0,0067	0,0016
Residências Terapêuticas	12	1,6	4,7	6,3	0,0037	0,0015
Grupos de Ajuda Mútua	46	3	2,2	5,2	0,0011	0,0014
UBS Rurais	19	3	1,5	4,5	0,00002	0,0016
Hospital Judiciário	1	0	0	0	0	0
Setores						
Saúde	94	7,5	6,1	13,6	0,0223	0,0016
Assistência Social	15	13	18,5	31,5	0,0271	0,0017
Recursos Comunitários	78	3,3	3,9	7,2	0,0052	0,0015
Natureza Governamental						
Governamental	108	8,2	7,8	16,0	0,0219	0,001645
Não governamental	79	3,5	4,0	7,5	0,0069	0,001468

Fonte: Do Autor

Figura 4: Sociograma da rede com as relações de referência



Fonte: Do Autor

3.3.3 Contrarreferência

Observando os dados da Tabela 8 e as representações da Figura 5, os maiores valores de CG, CI e CP novamente foram encontrados no CAPSad e HPS (com exceção da CI para este último), cenário esse semelhante ao apresentado na RR. Apesar da diferença para o terceiro dispositivo com a maior CP (o ambulatório em saúde mental) ter diminuído, com este último estabelecendo 2,3 e 1,9 relações a menos que o CAPSad e o HPS, observou-se um aumento nessa distância no que se refere aos outros serviços mais próximos, como, por exemplo, o ambulatório sobre tabagismo, que possui a quarta maior CG, mas estabelece 4,4 e 3,6 relações de contrarreferenciamento a menos que o CAPSad e o HPS. Há, portanto, uma tendência de alta centralização da rede, ao menos nas relações de referência e contrarreferência no CAPSad e HPS, isto é, no principal dispositivo especializado e no de urgência/emergência.

As médias gerais de CG, CI e CP foram, respectivamente, 10; 0,0122; e 0,000613, todas elas com valores menores do que as da RR. Os GAMs, as CTs e o hospital judiciário ficaram abaixo das médias de todas as métricas de centralidade. Outros, como o ambulatório em álcool e outras drogas, as UBS (urbanas e rurais) e o hospital apresentaram valores abaixo da média somente na CG. Alguns valores de CI maiores do que na RR podem ser explicados tanto por um maior número de relações de contrarreferência quanto por uma menor discrepância entre os números de relações estabelecidas pelos serviços. Por conta disso, e conforme ressaltado, a variação nos valores da CI é maior do que na CP, fazendo com que grande parte dos tipos de dispositivos possuam suas médias de CI abaixo da geral.

Com relação ao agrupamento por setores, os recursos comunitários novamente apresentaram valores abaixo da média em relação à CG, CI e CP. Dentre estes dispositivos, assim como na RR, os serviços com as maiores métricas de centralidade foram as entidades socioassistenciais, seguidas das clínicas e CTs e dos GAMs.

Com exceção do ambulatório em saúde mental, das entidades de acolhimento institucional e do hospital judiciário, que novamente não estabeleceu nenhuma relação de contrarreferência com os dispositivos da rede, todos os outros serviços tiveram menores valores de CG, CI e CP em comparação com a RR. Corroborando com os dados gerais da rede (as métricas de coesão), tais achados reforçam a compreensão de que as relações de referenciamento de usuários entre os dispositivos ocorrem em maior número que as de contrarreferência. Ou seja, em muitos dos casos, os usuários referenciados a outros dispositivos, não são contrarreferenciados.

Os ambulatórios de saúde mental e o de tabagismo aparecem de forma destacada no estabelecimento das relações de contrarreferência da rede, com altos índices de centralidade. Juntamente com o CAPSad e o HPS, grande parte das contrarreferências destes dispositivos são realizadas com as UBS que, por conta de sua quantidade, fazem com que estes dispositivos estabeleçam um número considerável de interações.

Novamente, os dispositivos do SUAS apresentam métricas de centralidade relevantes na rede. No consolidado, possuem médias de CG e CP maiores que as instituições da saúde e os recursos comunitários, mas com a CI menor, levando em consideração as reservas feitas anteriormente, referente à maior heterogeneidade e amplitude dos serviços do SUS, e da própria natureza e filosofia dos recursos comunitários. Em todos os setores houve uma diminuição nos valores médios de CG, CI e CP quando comparados com a RR. Semelhante ao cenário encontrado na RR, os dispositivos governamentais apresentaram maiores métricas de CG, CI e CP, em comparação com os não governamentais.

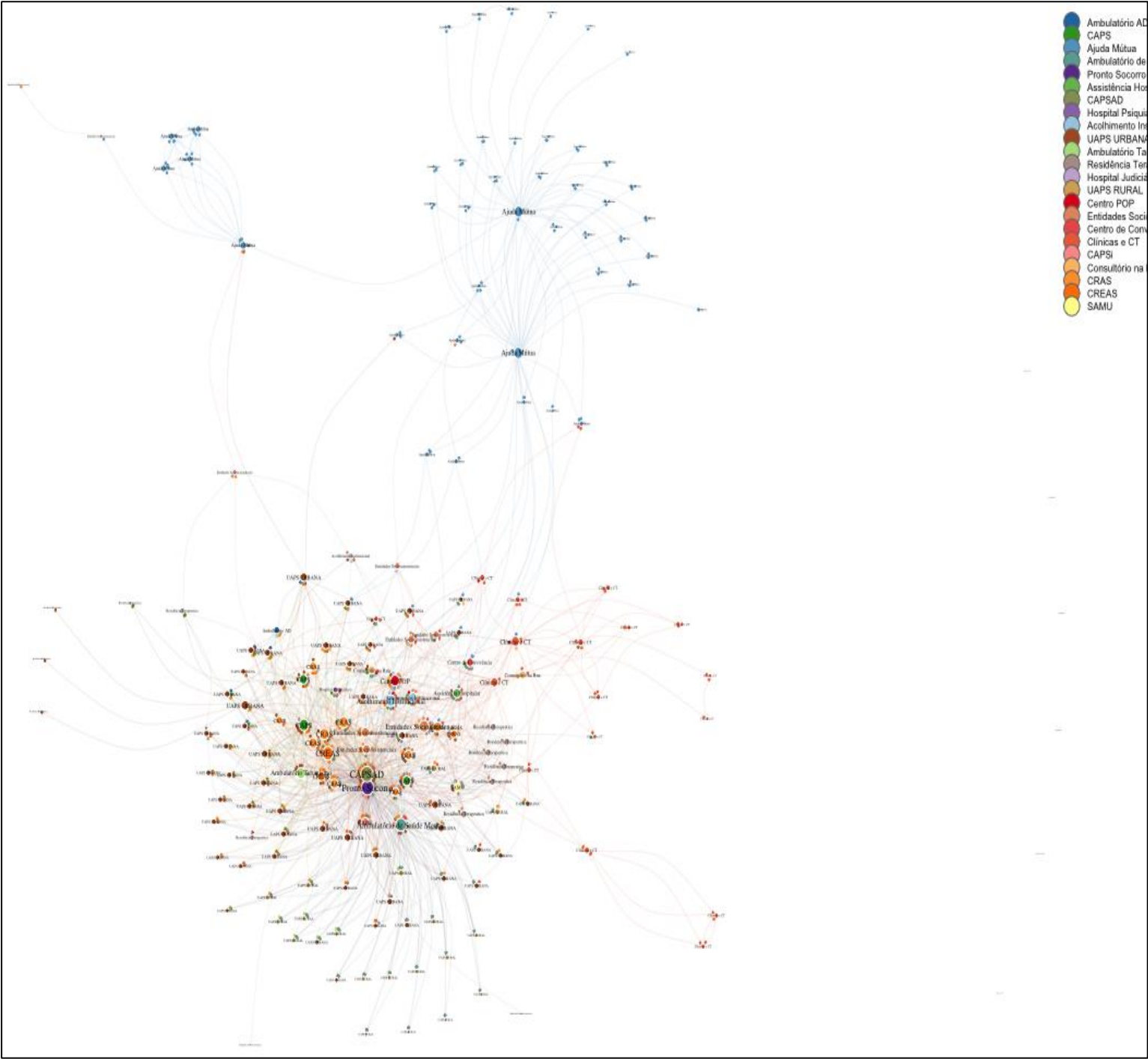
Finalmente, observa-se a tendência de poucas articulações realizadas pelos GAMs também nas ações de contrarreferência, sendo a maioria delas com outros GAMs, principalmente o Escritório Local que coordena essas instituições no município, orientando a inserção e fluxo de usuários por estes serviços. Isso fez com que na rede existam três cliques referentes apenas a estes serviços, conforme ilustra a Figura 5.

Tabela 8: Métricas de Centralidade na Rede de Contrarreferência (RC) de acordo com os tipos de serviço e setores

Serviços	N	Métricas de Centralidade				
		Grau (CG)			Intermediação (CI)	Proximidade (CP)
		Entrada M	Saída M	Geral M	M	M
CAPSad	1	52	92	144	1	0,0007
HPS	1	31	89	120	0,1623	0,0007
Ambulatório em saúde mental	1	18	45	63	0	0,0007
Ambulatório sobre tabagismo	1	6	27	33	0,2004	0,0006
CREAS	3	12,3	20,3	32,7	0,0031	0,0006
CentroPOP	1	22	10	32	0,0062	0,0007
CAPS gerais	3	16,3	11, 7	28	0,0056	0,0006
CRAS	9	12,4	10,3	22,7	0,0144	0,0006
Serviços de Acolhimento Institucional	3	11,3	10,3	21,7	0,0004	0,0006
CAPSi	1	11	9	20	0	0,0006
Hospital Geral com leitos em álcool e outras drogas	1	16	2	18	0,0739	0,0007
Centro de Convivência	1	12	2	14	0	0,0006
SAMU	1	13	0	13	0	0,0006
Consultórios na Rua	2	6	6,5	12,5	0,0001	0,0006
Entidades Socioassistenciais	11	3,8	7,3	11,1	0,0259	0,0006
Ambulatório em álcool e outras drogas	1	4	5	9	0	0,0006
UBS Urbanas	48	5	2,1	7,1	0,0041	0,0006
Hospital Psiquiátrico	1	7	0	7	0	0,0006
Clínicas e Comunidades Terapêuticas	19	2,4	3,5	5,9	0,0046	0,0005
Residências Terapêuticas	12	1,2	4,6	5,8	0,0012	0,0006
Grupos de Ajuda Mútua	46	2,1	2,2	4,3	0,0009	0,0006
UBS Rurais	19	3,3	0,5	3,8	0,0029	0,0006
Hospital Judiciário	1	0	0	0	0	0
Setores						
Saúde	94	5,8	5,1	10,9	0,0183	0,000639
Assistência Social	15	13,4	12,9	26,3	0,0098	0,000657
Recursos Comunitários	78	2,4	3,4	5,8	0,0053	0,000574
Natureza Governamental						
Governamental	108	6,8	6,2	13,0	0,0173	0,000641
Não governamental	79	2,5	3,3	5,8	0,0052	0,000575

Fonte: Do Autor

Figura 5: Sociograma da rede com as relações de contrarreferência



Fonte: Do Autor

3.3.4 Coordenação Conjunta de Casos

De acordo com a Tabela 9 e com a Figura 6, assim como na RR e RC, o CAPSad possui as maiores CG e CP referentes às coordenação conjunta de casos. Uma diferença inicial reside no maior valor da CI dos consultórios na rua, indicando que estabelece uma coordenação conjunta de casos com serviços que, sem ele, não estariam conectados à rede. Outro ponto relaciona-se com o posicionamento do HPS, que obteve a maior redução na quantidade de CG, quando comparado à RC, deixando de apresentar o segundo maior valor de CG. Tal resultado indica que, no que se refere à coordenação conjunta de casos, ao cuidado compartilhado, esse serviço não possui um papel de centralidade tão grande quanto nas relações de referência e contrarreferência, isto é, de encaminhamentos. Ou seja, o HPS grande parte da assistência de urgência ou emergencial é feita no HPS, mas sem uma articulação com outros serviços, como os CAPS, UBS etc. para a continuidade dessa atenção no território.

O ambulatório em saúde mental e o CREAS, que obtiveram o segundo e terceiro maiores valores de CG (53 e 37,7, respectivamente), estabeleceram 2,6 e 3,6 relações a menos do que o CAPSad. Denota-se, assim, a confirmação da tendência de centralização da rede no CAPSad, agora também no cuidado compartilhado, com um aumento, inclusive, na discrepância da CG desse serviço para aqueles com altas CGs e que ocupam posições destacadas, isto é, de alta centralidade na rede.

As médias gerais de CG, CI e CP foram, respectivamente, 7,7; 0,0221; e 0,000109. Com exceção da CI, a CG e a CP apresentam valores abaixo dos encontrados na RR e RC. Ou seja, apesar de se constatar uma concordância com os dados da RR, RC, bem como com as métricas de coesão da rede que apontaram para um maior número de relações de referência e contrarreferência, a RCC possui uma maior articulação do fluxo da rede do que na RR e RC. Somente os GAMs e o hospital judiciário ficaram abaixo das médias em todas as métricas de centralidade.

Em comparação com a RC, os únicos dispositivos que obtiveram maiores valores nas métricas de CG foram: CREAS, CAPS gerais, hospital geral, hospital psiquiátrico, residências terapêuticas e os consultórios na rua. Todos os outros dispositivos possuíram métricas CG menores que em comparação com a RC, com exceção do hospital judiciário que não estabeleceu nenhuma relação de coordenação conjunta de casos. Já quando comparados com a RR, somente o ambulatório em saúde mental, os CAPS gerais, hospital geral, ambulatório em álcool e outras drogas e as residências terapêuticas obtiveram maiores números de relações e valores de CG relacionados à coordenação conjunta de casos. Isso indica que estes dispositivos conseguem

constituir, em alguns casos, um cuidado compartilhado com outros serviços, sem necessariamente estabelecerem relações de referência ou contrarreferência, o que pode ser justificado pela realização de programas em conjunto, como, por exemplo, o apoio matricial.

Todas as instituições obtiveram menores valores de CP com relação à RR e RC. Devido ao fato dos serviços estabelecerem uma menor quantidade de relações de cuidado compartilhado em relação às de referência e contrarreferência, constata-se uma menor amplitude entre os valores de CI e CP dos dispositivos na RCC. Ao todo, 14 serviços apresentaram CI=0, com uma maior variação nos valores em geral quando comparados à CP, onde pode se observar uma tendência, relacionada com a CG dos *nós*.

Semelhante ao ocorrido na RR e RC, os recursos comunitários apresentaram os menores valores de CG, CI e CP, com todos eles abaixo das médias supracitadas. De acordo com as tipologias destes dispositivos, as entidades socioassistenciais apresentaram as mais elevadas métricas de centralidade, seguidas das clínicas e CTs e dos GAMs. O valor da CI das entidades socioassistenciais se deve por conta de uma entidade em específico, a Associação Casa Viva (CI=1), uma ONG que historicamente realiza trabalhos na área no município e região e que aliado à sua atuação, também é responsável por uma equipe do consultório na rua e seis residências terapêuticas, através de parcerias com o Estado.

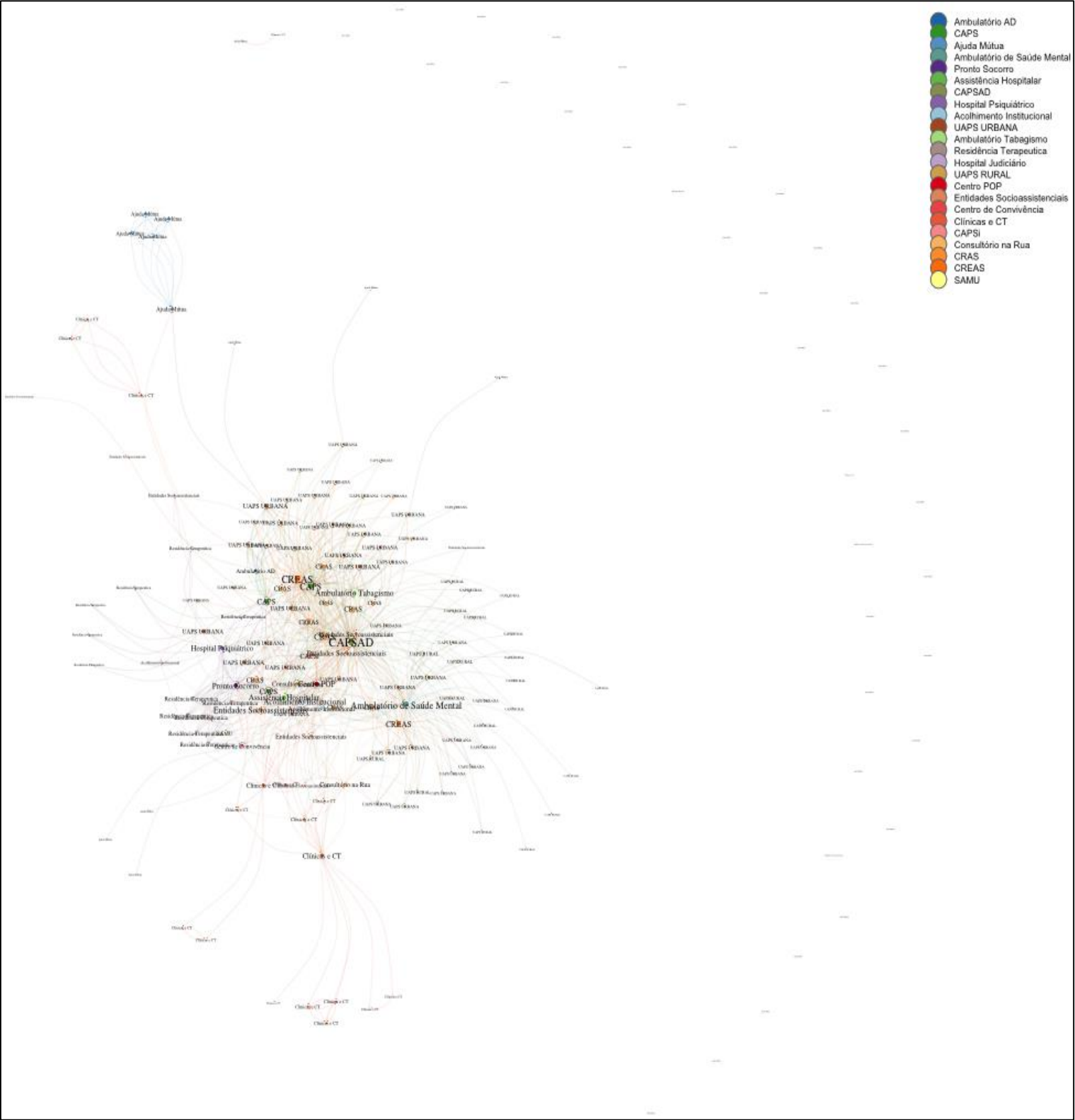
Levando em consideração as ressalvas já pontuadas anteriormente, os dispositivos do SUAS obtiveram as maiores médias de CG e CP e os do SUS a de CI. Constatou-se um decréscimo nos valores de todas as métricas de centralidade na saúde e assistência social em comparação com a RR e RC. Nos recursos comunitários, a média de CI foi maior que na RR e RC. Com relação às naturezas governamentais dos serviços, em consonância com a RR e RC, os serviços governamentais obtiveram maiores CG e CP que os não governamentais, com o valor da CG dos primeiros sendo novamente mais que o dobro da dos segundos. Entretanto a CI dos dispositivos não governamentais foi, em média, maior, devido a alguns serviços só se articularem com outros da mesma natureza não governamental.

Tabela 9: Métricas de Centralidade na Rede de Coordenação Conjunta de Casos (RCC) de acordo com os tipos de serviço e setores

Serviços	N	Métricas de Centralidade				
		Grau (CG)			Intermediação (CI)	Proximidade (CP)
		Entrada M	Saída M	Geral M	M	M
CAPSad	1	41	95	136	0,2535	0,0001
Ambulatório em saúde mental	1	13	40	53	0	0,0001
CREAS	3	10	27,7	37,7	0	0,0001
Ambulatório sobre tabagismo	1	4	27	31	0	0,0001
CAPS gerais	3	16	13,3	29,3	0,0751	0,0001
Hospital Geral com leitos em álcool e outras drogas	1	11	18	29	0	0,0001
CentroPOP	1	20	8	28	0,0140	0,0001
HPS	1	19	7	26	0	0,0001
Hospital Psiquiátrico	1	6	17	23	0	0,0001
CAPSi	1	10	8	18	0	0,0001
Serviços de Acolhimento Institucional	3	7,3	8	15,3	0	0,0001
CRAS	9	8,9	6,2	15,1	0,0751	0,0001
Consultórios na Rua	2	6	9	15	0,4084	0,0001
Centro de Convivência	1	10	2	12	0	0,0001
Ambulatório em álcool e outras drogas	1	4	6	10	0,0282	0,0001
SAMU	1	9	0	9	0	0,0001
Entidades Socioassistenciais	11	3,6	5,1	8,7	0,0934	0,0001
Residências Terapêuticas	12	2,2	4,5	6,7	0	0,0001
UBS Urbanas	48	4	1,7	5,7	0	0,0001
Clínicas e Comunidades Terapêuticas	19	2	2,8	4,8	0,0400	0,0001
UBS Rurais	19	2,6	0,2	2,8	0	0,0001
Grupos de Ajuda Mútua	46	0,6	0,5	1,1	0,0175	0,00005
Hospital Judiciário	1	0	0	0	0	0
Setores						
Saúde	94	4,8	4,3	9,1	0,0114	0,0001
Assistência Social	15	9,9	11,4	21,3	0,0047	0,0001
Recursos Comunitários	78	1,4	1,9	3,3	0,0385	8,03E-05
Natureza Governamental						
Governamental	108	5,5	5,2	10,7	0,0106	0,00013
Não governamental	79	1,5	2	3,5	0,0379	8,1E-05

Fonte: Do Autor

Figura 6: Sociograma da rede com as relações de coordenação conjunta de casos



Fonte: Do Autor

3.3.5 Programas em Conjunto

Conforme é possível observar na Tabela 10 e na Figura 7, a RPC também tem no CAPSad o seu principal dispositivo, com ele apresentando as maiores métricas de CG e CP. Contudo, o CAPSad foi o serviço com o maior decréscimo no número de relações estabelecidas quando comparado com os valores da RR, RC e RCC (sobretudo as duas primeiras). Em comparação com a RR, o CAPSad teve uma diminuição de 58,3% no número de relações; já com a RC foram 45,8%; e com a RCC, 42,6%. Mesmo assim, a diferença para os outros dispositivos ainda é considerável, com o CAPSad estabelecendo 2,4 e 4,6 relações a mais que os dispositivos que possuem a segunda e a terceira maiores CG. Ou seja, apesar dessa diminuição no número de relações estabelecidas – observada também em todos os outros serviços da rede – tendo como consequência uma diminuição nas métricas de CG, CI e CP, reafirma-se o papel destacado e de ator central do CAPSad não somente no que se refere a ações específicas entre os serviços, mas na rede de atenção aos usuários de drogas como um todo no município.

Além de uma rede menos densa, resultante do menor número de relações entre os serviços, observa-se na Figura 7 a importância dos três dispositivos com maior número de relações, o CAPSad, o HPS e o ambulatório em saúde mental, bem como de um GAM responsável pela articulação de outras instituições de ajuda mútua. Sendo assim, estes serviços configuram-se como atores centrais de intermediação de uma série de dispositivos ao restante da rede.

Apenas as entidades socioassistenciais e o ambulatório de tabagismo apresentaram alguma métrica de centralidade com valor maior na realização de programas em conjunto, do que com relação às outras relações. O ambulatório de tabagismo obteve uma CG de 32 na RPG, enquanto na RCC sua CG foi de 31. Todos os outros serviços tiveram suas CGs na RPG abaixo dos valores na RR, RC e RPG. Já nas entidades socioassistenciais, a CI na RPG foi maior do que na RR, RC e RCC. Com relação à CI, somente cinco dispositivos obtiveram valores acima de zero, sendo eles: duas entidades socioassistenciais, dois GAMs e uma CT. Tal resultado se deve à menor densidade da RPC, mas também devido ao fato destes serviços estabelecerem relações com outros dispositivos que sem essas articulações ficariam isolados do restante da rede.

Com relação às médias gerais de CG, CI e CP, os valores foram, respectivamente, 3,7; 0,0107; e 0,000158. Os valores de CG e CI encontraram-se abaixo dos da RR, RC e RCC. A única exceção foi a CP maior do que na RCC. Isso também pode ser explicado pela menor

densidade da RPC, conforme apresenta a Tabela 6, aliada à menor variação entre a quantidade de relações estabelecidas pelos serviços, isto é uma, uma menor amplitude no número de relacionamentos. Por exemplo, na RCC, os valores no número de relações estabelecidas (CG) variaram entre 136 e zero; já na RPC os valores ficaram entre 78 e zero, com uma menor variação. Em suma, apesar de um número menor de articulações estabelecidas pelos serviços na realização de programas em conjunto, eles possuem, em média, uma maior proximidade entre si e, por conseguinte, um maior alcance do que nas relações de coordenação conjunta de casos.

As clínicas e CTs, os CRAS, os CREAS, as UBS rurais e o hospital judiciário, que novamente não estabeleceu nenhuma relação com outros serviços na RPC, tiveram suas CG e CP abaixo das médias. Os GAMs, o hospital psiquiátrico, as UBS urbanas, os ambulatórios em saúde mental e em álcool e outras drogas e as residências terapêuticas tiveram apenas as CGs abaixo da média geral. As entidades socioassistenciais apresentaram somente a CP abaixo da média.

Referente aos agrupamentos por setores, constatou-se um cenário com algumas diferenças frente às relações anteriores. Apesar da continuação da tendência de diminuição nos valores das métricas de centralidade, com eles estando abaixo dos encontrados na RR, RC e RCC, eles estiveram bastante próximos entre si. Ao invés da assistência social, que obteve nas relações anteriores as maiores métricas de centralidade, o setor saúde apresentou as mais altas CG e CP e os recursos comunitários a maior CI, sendo estas as únicas acima das médias indicadas acima. Sobre a assistência social em específico, além das suas médias de CG, CI e CP encontrarem-se abaixo das médias gerais na RCC, sua CP ainda esteve abaixo da dos recursos comunitários. Possibilidades de compreensão dessa podem ser encontradas, principalmente, nos CRAS, com a menor CP da RPC, desconsiderando o hospital judiciário que não estabeleceu nenhuma relação, e os CREAS que sempre ocupavam papéis destacados nas outras redes, mas obtiveram todas as suas métricas de centralidade abaixo das médias, assim como os CRAS. Ademais, assim como na RR, RC e RCC, dentre os recursos comunitários, as entidades socioassistenciais obtiveram as maiores métricas de centralidade, procedidas pelas clínicas e CTs e os GAMs.

No agrupamento por natureza das instituições, apesar das métricas de centralidade dos serviços governamentais novamente estarem acima das métricas dos dispositivos não governamentais (exceto na CI), observou-se também uma maior proximidade entre eles. Por exemplo, na RR, RC e RCC os serviços governamentais apresentaram valores de CG duas vezes

maiores que os não governamentais. Já na RPC estes valores encontraram uma diferença de somente 0,5 (3,9 e 3,4).

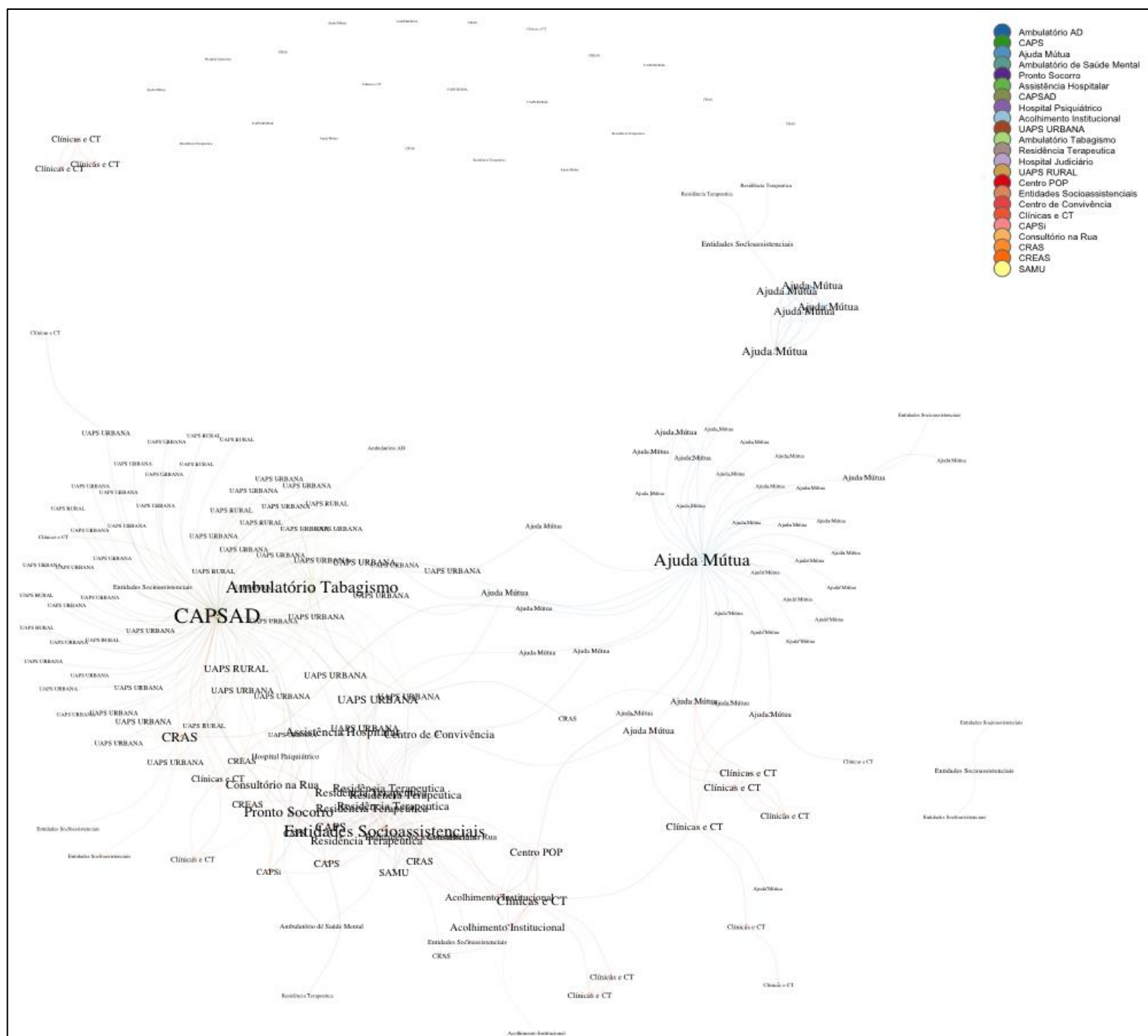
Cabe ressaltar que, além do CAPSad, somente o ambulatório sobre tabagismo, o HPS e o hospital geral com leitos em álcool e outras drogas obtiveram CG maior que 10, ou seja, estabeleceram relações para a realização de programas em conjunto com mais de 10 serviços. Tais constatações, em consonância com as métricas de coesão da rede (Tabela 6), apontam para a relevância das ações de referência e contrarreferência, sobretudo a primeira, na estruturação da rede.

Tabela 10: Métricas de Centralidade na Rede de Programas em Conjunto (RPC) de acordo com os tipos de serviço e setores

Serviços	N	Métricas de Centralidade				
		Grau (CG)			Intermediação (CI)	Proximidade (CP)
		Entrada	Saída	Geral	M	M
		M	M	M		
CAPSad	1	12	66	78	0	0,0002
Ambulatório sobre tabagismo	1	5	27	32	0	0,0002
HPS	1	10	7	17	0	0,0002
Hospital Geral com leitos em álcool e outras drogas	1	9	2	11	0	0,0002
Centro de Convivência	1	9	0	9	0	0,0002
CentroPOP	1	4	3	7	0	0,0002
CAPS gerais	3	6	0,7	6, 7	0	0,0002
Consultórios na Rua	2	1	5,5	6,5	0	0,0002
SAMU	1	6	0	6	0	0,0002
Serviços de Acolhimento Institucional	3	3	1,7	4,7	0	0,0002
Residências Terapêuticas	12	0,6	4,1	4,7	0	0,0001
Entidades Socioassistenciais	11	2	2,6	4,6	0,1136	0,0001
CAPSi	1	4	0	4	0	0,0002
Clínicas e Comunidades Terapêuticas	19	1,3	2,1	3,4	0,0131	0,0001
CREAS	3	0,3	2, 7	3	0	0,0001
Grupos de Ajuda Mútua	46	1,6	1,4	3	0,0109	0,0001
Hospital Psiquiátrico	1	3	0	3	0	0,0002
CRAS	9	1,4	1,2	2,7	0	0,0001
UBS Urbanas	48	1,8	0,3	2,1	0	0,0002
Ambulatório em saúde mental	1	1	1	2	0	0,0002
UBS Rurais	19	1,1	0,1	1,3	0	0,0001
Ambulatório em álcool e outras drogas	1	1	0	1	0	0,0002
Hospital Judiciário	1	0	0	0	0	0
Setores						
Saúde	94	2,1	1,8	3,9	0	0,00016
Assistência Social	15	1,8	1,7	3,5	0	0,00012
Recursos Comunitários	78	1,5	1,9	3,4	0,0256	0,00015
Natureza Governamental						
Governamental	108	2,0	1,9	3,9	0	0,00016
Não governamental	79	1,6	1,8	3,4	0,0253	0,00015

Fonte: Do Autor

Figura 7: Sociograma da rede com as relações referentes ao estabelecimento de programas em conjunto



Fonte: Do Autor

3.3.6 Comparando as métricas de centralidade

Visando facilitar a análise comparativa dos achados e o seu consequente entendimento, a Tabela 11 sintetiza os valores das métricas de centralidade, de acordo com as relações estabelecidas pelos serviços (referência, contrarreferência, coordenação conjunta de casos e programas em conjunto). Cabe ressaltar que, por falta de parâmetros comparativos, fornecidos por estudos que utilizassem do mesmo método em outras realidades, assim como as próprias condicionalidades de alguns dispositivos, suas naturezas, filosofias e atribuições, é restrito a utilização de adjetivações como alta ou baixa densidade, centralidade etc., a não ser quando comparamos as redes aqui analisadas (RR, RC, RCC e RPC).

Em linhas gerais, é reforçada a tendência supracitada dos serviços se articularem com outros em torno da referência de usuários, em detrimento do estabelecimento de cuidados compartilhados e programas em conjunto. A principal exceção diz respeito ao maior valor de CI encontrado no estabelecimento da coordenação conjunta de casos, indicando que, mesmo com uma menor densidade que as redes de referência e contrarreferência, ela possui uma maior quantidade de serviços ocupando papéis de articuladores da rede, mediando seu fluxo.

Tabela 11: Métricas de centralidade de acordo com os tipos de relacionamento entre os serviços

	Referência		Contrarreferência		Coordenação Conjunto da Casos		Programas em Conjunto	
	M*	DP**	M	DP	M	DP	M	DP
Centralidade de Grau	12,4	19,2	10	16,5	7,7	13,4	3,7	7,2
Centralidade Intermediação	0,0156	0,0778	0,0122	0,0785	0,0221	0,1002	0,0107	0,0821
Centralidade de Proximidade	0,0015	0,0002	0,0006	0,0001	0,0001	0,00004	0,00016	0,00005

* M = Média

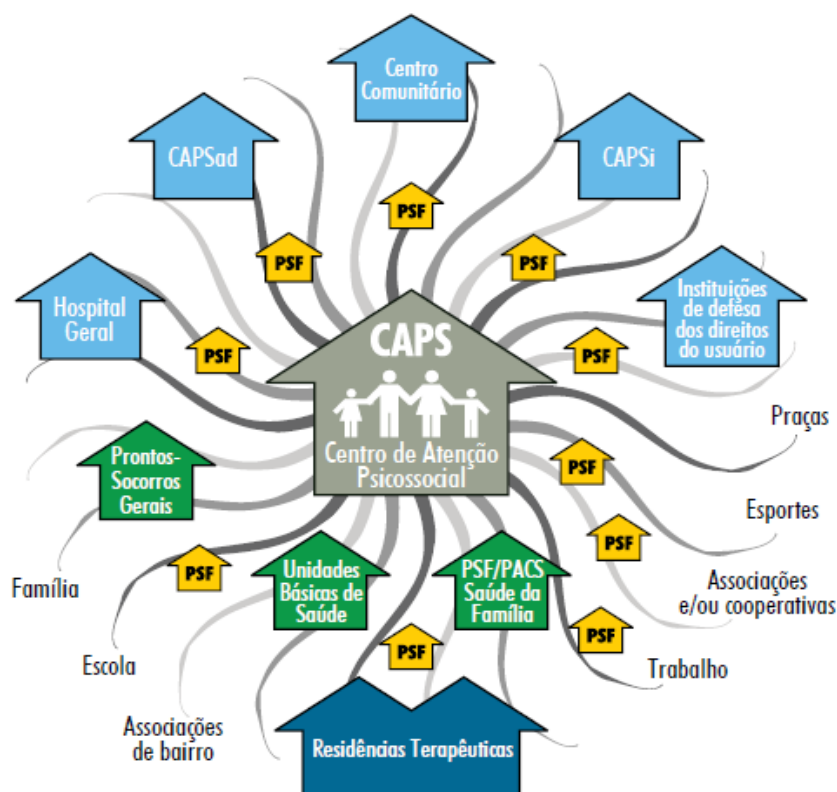
** DP = Desvio Padrão

Fonte: Do Autor

3.3.7 Rede “CAPSolizada”

Conforme os dados apresentados anteriormente, observa-se uma rede altamente centralizada no CAPSad, tomado como dispositivo regulador do fluxo assistencial e do processo de trabalho, o que será chamada aqui de “CAPSolização” da rede ou de rede “CAPSolizada”²¹. Tal termo faz uma alusão a ideia do CAPSad como um sol, com o outros dispositivos orbitando em torno dele, isto é, se relacionado por meio dele, principal responsável pela assistência e gerenciamento do fluxo na área. Quando somos apresentados ao modelo pressuposto pela PAIUAD, conforme ilustrado na Figura 8, comparando-o, inclusive com os sociogramas confeccionados (Figuras 4, 5, 6 e 7) e métricas de centralidade da ARS (Tabelas 7, 8, 9 e 10), observamos uma similaridade com a estruturação “CAPSolizada” da rede de atenção encontrada no município. A única ressalva com relação à Figura 8 é que ela representa uma rede de saúde mental geral, havendo a necessidade de substituir o CAPS pelo CAPSad como elemento central na rede de atenção aos usuários de drogas.

Figura 8: Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: TCU (2012), adaptado de Ministério da Saúde (2004b)

²¹ Cabe salientar que Amarante (2003) já havia anteriormente utilizado o termo “Capsização” para se referir à centralidade do CAPS na política de saúde mental e modelo assistencial, que será discutido na presente seção.

Essa “CAPSolização” fica mais evidente quando o CAPSad é retirado da rede e, a partir disso, novas métricas de coesão são extraídas e analisadas. A Tabela 12 apresenta esses dados da rede geral sem o CAPSad, de onde pode-se observar que houve um decréscimo nos valores de grande parte das métricas dos tipos de relacionamento, com exceção da distância média da RR, RC e RCC, o número de cliques na RCC e RPC e a transitividade da RPC. Inclusive, sobre as maiores distâncias, estas indicam que sem o CAPSad, a trajetória na rede tende a ser maior e, portanto, mais demorada. Sobre as relações de referência, com a retirada do CAPSad, constatou-se uma diminuição de 17,1% no número de laços; nas de contrarreferência, 16,6%; acerca da coordenação conjunta de casos, 19%; e na realização de programas em conjunto houve uma redução de 23,7% no número de relações estabelecidas entre os dispositivos. Ou seja, o CAPSad é responsável por cerca de 19% das relações estabelecidas numa rede que é composta por um total de 187 serviços.

Tabela 12: Métricas de coesão da rede com e sem o CAPSad

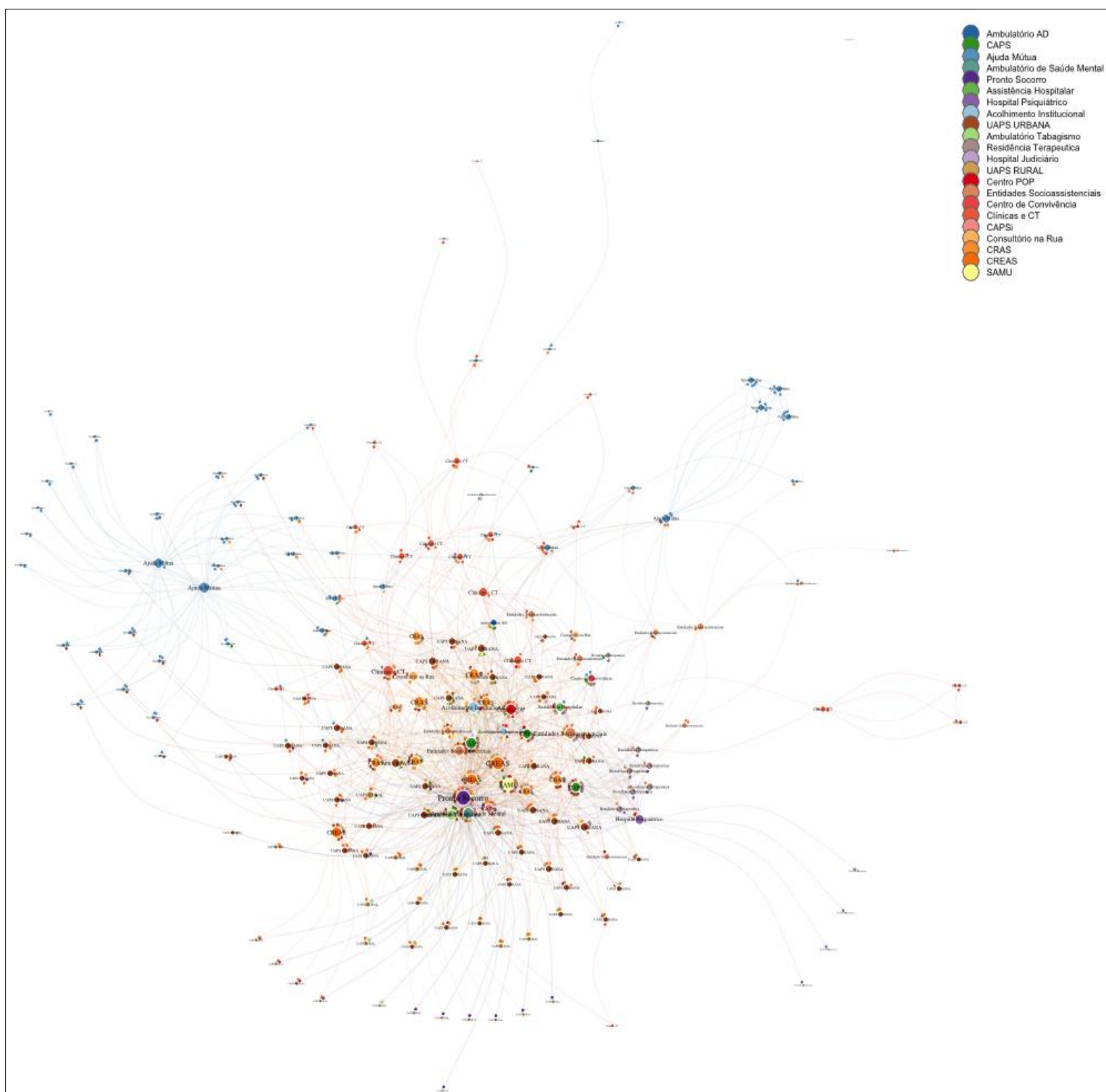
	Referência	Contrarreferência	Coordenação Conjunta de Casos	Programas em Conjunto
<i>Com o CAPSad</i>				
Número de Nós	187	187	187	187
Número de Laços	1158	934	718	344
Grau – Média	12,4	10	7,7	3,7
Grau – Mediana	7	5	4	2
Densidade	3,33%	2,68%	2,06%	0,99%
Distância Média	2,65	3,37	2,61	2,63
Nº de Cliques	9	9	6	5
Transitividade	0,199	0,186	0,181	0,07
<i>Sem o CAPSad</i>				
Número de Nós	186	186	186	186
Número de Laços	971	790	582	266
Grau – Média	10,44	8,5	6,26	2,86
Grau – Mediana	6	4	3	1
Densidade	2,82%	2,29%	1,69%	0,77%
Distância Média	2,93	3,58	3,09	2,30
Nº de Cliques	8	8	6	5
Transitividade	0,187	0,172	0,178	0,107

Fonte: Do Autor

As Figuras 9, 10, 11 e 12 ilustram visualmente estas constatações, ao apresentarem os sociogramas da RR, RC, RCC e RPC sem o CAPSad. Quando comparamos essas ilustrações

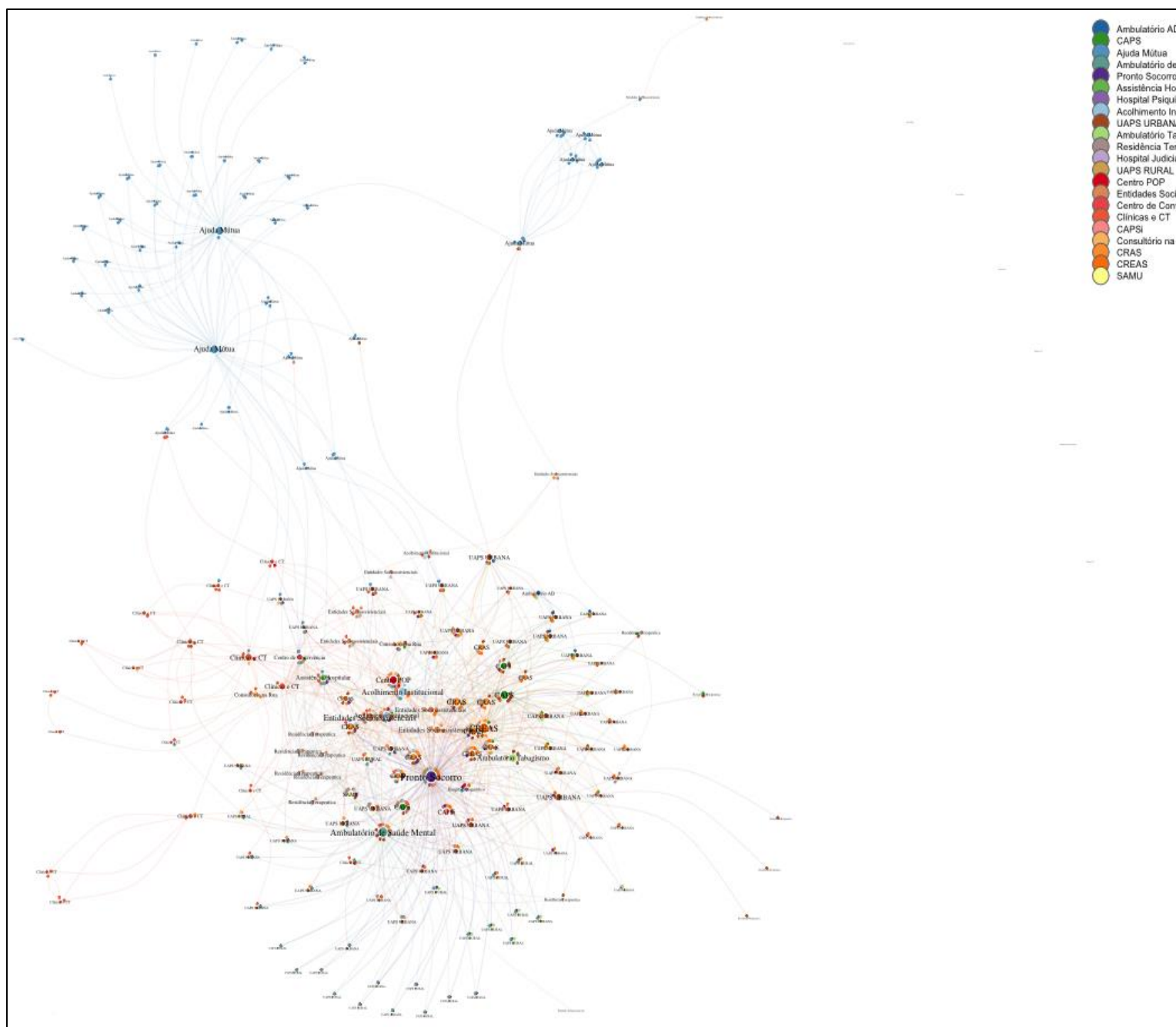
com os sociogramas das redes com o CAPSad (Figuras 4, 5, 6 e 7), observamos que as redes sem o CAPSad possuem menores densidades. Isso indica uma rede com alta dependência desse serviço e, conseqüentemente, uma rede com baixa capacidade de resiliência, pois, com a retirada do seu principal dispositivo, cujas métricas de centralidade são as mais elevadas e dissonantes, a maior parte das relações estabelecidas na rede também é excluída e grande parte das suas métricas de coesão são diminuídas. Ademais, os outros dispositivos especializados (principalmente os ambulatorios) e os de urgência/emergência (HPS) passam a ser os serviços com os maiores valores médios das métricas de centralidade. Isso demonstra que mesmo com a retirada do CAPSad continua-se com a tendência de centralização e dependência da rede nas instituições referentes a estes níveis de atenção.

Figura 9: Sociograma da RR com a retirada do CAPSad



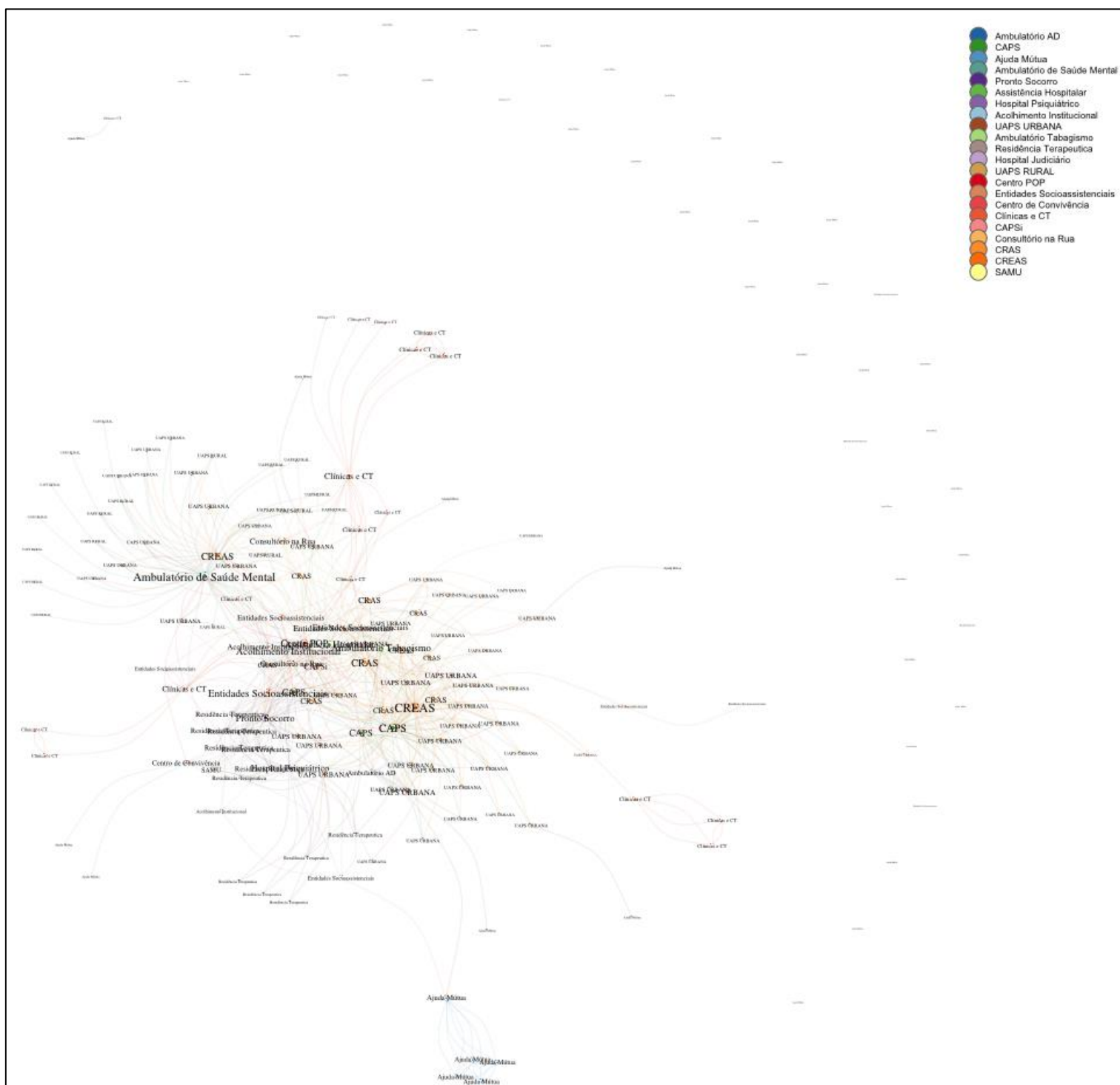
Fonte: Do Autor

Figura 10: Sociograma da RC com a retirada do CAPSad



Fonte: Do Autor

Figura 11: Sociograma da RCC com a retirada do CAPSad



Fonte: Do Autor

Fonte: Do Autor

3.4 DISCUSSÃO

A seguir, a discussão será estruturada a partir das dimensões analíticas elencadas no processo de formulação do modelo operacional, sendo elas: Integralidade, Intersetorialidade e o Papel e Posição do CAPSad na rede. Somente é reforçado que essa separação serve somente a fins didáticos, para uma melhor organização das ideias, entendendo que, na realidade, encontram-se inter-relacionadas.

3.4.1 Algumas linhas sobre Integralidade

Inicialmente, cabe ressaltar que a integralidade é uma das três diretrizes do SUS, ao lado da descentralização e da participação comunitária, presente já na Constituição de 1988 e reforçada na lei 8.080 de implantação do SUS. Contudo, de acordo com Mattos (2009), ela também pode ser compreendida como uma ideologia acerca de como o sistema de saúde deve se estruturar (sendo aqui expandida para outros setores, como o SUAS), caracterizada como um dos principais nortes do movimento sanitário brasileiro. Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004, p. S335) “a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e sistemas de saúde, estruturados como redes assistenciais”. Portanto, seguindo essas ideias e, conforme conceituação apresentada no método, serão abordadas aqui duas de suas quatro dimensões (o *continuum* de cuidado e a articulação entre os diferentes níveis de atenção e seus dispositivos), com a terceira englobada na parte específica sobre intersetorialidade.

De acordo com os dados, a maior parte das relações estabelecidas pelos serviços são configuradas pela referência de usuários, por meio de encaminhamentos, o que nem sempre significa a realização do processo de contrarreferência, fundamental para o estabelecimento do cuidado compartilhado e para a atenção integral. Tais achados reforçam uma tendência apontada pela literatura nacional da área de consideração do encaminhamento como a principal ferramenta de articulação entre os serviços e, logo, de organização da rede, ou seja, uma noção de que encaminhar é sinônimo de trabalhar em rede. Ademais, buscando aprofundar a apreensão desses dados, é plausível considerar a utilização do encaminhamento, muitas das vezes, como uma transferência de responsabilidades, ou uma válvula de escape, devido a incapacidade dos serviços e profissionais de lidarem com a temática ou com os casos em especial, juntamente com as demais dificuldades existentes para o trabalho em rede que serão discutidas no decorrer

do texto (Costa et al., 2013a; Cortes et al., 2014; Paiva, Ferreira, Martins, Barros & Ronzani, 2014; Costa et al., 2015d; Gonzaga & Nakamura, 2015; Varela et al., 2016).

Essas constatações nos permitem entender os porquês dos menores valores das métricas referentes ao estabelecimento da coordenação conjunta de casos e de programas em conjunto. Acerca do primeiro tipo de relação, outra justificativa encontra-se presente na própria discrepância entre os valores das relações de referência e contrarreferência. A partir do momento em que se realiza o encaminhamento e o processo de volta não acontece ou ocorre em menor número, como será possível o estabelecimento de um cuidado compartilhado, da coordenação conjunta de casos? Incide também nessa tentativa de interpretar os menores níveis de relações de coordenação conjunta de casos, a centralidade da rede e ações no CAPSad e demais dispositivos especializados, assim como nos de urgência/emergência, via encaminhamento.

Não obstante, são compreensíveis os menores valores das métricas estarem relacionados à realização de programas em conjunto, por não se tratarem de ações diretamente de cuidado e/ou fluxo de usuários. Atrelado a isso, os dados também apontam uma dificuldade dos serviços em estabelecerem relações que encontrem-se para além da resolução dos casos que necessitam de assistência. Logo, algumas estratégias da gestão do trabalho, como o apoio matricial, que se configuram como possibilidades de modificação da fragmentação assistencial e cronificação do usuário na rede fomentadas pela hiperespecialização e a lógica de encaminhamento (Campos & Domitti, 2007), aparecem de maneira incipiente, justamente, em detrimento das ações as quais visam reformular (referência e contrarreferência).

Outro aspecto relevante encontra-se na discrepância das métricas de centralidade dos dispositivos especializados, sobretudo o CAPSad e os ambulatoriais, e dos de urgência/emergência, principalmente o HPS, quando comparadas as dos dispositivos da atenção básica, como as UBS e consultórios na rua. Tais dados serão discutidos de forma aprofundada mais à frente no texto, mas sinalizam desde já essa tendência de atenção pontual, emergencial e com ênfase nos dispositivos especializados (reforçada pelo encaminhamento), ao invés de uma assistência horizontal, contínua, compartilhada e territorializada, conforme postula o aparato político e normativo da área (MS, 2004a; 2011; SENAD, 2005). Não obstante, determinados fatores que também podem impactar na conformação desse cenário estão relacionados às próprias dificuldades de abordagem às dimensões relacionadas ao uso de drogas na atenção básica, indo desde problemas estruturais e sobrecarga de trabalho, passando por visões estigmatizantes e preconceituosas aliadas a uma formação insuficiente, chegando até mesmo na ideia de que essa assistência não é passível de ser feita nesse nível de atenção, estando

restrita aos dispositivos especializados e modelos de tratamento asilares (Andrade, 2011; Soares et al., 2011; Kanno, Bellodi & Tess, 2012; Oliveira & Ronzani, 2012; Schneider et al., 2013; Cortes et al., 2014; Paula, Jorge, Vasconcelos & Albuquerque, 2014; Costa et al., 2015b; Ronzani, Noto & Silveira, 2014). Sobre o HPS em especial, é importante ressaltar que se trata basicamente do serviço público utilizado para os casos de urgência/emergência na rede, pois as UPAs existentes no município, por conta de questões contratuais com a Prefeitura, não atendiam demandas em saúde mental e decorrentes do uso de álcool e outras drogas no momento da pesquisa, não fazendo parte da rede de atenção aos usuários de drogas e sendo, por isso, desconsideradas do escopo do presente estudo.

Cabe somente advertir que os baixos valores das UBS também são influenciados pela quantidade destes dispositivos (67 no total). Entretanto, as equipes de consultório na rua, por mais que sejam só duas, ainda assim possuem algumas métricas de centralidade abaixo de outros dispositivos especializados em maior quantidade, o que indica que o número de dispositivos não é o único fator preponderante na determinação das articulações existentes e centralidade dos serviços na rede. Ainda sobre o consultório na rua, cabe reforçar o fato de que as duas equipes existentes eram vinculadas a plataformas políticas e de governo diferentes (uma do “Território Aliança” do estado de Minas Gerais e a outra no modelo institucionalizado pelo Ministério da Saúde do governo federal), com lógicas antagônicas, sendo que a equipe do Território Aliança tinha sua atuação vinculada a uma CT e a outra apenas a uma UBS o que com certeza influenciou nas métricas

Voltando à atenção básica, sobretudo, às UBS, apesar destas serem os tipos de dispositivos em maior número no município, dados provenientes do SAGE (2016) apontam para uma possível escassez no número de UBS no cenário analisado, quando descrevem que a porcentagem de cobertura populacional da atenção básica no município (60,88%) encontra-se abaixo dos índices estaduais (82,54%) e também nacionais (70,17%). À título de comparação, os municípios com populações estimadas mais próximas a de Juiz de Fora, como Uberlândia (662.362 habitantes), Contagem (648.766), Betim (417.307) e Montes Claros (394.350) (IBGE, 2016b) possuem, respectivamente, 48,46%, 60,69%, 76,40% e 100% de cobertura populacional pela atenção básica.

Ademais, somente 62,7% das UBS em Juiz de Fora era regida pela ESF, com clínicos gerais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), dentre outros profissionais, sendo 31,3% ainda do tipo tradicional (e destas apenas duas eram vinculadas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS) e 6% unidades móveis para atender determinadas localidades na zona rural. Inclusive, estes últimos dados apontando

uma presença ainda considerável de UBS nos moldes tradicionais, com perspectivas de trabalho autocentradas, voltadas para os componentes biológicos/orgânicos, ações curativistas, e focadas nas especializações médicas, também podem auxiliar a compreender os baixos números de relacionamento e métricas de centralidade das UBS.

Dessa forma, com base na literatura acadêmica da área, alguns aspectos podem ser enfatizados na tentativa de identificar justificativas plausíveis para a compreensão desse cenário. Um primeiro ponto relaciona-se com a já mencionada alta demanda por atendimento e consequente sobrecarga dos serviços e profissionais, que é reforçada pela insuficiência de dispositivos, fazendo com que os serviços trabalhem numa lógica de apagar incêndios constantes e de encaminhamento aos níveis e serviços especializados (Dimenstein et al., 2009; Araújo, 2013; Costa, Mota, Cruvinel, Paiva & Ronzani, 2013b; Schneider et al., 2013; Paula et al., 2014; Gonzaga & Nakamura, 2015). Outro elemento relevante respaldado pela literatura é a desconsideração de ações de promoção de saúde e prevenção em decorrência de um enfoque curativista que, por sua vez, encontra-se relacionado, dentre outros aspectos, com a predominância do modelo biomédico que rege a formação e a dinâmica de trabalho e práticas profissionais, mas também a insuficiência de definições e direcionamentos claros e objetivos sobre as estratégias de promoção e prevenção ao uso de drogas para os níveis de atenção e setores (Barros & Pillon, 2007; Moutinho & Lopes, 2008; Ronzani, 2008; Moretti-Pires et al., 2011; Costa et al., 2013a; 2015d; Cortes et al., 2014; Laport, Costa, Mota & Ronzani, 2016; Costa & Paiva, 2016). Um terceiro fator é a insuficiência de diálogo e comunicação entre os serviços, reforçada em alguns casos por um desconhecimento entre eles de uma parcela de dispositivos que compõem a rede (Cortes et al., 2014; Costa et al., 2013a; 2015d; Eslabão et al., 2017).

Assim, em consonância com Costa et al. (2015), por mais que a atenção básica desponte como o principal nível de atenção nos discursos oficiais e documentos políticos, deve-se refletir sobre como tais predicados não reverberam necessariamente em sua potencialização na prática, acarretando em uma série de limitações para sua atuação, o que por sua vez, também não significa desconsiderá-la deste panorama. Tais ponderações são importantes para que não caiamos em processos de culpabilização e manutenção de uma lógica de transferência de responsabilidades, frequentemente sob a alcunha de descentralização, que relegam à atenção básica e seus profissionais, muitas das vezes, responsabilidades aquém de sua capacidade e função, num cenário de sucateamento e subfinanciamento (Costa et al., 2015).

Alguns serviços previstos na RAPS, como as equipes interdisciplinares do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), poderiam auxiliar no fortalecimento do matriciamento aos

dispositivos da atenção básica, potencializando também o cuidado compartilhado de base comunitária. Contudo, não havia nenhuma equipe de NASF implantada no município. Recorrendo novamente ao SAGE (2016), existem atualmente no Brasil 4.302 equipes de NASF, sendo 718 somente em Minas Gerais. Em comparação com os municípios que possuem populações estimadas mais próximas a de Juiz de Fora, tem-se: Uberlândia e Contagem com oito equipes de NASF, Betim com quatro e Montes Claros com cinco, demonstrando uma defasagem do município de Juiz de Fora. Entretanto, conforme constata Anjos et al. (2013), somente a implantação deste dispositivo também não é suficiente, havendo a necessidade de mudanças na organização e funcionamento dos serviços, bem como na cultura e conduta dos profissionais de saúde, revertendo uma lógica de atuação isolada e hierárquica, em direção a práticas articuladas com a ESF.

Foram constatadas também desigualdades de cobertura e diferenças nas métricas da ARS entre as áreas urbana e rural, cuja avaliação é limitada pelas lacunas existentes à compreensão das condições de vida e acessos às políticas públicas da população rural, não só em Juiz de Fora, mas no Brasil como um todo, proveniente de descasos tanto do próprio Estado e políticas quanto da academia (Dimenstein, Leite, Macedo & Dantas, 2016). Assim, conforme Ronzani, Costa e Paiva (2016), as políticas da área homogeneízam o território e realidades vivenciadas, ao não distinguirem as regiões urbanas e rurais, desconsiderando as múltiplas especificidades existentes e relegando aos moradores de áreas rurais a assistência prestada por equipes da atenção básica fixas ou móveis e o encaminhamento com deslocamento aos bairros urbanos para serem atendidos.

Outro nível assistencial postulado pela RAPS e que não possuía nenhum serviço público implantado no município era a atenção residencial de caráter transitório. No momento de coleta dos dados, a rede não contava com nenhuma Unidade de Acolhimento, seja ela para adultos (UAA) ou crianças e adolescentes (UAI). Os únicos dispositivos existentes no município presentes neste nível de atenção da RAPS eram as CTs, de natureza não governamental, mas com algumas possuindo convênios com o Estado, seja através de programas estaduais, como o já mencionado Aliança pela Vida, ou com o governo federal, por meio da SENAD e do programa “Crack, é possível vencer”. Sendo assim, com a inexistência destes serviços (UAA e UAI), fragiliza-se o cuidado a pessoas em situações de alta vulnerabilidade social, com rompimento de vínculos, o que poderia, inclusive, diminuir um pouco a sobrecarga de fluxo ao CAPSad. Num ciclo vicioso, de retroalimentação, essa ausência potencializa a importância das CTs que, por sua vez, ao estarem na RAPS, receberem financiamento público e serem os únicos dispositivos existentes desse nível de atenção,

contribuem não só para a desresponsabilização estatal, mas, nesse caso específico, reforçam sua importância e contribuem para a continuação da não implementação das UASs e UAIs

Sobre os recursos comunitários, observou-se uma maior articulação na rede das entidades socioassistenciais, seguidas pelas clínicas e CTs e, por fim, dos GAMs. Estes recursos possuem sua relevância, associada a todo um processo histórico de negligência estatal sobre o tema, não devendo ser desconsiderados por completo da rede de atenção, desde que entendidos como alternativas complementares oriundas das próprias comunidades aos serviços e estratégias públicas. Tal mentalidade pode possibilitar, inclusive, processos de sensibilização e mobilização sobre o tema, fortalecendo e agregando a própria comunidade e o contexto de atuação, através da constituição de novas redes de relações interpessoais e sociais, com maior participação dos sujeitos e potencialização dos recursos existentes nas diferentes localidades (Bezerra & Dimenstein, 2008; Schneider et al., 2013; Costa et al., 2015a).

Os resultados das entidades socioassistenciais, com métricas de centralidade mais elevadas que as CTs e GAMs, podem ser explicados por suas propostas abrangentes e generalistas, que não se restringem à abordagem ao uso ou usuários de drogas. Já com relação aos GAMs, pode estar atrelado ao seu número extensivo de dispositivos e às suas próprias filosofias de anonimato, que contribuem para uma ausência de articulações ou o estabelecimento de poucas relações somente com outros dispositivos semelhantes, isto é, outros GAMs. Sabe-se que nem todas as pessoas irão se beneficiar de um único modelo ou proposta assistencial. Dessa forma, estes dispositivos podem se conformar enquanto alternativas complementares numa direção de ampliar e diversificar as propostas, com as ressalvas já apresentadas no Capítulo II acerca da lógica de inserção do chamado terceiro setor e dos dispositivos não governamentais nas políticas públicas.

Especificamente sobre as CTs, é preciso trazer alguns elementos para a compreensão de sua constituição e posição nas redes de atenção e políticas públicas da área. Não se questiona simplesmente a existência destes dispositivos, assim como a dos outros recursos comunitários, vide os aspectos acima discutidos sobre os GAMs e entidades socioassistenciais. O que se pretende aqui é expandir e aprofundar a discussão para além dos pontos já apresentados no Capítulo II²². Um primeiro fator diz respeito à heterogenia do que significa ser uma CT no

²² Com a inserção destes dispositivos na RAPS e seus financiamentos nas diferentes esferas governamentais, coaduna-se com uma tradição histórica de desresponsabilização estatal sobre a temática do uso de drogas, aprofundando lacunas assistenciais e corroborando com a insuficiência de dispositivos públicos de atenção para atender a demandas e necessidades existentes das pessoas que usam drogas. Além do mais, em meio a políticas de austeridade e da aprovação de um ajuste fiscal que congela os gastos primários do Estado por 20 anos, essas medidas contribuem para aumentar ainda mais o subfinanciamento e sucateamento do Sistema Único de Saúde, ao repassar recursos inicialmente direcionados a ele e seus dispositivos para as CTs. Por fim, desconsidera-se as

Brasil, o que se torna mais intrincado a partir do momento em que as estratégias de fiscalização também são escassas e, em alguns casos, nem postas em prática (Perrone, 2014). Ou seja, como inserir um dispositivo na RAPS e financiá-lo sem um entendimento e fiscalizações mais acurados e/ou sistematização de suas propostas? Tal fator se relaciona com as contradições relacionadas às próprias propostas germinais das CTs, que se originam como modelos assistenciais num contexto de Reforma Psiquiátrica na Grã-Bretanha, que visavam reformular a lógica hospitalocêntrica, mas que no decorrer de sua consolidação no Brasil se transformam em um tipo de dispositivo justamente asilar, específico para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, geralmente de caráter religioso. Um segundo ponto versa sobre as inconstitucionalidades de financiamento a instituições de natureza religiosa – característica presente em grande parte das CTS – num Estado que se diz laico. E, por fim, temos os inúmeros relatos de práticas iatrogênicas e violações de direitos humanos provenientes destes dispositivos, conformando o retorno de reforço de uma lógica manicomial tão combatida pela Reforma Psiquiátrica (Conselho Federal de Psicologia, 2011; Perrone, 2014, Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016; Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2016).

Sendo assim, por mais que as métricas de centralidade das clínicas e CTs apresentem valores menores que grande parte dos dispositivos públicos especializados na assistência aos usuários de drogas, qualquer análise que vise abarcar o papel das CTs e demais dispositivos não governamentais nessa rede de atenção e na área de álcool e outras drogas como um todo, deve levar em consideração os fatores aqui apontados. Até mesmo porque essas métricas podem escamotear a relevâncias destes dispositivos na rede. Isso se deve por conta de uma das limitações existentes na presente pesquisa, que focou na relação entre serviços e não abarcou, dentro do fluxo de usuários, os casos de sujeitos onde o usuário busca o cuidado diretamente no serviço ou é já é internado nestas instituições (como no caso das internações compulsórias), não passando, portanto, por outros dispositivos da rede ou estabelecendo cuidado compartilhado, como é bastante comum nas CTs. Por exemplo, a pesquisa não analisa o número de pessoas internadas diretamente nas CTs, o que, se considerado, faria com que seu fluxo de usuários e, portanto, sua posição na rede fosse mais central.

contradições das propostas assistenciais destes dispositivos com as propostas e concepções das políticas de saúde, especificamente da saúde mental, provenientes do processo de Reforma Psiquiátrica, assim como são contrariadas as decisões das principais instâncias de participação e controle social na área, como a IV Conferência Nacional de Saúde Mental e o Conselho Nacional de Saúde.

Considerando essas observações, diminui-se o risco de cair em análises reducionistas e/ou privilegiar lógicas desresponsabilizadoras do Estado, com o fortalecimento de perspectivas mercadológicas que tomam direitos como mercadorias, enfraquecendo e, até mesmo, deslegitimando os serviços e estratégias públicas, que na área da saúde mental e álcool e outras drogas, historicamente, se apresentaram e apresentam em quantidade e em recebimento de investimentos com números aquém das necessidades societárias (Carvalho, 2007; Machado & Miranda, 2007; Alves, 2009; TCU, 2012; Costa et al., 2015a; 2015b; Trapé & Campos, 2017). Além disso, evita-se de, ingenuamente, desconsiderar que na área, as respostas públicas, por meio das políticas e dispositivos estatais, configuram-se como um campo complementar aos movimentos e instituições oriundos do próprio mercado e sociedade civil, como pode ser visto em levantamentos e pesquisas recentes (Spohr et al., 2006; Carvalho, 2007; Siqueira et al., 2007; Morais, 2008; Costa et al., 2015b).

Assim, evita-se também cair num politicismo, que toma a dimensão política em si, de maneira autocentrada, como fonte de todos os males e também como resolução de todos os problemas, desconsiderando sua vinculação à dimensão econômica. Até porque, hoje em dia, dentro do escopo da saúde mental, é principalmente na área de álcool e outras drogas em que são observadas as maiores lacunas e, conseqüentemente, os discursos e esforços mais constantes para um retorno do modelo e práticas manicomiais, vide a força econômico-política das CTs, amparadas por atores e instituições religiosas e seus correspondentes nas diferentes instâncias do executivo, judiciário e legislativo, como as bancadas evangélicas e católicas e a Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas, criada em 2015, juntamente com a lucratividade proveniente destes modelos e instituições^{23,24,25}.

A partir das discussões aqui suscitadas, indaga-se a capacidade que a rede possui de fomentar um *continuum* de cuidado e uma atenção integral, no que concerne às formas de articulação entre os dispositivos e seus respectivos níveis assistenciais. Igualmente, a partir do momento em que essas dimensões da integralidade mostram-se obstaculizadas, questiona-se também a possibilidade da oferta de uma atenção e abordagem integrais e totalizantes dos sujeitos, enquanto seres biopsicossociais, não os resumindo a determinadas partes de sua vida,

²³ Matéria do jornal O Globo, “Comunidades terapêuticas mantidas por parlamentares podem ganhar verba federal”. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/comunidades-terapeuticas-mantidas-por-parlamentares-podem-ganhar-verba-federal-8237104>

²⁴ Matéria na revista Carta Capital, “Comunidades Terapêuticas, política e religiosos = bons negócios”. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-politica-e-religiosos-bons-negocios-9323.html>

²⁵ Matéria na revista Carta Capital, <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/ministerio-da-saude-abre-caminho-para-custear-comunidades-terapeuticas>

a possíveis doenças ou muito menos às substâncias psicoativas que consomem. Portanto, como derivação dos resultados, e em consonância com outros estudos na área (Alves, 2009; Paiva, Costa & Ronzani, 2012; Costa et al., 2013a; 2015b; 2015d), constata-se que a integralidade ainda permanece como um horizonte a ser alcançado, ao menos nas redes de atenção aos usuários de drogas no Brasil.

Finalmente, salienta-se que o presente cenário de insuficiência não se restringe ao município estudado, mas é fruto do histórico de negligência sobre o tema aliado ao projeto neoliberal que orienta a concepção sobre o Estado e a condução das políticas públicas e que no Brasil ganha terreno e força a partir dos anos 1990. Consequentemente, tem-se a desregulamentação e desresponsabilização estatal e a responsabilização da chamada sociedade civil, ancorada na mercantilização dos direitos e serviços conformando uma série de desafios para a implantação da Reforma Psiquiátrica e à abordagem ampliada e contextualizada sobre a temática do uso de drogas, dentre outros fenômenos que perpassam a vida dos brasileiros e, ao fazerem parte da totalidade social, a conformam e são conformados por ela. Como implicações para a área da saúde mental e álcool e outras drogas, observa-se seu sucateamento e subfinanciamento, ou como dizem Trapé e Campos (2017, p. 5), trata-se de uma área “subfinanciada dentro do subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde”, com insuficiência de serviços, atrelada à terceirização e privatização, precarização das condições e vínculos de trabalho, retroalimentando os antagonismos sociais e pauperização das condições de vida materiais e subjetivas da população (Yamamoto, 2007; Vasconcelos, 2012).

3.4.2 Tecimentos acerca da Intersetorialidade

Conforme supracitado, a intersetorialidade aparece como um mecanismo de integração das políticas, setores, gestão, serviços e práticas historicamente fragmentados, buscando englobar abordagens da realidade social e sua complexidade a partir de prismas abrangentes, revertendo essa lógica parcializada, e, sobretudo, no caso abordado, possibilitando propostas e ações integrais de cuidado (Moraes, 2008; Laport & Junqueira, 2015). Dessa forma, os conceitos de intersetorialidade e de redes apresentam uma proximidade e, também, um nexo aglutinador, na tentativa de materializar respostas contextualizadas às demandas e necessidades sociais (Pereira & Teixeira, 2013).

Uma ressalva importante a ser feita, diz respeito à localização e essência da intersetorialidade no processo de parcialização da questão social pelo Estado, gerando diferentes políticas sociais e setores para abarcar suas refrações que na realidade encontram-se

interligados, tais como: a saúde, a assistência social, educação, segurança social etc. Sendo assim, a intersetorialidade advém como uma forma de minimizar os obstáculos e descaracterizações inerentes à própria fragmentação por parte do Estado da questão social, caracterizada sobretudo por meio das políticas sociais setorializadas, visando ao menos um maior diálogo e integração entre elas (Lacerda Jr., 2013; Souza, Silva & Silva, 2013; Oliveira & Paiva, 2016). Ou seja, a intersetorialidade é uma tentativa de tamponar um problema criado no próprio bojo da configuração político-estatal. Por conta disso, já se observa, a priori, algumas das contradições e limitações inerentes à própria perspectiva intersetorial em detrimento de sua importância, não podendo ser desconsideradas em qualquer movimento que vise a sua análise e compreensão.

Buscando entender a intersetorialidade na rede de atenção aos usuários de drogas através dos níveis de articulação entre o SUS, SUAS e os recursos comunitários do terceiro setor, enfatizando os dois primeiros, primeiramente será realizada uma comparação entre as métricas de centralidade dos dispositivos do SUAS com as do SUS e recursos comunitários. Nesse sentido, as CG, CI e CP dos serviços do SUAS (CRAS, CREAS, CentroPOP e serviços de acolhimento institucional, especialmente os três primeiros), denotam a importância destes dispositivos no cuidado às pessoas que fazem uso de drogas, seus familiares e redes sociais, e, por conseguinte, a necessidade de serem inseridos na rede de atenção aos usuários de drogas. Os CREAS, por exemplo, apresentaram a quarta maior CG nas relações de referência, a quinta nas de contrarreferência e a terceira na de coordenação conjunta de casos. Somente é necessário frisar, que as maiores métricas de centralidade do CentroPOP e dos CREAS em detrimento dos CRAS podem ser explicadas pelos primeiros estarem em menor número, bem como possíveis ênfases do próprio sistema (nesse caso, o SUAS) nos casos de média e/ou alta complexidade, desconsiderando ações de promoção e prevenção sociais, que seriam responsabilidades dos CRAS.

Tais achados reforçam a relevância de consideração do SUAS no cuidado integral e intersetorial, apontando para a necessidade de se conceber a temática do uso de drogas não somente como um problema em si, ou muito menos como uma expressão meramente fisiológica/biológica de cunho individualista, mas no atual momento como mais uma das refrações/expressões atreladas à questão social, que fazem com que seja peremptória a realização de reflexões sobre o papel das estruturas sociais na conformação dos sujeitos, abarcando integralmente os seus determinantes sociais (TCU, 2012; Souza, Silva & Silva, 2013; Paiva et al., 2014; Costa et al., 2015a; 2015b; Costa & Paiva, 2016). Bastos e Bertoni (2014), por exemplo, em um estudo nacional sobre o uso de crack no país, constataram que os serviços

mais procurados pelas pessoas usuárias de crack participantes da pesquisa foram, justamente, os dispositivos públicos de cunho social, vinculados ao SUAS, e não aqueles voltados necessariamente para o tratamento da dependência de drogas. Não é o intuito desse trabalho aprofundar essas discussões, mas indicar sua pertinência, levando em consideração os dados obtidos sobre a posição e o papel dos dispositivos do SUAS (CRAS, CREAS e CentroPOP, principalmente) nas políticas públicas e rede de atenção aos usuários de drogas como um todo.

Segundo resultados do Censo SUAS 2015, existem no país 8.230 CRAS, 257 CREAS e 234 CentrosPOP, com maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste. No estado de Minas Gerais são 1.145 CRAS, 245 CREAS e 25 CentrosPOP (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS], 2016). Novamente, comparando com os municípios mineiros com os portes populacionais mais próximos ao de Juiz de Fora, tem-se: Uberlândia, com 11 CRAS, dois CREAS e um CentroPOP; Contagem, com 10 CRAS, três CREAS e 1 CentroPOP; Betim, com 16 CRAS, dois CREAS e um CentroPOP; e Montes Claros, com 12 CRAS, dois CREAS e um CentroPOP (MDS, 2016). Dessa forma, Juiz de Fora apresenta uma rede de proteção básica, formada pelos CRAS, com um menor número de dispositivos que estes municípios destacados, apesar de possuir uma rede de proteção especial com um CREAS a mais que três deles.

Adicionalmente, algumas observações sobre as métricas de centralidade do SUAS e seus serviços precisam ser feitas. A primeira diz respeito à comparação das métricas de centralidade agrupadas por setores e à consequente discrepância entre os valores de CG, CI e CP dos dispositivos do SUAS nas relações de referência, contrarreferência, coordenação conjunta de casos quando comparados a de realização de programas em conjunto. Observa-se a relevância dos serviços do SUAS, principalmente nas relações que envolvem a assistência aos usuários de drogas, como as de referência, contrarreferência e cuidado compartilhado de casos, mas com a necessidade de maior consideração destes dispositivos no estabelecimento de programas em conjunto. Ou seja, o que os dados apontam é que a inserção e integração dos serviços do SUAS na rede se dá na medida em que a demanda assistencial ocorre, em suma, de acordo com os casos que precisam de cuidado. Obviamente que tal constatação é reflexo de um *modus operandi* já discutido anteriormente que carece do estabelecimento de fluxos de cuidado que vão para além da ênfase no tratamento em específico e das ações de encaminhamento, agregando estratégias de promoção de saúde e prevenção, dentre outros aspectos, que fomentem o *continuum* de cuidado.

Outro ponto pertinente é a discussão sobre o papel dos CRAS na rede, aproveitando-se de suas potencialidades no provimento a um cuidado contínuo integral e territorializado. Para

além da articulação de serviços e ações que abarquem os aspectos sociais e de saúde – que na realidade não se encontram separados –, estes serviços podem possibilitar uma maior integralidade de cuidado, com ações de promoção social e prevenção, a partir da intersetorialidade. Conforme observado, os CREAS e CentroPOP serviços da proteção especial de média complexidade, apresentaram maiores métricas de centralidade que o CRAS. Isso denota a premência de, assim como na saúde, reverter uma lógica de abordagem meramente assistencialista à população e às demandas dos contextos sociais, ou seja, que focalizam e/ou deixem para agir no problema já instaurado. Entretanto, sabe-se que para a reversão destes processos é necessária a modificação primeiro da lógica fundante da assistência social, bem como da própria organização societária e de seus modelos de sociabilidade. A despeito disso, dentro do campo de possibilidades das políticas públicas e sociais, em específico da política de assistência social, também é posta a imperatividade de se repensar uma série de fatores referentes à sua concepção e organização, tomando a abordagem à problemática do uso de álcool e outras drogas como um fator relevante, e que carece de maiores direcionamentos (Costa et al., 2015a), mas integrada às demais expressões da questão social e dos modos de sociabilidade (Pereira & Teixeira, 2013). Nessa esteira, coloca-se a necessidade de potencialização da rede de proteção básica, através da expansão do número de CRAS no município.

Esses dados corroboram os achados da avaliação das políticas sobre drogas realizada pelo TCU (2012). Segundo constatações deste estudo avaliativo, aliada a um panorama de insuficiente articulação entre os recursos do SUAS e do SUS – principalmente dos CRAS e CREAS com os CAPS e CAPSad –, a maioria das ações existentes, esteve voltada para o recebimento e encaminhamento de usuários, em detrimento da realização de reuniões, trabalhos em conjunto e responsabilização compartilhada de casos. Nesse sentido, pensar o papel do SUAS e suas possibilidades de integração na rede de atenção aos usuários de drogas, promovendo a intersetorialidade, não significa somente se remeter a ele e às suas instituições conforme o surgimento de casos que deles necessitam, mas sim constituir uma cultura relacional permanente, necessária para o fomento da integralidade, sendo isso premente à rede e ao gerenciamento das políticas como um todo e não somente ao SUAS. Não fazendo isso, continuaremos, na melhor das hipóteses, com perspectivas de trabalho multisetoriais, e não intersetoriais, onde diferentes setores e seus respectivos serviços são chamados para abarcar partes diversas das vidas das pessoas, de acordo com as visões de seus profissionais, ao invés de concebê-las e abordá-las integralmente. Em concordância com Traverso-Yepetz (2001), entende-se que a abordagem às dimensões psicológicas e sociais, sobretudo a segunda,

continuariam aparecendo mais como retóricas, do que como práticas concretas. Em suma, os aspectos sociais ainda são concebidos como meras adjacências frente às dimensões orgânicas/fisiológicas e psicológicas, por meio de abordagens individualizantes e descaracterizantes funcionais às estruturas e ordem vigentes, ou em formas subvalorizadas frente às suas relevâncias.

Cabe salientar que, assim como na saúde, é presente no país a lógica de subfinanciamento e sucateamento do SUAS e políticas de assistência social, atreladas à sua focalização – cenário observado nas políticas públicas e sociais no geral –, decorrentes da política econômica neoliberal a partir dos anos 1990, mesmo que a implementação do SUAS em 2004 apresente-se, antagonicamente, como uma conquista e avanço democrático (Souza Filho, Antinareli, Paula & Silva, 2014). A sinalização desse panorama, mesmo que breve e sucinto, faz com que evitemos também de culpabilizar a realidade encontrada em Juiz de Fora no que concerne à Assistência Social, ao tomá-la circunscrita a essa realidade socioeconômica e política nacional e sendo afetado por ela. Contudo, em Juiz de Fora, apesar de perpassado e constrangido por essa dimensão macroeconômica e política, o SUAS também possui uma série de particularidades e contradições, sendo a principal delas o fato de uma associação sem fins lucrativos ter a função de executar e coordenar a Política de Assistência Social no município. Conforme Souza Filho e Oliveira (2014), tal configuração reforça o cenário de desresponsabilização estatal e da centralidade das organizações da sociedade civil, já conformado de baixo para cima, desde o ente federativo, mas, especificamente, compromete a gestão da política de assistência social no município como uma “política pública democrática” (p. 66), enfraquecendo as possibilidades de sustentação e expansão das ações realizadas, enfraquecendo a efetivação destas políticas e do SUAS, de modo geral, enquanto direitos de cidadanias e dever do Estado.

Tais fatores também relacionam-se com a própria dificuldade imposta pela intersetorialidade, que demanda uma mudança de mentalidade tradicionalmente presente na gestão das políticas públicas e sociais de fragmentação e “setorialização” dos problemas e ações, assim como o próprio processo supracitado de parcialização de algo uno, como a questão social, pelo Estado. Ademais, agregam-se a este obstáculo, auxiliando numa compreensão mais aprofundada e totalizante do cenário encontrado, os seguintes pontos: (a) a já mencionada polissemia do conceito de intersetorialidade e suas variadas expressões, até mesmo nos documentos oficiais (Nascimento, 2010; Akerman et al., 2014); (b) a insuficiência de direcionamentos sobre o desenvolvimento da intersetorialidade, isto é, a carência de aportes e diretivas para a sua operacionalização na gestão das políticas públicas e sociais (Pereira &

Teixeira, 2013); (c) o histórico de centralização das ações sobre a temática de uso de drogas no setor da segurança pública e, posteriormente, das práticas assistenciais e de cuidado aos usuários de drogas no setor saúde, permeada inicialmente pela filantropia e caritativismo e, a partir das décadas de 80 e 90, atreladas ao SUS sob a prerrogativa dessa ser uma questão de saúde pública (Machado & Miranda, 2007; Garcia et al. 2008, Alves, 2009; Azevedo, Pelicioni & Westphal, 2012; Machado & Boarini, 2013; Laport & Junqueira, 2015); e (d) os paradoxos da intersetorialidade nas políticas e aparatos normativos sobre drogas – conforme apresentado no Capítulo II – que apregoa a intersetorialidade, mas além de carecer de maiores direcionamentos sobre a atuação do SUAS, desconsidera este setor, por exemplo, na constituição da RAPS.

Buscando potencializar as práticas de cuidado compartilhado e a articulação de programas em conjunto, em detrimento da lógica de encaminhamento elemento articulador da rede e como transferência de responsabilidades, uma alternativa pertinente seria a organização do apoio matricial incluindo também os CRAS, juntamente com os dispositivos da atenção básica da saúde, como as UBS, equipes da ESF, dentre outros. Esse matriciamento em conjunto pode fomentar uma maior articulação entre os serviços e os setores, assim como a integralização do cuidado, ao se tratarem de dispositivos do nível básico, com atuação territorializada e de ênfase comunitária, seja na atenção básica do SUS ou na proteção básica do SUAS, cujas responsabilidades abrangem ações diversas de promoção social, de saúde e prevenção, e que frequentemente envolvem territórios e populações semelhantes (Ronzani et al., 2016). Além do mais, potencializam a realização de programas em conjunto.

É sinalizada também a necessidade de responsabilização de outros setores e âmbitos, como a educação, trabalho etc., bem como suas respectivas instituições (escolas, universidades, ações e programas de trabalho e renda etc.), na abordagem abrangente e pautada na garantia de direitos humanos. No presente estudo, não foram enquadrados por não ofertarem assistência às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas. Contudo, no que se refere à complexidade e multideterminação da problemática, devem ser pensados enquanto instrumentos e ferramentas potentes no enfoque à temática e suas vicissitudes, aliado a outros fenômenos que se constituem mutuamente: pobreza, desigualdade social, violência, criminalidade, dentre outras inúmeras inequidades e situações de opressão/dominação inerentes à sociabilidade capitalista periférica e dependente brasileira.

Finalmente, cabe advertir que se tem ciência das limitações existentes na abordagem à intersetorialidade do presente estudo. Sabe-se que essa perspectiva de operacionalização das políticas e gestão estatal como um todo, e sua abrangência, ultrapassam as possibilidades e

capacidades dessa pesquisa, adstritas às concepções e método aqui utilizados, aos dados provenientes e às suas interpretações por meio da literatura acadêmica. Pesquisas futuras podem aprofundar não somente a compreensão dos achados apresentados nesse trabalho, mas também ampliar o escopo da pesquisa, agregando dispositivos assistenciais de outros setores, caso existam, assim como outras perspectivas metodológicas e analíticas.

3.4.3 No meio do caminho tinha um CAPSad: Comparando modelos

Antes de adentrar na discussão sobre os modelos assistenciais, cabe ressaltar o caráter histórico de relevância dos CAPS nas políticas de saúde mental, em álcool e outras drogas, e, portanto, nas redes de atenção psicossocial e aos usuários de drogas. Conforme mencionado, estes serviços surgem no Brasil no final da década de 80, como os NAPS em Santos ou mesmo o CAPS Luiz Cerqueira em São Paulo, sendo os principais dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico na oferta de uma atenção territorializada e contextualizada, em direção à comunidade, por meio de propostas abertas. Partem do pressuposto que a própria liberdade é terapêutica, devendo ser abordada como um dos elementos basilares da assistência. Ao longo dos anos 90 e 2000, estes serviços passam por uma série de modificações e ampliações, com o estabelecimento dos tipos e modalidades de CAPS – como o CAPSad –, seus modelos de funcionamento e as normas necessárias para cadastramento, obtendo também uma linha de financiamento específica do Ministério da Saúde (MS, 2005).

Ou seja, essa breve contextualização histórica indica que a relevância e centralidade desse dispositivo na rede assistencial verificada pelo presente estudo, é fomentada desde os primórdios da Reforma Psiquiátrica brasileira e perpassa os demais contextos e localidades do país. Uma centralidade que vai sendo reforçada no decorrer dos anos 90 e início dos anos 2000, com o aprofundamento da Reforma e do processo de expansão dos serviços substitutivos, culminando com a promulgação da RAPS em 2011 (MS, 2011), havendo também aqueles, como Paulo Amarante (2003), que alertassem sobre o caráter contraditório desta “CAPSolização” frente à própria ideia de uma rede substitutiva e comunitária. O próprio crescimento na produção científica sobre os CAPS apontado por revisões da literatura nacional, bem como seus resultados no processo de cuidado (Cordeiro, Oliveira & Souza, 2012; Lima & Schneider, 2013), também demonstram o protagonismo deste dispositivo nas políticas e redes da saúde mental e aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

Então, deve-se compreender que os postulados a seguir não se tratam de críticas vazias e tentativas de deslegitimação a esse dispositivo, sua proposta, bem como os modelos de

organização da rede propostos pelas políticas, muito menos de considera-los descolados de seus contextos, como se fosse também imunes ao processo histórico de consolidação de práticas na área. Inclusive, o título da seção, que pode ser tomado por alguns como uma tentativa de diminuição desse serviço, possui caráter meramente ilustrativo do quanto a lógica de “CAPSolização”, isto é, da centralidade do CAPSad na rede (por isso o CAPS no “*meio do caminho*”; no centro), encontra-se presente tanto na rede real/concreta, do cotidiano, quanto na ideal, a da política. Pretende-se, assim, somente elucidar algumas reflexões a partir da dialética ideal-real, circunscrita no jogo das políticas e práticas da área.

Levando em consideração essas ponderações, quando são comparados a estruturação da rede de atenção do município e o modelo definido pela PAIUAD, e observada uma semelhança entre ambos, ao menos no que se refere à “CAPSolização” da rede, alguns pontos devem ser problematizados. O primeiro, é que esse cenário que chamamos de “CAPSolização” é recorrente na literatura da área (Cordeiro et al., 2012; Lima & Schneider, 2013; Costa et al., 2013^a; 2015d; Eslabão et al., 2017), o que demonstra o seu caráter nacional, como um caminho desenvolvido pelas políticas na saúde mental e álcool e outras drogas, não sendo apenas restrito ao município estudado, possibilitando, assim, reflexões generalizantes.

Em segundo lugar, consonante com os postulados do estudo sobre as redes de atenção aos usuários de drogas nas políticas (Capítulo II), constata-se ainda uma insuficiência na quantidade destes dispositivos no país, mesmo com a expansão observada nos últimos anos. Segundo o SAGE (2016), existem, ao todo, 404 CAPSad no Brasil, com grande concentração nas regiões Sul e Sudeste e sendo apenas 88 do tipo III (com funcionamento 24h, todos os dias). Na própria rede estudada há somente um CAPSad do tipo III, com abrangência que, inclusive, vai além do próprio município, abarcando cidades vizinhas da macrorregião de saúde. Sendo assim, as seguintes indagações residem: Um dispositivo apenas seria capaz de prestar assistência aos casos existentes, bem como organizar o fluxo de cuidado da rede e gerência da clínica, ainda mais quando consideramos uma rede com essa extensão de dispositivos? Será esse número suficiente no município para realizar o apoio matricial ou cuidado compartilhado com todas as 67 UBS, por exemplo? E com os outros dispositivos e níveis de atenção?

Observa-se um dispositivo sobrecarregado, ao menos em termos das demandas de relações com os outros dispositivos da rede, apontando, num primeiro momento para a necessidade implantação de mais CAPSad no município. Conforme apontamos anteriormente (Costa, 2014), se utilizarmos o parâmetro de cobertura em saúde mental estabelecido pelo Ministério da Saúde, que considera adequada a existência de um CAPS para cada 100 mil habitantes, a cobertura dos CAPS em Juiz de Fora seria de 0,95, sendo avaliada como muito

boa (índices acima de 0,70). Como ilustração a fins comparativos, em Minas Gerais o indicador, na média, também é de 0,95 e, no Brasil, 0,86, sendo que em 2002 era de 0,21 (SAGE, 2016). Entretanto, a própria centralidade do CAPSad na rede, associada ao número de relações que se demanda dele, faz com que avaliemos criticamente este parâmetro e sua adequabilidade, em especial, para abarcar as especificidades geográficas e carências regionais/locais (Gonçalves, Abreu, Candigago, Saraiva & Lobato, 2010). Como exemplo, encontra-se o estudo sobre a variabilidade de cobertura dos CAPS no Rio Grande do Sul (o terceiro estado com maior índice de cobertura do país), mas que constatou sete regiões com cobertura insuficiente/inadequada, representando 49% da população do estado (Gonçalves et al., 2010). Ademais, questiona-se a utilização deste parâmetro para saúde mental em geral e álcool e outras drogas, desconsiderando as especificidades e necessidades de cada área.

Tais questionamentos tornam-se ainda mais intrincados quando comparamos os números de CAPSad, seus níveis de cobertura no país e os investimentos públicos que lhes são dispendidos com os de outras instituições não governamentais, como as CTs, por exemplo (Carvalho, 2007; Santos, 2014; Observatório Crack, *é Possível Vencer*, 2016). Dessa forma, observa-se um cenário contraditório, onde apesar de mencionado como o principal dispositivo da rede de atenção aos usuários de drogas, e ocupando, de fato, uma posição central na rede, o CAPSad é, ao mesmo tempo, tomado de forma marginal pelo Estado, no que se refere ao repasse de verbas e as condições necessárias de funcionamento e cumprimento de suas atribuições aquém de suas necessidades, representação nas políticas e papel destacado na realidade. Aliam-se a esse cenário de insuficiências, os entraves que perpassam a própria dinâmica de trabalho destes serviços, que, apesar de não serem alvos do presente estudo, influenciam diretamente no processo organizativo dos CAPSad, sendo constantemente retratados na literatura da área, como: insuficiência de formação dos profissionais, atreladas ao modelo biomédico hegemônico e visões moralizantes, estigmatizantes e naturalizantes (Vargas & Duarte, 2011; Larentis & Maggi, 2012; Ronzani, Noto & Silveira, 2014; Costa & Paiva, 2016); sobrecarga de trabalho aliada à escassez de recursos e estrutura deficitária (Souza et al., 2007; Bezerra & Dimenstein, 2008; Moraes, 2008; Fodra & Rosa, 2009; Larentis & Maggi, 2012; Bernardi & Kanan, 2015; Costa et. al, 2015b; 2015d; Ribeiro et al., 2016), dentre outros. Ademais, são inseridas nesse contexto as deficiências referentes a outros dispositivos, níveis de atenção e setores (Bezerra & Dimenstein, 2008; TCU, 2012; Costa et al., 2015b; 2015d), sendo algumas já abordadas anteriormente, o que complexifica ainda mais a organização da rede de atenção aos usuários de drogas através dessa lógica “CAPSolizada” e denota a importância de uma maior

horizontalidade na rede, o que não nega a necessidade uma hierarquização e institucionalização de fluxos de cuidado, vide a própria configuração dos níveis de atenção.

Os outros obstáculos dizem respeito à própria centralidade do CAPSad e aos contratempos provenientes, fazendo com que os seguintes questionamentos também se tornem pertinentes: Essa rede sem o CAPSad continua sendo uma rede? Ou melhor, a priori, existe a possibilidade de uma rede de atenção aos usuários de drogas sem o CAPSad? A centralidade nesse dispositivo não contraria o próprio conceito de redes de atenção, pautadas por relações mais horizontalizadas, em detrimento de uma forte hierarquização e fragmentação entre os dispositivos e níveis de atenção? A ênfase e centralidade em um dispositivo especializado também não contradiz a lógica de cuidado comunitário e territorializado oriundos da Reforma Psiquiátrica? Não estaríamos, portanto, reforçando um modelo contraditório ao postulado pela própria Reforma Psiquiátrica, onde no lugar do hospital psiquiátrico inserimos os CAPS e CAPSad²⁶? Por conta de suas próprias características, não deveria ser a Atenção Básica a responsável pelo gerenciamento desse fluxo de cuidado? Enfim, aponta-se a necessidade de se repensar o papel e função dos CAPSad na rede e a própria organização destes arranjos. Vasconcelos (2012), por exemplo, destaca que essa centralidade na implantação dos CAPS, fez com que outros dispositivos e pontos da rede, como os leitos em hospitais gerais, fossem desconsiderados ou não tivessem o dispêndio devido de atenção e fomento de acordo com suas relevâncias: “[...] a meu ver, na expectativa de chegar imediatamente ao nosso objetivo estratégico, ou seja, no CAPS III, reduzimos, congelamos ou deixamos sucatear nossa retaguarda de leitos de atenção integral” (p. 20).

Entende-se que a Reforma Psiquiátrica e suas conquistas históricas compreendem não apenas uma troca do hospital psiquiátrico por outros serviços, como os CAPS e demais estratégias substitutivas e extra-hospitalares. Por mais que somente isso já se configurasse como um considerável avanço, ela pressupõe uma mudança radical e ruptura na forma como se concebe a saúde mental o uso de drogas enquanto instituições e, conseqüentemente, em como as pessoas e seus contextos de vida deveriam ser abordados.

²⁶ Sobre hipótese alguma estaria aqui comparando os CAPS e os CAPSad com os hospitais psiquiátricos, tanto em suas propostas e modelos, quanto nos resultados que obtiveram e obtém. Somente questiono as semelhanças existentes na lógica de centralização das propostas assistenciais nestes dispositivos. Sabe-se que, para além do histórico de violação de direitos humanos dos hospitais psiquiátricos, extensamente registrado em diversas produções, inclusive, não consideradas de cunho acadêmico, como o documentário “Em nome da razão” de Helvécio Ratton (1979) e o livro “Holocausto Brasileiro” de Daniela Arbex (2013), dentre outras, revisões recentes da literatura acadêmica sobre a avaliação de serviços em saúde mental, como as de Silva, Melo e Esperidião (2012) e de Costa, Ronzani e Colugnati (2015f), apontam que as propostas substitutivas mostram-se mais humanas, efetivas e eficazes do que os modelos hospitalocêntricos.

Arelado a isso, constata-se mais um cenário paradoxal. O que se observou no estudo empírico foi que, apesar da retirada do CAPSad da rede resultar numa perda de cerca de 20% das relações estabelecidas, assim como a redução nos valores da maioria das métricas, essa diminuição não ocasionou uma desarticulação da rede, o que poderia ser visto com um aumento significativo nos números de cliques. Entretanto, isso pode ser explicado pelas densidades observadas nas redes, que encontram-se entre 0-3%. Por mais que se tenha uma centralidade no CAPSad, a baixa²⁷ densidade dessa rede faz com que o cenário não seja demasiadamente modificado. Ou seja, a retirada do CAPSad da rede não resulta em sua dissipação, pelo fato dela já se apresentar incipientemente articulada. Portanto, essa constatação não significa uma refutação da tese de “CAPSolização” da rede, apenas que, em grande parte, temos um conjunto de serviços que, não necessariamente, encontram-se articulados, reforçando o questionamento anterior se temos, de fato, uma rede. Como consequência óbvia, aponta-se para a necessidade de uma maior integração entre os dispositivos, levando em consideração os fatores apresentados anteriormente concernentes à integralidade e intersetorialidade.

Por mais que o decreto da RAPS coloque que a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade dos CAPSs ou da Atenção Básica, a principal política da área acerca dos processos de cuidado, isto é, a PAIUAD, bem como a política de saúde mental do MS (MS, 2004b; 2005) vão nessa direção de centralidade organizativa da rede e de gestão da clínica nos CAPS e CAPSad. Dessa forma, o cenário encontrado no município trata-se de uma replicação de orientações provenientes de cima para baixo, ou seja, do Ministério da Saúde. Assim estaríamos tratando de um problema, cuja origem consta desde a sua formulação, demonstrando que uma série de possíveis entraves que permeiam o cotidiano das ações advém dos próprios instrumentos norteadores, como nesse caso, as políticas em si.

Além disso, tal panorama reforça a necessidade da configuração e institucionalização de fluxos assistenciais, por meio de linhas-guia de cuidado, perpassado por uma hierarquização não tão rígida entre os dispositivos e níveis de atenção e com foco na Atenção Básica, visando reverter ou, pelo menos, minimizar essa centralização no CAPSad, demais serviços especializados e/ou nos de urgência/emergência. Portanto, postula-se a necessidade de focar na Atenção Básica uma maior responsabilidade pela gerência da clínica e ordenação dos fluxos assistenciais. Entretanto, não se pretende uma mera responsabilização deste nível de atenção e

²⁷ Utilizo baixa aqui com as devidas precauções, mais na falta de uma outra adjetivação, devido à insuficiência de parâmetros que estipulem o que é uma rede com baixa, média e alta densidade, bem como estudos avaliativos prévios que possibilitem comparação. Além disso, a própria heterogenia de dispositivos e suas particularidades dificultam uma valoração dessa densidade, pois nem todos eles podem estabelecer relações com determinados serviços, em suma, com a totalidade de dispositivos existentes.

seus respectivos dispositivos, já sobrecarregados, sem as necessárias modificações que vão desde um maior dispêndio orçamentário, passando por ampliações estruturais e melhores condições de trabalho (Andrade, 2011)

Enfatizar a premência da institucionalização de fluxos e linhas-guia não significa desconsiderar as particularidades e especificidades de cada caso, abarcadas por meio dos PTS, mas somente que essas particularidades devem ser pensadas em conjunto com o que se tem de estabelecido, isto é, as possibilidades e caminhos pré-definidos na rede. Sem isso, corre-se o risco de uma centralidade e demanda cada vez maior nos já sobrecarregados serviços especializados (Rosenstock & Neves, 2010; Paula et al., 2014), acarretando em uma cronificação do usuário na rede (Campos & Furtado, 2006; Dimenstein & Liberato, 2009), assim como imobilismos por parte dos profissionais (Bezerra & Dimenstein, 2008), reforçados por problemas estruturais e esforços contínuos de “invenções de roda” demandados por cada novo caso que lhes é apresentado. Os próprios fluxos, além de não serem tomados de forma engessada, como receituários ou panaceias, devem ser formulados a partir das realidades locais. Através dessas estratégias, até mesmo a elaboração de novas saídas e possibilidades que possam fugir do instituído fica facilitada, a partir do momento em que já se tem um conjunto de caminhos e fluxos formalizados.

Agregando todo esse montante de dados, juntamente com as reflexões e discussões suscitadas, e considerando as recentes mudanças nas políticas, assim como a própria complexidade da temática do uso de drogas e da assistência na área, aponta-se para a necessidade dos estudos futuros analisarem e compreenderem o CAPSad não só através de seus componentes estruturais, seus processos e dinâmicas de trabalho e resultados, mas como esses elementos também são influenciados pela estruturação da rede e os relacionamentos estabelecidos com outros serviços. Isso significa localizá-lo enquanto um dos elementos dessa rede, buscando entender também qual é o papel desempenhado por ele nesse panorama. Logo, coloca-se a necessidade de procurar responder às seguintes indagações: Qual é a atuação do CAPSad na rede de atenção aos usuários de drogas? De que forma ele estabelece (ou deve estabelecer) vinculações com os outros serviços e níveis assistenciais para o fomento do fluxo de cuidado? Como fica a sua relação com o restante dos dispositivos da saúde? E os da assistência social? Em que nível essas relações influenciam em sua configuração? Em suma, são inúmeras as possibilidades de perguntas provenientes dessa perspectiva abrangente. Acredita-se que, assim, seja possível abarca-lo da forma contextualizada que pressupõem as políticas e o aparato normativo-legal da área, bem como a própria história, para que,

consequentemente, sejam visualizados e apontados direcionamentos em vistas à sua potencialização, como importante estratégia na área e materialização de uma série de avanços.

Com relação às limitações da pesquisa, são destacadas: (a) possíveis descon siderações de serviços, especialmente, os não-governamentais; (b) presumíveis vieses de resposta dos participantes; (c) o próprio fato de ser o primeiro estudo sobre as redes de atenção aos usuários de drogas utilizando a ARS no Brasil, restringindo os parâmetros de comparação acerca do método utilizado. Especificamente, a primeira limitação pode ser revertida com a utilização de métodos de amostragem baseados em nominação sucessiva que sejam submetidos a verificações e ajustes posteriores de forma mais sistematizada, permitindo um maior controle sobre os resultados de sua aplicação. Métodos e modelos estatísticos a partir de *Respondent-driven sampling*, comumente utilizada em populações difíceis de se contatar (*hard-to-reach-populations*), podem contribuir na minimização dessas limitações, garantindo um maior controle na identificação dos serviços (Gile, Johnston & Salganik, 2014; Young, Rudolph, Quillen & Ravens, 2014).

Ademais, existe uma insuficiência de parâmetros nacionais acerca das necessidades e da cobertura assistencial referente às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, que dificultam o aprofundamento de algumas reflexões sinalizadas no presente trabalho (Mota, 2016). As especificidades socioculturais do contexto brasileiro e o próprio modelo assistencial na área de saúde mental e álcool e outras drogas aqui construído e implementado, por mais que influenciado por outros contextos, também obstaculizam e, em alguns casos, até mesmo impossibilitam a realização de comparações com outros países.

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, ao objetivar a avaliação de uma rede de atenção aos usuários de drogas, a partir de uma proposta abrangente e intersetorial, constitui-se enquanto um movimento inicial, mas de importante contribuição para o entendimento destes arranjos organizativos das políticas sobre drogas. Alguns parâmetros base para o entendimento destas redes são sinalizados, juntamente com o levantamento de alguns de seus desafios, mas também os progressos existentes. Além disso, ao utilizar a ARS pela primeira vez no Brasil como estratégia avaliativa na área de álcool e outras drogas, são evidenciadas algumas de suas potencialidades, demonstrando também perspectivas analíticas e caminhos metodológicos ainda não tão explorados no cenário brasileiro, principalmente no que se refere à implementação

e gestão das políticas públicas. Por conta da amplitude dos resultados encontrados, cujas possibilidades analíticas encontram-se para além do próprio estudo, bem como as suas semelhanças com os achados propagados pela literatura acadêmica nacional da área, traçou-se e foi discutido um panorama, dentro das conformidades, acerca das redes de atenção aos usuários de drogas como um todo no Brasil.

Acerca dos resultados, foram constatados alguns entraves no estabelecimento das premissas de integralidade e intersetorialidade, bem como uma rede altamente centralizada no CAPSad, estando este último aspecto em consonância com outros estudos de diferentes realidades brasileiras e com os principais mecanismos políticos e normativos da área. Tal fator nos leva, inclusive, a questionar os conteúdos e postulados das próprias políticas. Observou-se também uma predominância no estabelecimento de relações de referência e contrarreferência de usuários, em detrimento da coordenação conjunta de casos e realização de programas em conjunto.

Aponta-se para a necessidade de modificação de uma lógica de encaminhamentos, especialmente para os dispositivos especializados e de urgência/emergência, em direção ao cuidado compartilhado, que, por sua vez, também depende da expansão da rede em variados níveis de atenção. Para concretizar essa transformação na lógica que orienta a assistência e a estruturação da rede, os dispositivos da atenção básica do SUS (principalmente as UBS e equipes de ESF) e da proteção básica do SUAS (os CRAS) são imprescindíveis, com a necessidade de ampliação destes níveis de atenção e serviços e maior integração no fluxo de atenção, provendo um cuidado contínuo e de base territorial. Uma maior articulação entre os setores SUS e SUAS também é colocada, sobretudo na realização de programas e ações institucionais que vão para além do cuidado pontual, tais como: apoio matricial, grupos de trabalho e discussão, parcerias em projetos de promoção de saúde e social, prevenção e intervenções assistenciais em geral.

Ressalta-se somente o caráter ativo e a complexidade das redes de atenção aos usuários de drogas, enquanto propostas organizativas da assistência na área, devendo, portanto, ser analisadas criticamente, podendo incutir até mesmo em modificações, mas que vão numa direção de fortalecimento e potencialização das estratégias públicas, e não com intuítos simplistas e descontextualizados de deslegitimação. Ainda mais quando consideramos o panorama político atual do Brasil, onde ganham cada vez mais força propostas de precarização e desmontes do SUS, SUAS e demais políticas públicas e sociais, amparados pelo fortalecimento da desregulamentação estatal a partir de um projeto neoliberal. Dessa forma, estudos futuros que objetivem compreender essas redes de atenção em diferentes realidades

podem levar em consideração alguns dos pontos aqui elencados e discutidos, de modo a aprofundá-los, complementá-los, trazendo também outras possibilidades em termos metodológicos e analíticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Buscarei sintetizar nessa última seção algumas breves considerações finais extraídas de todo o processo de realização da tese, bem como algumas sinalizações importantes para movimentos vindouros de produção de conhecimento na área que também são fundamentais para uma melhor compreensão de reflexões apresentadas. Entende-se que ao objetivar compreender de forma abrangente as redes de atenção aos usuários de drogas no Brasil, indo desde seus fundamentos teórico-conceituais e marcos políticos até o entendimento de como se conformam na prática, consolidando diálogos entre os níveis local e nacional, mais do que fechar o tema, a presente tese, visa abrir perspectivas, dando consistência e subsidiando processos reflexivos e de ação na área. Sendo assim, agrega uma série de potencialidades que merecem ser enfatizadas e, obviamente, algumas limitações.

Um primeiro elemento de relevância diz respeito à própria abordagem em rede. Conforme elucida Denis (2010, p. 231), “na sociedade contemporânea as políticas públicas, os programas, as decisões, são postas em funcionamento em redes”. Sendo assim, as pesquisas e avaliações relacionadas a essas políticas e à administração pública não deveriam ir nessa direção? Levando em consideração esta indagação retórica, entende-se que as reflexões e a amplitude oriundas do presente trabalho podem direcionar, modestamente, possibilidades de variações no olhar corriqueiro das pesquisas na área, sobretudo as de natureza epidemiológica voltadas para atributos populacionais, ou dos estudos focados nas características dos serviços assistenciais isolados e/ou seus aspectos clínicos, em direção a uma perspectiva macro, de rede, que aborde também as relações e formas de organização que estes dispositivos estabelecem entre si e as formas que as políticas pressupõem (Frenk, 1994; MS, 2004; SENAD, 2005; Babor et al., 2008; Denis, 2010; Costa et al., 2015b; 2015c).

Por outro lado, conforme supracitado, esses direcionamentos não significam uma utilização desmedida e acrítica dessa perspectiva analítica. Assim como simplesmente falar em redes não concretiza, em tese, mudanças na realidade assistencial aos usuários de drogas, um mero apelo às redes como perspectiva de análise também não significa, a priori, uma evolução ou indicativos de melhoria nas propostas e cenários avaliativos, não devendo ser tomadas como panaceias.

Tais afirmações vão ao encontro dos postulados por Lopes e Baldi (2009) que demonstram como as redes, sejam como estruturas de governança ou como perspectiva analítica (no nosso caso operacionalizada por meio da ARS), são complementares, necessitando de utilizações integrais e conjuntas, com a segunda fornecendo elementos para o entendimento e

modificação da primeira, enquanto a primeira possibilita novas possibilidades de análise a partir de seu dinamismo. Adicionalmente, as tentativas de compreensão das redes na prática, como arranjos organizativos, não devem toma-las de forma autocentrada, em si, mas se ancorando em apreensões e discussões dos contextos social, político e econômico em que os referidos fenômenos se desenvolvem, bem como suas historicidades (Baldi & Lopes, 2009). Ou seja, conforme demonstrado ao longo do trabalho, por mais que seja relevante identificar as relações existentes entre os serviços, essa caracterização pode se mostrar distorcida se não for contextualizada e amparada por leituras aprofundadas sobre a realidade que a circunda, o que significa incorporar elementos tanto situacionais quanto macroestruturais. Em linhas gerais, não agregando estes fatores e dimensões na interpretação dos dados e do cenário encontrado, uma proposta que se coloca, idealmente, como abrangente e ampliada, pode na verdade se caracterizar como uma leitura particularizada, simplista e descontextualizada, entendendo que não é o simples deslocamento dos focos de análise (dos atributos dos serviços para a rede) que irá prover esse caráter compreensivo.

Especificamente sobre a terceira parte da tese (Capítulo III) e as implicações da utilização da ARS, alguns pontos serão enfatizados, de modo a elencar algumas de suas potencialidades como estratégia avaliativa das redes de atenção aos usuários de drogas. Como foi possível notar, um primeiro aspecto positivo refere-se à extração, por meio da ARS, de uma variada gama de dados, possibilitando também diferentes formas de visualização, seja através de tabelas ou sociogramas, o que auxilia no processo de compreensão abrangente da rede de atenção ao agregar diferentes perspectivas sobre ela. Em consonância com Bittencourt e Neto (2009), uma de suas principais potencialidades é, justamente, a sua capacidade de operacionalizar e gerenciar uma amplitude e diversidade de dados. Na pesquisa empírica com a rede de Juiz de Fora, por exemplo, foram congregados dados de quatro tipos de relacionamentos referentes a 187 serviços de setores, características e naturezas variadas. Com o desenvolvimento de tecnologias que facilitam o processo de coleta e análise dos dados, como softwares e ferramentas de construção e gerenciamento de dados *online*, a utilização de dispositivos móveis, dentre outros avanços, a ARS é viabilizada como estratégia avaliativa de sistemas e redes, por mais complexos e numerosos que sejam.

Não obstante, as possibilidades gráficas de visualização e interpretação das realidades estudadas, também se apresentam como potencialidades proveniente do uso da ARS. De acordo com Gordon e Womersley (1997), o entendimento de um conjunto é facilitado ao ser visualizado graficamente, sendo mais fácil compreender uma rede a partir de mapas ou sociogramas do que através de descrições ou tabelas. Para isso, estudos subsequentes podem

aliar georreferenciamento e caracterização da rede com o levantamento de outros dados censitários, sociais e/ou territoriais dos municípios e regiões.

Ademais, a ARS possibilita a compreensão das redes de atenção, a partir de suas complexidades e seus dinamismos, e não como arranjos estáticos, conformados pela mera existência de serviços. Assim como a rede é mais que uma mera conjunção de pontos, os próprios serviços também se conformam, modificam e se caracterizam nessas relações, não devendo ser entendidos como elementos estanques e descolados dos contextos em que se inserem.

Para além de todos estes aspectos, abre-se também um leque de possibilidades de análises e pesquisas futuras, como estudos observacionais que busquem compreender o cenário aqui descrito e analisado de forma mais aprofundada, podendo escolher temáticas, setores, serviços e/ou localidades específicas e destrinchá-las. Dentro deste leque, é possível avançar para outras modalidades de análise da rede de atenção aos usuários de drogas, tais como: (a) redes multiníveis, que incorporam no primeiro nível as relações diretas e indiretas dos indivíduos que compõem a rede (trabalhadores, usuários) e no segundo nível as relações entre os dispositivos, como fizemos aqui, ou seja, uma análise conjunta das relações entre indivíduos e entre as serviços (Favre, Brailly, Chatellet & Lazega, 2012); (b) redes de dois modos (também alcunhadas de redes de afiliação, bimodais ou bipartidas), que representam a afiliação existente entre indivíduos e os dispositivos (Tomaël & Marteleto, 2013). Tais perspectivas podem indicar horizontes futuros para a avaliação das redes de atenção de modo geral, concebendo que estes são arranjos conformados também por pessoas, que carregam consigo seus valores, ideais etc., ao passo que a dimensão das relações interpessoais desempenha um papel fundamental na organização dos serviços e redes.

Igualmente, pesquisas longitudinais que utilizem a ARS fazem-se relevantes, analisando comparativamente a configuração da rede em momentos distintos e fornecendo um olhar dinâmico sobre essas modificações ao longo do tempo. Do mesmo modo, projetos de pesquisa-intervenção e pesquisa-ação são encorajados, visando a reversão de alguns dos entraves aqui elencados. Tais perspectivas multimetodológicas e que vão além dos dados descritivos podem auxiliar para uma maior divulgação e ampliação da utilização da ARS como ferramenta avaliativa das redes de atenção aos usuários de drogas e implementação das políticas públicas em geral, revertendo um cenário onde ela aparece subutilizada frente aos seus potenciais, fator este constatado tanto internacionalmente (Chambers, Wilson, Thompson & Harden, 2012; Cunningham et al., 2012) quanto no panorama de avaliação nacional (Costa et al., 2015c; Gomide & Schütz, 2015; Gomide et al., 2015).

Com relação aos resultados encontrados nas pesquisas referentes aos capítulos II e III, passando por todo processo e as reflexões suscitadas (sejam elas conceituais, teóricas ou práticas), observou-se uma série de aproximações, mas também distanciamentos entre as políticas e a realidade prática. A partir disso, alguns questionamentos tornam-se basilares, sendo eles: A rede de atenção aos usuários de drogas pode, então, ser considerada uma rede? Ou seria um emaranhado? É uma realidade? Ou uma idealização?

Na tentativa de responder a estas indagações, estudos posteriores, novamente, mostram-se pertinentes, sendo interessante agregaram consigo concepções compreensivas sobre essas redes, isto é, que abarquem a intersectorialidade, diversos dispositivos e níveis de cuidado e não somente os serviços especializados e do setor saúde, assim como seus elementos relacionais. Em conformidade com Costa et al. (2015d) abarcar as concepções que os usuários possuem sobre as redes de atenção, por meio de metodologias participativas, também pode se configurar como uma alternativa importante para as pesquisas futuras, agregando visões frequentemente desconsideradas das pesquisas avaliativas, com possibilidades de análises integrativas e/ou comparativas entre os vários atores que compõem estes arranjos e intervenções, em vistas às suas modificações e potencializações.

Em suma, o que o presente trabalho demonstra é, primeiro, que estas redes não podem ser compreendidas sem levar consideração a ordem social vigente e seus braços de manutenção, como a lógica proibicionista e repressiva de “Guerra contra as Drogas”, que lhe impõem uma série de restrições e limitações. Sem as modificações necessárias nessas estruturas societárias, as redes de atenção aos usuários de drogas são e serão, por princípio, respostas limitadas frente à problemática que visam responder, conformando-se como aparatos perpassados por contradições que, em grande parte, estão localizadas na própria forma de concepção e orquestração da sociedade, estando, portanto, além de suas capacidades de resolução. Logo de cara, tal constatação já permite que encaremos, de modo realista, seus obstáculos, e evitemos análises que a descolem dessa totalidade ampla, visualizando-as de forma romantizada/idealizada.

Segundo, a própria dinamicidade das redes de atenção aos usuários de drogas que, de acordo com o primeiro capítulo, tratam-se de arranjos ainda recentes, abordando uma temática demasiadamente complexa e heterogênea, não se conformando, portanto, como estruturas naturais, prontas, estáticas, definitivas, mas construções que vão sendo moldadas e modificadas de acordo com as condições históricas, sociais, políticas, econômicas etc. sob as quais se desenvolvem. Inclusive, não é a formulação puramente de uma determinada política ou somente a promulgação de um decreto específico que irá materializar as redes de atenção da forma como

se idealiza. Do mesmo modo, estes arranjos não são panaceias, nem se mostram imutáveis a partir do momento em que encontram-se postulados pelas políticas, podendo ser permeados por racionalidades diversas, até mesmo contrastantes, como foi possível observar. Destarte, põe-se a necessidade de empreendimentos reflexivos contínuos que resultem em análises críticas e contextualizadas sobre o que representam estes aparatos que devem orientar o cotidiano de práticas.

Portanto, ao mesmo tempo em que estes arranjos se configuram como redes de atenção, em determinados aspectos e momentos estariam mais próximos de emaranhados de dispositivos; da mesma forma que são materializações de avanços, trazem consigo contradições e alguns retrocessos; igualmente, são determinadas e determinantes do contexto no qual se encontram; assim como se apresentam como uma realidade, carecem de uma série de transformações para que a distância entre o ideal e o real seja minimizada, ou que o ideal seja capaz de captar as vicissitudes do real, conforme o realismo crítico proposto por Martín-Baró (1987/2017), de modo a orientar-se por uma perspectiva transformadora. Cabe, portanto, extrairmos o possível deste cenário, ao assumirmos o real e sua transformação como horizonte e balizamento para o que consideramos ideal, o que requer considerar a natureza contraditória e dialética das redes de atenção aos usuários de drogas – assim como a da própria sociedade –, sendo produto de todas essas condicionalidades supracitadas (sociais, econômicas, políticas, históricas, culturais), mas também produzindo modificações nessa mesma realidade, na medida em que vão se desenvolvendo e consolidando no decorrer do tempo.

Todas essas observações, não implicam em um cenário de imobilismo, de onde não seriam passíveis a formulação de possibilidades de ação; pelo contrário, é apontada a necessidade de algumas modificações advindas desde as políticas e aparatos normativos na área para que possam, posteriormente, reverberar positivamente na realidade concreta, possibilitando o fortalecimento das redes de atenção aos usuários de drogas. No entanto, somente enunciar a necessidade de fortalecimento das redes é insuficiente, levando em consideração, até mesmo, a multiplicidade de concepções sobre estes arranjos, servindo a diferentes projetos sociopolíticos. Cabe a academia, então, auxiliar neste processo de mudança apontando os caminhos e estabelecendo direcionamentos para isso, o que também implica em repensar o que representa a universidade nos dias atuais e qual o seu papel frente à nossa realidade.

Outra ressalva pertinente, está relacionada com a premência de se ponderar sobre as dificuldades na realização destas transformações, provenientes da própria natureza limitada que as políticas públicas e sociais possuem, ao se caracterizarem como os mecanismos estatais que

visam o bem-estar social, abarcando e dirimindo as necessidades dos sujeitos que são geradas no próprio cerne da sociedade regida pelo capital, mas sem buscar a superação deste elementos centrais, como a contradição capital x trabalho, imanentes ao modo de produção e reprodução capitalista. Consonante a esta natureza limítrofe, as políticas sociais também possuem um caráter contraditório, enquanto estratégias que visam atender as necessidades populacionais, em especial da classe trabalhadora, ao passo em que também atendem aos interesses da burguesia, visivelmente antagônicos. Por mais que possam ser consideradas como avanços em termos de conquistas de direitos resultantes da organização e lutas de movimentos sociais, da classe trabalhadora em geral, mostrando-se necessárias e devendo ser defendidas e potencializadas a partir de leituras críticas, ao longo da história, também se caracterizaram como concessões da burguesia, com a finalidade de preservação da força de trabalho para a manutenção da reprodução da lógica do capital. Ademais, configuram-se como estratégias parcializadas que visam minimizar ou mascarar os sintomas de problemas sociais (pobreza, fome, desemprego, saúde, uso de drogas etc.), mas sem atacar diretamente as suas origens, isto é, o próprio modelo de configuração da sociedade assentado em processos desiguais de produção e concentração da distribuição da riqueza socialmente produzida, visando a sua superação (Lacerda Jr., 2010b; 2013; Yamamoto & Oliveira, 2010; Behring & Boschetti, 2011; Netto, 2001; Netto & Braz, 2012). Em suma, existe a necessidade de refletir sobre as políticas a partir de prismas contextualizados, em detrimento de visões reificadas, a-históricas e, em grande parte, ingênuas e messiânicas, concebendo as suas importâncias, mas também entendendo as suas limitações e seu caráter dinâmico. Tudo isso torna-se ainda mais relevante quando consideramos a nossa atual conjuntura econômica, política e social, perpassada por uma crise estrutural e permanente, onde as tentativas de respostas hegemônicas, especialmente no plano econômico, posicionam-se antagonicamente e de modo desfavorável à própria sustentação e fortalecimento das políticas públicas e sociais, sendo que, ao invés de resolver ou minimizar os supostos problemas que atacam, contribuem para o seu aguçamento e generalização.

Adicionalmente, assim como qualquer temática complexa, esta depende invariavelmente de mudanças em outros âmbitos e setores, o que, conforme mencionado, não significa também justificar posições de passividade e imobilismos por parte de profissionais e gestores e também de pesquisadores. Especificamente sobre os últimos, uma atuação crítica nesse cenário se justifica pela concepção de que o processo de produção de conhecimento e, portanto, a ciência se caracterizam como práticas sociais, também inseridos e influenciados pelas formas de ordenação e estruturações sociais. Atrelado a isso, é premente considerar que todas estas alterações enunciadas se relacionam intrinsicamente com a necessidade de outras

transformações mais profundas em nossa lógica e configuração societárias, isto é, na sua base material, o que contribuiria para a eclosão de novas formas de sociabilidade e relação com as substâncias psicoativas, e, por conseguinte, para visões, entendimentos e abordagens mais humanizados e compreensivos sobre este assunto – e de outros. Todos esses apontamentos servem para que não adentremos em análises e apreciações simplistas, atrelando equivocadamente às redes de atenção, obstáculos que se encontram para além delas e podem ser vistos em outros âmbitos e dimensões.

Portanto, conclui-se que o próprio conceito e a materialização das redes de atenção aos usuários de drogas pressupõem uma compreensão abrangente do tema drogas, atrelado à nossa configuração societária e, mais especificamente, à questão social. Isso nos leva a concluir que propostas reflexivas e analíticas sobre estas redes – nos mais variados níveis e abrangendo diferentes dimensões e atributos –, que não estejam amparadas nessa visualização da realidade, carregam consigo uma natureza limítrofe e, em grande parte, descaracterizante.

Não obstante, é imperioso considerar a importância dos diferentes contextos, localidades e sujeitos, sejam eles profissionais, gestores, usuários e até mesmo os atores comunitários em geral, incutindo condicionalidades para as redes que devem ser consideradas na realização de generalizações dos resultados. Contudo, conforme demonstrado, não se trata também de se desconsiderar os fundamentos e fatores em comum das redes de atenção aos usuários de drogas, bem como a sua inserção em um complexo de complexo, a uma totalidade social, tendo em mente que as particularidades se encontram submetidas, em determinado grau, a estes aspectos comuns, que dizem respeito às suas próprias origens e multideterminações, sejam elas conceituais, teóricas, políticas, históricas, econômicas, sociais, culturais etc. Nessa direção, entende-se que são demonstradas as possibilidades de acúmulos consistentes de conhecimento sobre o assunto em voga, sendo passíveis de impactar positivamente na reorganização da assistência aos usuários de drogas no país, em direção a práticas mais humanas e contextualizadas, assim como nas tomadas de decisão e políticas públicas da área, mesmo dentro das imposições da ordem vigente. Afinal de contas, em certo nível, estamos todos conectados!

Visando facilitar a compreensão do conteúdo e achados da presente tese, segue abaixo uma síntese dos principais argumentos e constatações alcançadas:

- A temática das drogas não pode ser compreendida de maneira ensimesmada, mas sendo determinada e determinante de uma totalidade social, isto é, do contexto histórico-social em que está circunscrita e, portanto, conforma e é conformada, mais especificamente, vinculada à questão social

- Tentativas de análise sobre o tema devem considerar também as dimensões de produção, comercialização, e não somente o uso de drogas suas implicações biopsicossociais, bem como as múltiplas interfaces da problemática com outros fenômenos, numa perspectiva totalizante
- Existe uma série de similaridades distanciamentos entre as políticas e as práticas no que diz respeito à rede de atenção aos usuários de drogas
- As políticas na área expressam as contradições sobre o tema e interesses antagônicos de diferentes grupos sociais
- Não há uma fragmentação/dicotomia entre o âmbito das políticas e das práticas, sendo ambas materializações de disputas e conflitos, o que nos faz pensar também que muitos dos obstáculos observados na prática são oriundos das contradições e problemas das políticas
- As redes devem ser analisadas a partir de chaves de compreensão históricas e críticas, e não de maneira romantizada/idealizada ou como panaceias, correndo risco destes arranjos serem deslegitimados, caso isso não seja feito
- Tais arranjos também são mais que meros emaranhados ou conjuntos de dispositivos, devendo ter sua dimensão relacional explicitada e compreendida
- A Análise de Redes Sociais apresenta-se como uma importante estratégia avaliativa das redes de atenção aos usuários de drogas, bem como de outros arranjos organizativos das políticas sociais e funcionamento da coisa pública
- A rede de atenção do contexto local analisado (Juiz de Fora) possui similaridades com o de outras localidades e com o panorama nacional, permitindo generalizações e reforçando a premência de leituras totalizantes
- Há uma predominância de relações de referência e contrarreferência entre os serviços, em detrimento de coordenação conjunta de casos e programas em conjunto, indicando o papel central que o encaminhamento ocupa na rede
- Os dispositivos especializados e os de urgência/emergência possuem maiores métricas de centralidade, tanto na saúde, saúde mental, quanto os da proteção especial na assistência social, com destaque para o CAPSad
- A inserção de instituições não governamentais, como as CTs, nas políticas da área e instrumentos normativos, com recebimento de verbas público-estatais, mostra-se incongruente pelos seguintes aspectos: (a) sua natureza não governamental; (b) perpetuação do histórico de desresponsabilização do Estado na área, fazendo com que

os dispositivos públicos complementem os não públicos; (c) heterogenia destes serviços, reforçada pela insuficiência e até mesmo ausência de fiscalização; (d) modelo e lógica assistencial antagônicos aos preconizados pela Reforma Psiquiátrica; (e) caráter religioso e a contraditoriedade do financiamento de instituições dessa natureza por um Estado que se diz laico; (f) histórico de maus tratos e violação de direitos, vinculados ao próprio modelo asilar/manicomial

- Necessidade de modificação da lógica de encaminhamentos, especialmente para os dispositivos especializados e de urgência/emergência, em direção ao cuidado compartilhado
- Integralidade e intersetorialidade aparecem ainda obstaculizadas em suas tentativas de concretização, frente a lógicas de trabalho ainda fragmentadas e pontuais
- A rede de atenção aos usuários de drogas possui um baixo poder de resiliência, ao estar centralizada em um dispositivo – CAPSad – ainda em número insuficiente, sobrecarregado e perpassado por uma série de problemas estruturais e na dinâmica de trabalho
- A centralidade no CAPSad ou “CAPSolização”, está em conformidade com o percurso das políticas e modelo assistencial preconizado na saúde mental e álcool e outras drogas
- Uma maior articulação entre SUS e SUAS também é colocada, sobretudo na realização de programas e ações institucionais que vão para além do cuidado pontual
- Premência do fortalecimento da Atenção Básica no SUS e sua consideração na ordenação do fluxo e gerência do cuidado da rede, sem que isso signifique uma mera transposição de responsabilidades para este nível de atenção e seus dispositivos, bem como o da Proteção Básica no SUAS provendo um cuidado contínuo, integral, intersetorial e de base territorial/comunitária
- Apesar dos entraves, as redes de atenção aos usuários de drogas são arranjos recentes, trazendo consigo uma série de avanços na área, não sendo estratégias prontas, estáticas, definitivas, mas que vão sendo moldadas ao longo do tempo
- Para que estas redes, juntamente com seus dispositivos, profissionais e assistência, sejam potencializadas, são necessários: maior financiamento, estruturação, ampliação na quantidade dos serviços públicos, melhores condições de trabalho, formação qualificada, reformulação de alguns modelos e serviços etc., bem como mudanças que visem transformar substancialmente a própria ordem estrutural, o que denota a

necessidade de darmos um fim à “Guerra às Drogas” e lutarmos por outros modos de sociabilidade

REFERÊNCIAS

- Akerman M., Sá R. F., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D. (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. *Cien Saude Colet.*, 19(11), 4291-4300.
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319.
- Amarante, P. (2003). A clínica e a Reforma Psiquiátrica. In Amarante, P. (Org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: NAU Editora
- Amarante, P. (2015). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Cien Saude Colet.*, 16(12), 4665-4674.
- Anjos, K. F., Meira, S. S., Ferraz, C. E. O., Vilela, A. B. A., Boery, R. N. S. O., & Sena, E. L. S. (2013). Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde debate*, 37(99), 672-680
- Araújo, A. C. C. (2013). Atenção Primária e dependência química: contribuições do matriciamento em saúde mental. *Saúde debate*, 37(N Esp), 61-69.
- Azevedo, E., Pelicioni, M. C. F., & Westphal, M. F. (2012). Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis*, 22(4), 1333-1356.
- Babor, T. F., Caulkins, J. P., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D. R., Humphreys, K. *et al.* (2010). *Drug Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford, UK.
- Babor, T. F., Stenius, K., & Romelsjo, A. (2008). Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 17(S1), S50-59.
- Backes, D. S., Koerich, M. S., Rodrigues, A. C. R. L., Drago, L. C., Klock, P., & Erdmann, A. L. (2009). O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Cien Saude Colet.*, 14(3), 903-910.
- Barabási, A. L. (2012). *Network Science*. Recuperado em 10 junho, 2016, de <http://barabasilab.neu.edu/networksciencebook/>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, M. A., & Pilon, S. C. (2007). Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. *Esc. Anna Nery*, 11(4), 655-662.
- Bastos, F. I., & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso do crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ.

- Bastos, F. I. Política de drogas na segunda década do novo milênio: reforma ou revolução. *Argumentum*, 7(1), 8-16.
- Behring, E., & Boschetti, I. (2011). *Política Social: fundamentos e história*. 9ª ed. São Paulo: Cortez Editora.
- Bernardi, A. B., & Kanan, L. A. (2015). Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. *Saúde debate*, 39(107), 1105-1116.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. cienc. prof.*, 28(3), 632-645.
- Biernacki, P., & Waldford, D. (1981). Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Res.*, 2, 141-63.
- Bittencourt, O. N. S., & Neto, F. J. K. (2009). Rede Social no Sistema de Saúde: um Estudo das Relações Interorganizacionais em Unidades de Serviços de HIV/AIDS. *RAC*, 13(6), 87-104.
- Blanchet, K., & James, P. (2012). How to do (or not to do) a social network analysis in health systems research. *Health Policy Plan.*, 27(5), 438-446.
- Blanchet, K., & James, P. (2013). The role of social networks in the governance of health systems: the case of eye care systems in Ghana. *Health Policy Plan.*, 28(2), 143-156.
- Boiteux, L. (2015). A reforma da Política Internacional de Drogas virá de baixo para cima. *Argumentum*, 7(1), 17-20.
- Borgatti, S. P., Mehra, A., Brass, D. J., & Labianca, G. 2009. Network analysis in the social sciences. *Science*, 323(5916), 892-895.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet.*, 5(2), 219-230.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*, 23(2), 399-407
- Campos, R. T. O., & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*, 22(5), 1053-1062.
- Carlos, J. O. (2015). *Política de drogas e encarceramento em São Paulo, Brasil*. Londres: International Drug Policy Consortium
- Carneiro, H. (2005). Pequena enciclopédia de história das drogas e bebidas. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier.

- Carvalho, D. B. B., coordenador. (2007). *Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007*. Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Chambers, D., Wilson, P., Thompson, C., & Harden, M. (2012). Social network analysis in healthcare settings: a systematic scoping review. *PLoS One*. 7(8), e41911.
- Coelho, T. C. B., Araújo, T. M., Almeida, T. S. C., Silva, E. A. L., & Santos, D. V. (2015). Rev. Discursos de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre o SUS. *Saúde Col. UEFS*, 5(1): 1-8
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: CFP;
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo [CRP-SP]. (2016). *Dossiê - Relatório de inspeção de comunidades terapêuticas para usuáries(os) de drogas no estado de São Paulo: Mapeamento das violações de direitos humanos*. São Paulo: CRP-SP
- Cordeiro, L. R. O., Oliveira, M. S., & Souza, R. C. (2012). Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. *Rev. esc. enferm. USP*, 46(1), 119-23.
- Cortes, L. F., Terra, M. G., Pires, F. B., Heinrich, J., Machado, K. L. Weiller, T. H et al. (2014). Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. *Rev. Eletr. Enf.*, 16(1), 84-92.
- Costa, P. H. A., Laport, T. J., Mota, D. C. B. & Ronzani, T. M. (2013a). A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. *Saúde Debate*, 37(n. esp.), 110-121.
- Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., Cruvinel, E., Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2013b). Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(5), 325-331
- Costa, P. H. A. (2014). *Mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas: um estudo exploratório*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora/Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2014.
- Costa, P. H. A., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2015a). As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Laport, T. J. (Orgs.). *Redes de atenção aos usuários de drogas - políticas e práticas* (pp. 41-66). São Paulo: Cortez Editora.
- Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2015b). Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Cien Saude Colet.*, 20(2), 395-406.
- Costa, P. H. A., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2015c). Análise de redes sociais: Uma estratégia avaliativa para a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. In Ronzani, T. M., Sartes, L. M., & Perucchi, J. P. (Orgs.). *Psicologia e Saúde Pública. Contribuições e desafios* (pp. 227-246). Juiz de Fora: Editora UFJF.

- Costa, P. H. A., Casela, A. L. M., Mota, D. C. B., Monteiro, E. P., Paiva, F. S., Freitas, J. V. T. et al. (2015d). The care network for drug users in Brazil: what do professionals say about it? *Universitas Psychologica*, 14(4), 1311-1324.
- Costa, P. H. A., Martins, L. F., Medeiros, A. X., Salgado, J. A., Silva, W. M. D., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2015e). Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(3), 245-252
- Costa, P. H. A., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2015f). Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet.*, 20(10), 3243-3253.
- Costa, P. H. A., & Paiva, F. S. (2016). Revisão de literatura das concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. *Physis*, 26(3), 1009-1031.
- Csardi, G., & Nepusz, T. (2006). The igraph software package for complex network research. *InterJournal Complex Systems*, 1695.
- Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Plumb, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I., Braithwaite, J. (2012). Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. *BMJ Qual Saf.*, 21(3), 239-249.
- Denis, J. L. (2010). Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 10(Suppl.1), s229-s333.
- Dimenstein, M. D. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.
- Dimenstein, M. D., & Liberato, M. T. C. (2009) Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 212-222.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74.
- Dimenstein, M. D., Leite, J., Macedo, J. P., & Dantas, C. (Orgs.). (2016). *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais*. São Paulo: Intermeios.
- Durigueto, M. L. (2007). *Democracia e Sociedade Civil: um debate necessário*. São Paulo: Editora Cortez.
- Easley, D., & Kleinberg, J. (2010). *Networks, Crowds, and Markets: Reasoning about a Highly Connected World*. Cambridge University Press, 2010.
- Eslabão, A. D., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., Pinho, L. B., & Santos, E. O. (2017). Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), e60973.

- Faria, J. G., & Schneider, D. R. (2009). O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicol. Soc.*, 21(3), 324-333.
- Faro, A., & Pereira, M. E. (2011). Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16(3), 271-278.
- Favre, G., Brailly, J., Chatellet, J., & Lazega, E. (2012). De la relación inter-individual a la relación interorganizacional: Un análisis de redes multinivel de un mercado de programas de televisión en África subsahariana. *REDES - Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 23(4), 113-145.
- Fiore, M. (2012). O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos - CEBRAP*, (92), 9-21.
- Fodra, R. E. P., & Rosa, A. C. (2009). Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad): análises dos discursos e da prática no contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. *Saúde Debate*, 33(81), 129-139.
- Formhub. (2015). New York City, NY: Columbia University, Modi Research Group. Recuperado em 15 jun, 2015, de: <http://formhub.org/>.
- Freeman, L. C. (1979). Centrality in social networks - Conceptual clarification. *Social Networks*, 1, 215-239.
- Freeman, L. C. (2004). *The Development of Social Network Analysis: A Study in the Sociology of Science*. Vancouver: Empirical Press.
- Frenk, J. (1994). Dimensions of health system reform. *Health Policy*, 27(11), 19-34.
- Garcia, M. L. T., Leal, F. X., & Abreu, C. C. (2008). A política antidrogas Brasileira: velhos dilemas. *Psicol. Soc.*, 20(2), 267-276.
- Gile, K. J., Johnston, L. G., & Salganik, M. J. (2014). Diagnostics for respondent-driven sampling. *Journal of the Royal Statistical Society*, 178(1), 241-269.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*, 23(1), 103-108.
- Gomide, M., Costa, P. H. A., & Colugnati, F. A. B. (2015). A análise de redes sociais nas redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. In Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Laport, T. J. (Orgs.). *Redes de atenção aos usuários de drogas - políticas e práticas* (pp. 129-154). São Paulo: Cortez Editora.
- Gomide, M., & Schütz, G. E. (2015). Análise de Redes Sociais e práticas avaliativas: desafios à vista. *Physis*, 25(3), 819-842.

- Gonçalves, D. A., Mari, J. J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F. et al. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública*, 30(3), 623-632.
- Gonzaga, N., & Nakamura, E. (2015). Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos: a visão dos profissionais. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 232-243.
- Gordon, A., & Womersley, J. (1997). The use of mapping in public health and planning health services. *Journal of Public Health Medicine*, 19(2), 139-147.
- Hanneman, R. A., & Riddle, M. (2005). *Introduction to social network methods*. Riverside, CA: University of California.
- Hartz, Z. M. A., & Contandriopoulos, A-P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, 20(Supl. 2), S331-S336
- Hawe, P., Webster, C., & Shiell, A. (2004). A glossary of terms for navigating the field of social network analysis. *J Epidemiol Community Health*, 58, 971-975.
- Hirdes A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Cien Saude Colet.*, 14(1), 297-305.
- Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A. P., Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de *crack* que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, 27(11), 2263-2270
- Howlett, M., & Ramesh, M. (1995). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Canadá: Oxford University Press.
- Iamamoto, M. V. (2001). A questão social no capitalismo. *Temporalis, Revista da ABEPSS*, 2(3), 09-32.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2016a). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais.
- IBGE. (2016b). *Cidades@*. Recuperado em 15 julho, 2016, de <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313670&search=minas-gerais|juiz-de-fora>.
- IBGE. (2017). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). Primeiro trimestre de 2017*. Recuperado em 24 maio, 2017, de ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Fasciculos_Indicadores_IBGE/pnadc_201701_trimestre_cader no.pdf
- Instituto de Pesquisa Aplicada [IPEA]. (2016). *Nota Técnica - Atlas da Violência 2016*. Brasília: IPEA.

- Kanno, N. P., Bellodi, P. L., & Tess, B. H. (2012). Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 884-894.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S. Stuckler D. et al. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381(9874), 1323-1331.
- Kuschnir, R., & Chorny, A. H. (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet.*, 15(5), 2307-2316.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2012). Saúde Mental e Saúde Coletiva. In Campos, G.W. S., Bonfim, J. R. A., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond Jr., M., & Carvalho, Y. M. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 661-680). 2ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Lane, S. T. M. (2012). A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In Lane, S. T. M., & Codo, W. (Orgs.) *Psicologia Social: O homem em movimento*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Lacerda Jr., F. (2010a). *Psicologia para fazer a crítica? Apologética, individualismo e marxismo em alguns projetos psi*. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas/Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2010.
- Lacerda Jr., F. (2010b). Notas sobre o desenvolvimento da Psicologia Social Comunitária. In Lacerda Jr., F., & Guzzo R. S. L. (Orgs.). *Psicologia & Sociedade: interfaces no debate sobre a questão social* (pp. 19-42). Campinas: Editora Alínea.
- Lacerda Jr., F. (2013). Capitalismo dependente e psicologia no Brasil: Das alternativas à psicologia crítica. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 3, 216-263, 2013.
- Lacerda Jr., F. (2014). Psicologia Política e marxismo na história recente: Contribuições de Martín-Baró e Holzkamp. In: Sandoval, S. A. M., Hur, D. U., & Dantas, B. S. A. (Orgs.). *Psicologia Política: Temas atuais de investigação* (pp. 25-52). Campinas: Alínea Editora.
- Laport, T. J., & Junqueira, L. A. P. (2015). A intersetorialidade nas políticas públicas sobre drogas. In Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Laport, T. J. (Orgs.). *Redes de atenção aos usuários de drogas - políticas e práticas* (pp. 67-84). São Paulo: Cortez Editora.
- Laport, T. J., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Ronzani, T. M. (2016). Percepções e práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde na abordagem sobre drogas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 143-150.
- Larentis, C. P., & Maggi, A. (2012). Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. *Aletheia*, 37(1), 121-132.
- Lima, F. C., & Schneider, D. R. (2013). Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. *Revista Caminhos*, 4(6), 39-64.
- Lima, R. C. C., Rocha, A. P., Vale, J. B., & Fonseca, A. F. (2015). Políticas sociais sobre drogas: um objeto para Serviço Social brasileiro. *Argumentum*, 7(1), 26-38.

- Lopes, F. D., & Baldi, M. (2009). Redes como perspectiva de análise e como estrutura de governança: uma análise das diferentes contribuições. *Revista de Administração Pública*, 43(5), 1007-1035.
- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil. *História, Ciências e Saúde*. 14(3), 801-21.
- Machado, L. V., & Boarini, M. L. (2013) Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 580–593.
- Maciel, M. E. D., & Vargas, D. (2014). Redução de danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas. *Cogitare Enferm.*, 20(1), 207-10
- Martín-Baró, I. (1987/2017). O desafio Popular à Psicologia Social na América Latina. In: Martín-Baró, I. (Organização, notas e tradução Fernando Lacerda Jr.). *Crítica e libertação na Psicologia: estudos psicossociais* (pp. 66-88). Petrópolis: Vozes.
- Martín-Baró, I. (1980/2017). O psicólogo no processo revolucionário. In: Martín-Baró, I. (Organização, notas e tradução Fernando Lacerda Jr.). *Crítica e libertação na Psicologia: estudos psicossociais* (pp. 25-29). Petrópolis: Vozes
- Marx, K. (1859). *Population, crime and pauperism*. New-York Daily Tribune, 5741.
- Matsumoto, A. E. (2013). Práxis social e emancipação: contradições e perspectivas no Estado Democrático de Direito Penal. *Tese de Doutorado*. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Mattos, R. A. (2009). Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 43-68). 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Cien. Saude Colet.*, 15(5), 2297-2305.
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2016). Censo SUAS 2015. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Ministério da Justiça. (2014). *Levantamento nacional de informações penitenciárias (INFOPEN)*. Brasília: Ministério da Justiça.
- Ministério da Saúde. (2004a). *A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004b). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde. (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Montaño, C. (2012). Pobreza, "questão social" e seu enfrentamento. *Serviço Social & Sociedade*, (110), 270-287.
- Monteiro, C. F. S., Fé, L. C. M., Moreira, M. A. C., Albuquerque, I. E. M., Silva, M. G., & Passamani, M. C. (2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Esc. Anna Nery*, 15(1), 90-95.
- Montero, M. (2004). Relaciones Entre Psicología Social Comunitaria, Psicología Crítica y Psicología de la Liberación: Una Respuesta Latinoamericana. *Psykhé*, 13(2), 17-28.
- Moraes, M. (2008) Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Cien Saude Colet.*, 13(1), 121-133.
- Morais, R. P. (2008). *Redes socioassistenciais de tratamento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas na região Centro-Oeste (Brasil 2006/2007)*. Monografia (Conclusão de Curso) - UNB/Departamento de Serviço Social, 2008.
- Moretti-Pires, R. O. et al. (2011). Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. *Rev Esc Enferm USP*, 45(4), 926-932.
- Mota, D. C. B. (2016). Rede Assistencial para Usuários de Álcool e outras Drogas: Desenvolvimento de um Modelo de Planejamento Baseado em Necessidades. Tese (Doutorado) - UFJF/Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.
- Moutinho, E. C. V. S., & Lopes, G. T. (2008). Enfermeiro do Programa de Saúde da Família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos. *Rev Enferm UERJ*, 16(1), 51-57.
- Nascimento, S. (2010). Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social e Sociedade*, 101, 95-120.
- Netto, J. P. (2001). Cinco Notas a Propósito da "Questão Social". *Temporalis, Revista da ABEPSS*, 2(3), 41-49.

- Netto, J. P., & Braz, M. (2012). *Economia Política: uma introdução crítica*. 8ª ed. São Paulo: Cortez Editora.
- Nicaise, P., Tulloch, S., Dubois, V., Matanov, A., Priebe, S., & Lorant, V. (2013). Using Social Network Analysis for Assessing Mental Health and Social Services Inter-Organisational Collaboration: Findings in Deprived Areas in Brussels and London. *Adm Policy Ment Health*, 40, 331–339
- Nunes, E. D. (2012). Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In Campos, G.W. S., Bonfim, J. R. A., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond Jr., M., & Carvalho, Y. M. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 17-38). 2ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W., & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369(9566), 1047-1053.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376(9752), 1558-1565.
- Observatório Crack, é Possível Vencer (2016). Recuperado em 15 julho, 2016, de <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>.
- Oliveira, D. C., Gomes, A. M. T., Sá, C. P., & Acioli, S. (2007). A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. *Psicologia: teoria e prática*, 9(2), 26-46.
- Oliveira, I. F., & Paiva, I. L. (2016). A atualidade do marxismo e sua contribuição para o debate sobre a formação e atuação do profissional de Psicologia. In: Oliveira, I. F., Paiva, I. L., Costa, A. L. F., Lima, F. C., & Amorim, K. (Orgs.). São Paulo: Outras Expressões.
- Oliveira, M. C., & Ronzani, T. M. (2012). Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 648-661
- Paim, J. S. (2007). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva, 2007.
- Paim, J. S. (2010). Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C. & Carvalho, A. I. (Orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 23-64). 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 299-316.
- Paim J. S., & Silva, L. M. V. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde*, 12(2), 109-114.
- Paiva, F. S., & Costa, P. H. A. (No prelo). Desigualdade Social, Políticas sobre Drogas e Direitos Humanos: Uma Reflexão sobre a Realidade Brasileira. In: Dalla Vecchia, M., Ronzani, T. M., Paiva, F. S., Batista, C. B., & Costa, P. H. A. (Orgs). *Drogas e Direitos Humanos: Reflexões em Tempos de Guerra às Drogas*. Porto Alegre: Rede Unida.

- Paiva, F. S., Costa, P. H. A., & Ronzani, T. M. (2012). Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidade na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde fortalecendo redes sociais. *Aletheia*, 37(1), 57-72.
- Paiva, F. S., Ferreira, M. L., Martins, M. Z. F., Barros, S. L. C. F., & Ronzani, T. M. (2014). A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. *Psicol. Soc.*, 26(3), 696-706.
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicol. Soc.*, 23(1), 154-162.
- Paula, M. L., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., & Albuquerque, R. A. (2014). Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 223-233.
- Peixoto, C., Prado, C. H. O., Cristiele, P. R., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T., Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J. bras. psiquiatr.*, 59(4), 317-321.
- Pereira, K. Y. L., & Teixeira, S. M. (2013). Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. *Textos & Contextos*, 12(1), 114-127.
- Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. *Cien Saude Colet.*, 19(2), 569-580.
- Petuco, D. R. S. (2014). Redução de danos: Das técnicas à ética do cuidado. In Ramminger, T., Silva, M. (Orgs.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. (pp. 133-148). Porto Alegre: Rede Unida.
- Pillon, S. C., & Luís, M. A. V. (2004). Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 12(4), 676-82.
- Presidência da República. (1976). *Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976*. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.
- Presidência da República. (2001). *Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União.
- Presidência da República. (2006). *Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.

- R Development Core Team. (2011). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.
- Rehm, J., & Fischer, B. (2015). Cannabis legalization with strict regulation, the overall superior policy option for public health. *Clin Pharmacol Ther.*, 97(6), 541-544
- Ribeiro, J. M., Moreira, M. R., Bastos, F. I., Inglez-Dias, A., & Fernandes, F. M. Bessa. (2016). Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas – o caso do município do rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet.*, 21(1), 71-81.
- Rocha, A. P. (2013). Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas. *Serv. Soc. Soc.*, (115), 561-580.
- Rodrigues, L. B. B., Silva, P. C. S., Peruhype, R. C., Palha, P. F., Popolin, M. P., Crispim, J. A., et al. (2014). A atencao primaria a saude na coordenacao das redes de atencao: uma revisao integrativa. *Cien Saude Colet.*, 19(2), 343-352.
- Rodrigues, D. R. S. R., Conceição, M. I. G., & Iunes, A. L. S. (2015). Representações Sociais do Crack na Mídia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(1), 115-123.
- Ronzani, T. M. (2008). Padrão de uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde: estudo comparativo. *Revista de APS*, 11(2), 163-171.
- Ronzani, T. M., Fernandes, A. G. B., Gebara, C. F. P., Oliveira, S. A., Scoralick, N. N., & Lourenço, L. M. (2009). Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. *Cien Saude Colet.*, 14(5), 1751-1761.
- Ronzani, T. M., Noto, A. R., & Silveira, P. S. (2014). *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. Guia para profissionais e gestores*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Laport, T. J. (2015). *Redes de atenção aos usuários de drogas - políticas e práticas*. São Paulo: Cortez Editora.
- Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., & Paiva, F. S. (2016). Fatores associados ao uso de álcool em assentamentos rurais. In: Dimenstein, M. D., Leite, J., Macedo, J. P., & Dantas, C. (Orgs.). *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais* (pp. 281-296). São Paulo: Intermeios.
- Ronzani, T. M., Costa, P. H. A., Paiva, F. S., Cruvinel, E., Formagini, T. D. B., Medeiros, A. X. (2016). A interface da vulnerabilidade abordada pela atenção básica na saúde e assistência. In Garcia, F., Costa, M. R., Guimarães, L. P., & Neves, M. C. L. (Orgs.). *Vulnerabilidade e o Uso de Drogas* (pp. 245-262). Belo Horizonte: Editora 3i.
- Rosenstock, K. I. V., & Neves, M. J. (2010). Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Rev. Bras. Enferm.*, 63(4), 581-6.
- Rush, B. (2010). Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 617-36.

- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1(1), 1-14.
- Sala de Apoio à Gestão Estratégica [SAGE]. (2016). Recuperado em 15 julho, 2016, de <http://sage.saude.gov.br/>
- Salles-Filho S., Ávila F. D., Sepúlveda J., & Colugnati F. A. B. (2010). Multidimensional assessment of technology and innovation programs: the impact evaluation of INCAGRO-Peru. *Research Evaluation*, 19(5), 361-372.
- Santos, M. P. G. (2014). Comunidades Terapêuticas no Brasil: contornos, funções e objetivos. *Boletim de Análise Político-Institucional*, 6, 43-48. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Schneider, D. R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Cien Saude Colet.*, 15(3), 687-98.
- Schneider, J. F., Roos, C. M., Olschowsky, A., Pinho, L. B., Camatta, M. W., Wetzel, C. (2013). Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 22(3), 654-661.
- Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais [SES-MG]. (2016). *Relatório de vistorias em comunidades terapêuticas do Programa Aliança pela Vida*. Belo Horizonte: SES-MG.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD]. (2005). *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: SENAD.
- SENAD. (2009). *Relatório Brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD.
- Shimizu, H. E. (2013). Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis*, 23(4), 1101-1122.
- Silva, S. F. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet.*, 16(6), 2753-2762.
- Silva, S. F., & Magalhães Jr., H. M. (2013). Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In Silva, S. F. (Org.). *Redes de atenção à saúde: Desafios da regionalização do SUS* (pp. 75-90). 2ª ed. Campinas: Saberes Editora
- Silva, M. A. M., Ferreira E. F., & Silva, G. A. (2010). O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde. *Physis*, 20(4), 1183-1207.
- Silva, N. S., Melo, J. M., & Esperidião, E. (2012). Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. *Rev. Min. Enferm.*, 16(2), 280-288.
- 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*. Campinas: NEPP, Unicamp.

- Siqueira, M. M., Barbosa, D. A., Laranjeira, R., & Hopkins, K. (2007). Psychoactive substances and the provision of specialized care: the case of Espírito Santo. *Rev Bras Psiquiatr.*, 29(4), 315-323.
- Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2008). Social Networks and Health. *Annu. Rev. Sociol.*, 34, 405-29.
- Soares, R. G., Silveira, P. S., Martins, L. F., Gomide, H. P., Lopes, T. M., & Ronzani, T. M. (2011). Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. *Estud. psicol. (Natal)*, 16(1), 91-98.
- Soares, C. B., Campos, C. M. S., & Yonekura, T. (2013). Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. *Rev. esc. enferm. USP*, 47(6), 1403-1409
- Sodelli, M. (2010). A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Cien Saude Colet.*, 15(3), 637-644
- Souza, D. O., Silva, S. E. V., & Silva, N. O. (2013). Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". *Saúde e Sociedade*, 22(1), 44-56.
- Souza, J., Kantorski, L. P., Gonçalves, S. E., Mielke, F. B., & Guadalupe, D. B. (2007). Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. *Rev Enferm UERJ*, 15(2), 210-217.
- Souza Filho, R., Antinareli, C. P. G., Paula, C. A., & Silva, W. H. F. (2014). Política de assistência social no contexto neoliberal: desafios da implementação do SUAS. In Moljo, C. B., & Duriguetto, M. L. (Orgs.) *Sistema Único de Assistência Social, organizações da sociedade civil e serviço social. Uma análise da realidade de Juiz de Fora* (pp. 21-52). 2ª ed. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Souza Filho, R., & Oliveira, E. A. (2014). Gestão do SUAS em Juiz de Fora: análise da estrutura burocrática. In Moljo, C. B., & Duriguetto, M. L. (Orgs.) *Sistema Único de Assistência Social, organizações da sociedade civil e serviço social. Uma análise da realidade de Juiz de Fora* (pp. 53-78). 2ª ed. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Spohr, B., Leitão, C., & Schneider, D. R. (2006). Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. *Revista de Ciências Humanas*, 39, 219-236.
- Sposati, A. (2006). Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. *Serviço Social & Sociedade*, 85, 133-141.
- Strang, J., Babor, T. F., Caulkins, J. P., Fischer, B., Foxcroft, D. R. & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet*, 379(9810), 71-83.
- Tomael, M. I., & Marteleto, R. M. (2013). Redes sociais de dois modos: aspectos conceituais. *Transinformação*, 25(3), 245-253.

- Trapé, T. L., & Campos, R. O. (2017). Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Revista de Saúde Pública*, 51(19), 1-8.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56.
- Tribunal de Contas da União [TCU]. (2012). *Sistema nacional de políticas públicas sobre Drogas*. Brasília: TCU.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2016). *World Drug Report*. Geneva: UNODC.
- Vasconcelos, E. M. (2012). Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 4(8), 8-21.
- Varela, D. S. S., Sales, I. M. M., Silva, F. M. D., & Monteiro, C. F. S. (2016). Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. *Escola Anna Nery*, 20(2), 296-302.
- Vargas, D., & Duarte, F. A. B. (2011). Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (Caps ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. *Texto Contexto Enferm*, 20(1), 119-126.
- Vermelho, S. C., Velho, A. P., & Bertoncello, V. (2015). Sobre o conceito de redes sociais e seus pesquisadores. *Educ. Pesqui.*, 41(4), p. 863-881
- Vinha, I. R. (2011). Cenário da Assistência em Saúde Mental/Uso de Substâncias Psicoativas na Região de Saúde de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 7(1), 25-31.
- Wacquant, L. (2001). *As prisões da Miséria*. Jorge Zahar.
- Waiselfisz, J. J. (2015). *Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil*. Brasília: FLACSO.
- Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social Network Analysis. Methods and Applications*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E. et al. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382, 1575-1586.
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE*, 10(2), e0116820.

- World Health Organization [WHO]. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO.
- Yamamoto, O. H. (2007). Políticas sociais, "terceiro setor" e "compromisso social": perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 30-37.
- Yamamoto, O. H. (2009). Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso da Psicologia. In: Bock, A. M. B. (Org.) *Psicologia e o compromisso social* (pp. 29-36). São Paulo: Cortez Editora
- Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 9-24.
- Young, A. M., Rudolph, A. E., Quillen, D., & Havens, J. R. (2014). Spatial, temporal and relational patterns in respondent-driven sampling: evidence from a social network study of rural drug users. *J Epidemiol Community Health*, 68, 792-798.
- Ximenes, V. M., Nepomuceno, B. B., Cidade, E. C., & Moura Jr., J. F. (2016). Implicações psicossociais da pobreza: diversidades e resistências. Fortaleza: Expressão gráfica e editora.

ANEXO A - Configuração da rede de atenção aos usuários de drogas

Sistema Único de Saúde – SUS (RAS e RAPS)	Sistema Único de Assistência Social – SUAS	Recursos Comunitários
<u>Atenção Básica em Saúde</u> - Unidade Básica de Saúde (UBS): Promoção de saúde, prevenção e tratamento comunitário (psicossocial/ambulatorial); - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): Equipes especializadas para o apoio matricial e cuidado compartilhado com as UBS - Consultório na Rua: Promoção de saúde, prevenção e cuidado itinerante para pessoas em situação de rua; - Centro de Convivência: socialização, produção cultural e intervenção social.	<u>Proteção Básica</u> - Centros de Referência da Assistência Social (CRAS): Promoção de saúde e prevenção a situações de vulnerabilidade e risco social, desenvolvendo potencialidades individuais e fortalecendo vínculos familiares e comunitários.	<u>Entidades Socioassistenciais</u> - Associações e organizações não governamentais (ONGs) sem fins lucrativos, de caráter assistencial, que atendem usuários de drogas, dentre outras ações, escopos e públicos-alvo.
<u>Atenção Psicossocial Estratégica</u> - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Tratamento especializado psicossocial e ambulatorial para pessoas com transtornos mentais; - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad): Tratamento especializado psicossocial e ambulatorial para usuários de drogas; - Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi): Tratamento especializado psicossocial e ambulatorial para crianças e adolescentes com transtornos mentais.	<u>Proteção Especial (Média Complexidade)</u> - Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS): prevenção, cuidado e reinserção social de usuários de drogas e suas famílias; - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP): Prevenção e cuidado das conjunturas do abuso de drogas e da situação de rua.	<u>Grupos de Ajuda Mútua (GAMs)</u> - Alcoólicos Anônimos (AA): GAMs de usuários e ex-usuários de álcool com abordagem dos 12 passos; - Narcóticos Anônimos (NA): GAMs de usuários e ex-usuários de drogas com abordagem dos 12 passos; - AL-ANON, NAR-ANON e Amor Exigente: grupos de ajuda mútua para familiares de dependentes de álcool e outras drogas.
<u>Atenção Residencial de Caráter Transitório</u> - Unidades de Acolhimento (UA): cuidados em ambiente residencial para usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social com acompanhamento terapêutico transitório. - Comunidades Terapêuticas: cuidados de caráter residencial transitório (até nove meses) para usuários de drogas com necessidades clínicas estáveis	<u>Proteção Especial (Média Complexidade)</u> - Serviços de acolhimento institucional: cuidado residencial de curta e média permanência à pessoas e famílias afastadas temporariamente de seu núcleo familiar e/ou comunitário de referência.	
<u>Atenção Hospitalar</u> - Hospitais gerais com leitos, ambulatorios ou enfermarias especializadas com internações em regime de curtíssima ou curta permanência.		
<u>Atenção de Urgência e Emergência</u> - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais de Pronto Socorro: Classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência.		
<u>Estratégias de Desinstitucionalização</u> - Serviços Residenciais Terapêuticos: Ambientes residenciais aos usuários de drogas e pessoas com transtorno mental egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos.		
<u>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</u> - Iniciativas intersetoriais de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas.		

Fonte: Do Autor

ANEXO B – Questionário de Relacionamentos²⁸

A seguir, eu vou lhe apresentar uma lista (menu de opções) com os nomes dos serviços mapeados da rede de atenção aos usuários de drogas de Juiz de Fora (ver o cardápio com os serviços).

No último ano com quais DISPOSITIVOS (listados no menu) o SEU SERVIÇO teve algum tipo de relação/atividade em conjunto referente à atenção aos USUÁRIOS DE DROGAS?

Responda com um 'sim' para os serviços com os quais possuem algum tipo de relação/atividade em conjunto e com um 'não' para aqueles serviços com os quais não possuem nenhum tipo de relação/atividade em conjunto referentes à atenção a USUÁRIOS DE DROGAS.

Siglas:

UAPS - Unidade de Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

AA – Alcoólicos Anônimos

NA – Narcóticos Anônimos

CT – Comunidade Terapêutica

ONG – Organização Não Governamental

AL-ANON – Grupo de ajuda mútua para familiares e amigos de alcoólicos

NAR-ANON - Grupo de ajuda mútua para familiares e amigos de dependentes de drogas

²⁸ Faz-se a ressalva de que o questionário foi esquematizado para ser utilizado em *tablets* ou celulares. Portanto, apesar das perguntas serem as mesmas, o anexo possui diferenças de disposição e de condicionalidades das perguntas, representando somente uma ideia da estruturação do questionário.

ANEXO B – Questionário de Relacionamentos (continuação)

A partir daqui, iremos identificar quatro tipos de atividade em conjunto referente à atenção aos usuários de drogas (*essas perguntas são relativas apenas aos serviços que você identificou como parceiros anteriormente*).

Para tanto, utilize a tabela abaixo (Tabela 1), que define estes tipos de relacionamentos entre os serviços a partir da realização de atividades conjuntas.

Tabela 1: Definição dos tipos de relacionamentos

Tipos de atividades (relacionamentos)	Descrição das atividades
Referência	Usuários referenciados a/de outras instituições da rede
Contrarreferência	Usuários contrarreferenciados a/de outros serviços da rede
Coordenação Conjunta de Casos	Compartilhamento de dados e condutas a respeito de um caso específico; responsabilidade compartilhada de casos; cuidado compartilhado
Programas em Conjunto	Programas, projetos ou atividades institucionais desenvolvidos conjuntamente com outros serviços, tais como: apoio matricial, grupos de trabalho e discussão, parcerias em projetos de promoção de saúde, prevenção e intervenção em geral

Responda ('sim' ou 'não') com quais serviços são mantidos os seguintes tipos de atividades/relacionamentos:

	Serviço A	Serviço B	Serviço C	...
Referência				
Contrarreferência				
Coordenação Conjunta de Casos				
Programas em Conjunto				

ANEXO C – Cardápio de Serviços

UAPS URBANAS

Alto Grajaú
Bairro de Lourdes
Bairro Industrial
Bandeirantes
Barreira do Triunfo
Benfica
Borboleta
Centro Sul
Cidade do Sol
Cruzeiro do Sul
Dom Bosco
Esplanada
Figueiras
Furtado de Menezes
Grama
Granjas Betânea
Ipiranga
Jardim da Lua
Jardim Esperança
Jardim Natal
Jóquei Clube I
Jóquei Clube II
Linhares
Marumbí

Milho Branco
Monte Castelo
Nossa Senhora Aparecida
Nossa Senhora das Graças
Nova Era
Parque Guarani
Progresso
Retiro
Santa Cândida/São Sebastião
Santa Cecília
Santa Cruz
Santa Efigênia
Santa Luzia
Santa Rita
Santo Antônio
Santos Dumont
São Benedito
São Judas Tadeu
São Pedro
Teixeiras
Vale Verde
Vila Esperança
Vila Ideal
Vila Olavo Costa

UAPS RURAIS

Bujé
Caeté
Chapéu D'Uvas
Dias Tavares
Humaitá
Igrejinha
Jacutinga
Monte Verde
Palmital
Paula Lima
Penido
Pirapetinga
Pires
Privilégio
Rosário de Minas
Sarandira
Toledos
Torreões
Valadares

CONSULTÓRIO NA RUA

Consultório na Rua (Associação Casa Viva)
Consultório na Rua (UAPS de referência Vila Ideal)

CAPS

CAPS AD
CAPS Casa Viva
CAPS HU
CAPS IJ
CAPS Leste

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Casa de Saúde Esperança
Centro de Referência em Álcool e Drogas (RADCAS) - Hospital Universitário
Clínica Vila Verde (Hospital Dia) – São Pedro
Hospital Ana Nery
Hospital de Pronto Socorro – HPS
Hospital de Toxicômanos
Hospital Regional João Penido
Serviço de Controle e Prevenção e Tratamento do Tabagismo (SECOPTT)

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Casa 1 - R. Manoel Alves. Santo Antônio
Casa 3 - R. Henrique de Novais. Nossa Sra. de Lourdes
Casa 4 - R. José Aragão Prado. Santo Antônio
Casa 5 - R. Lemos Monteiro. Nossa Sra. de Lourdes
Casa 6 - R. Pedro Trogo. Santo Antônio
Casa 7 - R. Luciano Vianello. Santo Antônio
Casa V1 - R. Oswaldo Cruz. Centro
Casa V2 - R. Ibitiguaia. Santa Luzia
Casa V3 - Av. Santa Luzia. Santa Luzia
Casa V4 - R. Porto das Flores, 115. Santa Luzia
Casa V5 - R. Porto das Flores, 40. Santa Luzia
Casa V6 - R. Dr. Newton de Almeida. Santa Luzia

CENTRO DE VIVÊNCIA

Associação TRABALHARTE

AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL

Centro de Atenção à Saúde Mental (CASM)

CRAS

CRAS Centro
CRAS Leste – Linhares
CRAS Leste - São Benedito
CRAS Nordeste - Grama
CRAS Norte – Benfica
CRAS Oeste - São Pedro
CRAS Sudeste - Costa Carvalho
CRAS Sudeste - Olavo Costa
CRAS Sul – Ipiranga

CREAS

CREAS Idoso e Mulher
CREAS Infância e Juventude
CREAS Norte
CREAS População de Rua (CentroPop)

ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Casa da Cidadania
Núcleo Cidadão de Rua Hebert de Souza
Sociedade São Vicente de Paulo

ANEXO C – Cardápio de Serviços (continuação)

ENTIDADES SOCIOASSISTENCIAIS

Associação Beneficente e Cultural Amigos do Noivo (ABAN) – Jardim Casablanca
Associação Beneficente e Cultural Amigos do Noivo (ABAN) (Matriz) - Centro
Associação Casa Viva
Associação Metodista de Ação Social do Bairro São Mateus (AMAS)
Casa de Acolhimento à Infância e Adolescente (CAIA)
Casa São Camilo de Lelis
Fundação Maria Mãe
Instituto Veredas (Projeto, Assessoria e Prática em Saúde Mental) – Serviço de Referência para Adolescentes do Instituto Veredas
ONG Saída

ENTIDADES ASSISTENCIAIS DEPENDÊNCIA QUÍMICA - COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Associação Beneficente Cristã Restituir
Associação Projeto Amor e Resgate
Associação Projeto Amor e Restauração – APAR
Centro de Recuperação Juiz de Fora Contra as Drogas
Centro de Recuperação Resgatando Vidas - Igreja
Centro de Recuperação Resgatando Vidas (Escritório) - Centro
Centro de Recuperação SOS Vida
Centro de Tratamento Deville
Centro Metodista de Assistência aos Toxicômanos (CEMAT) – São Geraldo
Centro Metodista de Assistência aos Toxicômanos (CEMAT) (Escritório) - Centro
Centro Terapêutico Reconstruir (Escritório) – Morro da Glória
Centro Terapêutico Reconstruir (Fazenda) – Gramma
Comunidade Terapêutica Família em Cristo
Comunidade Terapêutica Geração de Adoradores (CTGA)
Grupo de Apoio à Família e aos Dependentes Químicos (GAFADEQUI) – Barreira do Triunfo
Grupo de Apoio à Família e aos

Dependentes Químicos (GAFADEQUI) – Jardim Esperança
Grupo de Apoio à Família e aos Dependentes Químicos (GAFADEQUI) (Administração, triagem e apoio aos familiares) – Santa Catarina
Núcleo de Apoio aos Toxicômanos Anônimos de Juiz de Fora (NATA)
Reencontro com a Vida
Clínica Vila Verde - Borboleta
Clínica Vila Verde - Graminha

AJUDA MÚTUA

Alcoólicos Anônimos (AA)

Grupo A.A. Duas Vidas - R. Francisco Fontainha. Santo Antônio
Grupo A.A. Elo da Esperança - R. Hélio Fellet. Jardim Esperança
Grupo A.A. Juiz de Fora (Sala de abordagem) - Av. Getúlio Vargas. Centro
Grupo A.A. Primeiro Passo - R. Tenente Paulo Maria Delage. Borboleta
Grupo A.A. Redenção Abolição - R. Luiz Fávero. Marumbi
Grupo A.A. União - Av. Doutor Simeão de Faria. Santa Cruz
Grupo A.A. 29 de Junho - R. Marília. Benfica
Grupo A.A. Azul e Branco - R. Bernardo Mascarenhas. Fábrica
Grupo A.A. Bairú - R. Dr. Alberto Vieira Lima. Bairú
Grupo A.A. Bonfim - R. Carlos Alves. Bonfim
Grupo A.A. Caminho da Salvação - R. Fausto Moreira Teixeira. Jôquei Clube III
Grupo A.A. Central - R. Halfeld. Centro
Grupo A.A. Cidade do Sol - R. Cidade do Sol. Cidade do Sol
Grupo A.A. Corrente da Sobriedade - R. Antônio Lopes Júnior. Francisco Bernardino
Grupo A.A. Dois de Março - R. Sílvia Vidal. Jôquei Clube
Grupo A.A. Estrela D'Álva - R. Manoel Joaquim Tavares. Jardim do Sol

Grupo A.A. Estrela do Oriente - R. Professor José Ribeiro. São Pedro
Grupo A.A. Ipiranga - R. Cônego Lauro Neves. Ipiranga
Grupo A.A. Liberdade - Av. Rui Barbosa. Santa Terezinha
Grupo A.A. Libertação - R. Coronel Vidal. Mariano Procópio
Grupo A.A. Linhares - R. Diva Garcia. Linhares
Grupo A.A. Luz Divina - R. Branca Mascarenhas. Monte Castelo
Grupo A.A. Milho Branco - R. Nicolau Schuery. Milho Branco
Grupo A.A. Nova Era - R. Tenente Guimarães. Nova Era
Grupo A.A. Primeira Tradição - Av. Agilberto Costa. São Benedito
Grupo A.A. Progresso - R. José Antônio Benhame. Progresso
Grupo A.A. Reunidos - R. Fernando Lobo. Centro
Grupo A.A. Vinte e Cinco de Abril - R. Jacinto Marcelino. Vila Olavo Costa

Narcóticos Anônimos (NA)

Grupo N.A. Rendição. - R. Nair Furtado de Souza. Teixeira
Grupo N.A. Caminho da Verdade - R. Dr. Alberto Vieira de Lima. Bairú
Grupo N.A. Glória - Av. dos Andradas. Morro da Glória
Grupo N.A. Libertação. - Pç. Dr. João Tostes. Bom Pastor

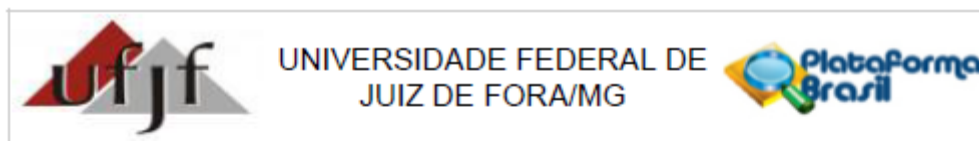
AL-ANON e NAR-ANON

AL-ANON Grupo Harmonia - R. Santo Antônio. Centro
AL-ANON Grupo Libertação - Av. dos Andradas. Morro da Glória
ALANON Grupo Renascer - R. São Mateus. São Mateus
AL-ANON Grupo Só Por Hoje - Av. Presidente Itamar Franco. Centro
NAR-ANON Grupo Glória - Av. dos Andradas. Morro da Glória
NAR-ANON Grupo Parque Halfeld - R. Marechal Deodoro. Centro
NAR-ANON Grupo Renascer - R. São Mateus. São Mateus

Outros

GEVE - R. Santo Antônio. Centro
Grupo de Apoio São Pedro do Amor Exigente (GASPAE)
Igreja Batista Resplandecente Estrela do Amanhã (IBREM) - Av. Brasil. Cerâmica
Igreja Batista Resplandecente Estrela do Amanhã (IBREM) - R. Santa Terezinha. Santa Terezinha
Pastoral da Sobriedade - R. Santo Antônio. Centro

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz De Fora



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento e Implantação de uma Metodologia de Avaliação da Rede Assistencial sobre Drogas através da Análise de Redes Sociais

Pesquisador: Fernando Antonio Basile Colugnati

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 21831014.2.0000.5147

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 568.878

Data da Relatoria: 22/04/2014

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

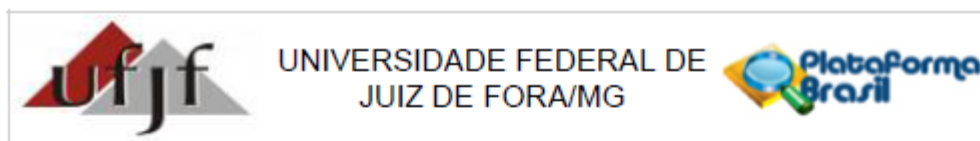
O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br	

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz De Fora (continuação)



Continuação do Parecer: 568.878

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Possíveis inadequações ou possibilidades de pendência deixam de existir. Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Setembro de 2014.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 26 de Março de 2014

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N			
Bairro: SAO PEDRO		CEP: 36.036-900	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA		
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br	

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: FERNANDO ANTONIO BASILE COLUGNATI
ENDEREÇO: Manoel Bernardino, nº 20, AP. 904, Bairro São Mateus, Juiz de Fora – MG. CEP: 36016460
Telefone: (32) 88549812 – Email: fcolugnati@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada “Desenvolvimento e implantação de uma metodologia de avaliação da rede assistencial sobre drogas através da Análise de Redes Sociais”. Neste estudo pretendemos desenvolver e implantar uma metodologia de avaliação da rede assistencial sobre drogas utilizando a metodologia de Análise de Redes Sociais. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é tentar identificar obstáculos que dificultam uma reorientação das redes de atenção sobre álcool e outras drogas, visando subsidiar futuras intervenções que contribuam com uma maior integração destas redes assistenciais sobre álcool e outras drogas.

Para este estudo adotaremos entrevistas com duração aproximada de 25 a 30 minutos. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado(a) o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados no Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas, ICH/UFJF, por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do estudo “Desenvolvimento e implantação de uma metodologia de avaliação da rede assistencial sobre drogas através da Análise de Redes Sociais”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2014.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br