

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DÉBORA SCHLOTEFELDT SINIAK**

**A ORGANIZAÇÃO DA REDE A PARTIR DE UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL PARA O CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS**

**Porto Alegre**

**2018**

**DÉBORA SCHLOTEFELDT SINIAK**

**A ORGANIZAÇÃO DA REDE A PARTIR DE UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL PARA O CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora.

**Área de concentração:** Políticas e práticas em saúde e enfermagem

**Linha de pesquisa:** Saúde Mental e Enfermagem

**Orientador:** Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

**Co-orientador:** Prof. Dr. Otávio Neves da Silva Bittencourt

**Porto Alegre**

**2018**

## CIP - Catalogação na Publicação

Siniak, Débora Schlotefeldt

A organização da rede a partir de um centro de atenção psicossocial para o cuidado ao usuário de drogas / Débora Schlotefeldt Siniak. -- 2018.

157 f.

Orientador: Leandro Barbosa de Pinho.

Coorientador: Otávio Neves da Silva Bittencourt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

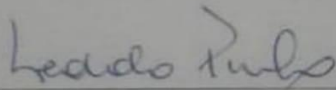
1. Substâncias Psicoativas . 2. Saúde mental. 3. Rede. 4. Análise de Redes Sociais. I. de Pinho, Leandro Barbosa, orient. II. Bittencourt, Otávio Neves da Silva, coorient. III. Título.

**A Organização da Rede a partir de um Centro de Atenção Psicossocial para o Cuidado ao  
Usuário de Drogas**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de  
Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 20 de agosto de 2018.

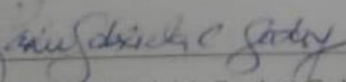
**BANCA EXAMINADORA**



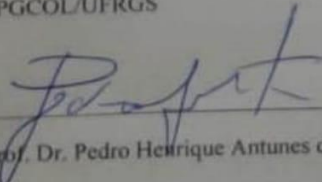
Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho  
Presidente da Banca – Orientadora  
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider  
Membro da banca  
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Gabriela Curubeto Godoy  
Membro da banca  
PPGCOL/UFRGS



Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa  
Membro da banca  
UFPB

*A Deus, que até aqui me sustentou.*

*O teu abraço me trouxe abrigo e me deu  
coragem para seguir em frente nos momentos  
que nem eu acreditei em mim.*

## AGRADECIMENTOS

Pois bem, chego ao final de uma importante etapa da minha existência. E o sentimento é: FOI DIFÍCIL, MAS VALEU A PENA!

Tem uma frase que diz: “duvide do que vem fácil e não desista do que parece difícil”. Desistir até me pareceu uma alternativa viável em meio as aflições e percalços do Doutorado. Mas sempre nesses momentos, algo ou alguém fez com que a vontade de vencer fosse maior que a de largar tudo.

Na caminhada rumo ao título de Doutora me deparei com “flores e espinhos”. Como era de se esperar, foram momentos de insegurança, desespero, choro, ansiedade, cansaço físico e mental e muitas (muuuuitas) dificuldades. E pasmem, eu sobrevivi a toda essa tempestade!!! É doido dizer isso, mas acho que ainda sentirei falta desses momentos, porque apesar dos pesares... os “males vieram para o bem” e me tornaram uma pessoa mais forte.

Se eu mudei? E como mudei!!! É recompensador olhar para traz e ver o quanto evolui até aqui. Já não sou a mesma pessoa nem a mesma profissional do início do Doutorado. As experiências vividas nesses intensos quatro anos aperfeiçoaram desde a minha forma de escrever texto científico até o modo de me relacionar com o mundo, comigo mesma e com as pessoas. Acho que as transformações me caíram bem...

Seria egoísmo dizer que o mérito dessa conquista foi todo meu, pois sem a cooperação da minha extensa rede de afetos eu não teria superado cada um dos obstáculos para chegar até aqui. Então, é hora de agradecer:

Aos amigos e familiares, essa conquista também é de vocês. Estou certa, que sem o apoio de vocês essa jornada teria sido ainda mais árdua e pesada. Ter com quem dividir o fardo fez toda a diferença.

Ao meu sábio orientador Leandro, pessoa que sempre lembrarei com muito carinho pois me abriu as portas para que eu pudesse começar esta rica (e intensa) caminhada na pós-graduação. Fostes professor, mas também amigo, soubestes acolher minhas limitações e compreender meus momentos de cansaço. Agradeço pela tua dedicação, pelos puxões de orelha e pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos comigo.

Ao meu querido co-orientador Otávio, muito obrigada por ter aceito esse desafio. Sua escuta atenta às minhas (infinitas) dúvidas tornaram possível o desenvolvimento metodológico e analítico dessa Tese. Gratidão pela paciência e disponibilidade que sempre tiveste.

Ao professor Jacó, o qual tenho grande estima pelo profissional e ser humano que és. Sou grata por tua amorosidade e pela preocupação que sempre teve comigo e, especialmente, com a manutenção da minha saúde mental!

A banca, pelo privilégio de tê-los nesse momento tão especial. Obrigada pelas relevantes contribuições que enriqueceram este estudo. Vocês me inspiram a acreditar e lutar por um cuidado em saúde mental digno e com mais qualidade.

Aos meus colegas da pós-graduação, obrigada por dividirem os dias de lutas e os dias glórias! Juntos evoluímos como profissionais, amadurecemos enquanto ser humano e nos fortalecemos para enfrentar os dias ruins que inevitavelmente atravessam nosso cotidiano.

Um agradecimento especial aos colegas professores e aos meus amados alunos da UNIPAMPA, que sempre estiveram torcendo por mim. Obrigada pelas palavras de apoio e motivação que sempre me faziam refletir que ao final tudo valeria a pena.

À Deus, obrigada por não desistir de mim que ter me segurado em Tuas mãos, me consolado e enxugado meu pranto. Fostes o meu socorro presente nas horas de angústia. Eu nada sou sem ti!

*“O que me interessa não é uma síntese, mas um pensamento transdisciplinar, um pensamento que não se quebre nas fronteiras entre as disciplinas. O que me interessa é um fenômeno multidimensional, e não a disciplina que recorta uma dimensão nesse fenômeno. Tudo o que é o humano é ao mesmo tempo psíquico, sociológico, econômico, histórico, demográfico. É importante que estes aspectos não sejam separados. Mas sim que concorram para uma visão poliocular. O que me estimula é a preocupação de ocultar o menos possível a complexidade do real.”*

*(MORIN, 1983)*



## RESUMO

SINIAK, Débora Schlotefeldt. A organização da rede a partir de um centro de atenção psicossocial para o cuidado ao usuário de drogas. Porto Alegre, 2018. 157f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, tipo estudo de caso. O objetivo foi analisar a organização da rede para o atendimento de usuários de drogas a partir de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas. A pesquisa foi realizada em um município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, Brasil. A coleta de dados ocorreu no período de Agosto à Dezembro de 2017 e dividiu-se em dois estágios seguindo as orientações de Blanchet e James (2011). A análise dos dados foi organizada a partir da utilização de um programa chamado Ucinet que realiza a mensuração dos dados obtidos e permite uma análise visual através da representação gráfica da rede. O estudo norteia-se pelo referencial metodológico de Análise de Redes Sociais (ARS). Os resultados apontaram a existência de 37 atores envolvidos de forma direta ou indireta no cuidado aos usuários de drogas dentro do município. Verificou-se que grande parte das métricas apresentou valores mais elevados com relação ao encaminhamento e recebimento de usuários dentro do sistema, caracterizando a maior parte dos vínculos realizados entre os atores. Por outro lado, as métricas que se referem à coordenação de casos, programas conjuntos e consultorias, que representam o grau de interação entre os dispositivos, tiveram métricas bastante inferiores. Estes resultados demonstram a dificuldade por parte da rede em atuar de forma integrada e construir possibilidades de cuidado conjuntas. O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas e a Estratégia Saúde da Família são alguns dos principais serviços que encaminham e também recebem demandas relacionadas aos usuários de drogas. Frente a isso, defende-se a ideia de que o trabalho em rede deve ser pautado na horizontalidade, reservando-se o papel específico de cada um deles e da importância estratégica na condução ou participação nas ações de cuidado em saúde mental. Portanto, precisamos vislumbrar a rede com a ideia de descentralização e conectividade entre os atores. Neste escopo, é preciso pensar em formas de atuação conjunta que propiciem a construção de um sistema verdadeiramente integrado e de cooperação.

**Palavras-chave:** Substâncias Psicoativas. Saúde mental. Rede. Análise de Redes Sociais.

## ABSTRACT

SINIÁK, Débora Schlotefeldt. The organization of the network from a psychosocial care center to care for drug user. Porto Alegre, 2018. 157f. Thesis (PhD). Nursing College, University Federal of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

It is a quantitative study, descriptive case study. The objective was to analyze the organization of the network for the care of drug users from a Psychosocial Care Center - alcohol and drugs. The survey was in a municipality in the western border of Rio Grande do Sul, Brazil. Data collection took two stages following the guidelines of Blanchet and James (2011) and occurred in the period from August to December 2017. The data analysis was organized from the use of a program called UCINET that performs the measurement of the data obtained and allows a visual analysis through the graphical representation of the network. The study was guided by the methodological framework of social network analysis (SNA). The results indicated the existence of 37 actors involved directly or indirectly in the care of drug users within the municipality. It was found that great part of the metrics presented higher values with respect to the forwarding and receipt of users within the system, characterizing the majority of bonds made between the actors. On the other hand, the metrics that relate to the coordination of cases, joint programs and consultancies, which represent the degree of interaction between devices, had much lower metrics. These results demonstrate the difficulty on the part of the network to act in an integrated manner and build opportunities for joint care. The Psychosocial Care Center - Drug and Alcohol and the Family Health Strategy are some of the main services that route and also receive demands related to drug users. Face it, defends the idea that within the network there should be no hierarchy or degree of importance among the services, because each of them has its role and has different characteristics, which are fundamental to the establishment and maintenance of networking. Therefore, we need to discern the network with the idea of decentralization and connectivity between the actors. In this scope, it is necessary to think in forms of joint action that is conducive to the construction of a truly integrated system and cooperation.

**Keywords:** Psychoactive substances. Mental health. Network. Analysis of Social Networks.

## RESUMEN

SINIAK, Débora Schlotefeldt. La organización de la red desde un centro de atención psicosocial para atender a usuarios de drogas. Porto Alegre, 2018. 157f. Tesis de Doctorado (Enfermería). Programa de Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, tipo estudio de caso. El objetivo fue analizar la organización de la red de atención a usuarios de drogas desde un centro de atención psicosocial - alcohol y drogas. La investigación fue realizada en un municipio de la Frontera Oeste del Estado de Rio Grande do Sul, Brasil. La recolección de datos se produjo recolectados en el período de agosto a diciembre de 2017 y tuvo un par de etapas siguiéndose las orientaciones de Blanchet y James (2011). El análisis de los datos se organizó a partir de la utilización de un programa llamado Ucinet, que realiza la medición de los datos obtenidos y permite un análisis visual a través de la representación gráfica de la red. El estudio se orienta por el referente teórico-metodológico del Análisis de Redes Sociales (ARS). Los resultados apuntaron la existencia de 37 actores envueltos de forma directa o indirecta en el cuidado a los usuarios de drogas dentro del municipio. Se verificó que gran parte de las métricas presentó valores más elevados con relación al encaminamiento y recepción de usuarios dentro del sistema, caracterizando la mayor parte de los vínculos realizados entre los actores. Por otro lado, las métricas que se refieren a la coordinación de casos, programas conjuntos y consultorías, que representan el grado de interacción entre los dispositivos, tuvieron métricas bastante inferiores. Estos resultados demuestran la dificultad por parte de la red en actuar de forma integrada y construir posibilidades de cuidado conjuntas. El Centro de Atención Psicosocial - Alcohol y Drogas y la Estrategia de Salud de la Familia son los principales servicios que encaminan y también reciben demandas relacionadas a los usuarios de drogas. Frente a ello, se defiende la idea de que el trabajo en red debe de ser pautado en la horizontalidad, reservándose el papel específico de cada uno de ellos y la importancia estratégica en el abordaje o participación en las acciones de cuidado en salud mental. Por lo tanto, necesitamos vislumbrar la red con la idea de descentralización y conectividad entre los actores. En este ámbito, hay que pensar en formas de actuación conjunta que propicien la construcción de un sistema verdaderamente integrado y de cooperación.

**Palavras clave:** Sustancias Psicoactivas. Salud mental. Red. Análisis de Redes Sociales.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AA - Alcoólicos Anônimos  
ARS - Análise de Redes Sociais  
AM - Apoio Matricial  
AB - Atenção Básica  
APS - Atenção Primária em Saúde  
CACAU - Casa de Acolhimento a Criança e Adolescente de Uruguaiana  
CAMI - Centro de Administração de Medicamentos Injetáveis  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas  
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência  
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social  
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social  
COAS/DST/AIDS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico  
COMAD - Conselho Municipal Sobre Drogas  
CnR - Consultório na Rua  
DANTS - Projeto de Saúde Prevenção e Agravos de Doenças não Transmissíveis  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
FASE - Fundação de Atendimento Socioeducativo  
GUAPA - Entidade de apoio as pessoas com HIV  
MTSM - Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental  
NA - Narcóticos Anônimos  
NAPS - Núcleos de Assistência Psicossocial  
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
ONGs - Organizações não governamentais  
OPAS - Organização Panamericana de Saúde  
PEAD-SUS - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em  
    Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde  
PNASH - Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar  
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
ROMU - Ronda Ostensivas Municipais  
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SINE - Sistema Nacional de Empregos

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

TCLI - Termo de Consentimento Livre e Informado

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UNIPAMPA - Universidade Federal do Pampa

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese das medidas de rede .....	61
Quadro 2 – Quantitativo de profissionais do CAPS AD .....	69
Quadro 3 – Principais estágios de análise de rede social aplicado à investigação de sistemas de saúde .....	70
Quadro 4 – Lista de Serviços que fazem parte da Rede de Cuidado ao usuário de drogas .....	77
Quadro 5* – Grau de centralidade dos atores da rede – Referência de Envio .....	81
Quadro 6* – <i>Betweeness</i> Referência de Envio .....	82
Quadro 7* – Grau de centralidade dos atores da rede – Referência de Recebimento .....	86
Quadro 8* – <i>Betweeness</i> Referência de Recebimento .....	87
Quadro 9* – Grau de centralidade dos atores da rede – Coordenação de Caso .....	91
Quadro 10* – <i>Betweeness</i> Coordenação de Caso .....	91
Quadro 11* – Grau de centralidade dos atores da rede – Programas Conjuntos .....	95
Quadro 12* – <i>Betweeness</i> Programas Conjuntos .....	96
Quadro 13 – Grau de centralidade dos atores da rede – Consultorias .....	100
Quadro 14 – <i>Betweeness</i> Consultorias .....	101

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação da Rede de Atenção à saúde Mental de acordo com o Ministério da Saúde .....	37
Figura 2 – Nova proposta de articulação transversal entre os serviços da Rede de Atenção em Saúde Mental .....	39
Figura 3 – Relação entre os conceitos de rede, redes sociais e redes de apoio/suporte social .	49
Figura 4 – Representação visual das redes através de um sociograma .....	63
Figura 5 – Local da realização do estudo .....	66
Figura 6 – Fluxograma de coleta e análise de dados .....	74
Figura 7 – Sociograma da rede sob a perspectiva da Referência de Envio .....	79
Figura 8 – Sociograma da rede sob a perspectiva da Referência de Recebimento .....	84
Figura 9 – Sociograma da rede sob a perspectiva da Coordenação de Caso.....	89
Figura 10 – Sociograma da rede sob a perspectiva dos Programas Conjuntos .....	93
Figura 11 – Sociograma da rede sob a perspectiva das Consultorias.....	98
Figura 12 – Modelos distintos de redes .....	113

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Ranking dos principais atores envolvidos nos cliques – Referência de Envio .....	83
Gráfico 2 – Ranking dos principais atores envolvidos nos cliques – Referência de Recebimento .....	88
Gráfico 3 – Ranking dos principais atores envolvidos nos cliques – Coordenação de Caso ...	92
Gráfico 4 – Ranking dos principais atores envolvidos nos cliques – Programas Conjuntos....	97
Gráfico 5 – Ranking dos principais atores envolvidos nos cliques – Consultorias .....	102



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Densidade média da rede total relacionada a Referência de Envio .....	80
Tabela 2 – Densidade média entre atores da RAPS relacionada a Referência de Envio .....	81
Tabela 3 – Densidade média da rede total relacionada a Referência de Recebimento .....	85
Tabela 4 – Densidade média entre atores da RAPS relacionada a Referência de Recebimento .....	85
Tabela 5 – Densidade média da rede total relacionada a Coordenação de Caso.....	90
Tabela 6 – Densidade média entre atores da RAPS relacionada a Coordenação de Caso .....	90
Tabela 7 – Densidade média da rede total relacionada aos Programas conjuntos .....	94
Tabela 8 – Densidade média entre atores da RAPS relacionada aos Programas Conjuntos ....	94
Tabela 9 – Densidade média da rede total relacionada as Consultorias .....	99
Tabela 10 – Densidade média entre atores da RAPS relacionada as Consultorias .....	99

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	19
<b>1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO</b> .....	24
<b>1.1 Trajetórias da loucura: o processo de transformação da atenção em saúde mental</b> .	24
<b>1.2 A assistência em saúde mental na perspectiva das redes</b> .....	37
<b>1.3 O contexto do uso de drogas no Brasil e no mundo</b> .....	41
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	48
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	48
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	48
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	49
<b>3.1 Redes, Redes de Apoio e Redes Sociais: uma diferenciação necessária</b> .....	49
<b>3.2 Análise de Redes Sociais (ARS): uma proposta metodológica para o campo da saúde mental</b> .....	56
<b>3.3 Conceitos básicos do Referencial de Análise de Redes Sociais</b> .....	59
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	65
<b>4.1 Tipo de Estudo</b> .....	65
<b>4.2 Cenário do Estudo</b> .....	65
<b>4.3 Participantes do estudo</b> .....	69
<b>4.4 Método de coleta de dados</b> .....	71
<b>Estágio 1 – Definição da lista de membros e atores da rede</b> .....	71
<b>Estágio 2 – Definição da relação entre os atores</b> .....	72
<b>4.5 Método de análise de dados</b> .....	73
<b>4.6 Aspectos Éticos</b> .....	75
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	77
<b>5.1 Análise da organização da rede</b> .....	77
<b>5.2.1. Referência de envio</b> .....	79
<b>5.2.1.1 Composição da rede</b> .....	79
<b>5.2.1.2 Análise das medidas de rede</b> .....	81
<b>5.2.2 Referência de Recebimento</b> .....	84
<b>5.2.2.1 Composição da rede</b> .....	84
<b>5.2.2.2 Análise das medidas de rede</b> .....	86
<b>5.3.3 Coordenação de Caso</b> .....	89
<b>5.2.3.1 Composição da rede</b> .....	89
<b>5.2.3.2 Análise das medidas de rede</b> .....	91
<b>5.2.4 Programas Conjuntos</b> .....	93
<b>5.2.4.1 Composição da rede</b> .....	93
<b>5.2.4.2 Análise das medidas de rede</b> .....	95
<b>5.2.5 Consultorias</b> .....	98
<b>5.2.5.1 Composição da rede</b> .....	98
<b>5.2.5.2 Análise das medidas de rede</b> .....	100
<b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	104

<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	116
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	120
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO</b> .....	136
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO PARA A RODA DE CONVERSA</b> .....	137
<b>APÊNDICE C – ESCALA DE LIKERT</b> .....	138
<b>APÊNDICE D - CARTA PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE URUGUAIANA/RS</b> .....	146
<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA</b> .....	148
<b>APÊNDICE F – QUADROS DE RESULTADOS NA ÍNTEGRA</b> .....	150

## APRESENTAÇÃO

*“Nenhum homem é uma ilha, completo em si próprio; cada ser humano é uma parte do continente, uma parte de um todo.”*

John Donne

Início esta breve apresentação acerca de minha trajetória existencial com uma frase do poeta inglês John Donne que em poucas palavras consegue expressar a necessidade dos indivíduos de estarem conectados e em constante interação. Complemento a ideia do autor refletindo que esta condição é inerente ao ser humano; a rede de relações que cada indivíduo estabelece em função do contexto que é permeado e das escolhas que realiza no decorrer da vida influencia os percursos pelos quais cada um de nós decide trilhar.

Muitas redes foram tecidas até chegar aqui e o percurso até este tema foi longo. As inquietações em relação ao cuidado em saúde mental vêm se constituindo por meio de minha formação como pessoa, somadas às experiências acadêmicas e profissionais, tendo início quando ingressei na graduação de enfermagem no ano de 2006.

O início desta proximidade surgiu em meio à oportunidade como bolsista de iniciação científica, onde tive a oportunidade de me inserir em projetos de pesquisa junto a adolescentes institucionalizados e em situação de vulnerabilidade social. Esta experiência provocou-me muitas reflexões, sobretudo, acerca da influência do contexto social/cultural e o uso de drogas por jovens e adolescentes.

No sexto semestre da faculdade, mais uma vez cruza em meu caminho uma oportunidade de experienciar outras nuances da temática relacionada às drogas, agora como bolsista de extensão. Na ocasião, me inseri em uma Comunidade Terapêutica destinada ao tratamento de usuários de drogas. Participando ativamente das atividades do serviço, o que mais me inquietava e me fazia refletir a forma como se dava a organização e (des)articulação da instituição com os recursos do território. Os usuários permaneciam na instituição por cerca de nove meses, neste tempo, além do distanciamento da família e da sociedade, pude observar que a interlocução do serviço com a atenção básica (AB), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros recursos da Rede de Atenção Psicossocial era pouco efetiva, prejudicando a reinserção do usuário na comunidade e a longitudinalidade do cuidado, práticas estas que andavam na contramão do processo de Reforma Psiquiátrica.

Nesta ótica, entende-se que a dificuldade do serviço em efetuar articulação com outras instituições se contrapõe à necessidade de ampliar a discussão com outros protagonistas na

construção de um projeto terapêutico mais sofisticado do usuário. Desta experiência, originou-se meu Trabalho de Conclusão de Curso<sup>1</sup>, que investigou o processo de comunicação entre adolescentes usuários de substâncias psicoativas. O estudo explorou a interação estabelecida entre eles e a identidade cultural que os aproxima.

Ainda na graduação, realizei estágio voluntário em um CAPS II. A experiência durou apenas um mês, mas com toda certeza posso afirmar que foi um período “libertador” e de intensas descobertas que me convidaram a pensar na riqueza da vida, na importância das relações e das trocas que estabelecemos com as pessoas. Lembro-me que ensinava, mas também aprendia, com usuários e profissionais do serviço. Nesta inserção junto ao CAPS II, realizava principalmente atividades com usuários através de atendimento individuais e em grupo, contudo, não realizava ações de cuidado ‘para fora do serviço’ que envolvessem demais recursos da rede a fim de sanar demandas dos usuários. Assim, a partir dessa vivência tornou-se para mim um desafio instigante conhecer mais acerca das redes em saúde mental.

Mais tarde, durante o Mestrado Acadêmico, a participação em pesquisas e outras atividades acadêmicas sobre o assunto também contribuíram para o amadurecimento de algumas reflexões sobre o cuidado no contexto do uso de substâncias. Destaco o envolvimento na pesquisa ViaREDE<sup>2</sup> que me trouxe questionamentos sobre a organização da rede de cuidado ao usuário de crack.

Alguns dos resultados da pesquisa apontam para a necessidade da articulação da rede e da intersectorialidade no cuidado ao usuário de crack, contudo, avaliou-se que o município investigado ainda vive reflexos de uma rede fragmentada e invisível, mostrando também, que a falta de articulação entre os serviços de saúde com outros dispositivos da rede, como a assistência social e a AB é uma das grandes fragilidades da rede. A ausência de espaços para conhecer o trabalho dos diferentes dispositivos de cuidado da rede através das trocas entre as equipes e de vivências dentro dos serviços também foi considerada como um obstáculo para o trabalho em saúde mental.

---

<sup>1</sup>Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “A identidade cultural no processo de comunicação social de adolescentes em situação de vulnerabilidade”, apresentado em 2012 pela Universidade Regional Integrada - URI.

<sup>2</sup> Estudo avaliativo que teve por objetivo avaliar qualitativamente a rede de serviços de saúde mental em Viamão/RS para o atendimento a usuários de crack. A pesquisa fundamentou-se nos pressupostos teórico-metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. O dispositivo metodológico usado na coleta de dados foi o Círculo Hermenêutico-Dialético, aplicado aos grupos de interesse: usuários, familiares, gestores e trabalhadores de um CAPS AD. Para a análise dos dados o estudo seguiu as orientações do Método Comparativo Constante. Esta pesquisa foi financiada pelo CNPq (Edital MCT/CNPq 041/2010) e foi desenvolvida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

Ainda no tocante à articulação da rede, os resultados da pesquisa destacaram a importância de conhecer e investir nas redes de apoio social dos indivíduos, uma vez que pode potencializar o cuidado para fora dos serviços de saúde, e conseqüentemente, fortalecer a rede de atenção aos usuários de crack.

Através dos resultados da pesquisa pude refletir que não é possível cuidar do usuário sem considerar uma abordagem compartilhada e intersetorial. Logo, é preciso investir no trabalho em rede, destacando a necessidade de maior articulação com a sociedade civil e seus equipamentos sociais, com vistas a conhecer o território e os movimentos do usuário de crack.

A participação no ViaREDE possibilitou o aprofundamento da temática e o desenvolvimento de minha Dissertação de Mestrado intitulada “Rede de Apoio Social de Familiares de Usuários de Crack”<sup>3</sup>. Neste estudo, verificou-se que o CAPS se constitui em um dos recursos acionados pela família que vivencia o contexto do uso de crack, além de que a composição das redes de apoio social formada por serviços de saúde e equipamentos sociais contribuía para que a família pudesse se reorganizar e se fortalecer para o cuidado e o enfrentamento das adversidades.

Os resultados também apontaram o quanto o fortalecimento das redes entre os serviços é importante para o cuidado aos usuários de crack e seus familiares, uma vez que a articulação de diferentes recursos é capaz de promover a construção de uma rede comprometida e genuína de cuidado.

Ainda enquanto aluna do Mestrado, outras inserções em atividades da pós-graduação, como no Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, nas disciplinas do Mestrado e no Estágio de Docência permitiram ampliar minha forma de pensar e compreender o fenômeno das drogas. Percebi que há possibilidade de produzir cuidado pensando para além do espaço físico do serviço, levando em consideração a formação de redes que se conectam e vão ao encontro das necessidades dos usuários, contemplando sua subjetividade, seus desejos, seus contextos de vida.

Da mesma forma, discutir acerca da organização desta rede também é emergente, considerando a necessidade de extrapolar os recursos existentes dentro dos serviços e no setor saúde, indo em busca da articulação de diversos equipamentos que contemplem a complexidade das demandas em saúde mental e garantam maior qualidade do cuidado.

Além das experiências acadêmicas, o trabalho como enfermeira em um CAPS AD levou-me a conhecer melhor a dinâmica do trabalho com relação ao cuidado aos usuários de

---

<sup>3</sup>Dissertação de Mestrado defendida no ano de 2014, no programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.

drogas. Contudo, ao mesmo tempo, percebi a pouca profundidade nas relações estabelecidas entre os profissionais dos serviços para compor essas estratégias de produção de cuidado mais ampliado. Ao acolher usuários com inúmeras vulnerabilidades sociais (desemprego, situação de rua, conflitos familiares) e até mesmo apresentando situações clínicas importantes, compreendi que as demandas dos usuários de drogas extrapolavam as respostas que o CAPS AD poderia ofertar, exigindo o envolvimento de outros serviços e outros setores para a efetivação do cuidado.

No ano de 2015 iniciei minha trajetória docente como Professora Assistente da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), na cidade de Uruguaiana. As atividades desenvolvidas com interface entre a Universidade e os serviços substitutivos do município têm me feito refletir sobre a organização da rede de saúde mental, especialmente no que se refere ao cuidado dos usuários de drogas. Os gestores em saúde vêm se mobilizando para a implantação de serviços e outras estratégias para este tipo de cuidado, destacando-se o Consultório na Rua, a Casa de Acolhimento Transitório e a Escola de Redutores de Danos. Apesar do investimento nestes recursos, o município enfrenta dificuldades na articulação dos pontos da rede, principalmente no que se refere à comunicação entre AB e CAPS AD.

Desta forma, o CAPS AD se apresenta como um potente cenário de investigação, visto que atende a uma população com diferentes demandas de saúde, trabalho, lazer, justiça dentre outras, o que por sua vez, exige maior articulação deste serviço com a rede social. Nesse sentido, pensar a organização do serviço e sua comunicação com os demais pontos da rede é fundamental para a construção de um cuidado compartilhado e responsável com as necessidades do usuário e da família.

Frente ao exposto, o presente estudo pretende fornecer informações oportunas sobre as características das interações estabelecidas entre os diferentes dispositivos presentes na rede de atenção aos usuários de drogas.

Deste modo, acredita-se que esta pesquisa poderá contribuir para a implementação de estratégias em nível local que promovam maior coesão e interação entre os componentes da rede, a fim de valorizar a perspectiva de trabalho integrado para o alcance de uma maior qualidade e efetividade na assistência aos usuários de drogas.

Neste sentido, lanço alguns questionamentos que me trazem inquietações e impulsionam o desenvolvimento desta pesquisa: Quais serviços compõem a rede de cuidado voltada aos usuários de drogas? Existe articulação entre os diferentes dispositivos dessa rede? Como se dão as relações entre o CAPS AD e os demais dispositivos que compõem a rede?

Quais são os serviços que desempenham papel central na rede? Quais são os serviços que desempenham papel de conexão/ponte com outros recursos da rede?



## **1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

### **1.1 Trajetórias da loucura: o processo de transformação da atenção em saúde mental**

Considero necessário conhecer acerca da historicidade do fenômeno da loucura para a compreensão do modelo de cuidado que atualmente vem sendo consolidado no contexto brasileiro, haja vista que, o modo como pensamos/fazemos hoje em relação ao cuidado em saúde mental, dá-se através de uma construção histórica e é fruto de várias mudanças ocorridas neste campo.

Nesse sentido, cabe ressaltarmos que o campo da saúde mental e a atenção psicossocial não é um modelo ou sistema fechado, mas sim um processo que é social, e ao mesmo tempo, complexo (ROTELLI, 2001). Além disso, quando se fala de processo, pensamos em movimento, algo que caminha e se transforma permanentemente, e, neste caminhar, vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas (AMARANTE, 2008a).

Em se tratando de um movimento complexo, difícil é situar o contexto de transformação da assistência psiquiátrica e problematizar a composição da rede sem caracterizar aquilo que levou às mudanças, tanto teórico-conceitualmente, quando no cotidiano das relações interpessoais.

Para contextualizar isso, busco apoio nas orientações trazidas por Amarante (2008a), que, ao abordar as diferentes dimensões do processo da reforma, de maneira didática, não ignora a legitimidade e a complexidade do movimento. Segundo o autor, a reforma psiquiátrica se constitui num intenso e longo processo de constituição de novos saberes e novas práticas, a partir de dimensões epistemológicas, jurídico-políticas, socioculturais e técnico-assistenciais.

A dimensão epistemológica refere-se ao conjunto de questões que se situam no campo teórico-conceitual e que dizem respeito à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico. Ela também objetiva problematizar e desconstruir conceitos produzidos pelo referencial epistêmico da psiquiatria, tais como o conceito de alienação/doença mental, isolamento terapêutico, degeneração, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura, dentre outros (AMARANTE, 2009).

A dimensão epistemológica da reforma trabalha com conceitos inerentes à constituição da loucura enquanto fenômeno social, assim como a historicidade desse fenômeno e suas marcas ao longo do desenvolvimento da sociedade. A compreensão sobre a loucura teve variações ao passar dos anos, levando à distintas perspectivas durante de acordo com a época (PESSOTTI, 1994).

Na idade clássica a loucura era vista, de acordo com Pessotti (1994), sob pelo menos três enfoques: como obra da intervenção divina, como produto dos conflitos passionais do homem, mesmo que permitidos ou impostos pelos deuses e, por último, como efeito de disfunções somáticas, causadas por eventos afetivos. No período Renascentista não havia uma isonomia em relação ao conceito de loucura. Existiam algumas concepções filosóficas que relacionavam a loucura ao místico, a positividade, a sabedoria e a autenticidade. Entretanto, nesse mesmo período os loucos eram excluídos da sociedade viviam como andarilhos ou eram expulsos das cidades e levados a embarcações que recebiam o nome de ‘Nau dos loucos’ (FOUCAULT, 2000).

Na idade média a loucura era associada à possessão diabólica, de modo que, esta concepção possuía fortes raízes políticas e morais advindas do Cristianismo. Essa concepção anulava qualquer tipo de intervenção médica destinada ao tratamento da loucura, pois a sanidade só poderia ser restaurada por práticas como a fé, a expiação dos pecados, as peregrinações, as confissões, as preces, a devoção e a caridade. Em casos extremos, havia a indicação de exorcismo, autoflagelação, torturas e morte na fogueira (PESSOTTI, 1994).

Com as ideias iluministas, já na idade moderna, os loucos passaram ao campo da exclusão junto aos pobres, desempregados, mendigos e velhos, uma vez que eram considerados improdutivos socialmente. Lugares para alojá-los se multiplicavam, e os castigos físicos e as punições eram frequentes (FOUCAULT, 2000; DESVIAT, 2015).

Contudo, foi especificamente na idade moderna, com Philippe Pinel, que ela se materializa como doença, sendo essa doença um objeto a ser conhecido e estudado pela ciência médica moderna (FOUCAULT, 2000).

Pinel era médico, filósofo, político e matemático, conhecido como o precursor da psiquiatria moderna e foi considerado um dos protagonistas da primeira “reforma”<sup>4</sup> no modo

---

<sup>4</sup>Durante o triunfo da Revolução Francesa, desencadeada em 1789, o Hospital Geral de Bicêtre, na França, mantinha-se como instituição que abrigava homens, enfermos mentais e criminosos de diversas naturezas e graus de periculosidade, que independentemente do grau de ameaça ou da natureza motivadora do isolamento, eram mantidos acorrentados. Desta forma, o Hospital Geral era uma estrutura que tinha o poder de figurar entre a justiça e a polícia, sempre dentro dos limites da lei: constituía-se na "terceira ordem da repressão" (FOUCAULT, 2000). Nesta conjuntura, a Revolução Francesa, cenário de uma reforma política, econômica e administrativa nas relações sociais, foi o que possibilitou que a loucura passasse a ser encargo para a medicina.

de ver a loucura. Revolucionou ao propor ‘liberdade aos loucos’, que, embora libertados das correntes, deveriam ser submetidos ao isolamento total, que, segundo ele, restituiria o homem de sua liberdade subtraída pela alienação mental (AMARANTE, 2008b).

Para Pinel, a alienação mental caracterizava-se como um descontrole nas paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade do indivíduo perceber a realidade. As causas da alienação mental eram oriundas do meio social, motivo pelo qual era necessário isolamento. Assim, uma das principais características do tratamento baseava-se (necessariamente) na hospitalização, uma vez que o paciente era portador de um distúrbio que lhe rouba a razão. Portanto, um insano, insensato, incapaz, irresponsável, não restando alternativa se não a criação de um sistema fundado na vigilância, no controle e na disciplina. Sob esta perspectiva, nasce o tratamento moral, o qual se utilizava de práticas como punição, repressão e intimidação dos indivíduos (FOUCAULT, 2000).

Diante das causas "morais" da loucura, Pinel acreditava ser possível revertê-la através da educação, empregando processos disciplinares em seus pacientes através de um “tratamento moral”. Este tratamento, enquanto reeducativo, operava ao nível de convencimento do paciente, buscando a modificação de comportamentos tidos como inadequados (PESSOTTI, 1994). Nesta perspectiva, o primeiro e mais fundamental princípio do tratamento moral constituía-se no princípio do “isolamento do mundo exterior”. O médico considerava que, estando as causas da alienação mental presentes na sociedade, seria o isolamento que permitiria afastá-las para um meio onde as mesmas não pudessem ser prejudicadas (AMARANTE, 2001; PORTOCARRERO, 2002).

Sob esta forma de compreensão da loucura, o manicômio se transformou na instituição na qual o alienado poderia ser tratado adequadamente e livre de qualquer interferência. Em outras palavras, o isolamento estaria associado à própria produção do conhecimento no campo do alienismo, pois o hospital pineliano se tornava o próprio laboratório onde as pessoas seriam observadas e estudadas (AMARANTE, 2001).

Embora as contribuições de Pinel e seus seguidores tenham sido importantes na história da loucura, a instituição asilar e a eficácia do Tratamento Moral passaram a ser questionadas (DESVIAT, 2015). Algumas condições, como superlotação dos asilos,

---

Dessa forma, o internamento passou a ser compreendido como uma necessidade: o insensato, irresponsável, alienado não deveria mais ser objeto de exclusão por meio do aprisionamento e sim de um novo tipo de relação: a tutela. Assim, influenciado pelo Iluminismo, com seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade e, também, da Revolução Francesa, Pinel, então diretor dos hospitais de Bicêtre e da Salpêtrière, inicia sua grande obra de medicalização do Hospital Geral. O projeto de medicalização da loucura, esboçado nos textos médicos deste período, defendia novos parâmetros para a loucura e a necessidade de reclusão dos loucos. Deste modo, Pinel produziu uma reforma no contexto da saúde, elevando a medicina mental como ciência do estudo dos corpos, com base uma racionalidade experimental (FOUCAULT, 2000; DESVIAT, 2015).

dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade, as evidentes funções sociais cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população e as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico fosse colocada em xeque (BASAGLIA, 2005).

Após a Segunda Guerra Mundial os questionamentos acerca dos tratamentos psiquiátricos se intensificaram ainda mais. Aliado a isso, havia uma vontade coletiva de criar uma sociedade mais justa, igualitária e solidária, tornando-se o estopim para o início dos primeiros movimentos de reforma das concepções clássicas sobre o louco e a loucura (DESVIAT, 2015). Nesse escopo, aspectos como o isolamento, as punições, a submissão irrestrita às regras e a medicalização excessiva passaram a ser duramente criticadas (FOUCAULT, 2000).

A partir do crescimento desse movimento de crítica ao modelo de tratamento pineliano, foram pensadas algumas propostas reformistas ao redor do mundo. Nas décadas de 1950 e 1960, podemos citar o surgimento das Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional Francesa. Essas experiências investiram no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição (AMARANTE, 2008a), ou seja, propunham estratégias de melhoria e “humanização” do aparato manicomial, não a sua substituição.

Mais tarde surgiram as propostas da Psiquiatria de Setor na França e Psiquiatria Preventiva (ou Comunitária) (BIRMAN; COSTA, 1994), que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado e que o mesmo deveria ser desmontado, tornando-se obsoleto. Contudo, o verdadeiro processo de rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional passou a ocorrer com o advento de movimentos de ruptura, como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

A Antipsiquiatria teve início na Inglaterra no final dos anos de 1950. Pensada por Ronald Laing e David Cooper, defendia a existência de uma nova corrente doutrinária na área de saúde mental que tinha por característica principal contestar a validade da Ciência Médica para resolver os problemas psiquiátricos. Seus conceitos propagaram-se para áreas afins, no bojo dos movimentos de protesto das conturbadas décadas de 1960 e 1970, que julgavam não existir doenças mentais e que a nosologia médica psiquiátrica não passava de um conjunto de rótulos, apregoando o fechamento dos estabelecimentos médicos psiquiátricos (PESSOTTI, 1994).

A Psiquiatria Democrática foi o movimento que mais provocou mudanças na psiquiatria e nos dispositivos de tratamento em saúde mental influenciando diretamente os

movimentos pelas reformas na psiquiatria no Brasil e no mundo. Protagonizado por Franco Basaglia<sup>5</sup>, esse movimento de reforma na Itália conseguiu atingir uma importante diminuição dos leitos psiquiátricos, a partir da implantação de ideologias técnicas e políticas avançadas para resituar o lugar do sujeito no mundo (MELMAN, 2008).

Nessa perspectiva, observa-se que Basaglia não visava apenas ao fechamento dos manicômios, mas também de todo o aparato manicomial<sup>6</sup>, através da mudança dos conceitos preestabelecidos e limitados sobre a loucura e formas de tratamentos. Para o psiquiatra, a ampliação de seu conceito e, sobretudo, a produção de um cuidado “desinstitucionalizado”, se constituem em premissas que atendem à necessária saída dos loucos dos hospícios e inserção dentro da comunidade.

Neste empreendimento epistemológico, o conceito de desinstitucionalização introduzido pela tradição basagliana foi fundamental para o avanço deste processo. Para Basaglia, desinstitucionalizar passou a designar as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida, tornando-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber (AMARANTE, 2009).

Desta forma, a dimensão Epistemológica implica a ruptura com o olhar psiquiátrico no contexto mais amplo de uma crise do paradigma da racionalidade científica. Não se trata apenas de um novo olhar para o mesmo objeto, mas de uma ruptura que possibilite a produção de novos conceitos para novos problemas e objetos (YASUI, 2006). Neste sentido, um dos desafios fundamentais da reforma é promover um radical rompimento em relação ao modelo

---

<sup>5</sup>Franco **Basaglia** era médico psiquiatra, e foi o precursor do movimento de **reforma** psiquiátrica italiano. A primeira ação reformadora de Basaglia ocorreu no Hospital Psiquiátrico da cidade de Gorizia, quando tentou transformá-lo em um *locus* de efetivo tratamento e reabilitação. Porém, observou que não era possível tais transformações dentro de um hospital psiquiátrico, sem que se iniciasse um processo de negação da psiquiatria enquanto ideologia (AMARANTE, 1996). Para ele, a violência é tributária direta das instituições, sendo esta uma condição fundamental para a contínua efetivação do hospital psiquiátrico. Norteado por este pensamento, Basaglia rompe com as experiências anteriores, ao criticar incondicionalmente a violência praticada aos internos no modelo asilar e o caráter antiterapêutico do manicômio (COUTO; ALBERTI, 2008). Mais tarde, em 1970, o médico assume a direção do Hospital Provincial de Trieste e inicia uma experiência de transformação radical daquela instituição através de seu fechamento. A partir de 1976, aquele Hospital foi fechado oficialmente, e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia. Inicia-se aí a criação dos serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial, como Centros de Saúde, cooperativas de trabalho, casa para ex-alienados, dentre outras estratégias que assumiam a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental no território (AMARANTE, 1996, 2008a).

<sup>6</sup> Por aparato manicomial entende-se não apenas a estrutura física do hospício, mas um conjunto de saberes, práticas, relações sociais e experiências jurídicas que fundamentam a existência de um lugar de segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2008a).

psiquiátrico, questionando seus conceitos e suas práticas, para, em seguida, inventar um novo paradigma científico, ético e político.

Vale lembrar que as mudanças paradigmáticas produzidas no campo epistemológico sustentaram o processo de reorganização de políticas públicas e também dos serviços de saúde. Passou-se a rediscutir e redefinir as relações sociais e civis com a loucura, de forma a materializar os ideais sanitários e humanísticos, na legislação. Para Amarante (2008a), esse é outro aspecto importante do movimento da reforma psiquiátrica, relacionado à dimensão jurídico-política do processo.

No Brasil, os avanços dos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira culminaram na elaboração de políticas públicas em saúde mental que favorecessem a diminuição e a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por serviços de base territorial (CAMURI; DIMESTEIN, 2010). Além disso, que também pudessem valorizar as individualidades do sujeito e resgatar aspectos da vida social perdidos pela exclusão promovida pelo manicômio. Esses aspectos foram introduzidos nos debates sanitários a partir da influência de pensadores e movimentos de trabalhadores em saúde mental. Neste contexto, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) foi fundamental, consolidando-se sob forte inspiração da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana. Pretendia:

Constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2001).

Ressalta-se que as reivindicações do MTSM dirigiam-se tanto aos aspectos trabalhistas e corporativos (aumento salarial, regularização da situação trabalhista, ampliação do número de profissionais e adequação da carga de trabalho), quanto aos assistenciais, reivindicando melhorias na condição da assistência aos pacientes e críticas aos manicômios como instituições de violência e de cronificação (ZEFERINO, 2013).

Deste modo, o MTSM protagonizou o panorama de mudanças em nosso país, passando a publicar essas denúncias que ressaltavam a violência promovida nos manicômios. Expunha a mercantilização da loucura, principalmente pela oferta de assistência por muitos hospitais da rede privada e a crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo que privilegiava o hospital psiquiátrico como recurso central no atendimento às pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 2008a).

Além deste movimento, destaca-se dois eventos científicos que deram força ao processo de Reforma e de transformações teórico-conceituais: o V Congresso Brasileiro de

Psiquiatria, no qual os integrantes do movimento procuravam fazer uma articulação nacional, e o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, que trouxe ao Brasil nomes expressivos dos movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos na Europa e nos Estados Unidos, como Michael Foucault, Franco Basaglia, Erving Goffman e Gilles Deleuze (ZEFERINO, 2013).

Em síntese, todos estes movimentos ocorridos entre os anos de 1970 e 1980 foram importantes para a ascensão dos ideais reformistas, e, sobretudo, trouxeram avanços no corpo de saberes e práticas psiquiátricas. A partir das discussões e desconstrução do conceito de doença mental - assim como muitos outros conceitos produzidos pela psiquiatria - transformam-se as relações entre as pessoas envolvidas; transformam-se os serviços, os dispositivos, os espaços; mudam-se também os conceitos e as práticas jurídicas que eram sustentadas por aqueles conceitos (AMARANTE, 2009).

Neste panorama, a dimensão jurídico-política da Reforma Psiquiátrica se configura como um grande desafio, principalmente quando a loucura deixa de ser sinônimo de periculosidade, irracionalidade e incapacidade, e passa a ser compreendida como a existência de um sofrimento na sua relação com o corpo social (CÉZAR, 2014).

Para Amarante (2008a), a revisão da legislação deve ser o primeiro aspecto trabalhado nesta dimensão. No tocante ao exercício da cidadania, a questão dos direitos humanos assume uma expressão singular, pois se trata da luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental, tornando-os verdadeiramente cidadãos.

Assim, a formulação de um aparato legislativo e jurídico que reconheça o louco como cidadão é essencial para uma efetiva transformação social. Nessa perspectiva, no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657 de autoria do Deputado Paulo Delgado (BRASIL, 1989).

Este Projeto de Lei caracterizou-se como o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. O Projeto dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação psiquiátrica involuntária. Contudo, a discussão do Projeto teve inúmeros impasses, passando por um longo processo de tramitação no Senado Federal, que atravessou toda a década de 1990. Suas proposições motivaram debates com a presença de diferentes atores, favoráveis e contrários à reforma. Esses debates sintetizaram o conjunto de conflitos inerentes ao processo, expressaram as forças em jogo e, ao mesmo tempo, simbolizaram a luta pela reforma psiquiátrica e pela superação dos manicômios (NICÁCIO, 2003).

Cabe ressaltar que, a partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis regionais que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começam a ganhar contornos mais definidos. Passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

A criação deste projeto teve grande repercussão no contexto brasileiro, dando visibilidade à questão, pois:

...as principais transformações no campo jurídico-político tiveram início a partir deste Projeto de Lei, que provocou enorme polêmica na mídia nacional, ao mesmo tempo em que algumas associações de usuários e familiares foram constituídas em função dele. Uma contrária, outras a favor, o resultado importante deste contexto foi que, de forma muito importante, os temas da loucura, da assistência psiquiátrica e dos manicômios invadiram boa parte do interesse nacional (AMARANTE, 2001. p. 84).

Embora o projeto original tenha recebido várias emendas e cortes, após doze anos de tramitação foi aprovado um substitutivo que levou à promulgação da Lei 10.216, em 6 de Abril de 2001, ficando conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2008a). A referida lei prevê os direitos à pessoa com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência através da criação de serviços substitutivos de base territorial, alicerçados por premissas como o cuidado humanizado, o resgate da cidadania e a reinserção social dos indivíduos (BRASIL, 2001).

A transformação do lugar social e de cidadania do louco não se restringe a alterações legislativas e suas expressões nos arranjos organizacionais dos serviços, mas é fruto de tensões e conflitos que envolvem diversos atores na relação entre Estado e sociedade (YASUI, 2010), prescindindo, portanto, de transformações também no campo social e cultural.

É nessa discussão que se situa a importância da dimensão sociocultural, que concerne à percepção social do louco e às representações construídas socialmente em torno da loucura (YASUI, 2010). É aqui que se representa as mudanças (ou necessidades delas), atreladas à



imagem social da loucura, de modo a ressignificar as características e os sinais que levam a sociedade a pensar na exclusão e no asilamento como soluções efetivas à questão.

Focando na desmitificação do lugar da loucura na sociedade e no senso comum, qualquer iniciativa deve ser pautada na superação do estigma<sup>7</sup> produzido ao longo dos séculos em torno da loucura. Essa é uma das possibilidades mais concretas de fazer a reforma psiquiátrica acontecer no cotidiano, principalmente a partir do olhar de cada um de nós, que fazemos parte desse contexto. Só assim é possível mostrar à sociedade formas possíveis e alternativas de tratamento e cuidado que vão além dos muros habituais dos manicômios.

O maior desafio da transformação no campo da reforma perpassa uma mudança cultural, ou seja, que possa ampliar o saber sobre a loucura, afastando-a do campo exclusivo da psiquiatria, a fim de construir uma nova relação com a sociedade. Assim, a loucura, ao sair do lugar restrito de tratamento, acaba ganhando novo *status* social (AMARANTE; RANGEL, 2009).

Cabe ressaltar, que as mudanças nas diferentes dimensões da Reforma também influenciam na maneira como a sociedade enxerga o louco e a loucura. Tal reflexão é endossada ao observarmos que a compreensão do conceito de loucura enquanto alienação mental, periculosidade e perda da razão possibilitou a construção de representações sociais de medo, de risco, de exclusão, estigmas, discriminação e preconceitos. Em contraposição, se procurarmos (sentir e) nos relacionarmos com os sujeitos em sofrimento, olhando para eles e não para a doença, poderemos vislumbrar espaços terapêuticos, espaços de cuidados e acolhimento, de produção de subjetividades e de sociabilidades (AMARANTE, 2008a).

É nesse caminho que se torna estratégica a produção de um conjunto de ações que visem à transformação desse imaginário social e que possa trazer uma nova forma de relação entre sociedade e loucura. Para isso, são relevantes ações e estratégias de cunho cultural. Um

---

<sup>7</sup> Em seu livro “*Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*”, Goffman (2015) afirma que seria uma relação entre atributo e estereótipo, e tem sua origem ligada à construção social dos significados através da interação. A sociedade institui como as pessoas devem ser, e torna esse dever como algo natural e normal, ou seja, é a própria sociedade quem estabelece os meios de ‘categorizar’ as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Entretanto, o processo de estigmatização não ocorre devido à existência do atributo em si, mas pela relação incongruente entre os atributos e os estereótipos que os normais criam para um determinado tipo de pessoa. No que se refere ao campo da saúde mental, no processo de exclusão e estigmatização dos portadores de transtornos mentais, os próprios estigmatizados tendem a apresentar as mesmas crenças sobre a sua identidade que aquelas apresentadas pela sociedade que se julga “normal”. Por serem rotulados e discriminados, eles internamente se sentem marcados e envergonhados por esses estereótipos (GOFFMAN, 2015). Este estigma da loucura ou rótulo retira do sujeito o seu “eu”, ainda que este leve uma vida regrada e dentro dos padrões de normalidade estabelecidos pela sociedade. Tão difícil quanto o próprio transtorno mental, faz o estigmatizado ser tratado com se não tivesse desejos, vontade própria, não fosse capaz de decidir sua própria vida, torna-se, muitas vezes, objeto nas mãos de médicos, familiares e da sociedade (BUSSINGUER; ARANTES, 2016).

exemplo disso é a criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em 18 de maio. Nele, ocorrem em todo o país atividades culturais, políticas, acadêmicas, esportivas, dentre outras que buscam sensibilizar e envolver os atores sociais à participação e reflexão das questões pertinentes ao campo da saúde mental (PITTA, 2011). Variadas produções artístico-culturais têm sido o palco da construção da nova relação entre a sociedade e a loucura, apontando para maior protagonismo dos sujeitos tradicionalmente limitados ao papel de doentes mentais e objetos do saber psiquiátrico (BASAGLIA, 2005).

Essa transição paradigmática e social requer que a sociedade repense o papel dos novos serviços de saúde e acompanhe sua evolução também no contexto prático da Reforma. Logo, as transformações nascidas em outras esferas sociais também repercutiram no cotidiano dos serviços de saúde e das práticas profissionais.

Assim, esta última dimensão, chamada de técnico-assistencial (AMARANTE, 2008a), está intrinsecamente relacionada às demais dimensões da reforma, pois nelas se concentram a construção de novos serviços substitutivos ao manicômio. Como discutido anteriormente, o modelo tradicional de tratamento em saúde mental dava sinais de esgotamento, pois privilegiava o isolamento, ao contrário das tendências reformadoras de cuidado para fora dos muros do hospital. Assim, um modelo extra-hospitalar traz questões mais complexas e exige maior capacidade de formação de potentes redes de conversações<sup>8</sup>.

Contudo, tais mudanças trazidas pelo processo de transição de modelos de cuidado não se limitam somente à extinção dos manicômios, mas visam a desconstruir o tratamento cronificador e iatrogênico através de novos dispositivos de tratamento substitutivos ao manicômio e inseridos na comunidade, onde vive o sujeito, reforçando a necessidade da articulação entre os recursos e da produção de redes (SANTOS, 2009).

Na América Latina, a reestruturação da assistência psiquiátrica foi acompanhada das discussões que aconteciam ao redor do mundo, algo que ficou materializado em um evento conhecido como Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Promovido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em 1990, o evento catalisou os

---

<sup>8</sup> Segundo Teixeira (2003) a rede de conversações conforma um autêntico espaço coletivo de conversação, composto de várias e distintas “regiões de conversa”. A substância do trabalho em saúde é a conversa, da qual depende a realização de todo trabalho em saúde. Como tecnologia de produção de relação, a conversação também é uma tecnologia de criação de vínculos e afetos. Para tanto, as redes devem se constituir em um sistema de conversações produtoras de territórios existenciais tanto para os usuários quanto para os trabalhadores e gestores dos serviços (TEIXEIRA, 2003). Sob esta ótica, compreende-se que o conceito de rede de conversações é essencial ao campo da saúde mental, visto que para a consolidação do processo de reforma e do trabalho em rede, não basta apenas a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários, é necessário também que existam constantes movimentos de interação e um genuíno interesse de aproximação entre os atores da rede. Só assim, acredita-se ser possível a produção de novas respostas as demandas complexas e multidimensionais que envolvem o fenômeno da loucura.

países latinos a construírem alternativas viáveis de assistência, levando em consideração a complexidade dos sistemas locais de saúde e a necessidade de reestruturar o modelo hospitalocêntrico (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1990).

Ao final desta Conferência, a Declaração de Caracas, documento final assinado por países da região, sintetizou a preocupação para a necessidade de revisão dos processos assistenciais relacionados à organização dos serviços de saúde, em torno de uma lógica extra-hospitalar e comunitária. Lembrando que a efetiva reforma dos serviços de saúde passa pelo reconhecimento da cidadania e do tratamento em liberdade, é necessário também mudar os marcos regulatórios para motivar a abertura e a reestruturação de serviços de saúde mental (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1990).

No Brasil, alguns eventos também tiveram importantes repercussões na mudança de modelo assistencial. Um deles foi a criação do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, inaugurado em março de 1986 e ficou conhecido como CAPS da Rua Itapeva. Foi considerado o “marco inaugural” de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma “clínica ampliada”, articulando demandas de saúde mental com o território. Tal clínica teve como tripé para o seu funcionamento a psicanálise, o uso racional dos psicofármacos e as práticas de inclusão social (PITTA, 2011).

Outro importante evento foi o processo de intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, em 1989. Este processo de intervenção configurou-se como uma iniciativa pública de sucesso, que passou a ser modelo para outros processos de consolidação da rede substitutiva. A iniciativa santista proporcionou a criação de um Programa de Saúde Mental de base comunitária e, por conseguinte, a consolidação dos chamados NAPS (TENÓRIO, 2002; PITTA, 2011).

Os NAPS caracterizavam-se como referências obrigatórias para a consolidação de um modelo psiquiátrico reestruturado no Brasil, com efetiva participação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Funcionando exclusivamente no território, tinham capacidade para operar 24h/dia, com leitos para atendimento à crise e articulados com outros dispositivos comunitários (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). Dessa forma, os NAPS responsabilizavam-se pelo atendimento integral à demanda de saúde mental de uma região, em especial nas situações graves, com o objetivo de promover a restituição do poder contratual do usuário, ampliando sua autonomia (LUZIO; YASUI, 2010).

Os CAPS<sup>9</sup> são serviços estratégicos e operam em uma lógica que valoriza o território e o espaço social do usuário, isto é, com efetiva participação social e comunitária nas demandas de saúde mental. São serviços intermediários entre o ambulatório e a internação psiquiátrica, cuja proposta terapêutica é de uma prática clínica centrada na vida cotidiana do sujeito, de modo a permitir o estabelecimento de uma rede de sociabilidade e compreensão ampliada do contexto de vida das pessoas. Buscando inspiração essencialmente na análise institucional e na psiquiatria de setor, foram o primeiro passo para proporcionar a descentralização do atendimento em saúde mental e a construção de um modo de trabalho centrado na relação interpessoal, na cidadania do sujeito e na autonomia do processo de cuidar (LUZIO; YASUI, 2010).

Entendo que o CAPS se constitui um dos principais instrumentos de implementação da política nacional de saúde mental em nosso país, caracterizando-se em um serviço estratégico de cuidado no território, permeando a complexa articulação de recursos comunitários e extracomunitários que formam as redes.

A partir destas experiências de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, outras iniciativas assistenciais começaram a surgir em vários municípios, destacando-se no sentido de diminuir o potencial danoso das longas internações psiquiátricas e promovendo efetiva mudança de modelo de atenção. Algumas dessas iniciativas são: Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência e Cooperativa, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidades de Emergência Psiquiátrica, Enfermarias e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, Programa de Volta pra Casa

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem no contexto da Reforma como componentes decisivos para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. De acordo com a Portaria nº GM/MS 106, de 2000, os SRTs caracterizam-se como “moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações

---

<sup>9</sup> Centro de Atenção Psicossocial foi uma denominação originada em Manágua, capital da Nicarágua, em 1986, onde, a despeito de todas as dificuldades materiais, utilizando-se de líderes comunitários, profissionais, materiais improvisados e sucatas, foi desenvolvida uma experiência de reabilitar ou habilitar pessoas excluídas dos circuitos habituais da sociedade, em virtude de algum transtorno mental (PITTA, 2001). Atualmente estes serviços são regulamentados pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece as diretrizes para o seu funcionamento. Essa portaria reconheceu e ampliou a complexidade dos CAPS, sendo definidos como serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam segundo a lógica do território. São classificados em CAPS I, II ou III, conforme a cobertura populacional. Também se classificam em CAPS AD, quando atendem a problemas relacionados a álcool e outras drogas, ou Centro de atenção psicossocial à infância e adolescência (CAPSi), para o público infantil e adolescente com problemas de saúde mental (BRASIL, 2002).

psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social” (BRASIL, 2000).

Os Centros de Convivência e Cooperativa foram instituídos através da Portaria nº 396, de 07 de julho de 2005. São dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade. Além disso, se constituem como um dos pontos de atenção que são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças (BRASIL, 2011).

Em janeiro de 2008, a Portaria n.º 154 do Ministério da Saúde criou os NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB e sua resolubilidade. São dispositivos de apoio e vinculação da assistência especializada com a ESF, realizando ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitações em serviço (BRASIL, 2008).

O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Já as Emergências Psiquiátricas em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo (BRASIL, 2005).

Além disso, a implementação de alguns programas, tais como “De volta pra casa<sup>10</sup> e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar<sup>11</sup>”, foram outros marcos importantes para essa nova configuração do modelo de assistência em saúde mental.

O Programa De volta pra casa trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos. Criado pela Lei Federal 10.708/2003, o Programa é a concretização de

---

<sup>10</sup>Este Programa trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos. Criado pela Lei Federal 10.708/2003, o Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O objetivo do Programa é contribuir para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação aos seus beneficiários. (BRASIL, 2005).

<sup>11</sup>O programa é um desdobramento do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH-Psiquiatria). Criado através da Portaria GM/MS Nº 52, de 20 de janeiro de 2004, tem por objetivo promover a redução progressiva dos leitos dos macro-hospitais psiquiátricos (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). Para tanto, são definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (BRASIL, 2004a).

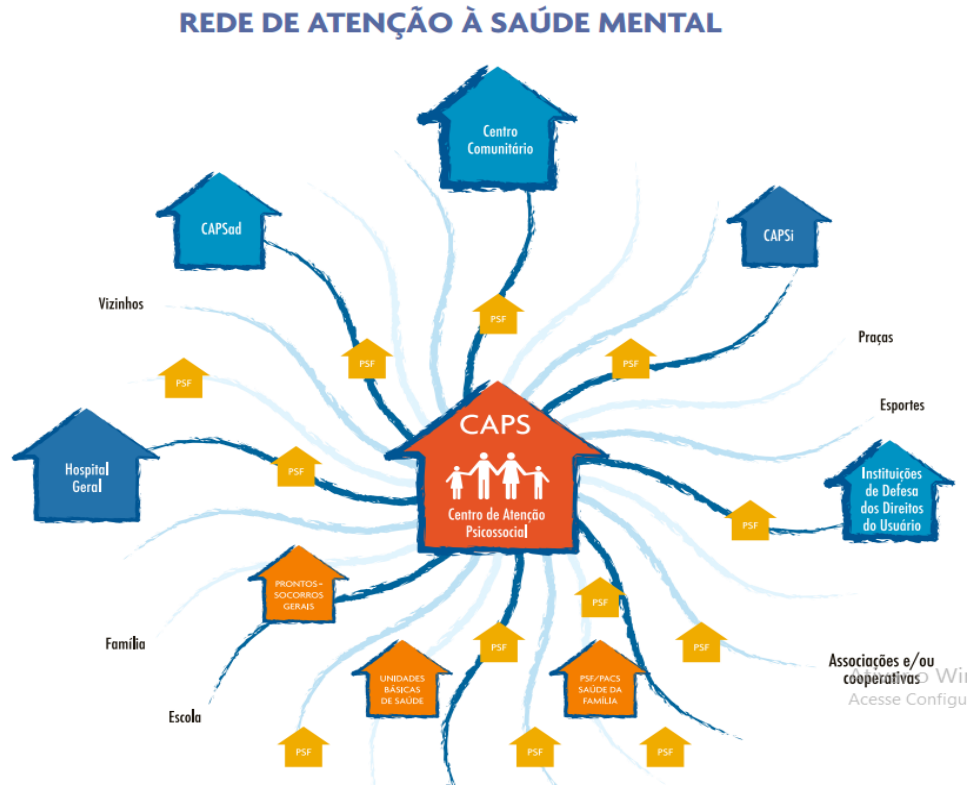
uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O objetivo do Programa é contribuir para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação aos seus beneficiários (BRASIL, 2005).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS é um desdobramento do PNASH-Psiquiatria. Criado através da Portaria GM/MS nº 52, de 20 de janeiro de 2004, tem por objetivo promover a redução progressiva dos leitos dos macro-hospitais psiquiátricos (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos). Para tanto, são definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (BRASIL, 2004a).

## **1.2 A assistência em saúde mental na perspectiva das redes**

A partir da criação desses diversos serviços e programas voltados ao cuidado em saúde mental, o modelo de assistência teve como foco o trabalho em rede e em âmbito territorial. Nesse sentido, em 2004, o Ministério da Saúde articula, a partir de uma figura simbólica, como se operaria o trabalho em saúde mental na perspectiva de uma rede. Partindo da necessidade de operacionalizar as estratégias de cuidado, o CAPS é apontado como o dispositivo “central” e disparador das interfaces entre a rede (BRASIL, 2004b), conforme apresentado na Figura 1:

Figura 1 – Representação da Rede de Atenção à saúde Mental de acordo com o Ministério da Saúde



Fonte: BRASIL, 2004b.

No entanto, essa forma de configuração de redes em saúde mental tem sofrido algumas críticas, especialmente ao refletirmos que toda rede deveria operar de um modo descentralizado, sem um centro de gerenciamento (BARROS; PASSOS, 2004). Mesmo entendendo o CAPS enquanto um serviço estratégico e que funciona como ordenador da rede de saúde mental, é necessário compreendê-lo como um componente integrante desta rede e não como o centro desta, numa perspectiva de horizontalidade. Agindo-se ao contrário, corre-se o risco da centralização do cuidado, em uma relação piramidal, de hierarquização (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006), algo que já vem sendo problematizado por vários autores<sup>12</sup>.

<sup>12</sup>Amarante (2003) também faz este alerta para uma possível “capsização do modelo assistencial”, na medida em que a reforma psiquiátrica, enquanto processo social complexo, vem sendo reduzida à implantação desse tipo de serviço, o que é não suficiente para a superação do paradigma psiquiátrico. Desta forma, entende-se que a qualidade da atenção não pode ser determinada exclusivamente pela mudança dos espaços físicos (manicômio x CAPS), considerando que nestes “novos serviços” também pode existir a reprodução de práticas cronicadoras e segregadoras, tal como no modelo tradicional asilar. Essas práticas, ao contrário de promoverem a libertação, acabam aprisionando equipes e usuários, ou seja, “encapsulando” (WETZEL, 2011), gerando nova cronicidade em saúde mental. Neste contexto, verifica-se a importância dos CAPS se utilizarem de estratégias e recursos existentes no território, procurando não se centrar exclusiva ou majoritariamente nas próprias atividades. Isso favorecerá o exercício da autonomia dos usuários, indo contra o risco da produção de uma nova cronicidade ou institucionalização (RANGEL, 2008).

Nesse sentido, compreende-se que não deve haver hierarquia estável ou permanente entre os que compõem a rede<sup>13</sup>, não havendo início, meio ou fim pré-determinados, ou seja, na rede a complexidade não tem endereço fixo. Contudo, para que haja uma horizontalização dos fluxos da rede, é necessário o reconhecimento por parte de todos os seus integrantes do valor e da importância de cada um de seus nós para a constituição da própria rede (RIGHI, 2010).

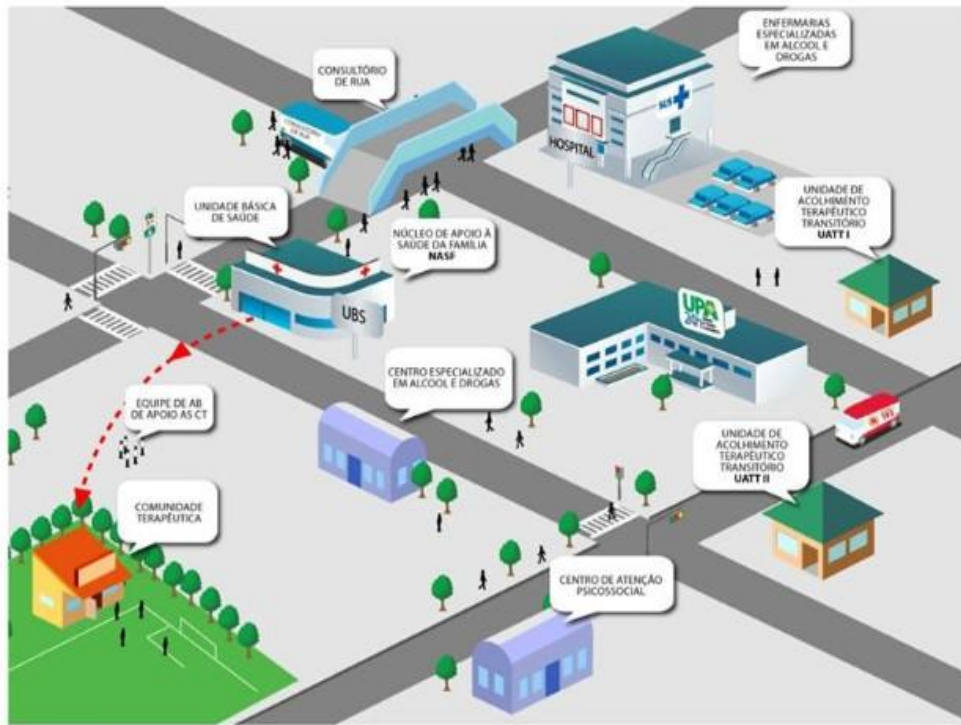
A partir dessas discussões, vem-se pensando numa proposta de rede para além de um conjunto de serviços, que funciona como um conjunto de ações que transversalmente vão se articulando (BARROS; PASSOS, 2004). A figura 2 demonstra essa tendência:

---

<sup>13</sup>Percebe-se que muitas vezes as tentativas de produção de redes ficam limitadas porque tendem a homogeneidade, visão essa que necessita ser superada no contexto da gestão da saúde, pois a trama da rede não é sempre esta, ou não é apenas esta. O nó (instituição ou unidade de produção) é o local onde a linha se entrecorta e suas características são resultado de sua identidade e das relações que estabelece com outros nós. Nesta perspectiva, pensar a organização dos serviços apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos. No campo da saúde, a produção de redes não pode ficar restrita à articulação de serviços com características semelhantes, mas deve abrir-se para outros nós que contribuam para a produção de saúde (RIGHI, 2010).



Figura 2 – Nova proposta de articulação transversal entre os serviços da Rede de Atenção em Saúde Mental



Fonte: BRASIL, 2011.

Redes, nessa configuração, possuem muitos centros, muitos nós, o que as complexifica e as tornam mais resistentes. Essa complexificação, por mais modernização e sofisticação que possa trazer ao cuidado em saúde mental e aos arranjos institucionais, não deve perder a capacidade geradora de organização do cuidado. Lembrando que essa organização deve ter as pessoas, sua existência e seu sofrimento como centralidade nos processos assistenciais (BRASIL, 2004b).

A noção de rede representada nesta figura não pressupõe um início e/ou fim, nem tampouco a centralização das ações ou níveis de hierarquia entre os dispositivos. No campo da saúde mental, compreendo que, apesar de estratégicos, os CAPS devem assumir o papel de costura e articulação das redes, de forma que não se configurem necessariamente como o “centro” ou porta de entrada dessa rede. Devem ser dispositivos articulados e capazes dentro dela, em contato permanente com outras redes sociais e intersetoriais, face à complexidade das demandas de saúde mental da população atendida.

Diante do exposto, tenho como **primeiro pressuposto teórico** deste estudo que o CAPS é um serviço estratégico e que se preocupa com a formação e articulação de redes de cuidado, mas que nem sempre consegue estabelecer relações horizontais e articuladas com

essas redes. O padrão de estrutura e interação que forma com seus dispositivos-pares é um reflexo de como o sistema de saúde se organiza no município, evidenciando os avanços e os desafios ao processo de consolidação da reforma no contexto estudado.

Esse processo compreende uma ampliação do potencial de atuação dos serviços, considerando que a loucura é complexa e possui múltiplas dimensões. A faceta que envolve o serviço e seus contornos, ou seja, as relações que estabelece com a sociedade, com outros serviços e com a singularidade do sujeito, é fundamental para evidenciar os avanços e desafios do processo de consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil.

### **1.3 O contexto do uso de drogas no Brasil e no mundo**

A relação entre o homem e as substâncias psicoativas é antiga, estando presente em diferentes contextos, com objetivos e motivações diversas. Varia a cada cultura e a cada época, seja por razões culturais ou religiosas, quer por recreação ou como forma de enfrentamento de problemas, para transgredir ou transcender, como meio de socialização ou para se isolar. A alteração do estado de consciência por uso de substâncias tinha por objetivo proporcionar melhor ligação com o sobrenatural/divino, como no caso do álcool, que era usado para favorecer o contato com os deuses (BRASIL, 2014).

Na Idade Moderna, fatores como as grandes navegações e a Revolução Industrial favoreceram o aumento do contato de continentes e países, também facilitando o intercâmbio de drogas. A partir disso, o consumo de substâncias tomou proporções preocupantes (BRASIL, 2014).

O uso de drogas atualmente corresponde a um problema de nível mundial, que envolve diversas instâncias da sociedade (LARANJEIRA; RIBEIRO, 2012). Devido a sua magnitude, tornou-se um problema de saúde pública, sendo alvo de vários estudos nacionais e internacionais (CARLINI et al., 2007; DANIULAITYTE; CARLSON; SIEGAL, 2007; MACHADO et al., 2010).

O Relatório Mundial sobre Drogas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2016) apontou que cerca de 5% da população adulta (uma a cada 20 pessoas), ou 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos, usou pelo menos uma droga em 2014. Embora preocupante, esse número não sofreu elevação ao longo dos últimos quatro anos, na mesma proporção da população mundial. O relatório, contudo, sugere que o número de pessoas que

apresentam transtornos relacionados ao consumo de drogas aumentou desproporcionalmente pela primeira vez em seis anos. Existem hoje mais de 29 milhões de pessoas dentro dessa categoria, em comparação aos 27 milhões divulgados anteriormente.

O consumo de heroína, bem como as mortes por overdose relacionadas, aumentou significativamente nos últimos dois anos em alguns países da América do Norte e Europa Ocidental e Central. A maconha, por sua vez, continua a ser a droga mais usada no mundo. Dados de 2014 mostram que cerca de 183 milhões de pessoas fizeram uso desta droga, enquanto anfetaminas ocupam o segundo lugar (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2016).

Na América do Sul, destaca-se que após um período de estabilidade em relação ao uso da cocaína, desde 2010 houve um aumento no uso droga. O relatório chama a atenção para o fato de que pessoas que fazem o uso de drogas, de forma regular ou ocasional, têm feito o uso de mais de um tipo de substância ao mesmo tempo, de forma combinada ou sequencial. Isso dificulta a distinção entre os tipos de droga utilizados, ampliando a preocupação com a prevenção ou o tratamento (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2016).

Já no Brasil, no ano de 2001, foi realizado o primeiro Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Segundo a pesquisa, 19,4% da população pesquisada já fizeram uso de drogas na vida, exceto tabaco e álcool, correspondendo a uma população de 9.109.000 pessoas. Uma pesquisa idêntica realizada nos Estados Unidos da América aponta que essa porcentagem atingiu 38,9% e, no Chile, 17,1% (BRASIL, 2010a).

Em 2005, foi realizado o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Os dados do estudo apontaram que 12,3% das pessoas com idades entre 12 e 65 anos eram dependentes do álcool, prevalência superior à encontrada no I Levantamento (2001), que foi de 11,2%. Os dados também indicaram o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces, sugerindo a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento (CARLINI et al., 2007). Além disso, o estudo apontou que a droga ilícita mais citada foi a maconha, com prevalência de 8,8%.

Pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas encontrou o uso de cocaína em 45% de menores no Rio de Janeiro, 31 % em São Paulo e 20% em Recife. O uso frequente de crack também se mostrou preocupante, variando de 15 a 26% (CRUZ; VARGENS; RAMÔA, 2011).

Com relação ao perfil dos usuários de drogas em nosso país, um estudo recente realizado com adolescentes usuários de drogas aponta que a condição socioeconômica dos pesquisados é marcada por baixa escolaridade, alto percentual de abandono escolar, baixa

renda e vínculos familiares frágeis. As drogas mais consumidas foram a maconha e o crack, sendo que o início do uso de drogas ocorreu predominantemente entre 10 e 15 anos de idade e a maioria fazia uso de múltiplas drogas (MACHADO et al., 2010).

Ferreira Filho e colaboradores (2003) concluíram que, em São Paulo, há um crescente número de internações hospitalares devido à dependência nos últimos anos, sendo acompanhada pelo agravamento do uso de drogas em populações menos favorecidas, principalmente mediante o uso do crack. Os autores citam também que os usuários de crack apresentam pior condição socioeconômica e maior envolvimento com violência e criminalidade, se comparados com usuários de outras drogas.

Além da criminalidade e da violência, os usuários de drogas estão expostos a questões de saúde importantes, como doenças sexualmente transmissíveis, especialmente pelo uso de drogas por via injetável e prática de sexo desprotegido, o que pode resultar em uma maior vulnerabilidade à essas doenças. Estima-se que aproximadamente 1,6 milhão de usuários de drogas vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e seis milhões vivem com hepatite C, no mundo (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2016).

Com relação ao Brasil, no ano de 2013 foram registrados 7.511 óbitos, sendo 7.025 tendo como causa básica o álcool, 142 por cocaína e derivados e 282 por múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas. O álcool é responsável por 93,5% de óbitos por transtornos mentais devidos ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, seguida por múltiplas drogas, uso de cocaína e seus derivados (BRASIL, 2015).

Estes dados evidenciam, em termos de morbimortalidade, a dimensão do problema do uso de álcool para as políticas públicas de saúde no Brasil. Segundo resultados de estudo conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz, o abuso e a dependência de álcool está entre as 3 principais causas de carga de doença entre homens e representa a segunda maior causa de incapacidade e óbito entre homens de 15 a 29 anos (BRASIL, 2015).

Muitos são os fatores que influenciam a procura e o início do uso de drogas. Na maioria deles, é na adolescência que a relação inicia (MARQUES; CRUZ, 2000; MINAYO, 2003; JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009).

Frente ao atual cenário do uso de drogas no âmbito brasileiro e mundial, destaco a importância do debate acerca desta temática, considerando que nos últimos anos é possível visualizar um aumento gradativo do uso de drogas e dos impactos causados pelo seu consumo. Como problema de saúde pública, mas que não se esgota nela, é preciso investir em políticas e serviços atrelados à perspectiva do cuidado em liberdade, situando o sujeito e

cuidando dele no território. Nesse sentido, o debate sobre as drogas amplia a abordagem ao usuário, considerando sua família, suas redes e exigindo novos modos de operar nos serviços.

Mesmo assim, há ainda inúmeros desafios a superar, quando falamos de uso de drogas. Há que se ampliar a discussão sobre o lícito e o ilícito, aprofundar medidas referentes ao campo da segurança e da justiça, bem como suas articulações. É preciso rediscutir o modelo proibicionista e a estratégia de guerra às drogas, investindo em propostas de prevenção (ALVES, 2011). É preciso mudar a relação<sup>14</sup> que a sociedade desenvolve sobre o uso de drogas, evitando distorções e ações de punição e controle aos chamados “desviantes”<sup>15</sup> (CARLINI-MARLATT, 2003). Cuidar em liberdade pressupõe ampliar o olhar sobre o assunto, que, numa perspectiva de redes, foge das amarras da doença.

Uma perspectiva menos inovadora de cuidado ao usuário de drogas contribui ainda mais para a exclusão social, o que culmina para, além do agravamento da situação de saúde e da ruptura dos vínculos do usuário com a sociedade, o fortalecimento da imagem de autodestruição atribuída a essa população (ANDRADE; RONZANI, 2014). Assim, fica clara a necessidade de investimento em diretrizes que visem ao cuidado de saúde e a coesão social, não com medidas coercitivas de restrição de liberdade, seja no sistema penal, seja no tratamento de saúde fechado e involuntário, mas que possam contemplar a totalidade da problemática (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2016).

Ainda que tenhamos avançado nas formas de cuidado ao usuário de drogas, contradições ainda estão presentes nas políticas, oscilando entre perspectivas ora direcionadas ao cuidado e à garantia dos direitos, ora do disciplinamento e controle dos comportamentos dos usuários (ALBUQUERQUE et al., 2013).

É no escopo dessas discussões que a temática do uso de drogas se articula fortemente às premissas que marcam o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Qualquer discussão que suscite o uso de drogas desatrelado ao movimento de reestruturação da assistência psiquiátrica pode promover um viés que retrocede todas as conquistas sociais

---

<sup>14</sup> Segundo Cohen (1987), o uso de drogas é muitas vezes considerado como uma ameaça social, ou seja, uma afronta aos interesses e valores da sociedade. Sendo um problema social, é apresentado ao mundo de uma maneira estilizada e estereotípica, instigando inquietações populares. É assim que se instala certo pânico moral, devido, principalmente, à violência do tráfico e ao sensacionalismo, dificultando a aceitação mais ampla de estratégias que valorizem os controles societários e os direitos do usuário (NERY FILHO et al., 2009).

<sup>15</sup> Dentro de uma perspectiva da interação entre os sujeitos e a sociedade, na medida em que ele é criado por grupos sociais e se estabelecem regras de convivência, aqueles que fogem delas seriam considerados desviantes. Sob tal ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa faz (do comportamento em si), mas sim a consequência da aplicação de regras e sanções ao transgressor. Julgados pelos demais, os desviantes são colocados à margem do círculo de membros “normais” de um grupo. Por esse motivo, desviantes são “etiquetados” pela sociedade, obrigados a manter em segredo o seu desvio, e caso não consigam, enfrentarão as diversas consequências decorrentes do rótulo (BECKER, 2008).

em defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta dos serviços e do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços.

Se até o ano de 2002 ainda tínhamos lacunas importantes nesse campo, atualmente as políticas públicas já vêm se voltando a discorrer melhor sobre problemática (BRASIL, 2008). Apesar de ser uma questão bastante específica e singular, a organização dos serviços e a construção das políticas de saúde frente ao contexto do uso de drogas não está descolada do contexto que movimenta e processa a transformação do saber e do fazer psiquiátrico no cotidiano.

Assim, indo ao encontro das diretrizes reformistas, a partir de 2003, o Ministério da Saúde formulou a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, assumindo como propósito a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos usuários. A partir dela, houve destaque à AB, à garantia de atenção no âmbito da comunidade, às estratégias de educação em saúde, ao envolvimento das redes sociais, à formação de recursos humanos especializados e ao incentivo à pesquisa na área (BRASIL, 2004c).

Com ela, os CAPS AD<sup>16</sup> passaram a ser considerados como a principal estratégia de tratamento ao usuário com problemas decorrentes do consumo prejudicado de drogas (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2012). Esse tipo de serviço oferece atendimento diário, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva humanizada. As atividades desenvolvidas nesses serviços vão desde o atendimento individual até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (SOUZA; MIELKE, 2006). Lembrando que, por serem serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, estão respaldados nos referenciais de atenção em rede, oferecendo acesso universal e trabalhando na perspectiva da intersetorialidade (BRASIL, 2010b).

Com a expansão da rede de cuidados em saúde mental<sup>17</sup>, álcool e outras drogas a partir da implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>18</sup>, em 2011, bem como da ampliação

---

<sup>16</sup> O CAPS AD é um serviço destinado ao atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de drogas (BRASIL, 2002). Nos últimos anos tem sido possível observar uma importante expansão no que se refere ao número de CAPS AD implantados nos municípios brasileiros. Até o ano de 2014, encontravam-se credenciados cerca de 378 CAPS, sendo que, no Estado do Rio Grande do Sul, existiam aproximadamente 40 (29 CAPS AD II e 11 CAPS AD III), mantendo a segunda melhor posição (junto com Minas Gerais) em relação aos outros Estados da Federação. O Rio Grande do Sul perdia apenas para São Paulo, que possuía 90 serviços credenciados (BRASIL, 2015).

<sup>17</sup> O tema da construção de redes na área da saúde foi abordado pela primeira vez no Reino Unido no Relatório Dawson como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social do país após a primeira guerra mundial. Consta uma iniciativa de organização de sistema regionalizados de saúde, afirmando que os serviços de saúde deveriam acontecer por intermédios de uma organização ampliada que atendessem de forma eficaz as necessidades da população. Além disso, esses serviços deveriam ser acessíveis a todas as pessoas e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito domiciliar quanto nos centros de saúde

das ações de prevenção e capacitação sobre álcool e outras drogas<sup>19</sup>, ampliam-se as ações intersetoriais e de educação permanente. Considerando que os problemas relacionados ao uso de drogas são multifatoriais, isso reforça novamente a relevância da atuação em rede (SANTOS et al., 2014).

Frente ao exposto, observo que as questões relacionadas ao uso de drogas têm avançado no atual contexto político e social brasileiro. Contudo, ainda constituem-se como um desafio na busca de um cuidado integral e efetivo, sobretudo, porque a mudança do modelo de atenção não se resume à abertura de novos serviços, mas principalmente à articulação entre eles.

---

(MENDES, 2011). A discussão da RAS também se estruturou na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde, em 1978, em AlmaAta, que criou a consigna de Saúde para Todos no ano 2000. A definição de Atenção Primária em Saúde (APS) proposta desde então apontou para duas perspectivas fundamentais: a APS seria o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas, ou seja, o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção, e também seria parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social (MENDES, 2011). No contexto internacional houve uma retomada das discussões sobre as redes de atenção à saúde a partir da década de 1990, sinalizando um esforço para superar o problema imposto pela fragmentação do sistema de saúde. Experiências registradas nos Estados Unidos, Canadá e em países da Europa ocidental demonstraram um investimento na oferta contínua de serviços a uma população territorialmente delimitada, desenvolvidos de forma interdisciplinar e com a integração entre os serviços de saúde. Tais experiências tem demonstrados que as redes de atenção à saúde melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011). Já na América Latina, a implementação das redes ainda é incipiente, sendo o Chile o país com maior experiência na área. No Brasil, o tema tem sido tratado recentemente, com o objetivo de dar uma resposta adequada à atual condição de saúde da população, onde predominam casos de infecção, problemas de saúde reprodutiva e os desafios das condições crônicas (tabagismo, obesidade, estresse) de trajetórias prolongadas, que exigem respostas contínuas e integradas (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2008).

<sup>18</sup> Trata-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde para fortalecer a articulação em rede para o cuidado em saúde mental, corresponsabilizando diferentes setores da sociedade civil e da saúde nessa construção. Instituída em 2011, a RAPS tem como objetivo a realização do cuidado a partir do paradigma da rede social, através da expansão dos serviços de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas de base territorial, reforçando o espaço comunitário, a integração e a articulação dos diferentes dispositivos de saúde. A RAPS é constituída por cinco diferentes pontos de atenção: AB em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização e estratégias de Reabilitação Psicossocial. Cada uma destes pontos conta com diversos dispositivos que devem estar articulados e integrados para a efetivação do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2011).

<sup>19</sup> Influenciado pelo crescimento da demanda e pela atual configuração do cenário das drogas no país, o Ministério da Saúde lançou em 2009 a Portaria nº 1.190, de 4 de junho, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD-SUS). Como uma das ações previstas pelo PEAD-SUS, deu-se início aos projetos dos “Consultórios de Rua” e uma ênfase maior à Redução de Danos como estratégia de cuidado, buscando trabalhar com usuários que não conseguem chegar aos serviços, na perspectiva de levar saúde in loco (BRASIL, 2009). Posteriormente, em 2010, o Ministério da Saúde lança o Decreto-Lei nº 7.179, de 20 de maio, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. O decreto tem por objetivo desenvolver um conjunto integrado de ações federais de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como, enfrentar o tráfico em parceria com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população. Em 2011 este Plano foi ampliado pelo *Programa Crack, é possível vencer*, influenciado pela visibilidade que o tema crack assumiu no país (BRASIL, 2010b, 2012a).

Reconhece-se que existência da articulação em rede mostra-se bastante positiva do ponto de vista da descentralização e ampliação da assistência, contudo, torna-se preocupante quando focada no encaminhamento. Esse enfoque pode fazer com que o usuário se perca no sistema, os vínculos sejam destituídos e o sentido da integralidade da assistência esquecido (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008). Além da tendência a prática de uma assistência fragmentada, corre-se também o risco da institucionalização do usuário aos serviços especializados e do menosprezo ao poder de intervenção e resolução dos demais níveis de atenção (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

Assim, o grande desafio é a garantia de que esses serviços, quando implantados, não se cristalizem em pontos isolados de atenção. A transformação do modelo de atenção em saúde mental fomentado pela política vigente convoca a transformar paradigmas que envolvem culturas, crenças e preconceitos construídos historicamente, tanto no campo da saúde mental, quanto acerca do uso de drogas. Esse enfrentamento se dá no cotidiano das equipes com a rede, na construção da intersetorialidade (MATEUS, 2013).

Neste sentido, apesar dos avanços nas Políticas Públicas de saúde mental voltadas ao contexto do uso de drogas, entende-se que essa articulação entre a rede, na prática, ainda é um gargalo dos serviços contemporâneos e exige a superação de alguns obstáculos para sua efetivação. É nesse sentido que apresento como **segundo pressuposto** deste estudo que o cuidado ao usuário de drogas é complexo e multifatorial, sendo necessário identificar não somente a estrutura das relações entre os serviços, mas também se há ou não certo grau de integração entre eles.

Para tanto, defendo a **tese** de que a organização da rede de saúde mental para o cuidado ao usuário de drogas pressupõe não somente a identificação da estrutura das conexões existentes, mas principalmente as interações que são estabelecidas. Conhecer fluxos e diálogos na rede pode ajudar na identificação de como os diferentes dispositivos se articulam ou não para ofertar respostas e soluções para os problemas envolvendo o uso de drogas.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a organização da rede para o cuidado aos usuários de drogas a partir de um CAPS AD.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Identificar os aspectos estruturais da rede estabelecida pelo CAPS AD com demais serviços da rede de atenção psicossocial.

Analisar a dinâmica das interações estabelecidas entre o CAPS AD e os demais serviços envolvidos no cuidado ao usuário de drogas.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### 3.1 Redes, Redes de Apoio e Redes Sociais: uma diferenciação necessária

O paradigma do trabalho em redes tem sido aludido como resposta a uma série de dificuldades de ordem estrutural e relacional no que se refere à concretização de ações, projetos e políticas no contexto da saúde (LOPES; BALDI, 2009). Essa perspectiva assume o pressuposto que atores sociais e instituições se organizam a partir de um conjunto de articulações, constituindo vínculos, consolidando teias de relacionamento (MONTERO, 2010).

O trabalho em redes de conexões é tão antigo quanto a história da humanidade, contudo tem ganhado visibilidade como ferramenta organizacional apenas nas últimas décadas. O conceito de rede vem adquirindo diversos significados, contudo, pode ser definido como um sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede (MARTELETO, 2001).

Destaca-se que a palavra rede vem do latim *retis* e significa entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido (REDE DE INFORMAÇÕES PARA O TERCEIRO SETOR - RITS, 2007). Trata-se de um conceito tributário de um conflito entre diferentes correntes nas ciências sociais, que criam os pares dicotômicos - indivíduo/sociedade; ator/estrutura; abordagens subjetivistas/objetivistas; enfoques micro ou macro da realidade social, por exemplo: a antropologia estrutural entende as redes como descritivas, servindo para identificar o caráter das organizações e dos comportamentos sociais. Já a linha do individualismo metodológico desconstrói essa concepção, privilegiando o ponto de vista do agente que produz sentido, e as relações sociais na formação do seu agir (MARTELETO, 2001).

As redes são estruturas abertas, formadas por um conjunto de nós interconectados, capazes de expandirem-se de forma ilimitada, integrando novos nós desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação. Esta nova morfologia social – em rede – altera profundamente os fluxos de informação, a cultura e os modos de produção, ligando-se intimamente com a dinâmica da vida social (CASTELLS, 1999).

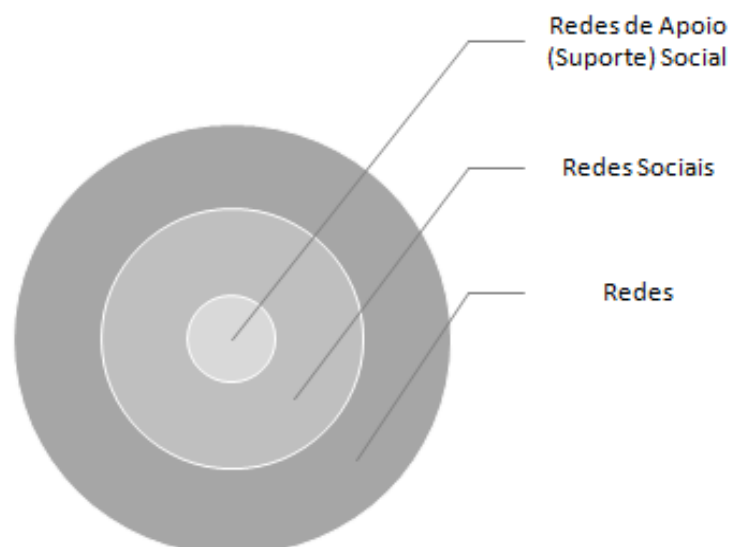
Nesse sentido, considera-se a contribuição da perspectiva relacional para o estudo de redes. Tal abordagem parte do pressuposto de que a explicação dos fenômenos de investigação das Ciências Sociais pode estar relacionada à maneira como se configuram as relações entre os atores (indivíduos, grupos sociais, organizações, instituições) (SILVA et al., 2006). Assim, a perspectiva relacional tem seu núcleo de interpretação dos processos sociais associado à trama relacional disposta nas redes (ELIAS, 1994).

Portanto, rede social é um conceito que deriva da essência das redes, e apesar de sua multiplicidade de sentidos, pode ser compreendida como um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados (MARTELETO, 2001).

Outra diferenciação necessária é a dos conceitos de redes sociais e redes de apoio (ou suporte) social. Apesar de diversas vezes serem trazidas na literatura como sinônimos, o apoio social consiste na informação que provém sentimentos de valorização, contribuindo para que uma pessoa mantenha relações com outras. Trata-se de um suporte que favorece o desenvolvimento e a consolidação de uma rede estável de relações sociais através de recursos como apoio emocional, econômico, informacional dentre outros (MENESES, 2010). Neste sentido, os estudos de apoio social podem ser classificados como um campo de aplicação dos estudos das redes sociais (MOLINA; AGUILAR, 2004).

A figura abaixo contribui para explicitar melhor a relação entre os conceitos de rede, redes sociais e redes de apoio (ou suporte) social.

Figura 3 – Relação entre os conceitos de rede, redes sociais e redes de apoio/suporte social



A discussão em torno da temática das redes sociais tem sido amplamente realizada no cenário acadêmico e da prática em campos distintos, tais como a administração, a sociologia, a antropologia, a saúde coletiva, saúde comunitária, a psicologia social, dentre outras (MANGIA; MURAMOTO, 2005).

Influenciado pelo pensamento sistêmico<sup>20</sup>, o conceito de rede social foi aprofundado em 1954 pelo antropólogo britânico John Barnes, num estudo sobre as interações existentes numa pequena comunidade de uma ilha norueguesa. O conceito foi empregado por Barnes para descrever as relações informais de parentesco, vizinhança e amizade que ele não podia investigar, usando os conceitos de relações formais de trabalho e de proximidade territorial. Para o autor, rede social indica:

...um “objeto” que cria uma relação entre pontos mediante ligações entre eles que, cruzando-se, são amarradas e formam malhas de maior ou menor densidade. No ponto de ligação, ou seja, no nó e por meio do nó, acontecem trocas sinérgicas (SANICOLA, 2008, p. 13).

Essa configuração daria conta de diferentes relações para cada indivíduo, estruturados de acordo com as opções e desejos pessoais, não fixas, nem estáveis, que geram novos laços de forma contínua. A principal característica se constituía em registrar a diversidade de cada sujeito. Sob este olhar, o conceito de rede baseava-se amplamente nos desejos e escolhas pessoais dos indivíduos envolvidos (SANICOLA, 2008).

Barnes enfatizava que a peculiaridade da rede era o fato de não estar vinculada a explicações do tipo status, papel e normas/valores, uma vez que as pessoas que compõem uma rede podem estabelecer e desfazer laços o tempo todo com outras pessoas, sem obedecer a nenhuma limitação ou ordem funcional. Os movimentos de circulação de informações e veiculação de forças internas possibilitam à rede a redistribuição dessas forças para os pontos menos atendidos (SANICOLA, 2008).

A gênese do conceito de Barnes está ancorada na Antropologia Social e produz análises etnográficas das estruturas elementares de parentesco, conforme previsto nas orientações teóricas de Claude Lévi-Strauss, na década de 1940. Neste contexto, a ideia de

---

<sup>20</sup> Na visão sistêmica, compreende-se que os próprios objetos são redes de relações, embutidas em redes maiores. Nessa perspectiva, as relações são fundamentais. A percepção do mundo vivo como uma rede de relações tornou o pensar em termos de redes uma característica-chave do pensamento sistêmico. Nessa linha, os critérios do pensamento sistêmico são interdependentes e a natureza é vista como uma teia interconexa de relações, descrita por meio de uma rede de conceitos e modelos todos igualmente importantes. Essa concepção desfocaliza o saber e valoriza a ideia de processo e de contexto (JUNQUEIRA, 2000).

rede social é orientada para a análise e descrição dos processos sociais que envolvem conexões que ultrapassam os limites dos grupos e categorias (ACIOLI, 2007).

Mais tarde, na década de 1950, Radcliffe-Brown<sup>21</sup> introduz o conceito de rede social total para caracterizar a estrutura social enquanto rede de relações institucionalmente controladas ou definidas. Neste contexto, a rede social era entendida como uma rede na qual todos os membros da sociedade ou parte dela se encontram envolvidos (SILVA; FIALHO; SARAGOÇA, 2013).

Em 1971, a antropóloga Elisabeth Bott<sup>22</sup> foi uma das pioneiras a utilizar o conceito de rede como uma ferramenta para a análise de relacionamentos entre pessoas e os seus elos pessoais em múltiplos contextos. Em seus estudos, Bott direcionava para as questões relativas ao tamanho da rede, o número de unidades de rede e os efeitos da relação entre os seus elementos. Em síntese, o enfoque destes estudos consistia em entender a tipologia de contatos entre um determinado conjunto de indivíduos, o tipo de vínculos que se estabelecem, as relações descontínuas, a importância dos papéis que os indivíduos definem para si nas relações, a sua intensidade, durabilidade e frequência (SILVA; FIALHO; SARAGOÇA, 2013).

No modelo proposto por Brodeur, em 1984, a rede social é uma unidade relacional que tem uma história constituída pelos laços de família, de vizinhança, de amizade e de trabalho. Conceitos como cultura, discurso e discurso coletivo, desejo e desejo coletivo, dependência e autonomia se associam ao conceito de rede, tendo um valor operacional fundamental. Para o autor, a própria rede é competente para interpretar suas necessidades, compartilhá-las, elaborar um projeto e, possivelmente, resolver suas necessidades (VIDAL, 2005).

Outro importante estudioso das redes sociais é Pierre Bourdieu<sup>23</sup> que, em 1986, desenvolveu o conceito de capital social<sup>24</sup> e o destacou como sendo fundamental para a

---

<sup>21</sup> Alfred Radcliffe-Brown foi um antropólogo inglês. Seus principais trabalhos versam sobre a organização social das tribos australianas, sistemas africanos de parentesco e casamento e a estrutura e função nas sociedades primitivas (OLIVEIRA; SANTANA; ALVES, 2014).

<sup>22</sup> Antropóloga Canadense, autora do livro *Família e rede social*, no qual se dedicou principalmente ao estudo das relações familiares e suas influências nos indivíduos (MENESES; SARRIERA, 2005)

<sup>23</sup> Sociólogo Francês, publicou diversos trabalhos no campo da educação, cultura, literatura, arte, mídia, linguística e política. Desenvolveu conceitos como: capital social, capital cultural, capital econômico e capital simbólico. Dentre seus principais estudos envolvendo os fenômenos sociais está o livro “O capital social: notas provisórias” (SEBIM; SILVA; SANTOS, 2011).

<sup>24</sup> Este conceito também foi estudado por diversos autores, dentre eles destaca-se: Coleman (1990) e Putnam (2002) e Granovetter (1995). O conceito de capital social pode ser entendido como a totalidade de recursos decorrentes de uma rede de relações de reconhecimento mútuo. Esses recursos são empregados pelos agentes por meio da interação do indivíduo com a estrutura e vice-versa. Cada campo pode ser caracterizado como espaço de manifestação de relações de poder; assim, esses campos vão se estruturando, a partir de relações desiguais de um quantum social determinando, considerando a posição de cada agente, de acordo com o poder que concentra (MARTELETO; SILVA, 2004).

construção das redes sociais. Para o autor, estas redes são construídas a partir de um capital social em constante movimento, constituídas a partir de relações vinculadas a um grupo de agentes que não são apenas dotados de propriedades comuns, unidos por ligações permanentes e úteis. Estas ligações ocorrem a partir de trocas materiais e simbólicas inseparáveis, permitindo a instauração e perpetuação do (re)conhecimento dessa proximidade (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

Atualmente alguns conceitos têm sido bastante utilizados no campo das ciências sociais e saúde, dentre eles, destaca-se a contribuição de Di Nicola e Donati no estudo de redes sociais quanto à dimensão simbólica das trocas de reciprocidade presentes na rede, rede esta que define como a expressão da estratégia empregada por uma pessoa para dar conta de seus problemas e responder a suas necessidades num determinado momento de sua vida (DI NICOLA, 1986; 1998; 2002; DONATI, 1991 *apud* SANICOLA, 2008).

Redes sociais podem ser classificadas em duas grandes categorias, sendo elas as primárias e as secundárias<sup>25</sup>. As redes secundárias ainda podem se subdividir em redes formais e informais.

As redes primárias são constituídas por laços de família, parentesco, amizade, vizinhança e trabalho, e estes baseiam suas trocas na lógica da doação e da gratuidade. Em seu conjunto, formam uma trama de relações que confere a cada sujeito identidade e sentimentos de pertencer (SANICOLA, 2008).

Já as redes secundárias<sup>26</sup>, podem ser compreendidas pelas funções de ajuda e controle, as quais envolvem prestações de serviços, assistências genéricas e especializadas,

---

<sup>25</sup>As redes sociais, tanto primárias quanto secundárias, são caracterizadas por três dimensões: sua estrutura, suas funções e sua dinâmica. A estrutura é dada pelo conjunto de laços perceptíveis que se estabelecem entre pessoas e entre redes. Esses laços, quando acionados, dão funcionalidade à rede, pois geram conexões. Nesse sentido, a dinâmica das redes seria a forma como o fenômeno acontece (eventos críticos, cotidiano, desgastes, interrupções, forças existentes, etc) (SANICOLA, 2008). Nesse sentido, estudos que se dedicam à parte estrutural das redes se valem melhor à utilização de referenciais metodológicos de caráter mais quantitativo. Em relação à funcionalidade das redes sociais, geralmente os estudos trazem abordagens mais qualitativas, ao propor a descrição das funções da rede social e caracterizando os vínculos com que estas se entrecem (MENESES; SARRIERA, 2005).

<sup>26</sup>As redes secundárias podem ser desdobradas em dois subtipos: formais e informais. As redes secundárias informais caracterizam-se pela inexistência do caráter oficial e estruturado e de uma divisão rígida de papéis, tendo um papel essencialmente funcional com vista a responder a uma procura ou a fornecer determinados serviços. Como exemplo de rede secundária informal podemos citar os grupos de mútua ajuda (GUADALUPE, 2001). As redes secundárias formais são constituídas pelo conjunto das instituições estatais que formam o sistema de bem estar social da população, como por exemplo, serviços sociais, de saúde, de educação, etc. (SANICOLA, 2008). Portanto, este tipo de rede social refere-se a laços institucionais, num âmbito estruturado e de existência oficial. Tem como objetivo essencial a resposta a exigências de natureza funcional, isto é, o fornecimento de serviços e cumprimento de funções. Estas relações são relativamente estáveis e estruturadas (GUÉDON, 1984 *apud* GUADALUPE, 2001). As organizações do terceiro setor também são consideradas redes secundárias, mas com significado mais particular, ocupando uma posição intermediária entre o informal e o formal, entre o primário e o secundário. Essas redes, mesmo não pertencendo à esfera das relações

fornecimento de auxílios informacionais e materiais e intervenções profissionais. Elas estão centradas nas normas e serviços ou no dinheiro e mercado. Entre elas estão compreendidas as entidades não governamentais que podem apresentar uma combinação de meios, já que podem associar a lógica da doação à das normas e direito e/ou dinheiro e mercado (SANICOLA, 2008).

Através da investigação das redes sociais secundárias é possível destacar quais são os serviços implicados em determinada situação e quais operadores os assumem, gerando uma rede e desenvolvendo um projeto compartilhado. Além disso, permite conhecer quais os serviços envolvidos, que recursos dispõem e que responsabilidades assumem. Portanto, através da análise dessas redes pode-se evidenciar quais os conteúdos das conexões existentes entre os serviços e seus operadores (SANICOLA, 2008).

Ao encontro disso, defende-se que a rede de atenção aos usuários de drogas não deve ser considerada apenas em seu aspecto estrutural, envolvendo serviços e profissionais, mas que também é influenciada pelas interações por eles estabelecidas, em uma perspectiva relacional. Dessa forma, é necessário que se vá além da identificação dos serviços, procurando entender os processos e as relações que constituem entre si. Assim, será possível uma compreensão mais contextualizada e abrangente das redes de atenção aos usuários de drogas (COSTA et al., 2015).

Nesse sentido, compreende-se que o conceito de rede social é oportuno não só por centrar o foco de análise sobre os atores sociais fixados em certas posições ou status, mas, principalmente, sobre a relação propriamente dita. Concorrendo assim, para salientar que o valor básico da ação social localiza-se não nas preferências ou interesses dos atores sociais, mas, na relação social em si mesma, ou seja, na sua morfologia, densidade, intensidade e sentido (MARTINS; FONTES, 2004).

No que se refere a produção científica acerca das redes sociais no campo da saúde, percebe-se que a aproximação deste conceito está intimamente ligada ao conceito de apoio social<sup>27</sup>, levando diversos pesquisadores<sup>28</sup> a investigar a relação entre o apoio e os benefícios

---

primárias, são próximas delas culturalmente, pela característica de doação, de estarem atentas, próximas às necessidades da comunidade (SANICOLA, 2008).

<sup>27</sup> O apoio social tem origem no pensamento acadêmico através de grupos progressistas norte-americanos e aponta para a possibilidade de enfrentamento dos problemas de saúde/doença via estabelecimento de relações solidárias entre os sujeitos (LACERDA, 2002). As redes de apoio social são formadas pelas relações íntimas e comunitárias estabelecidas entre os sujeitos (PIETRUKOWICZ, 2001). Alguns autores como Ribeiro (1999), Seidl e Troccoli (2006) e Marques e colaboradores. (2011) utilizam em seus estudos, o termo “suporte social”, proveniente da tradução literal do termo da língua inglesa “*social support*”.

<sup>28</sup> A influência de proteção das redes de apoio social na saúde é amplamente reconhecida na saúde pública e em pesquisas brasileiras, especialmente nas áreas da gerontologia e de doenças crônicas. Entre esses estudos, podemos citar os de Domingues (2000), Seidl e Troccoli (2006), Pinto et al. (2006), Nardi e Oliveira (2008),

para saúde dos indivíduos. Contudo, aos poucos, o conceito de redes sociais foi se ampliando e incorporou a perspectiva da organização de serviços de saúde<sup>29</sup> e outras instituições.

No campo da saúde mental, observa-se em grande parte da literatura, uma incorporação do referencial de redes sociais para análise da organização dos serviços, caracterizando estas como algo que se justifica por si só, uma assertiva pronta, idealizada. Contudo, muitas vezes, são enfatizados apenas os aspectos estruturais sem colocar em questão os aspectos processuais, ou seja, a maneira como os diferentes atores sociais e instituições se constituem e são constituídos a partir do trabalho em rede. Dessa forma, perde-se o entendimento dos aspectos articuladores e relacionais dos grupos envolvidos que conformam e são conformados pela rede (PAIVA; COSTA; RONZANI, 2012).

Especificamente com relação ao cuidado no contexto do uso de drogas, a capacidade do CAPS AD de atuar enquanto ordenador da rede tem sido alvo de questionamentos. Isso se deve ao fato de que este dispositivo muitas vezes encontra-se desarticulado de outros serviços fundamentais da Rede de Atenção à Saúde e da RAPS (FODRA; ROSA, 2009). Com isso, pode haver um comprometimento da continuidade do cuidado e da oferta assistencial nos níveis de complexidade do sistema de saúde, o que implica na dificuldade em estabelecer a integralidade no cuidado aos usuários de drogas (SHIOKAWA, 2010).

Por fim, observa-se que a análise dos problemas contemporâneos nos leva cada vez mais a perceber que eles não podem ser entendidos isoladamente. São problemas que carecem ser compreendidos sistemicamente, pois são interligados e interdependentes. Logo, demanda uma nova maneira de pensar, que contemple a complexidade e o caráter interdependente dos problemas enfrentados (CAPRA, 1998).

Diante do exposto, ao compreendermos a complexidade do trabalho no contexto do cuidado aos usuários de drogas, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de metodologias que avaliem a configuração das redes. Em se tratando do referencial das redes sociais, passarei a discutir os aspectos metodológicos do processo, em especial quais conceitos e variáveis serão utilizadas para a análise da organização da rede.

Vale lembrar que, no campo da saúde mental, há ainda outros desafios a serem problematizados. Não apenas pensar no contexto da organização da rede, mas valorizar as

---

Mesquita et al. (2010), Sanchez et al. (2010), Silveira (2011) e Faquinello, Marcon e Waidmann (2011). No caso da saúde mental, alguns estudos se destacam, como os de Vieira Filho e Nobrega (2004), Costa e Ludermir (2005), Costa (2005), Lavall (2010) e Souza (2010). Estes estudos enfatizam os reflexos positivos trazidos pelo apoio social, mostrando que o apoio recebido pelos sujeitos em momentos de adversidade teve grande importância no cuidado e também na melhora das condições de saúde dos pesquisados.

<sup>29</sup>Os estudos de Costa e colaboradores (2015) e Bittencourt e Neto (2009) são exemplos que analisam as redes sociais nesta perspectiva.



especificidades dos fenômenos que provocam problemas de saúde na população. É nesse sentido que situarei o uso de drogas, como fenômeno multifatorial, obviamente, que detém uma especificidade. No entanto, pensando-o também dentro dessa complexa trama de relações, que não são descoladas da discussão mais ampliada e geral sobre saúde mental, organização de serviços e cuidado em rede.

### **3.2 Análise de Redes Sociais (ARS): uma proposta metodológica para o campo da saúde mental**

A utilização científica da perspectiva de redes para o estudo de fenômenos políticos, sociais e econômicos tem despertado interesse de pesquisadores de diversas áreas (SOUZA; QUANDT, 2008). Isso vem possibilitando conhecer a influência das posições sociais dos indivíduos nas redes em relação à formação e mobilização de recursos, e também, no fluxo de informação (RIBEIRO; BASTOS, 2011).

Analisar estas redes resume-se em estudar as ligações relacionais entre atores sociais. Estes atores, tanto podem ser pessoas e empresas individualmente ou coletivamente analisadas em unidades sociais, como por exemplo, departamento de uma organização, prestadoras de serviço público em um município ou estados-nação em um continente (WASSERMAN; FAUST, 1994 *apud* BEZ; FARACO; ANGELONI, 2012).

O marco inicial dos estudos sobre a ARS na Sociologia<sup>30</sup> foi o trabalho de Jacob Levy Moreno (1934), que introduziu os sociogramas para representar redes de relações interpessoais. Na Antropologia, alguns estudos se concentravam mais na busca pelas características da estrutura global da sociedade e não proporcionavam uma sólida base teórico-metodológica para pesquisa sobre redes sociais (LIMA; CORRÊA, 2009).

Atualmente, a literatura sobre ARS apresenta duas perspectivas analíticas principais: a sociocêntrica e a egocêntrica. A perspectiva sociocêntrica ou completa/total estuda os vínculos existentes entre os membros de uma mesma comunidade, grupo de indivíduos ligados previamente no contexto de alguma forma de organização, que pode ser a família, um

---

<sup>30</sup> A ARS iniciou no Campo das Ciências Sociais a partir do ensaio feito por George Simmel (1955) com aquilo que chamou de “tradição intelectual” no estudo de redes sociais (FONTES, EICHNER, 2004). A tradição intelectual está relacionada à composição da chamada “Teoria dos Grafos”, introduzida em 1736 pela ciência matemática através de Leonard Euler e que, no século XX, foi incorporado pela psicologia a partir dos ensaios de Kurt Lewin (LIMA; CORRÊA, 2009).

time de futebol, uma escola, um local de trabalho, etc. (HAWES; WEBSTER; SHIELL, 2004; MOLINA, 2005).

Já a abordagem egocêntrica se refere ao estudo das relações definidas a partir da perspectiva de um indivíduo chamado ego, em relação a outros indivíduos, que são indicados pelo primeiro como sendo pertencentes à sua rede, os alteregos (HAWES; WEBSTER; SHIELL, 2004; MOLINA, 2005). Este tipo de rede também é chamado de rede social pessoal, assunto estudado por Sluzki (1997).

A ARS é considerada essencialmente como uma metodologia que se debruça sobre o estudo das relações entre entidades e objetos de várias naturezas. Inicialmente, a análise de redes foi aplicada aos sistemas de telecomunicações e informática, circuitos eletromagnéticos, sistemas de engenharia (transportes) e sistemas geográficos (estudos sobre bacias hidrográficas). No quadro das relações sociais a ARS contribuiu para a compreensão de problemas complexos, como a integração entre a estrutura social (macro) e a ação individual (micro) (DEGENNE E FORSÉ, 1999 *apud* MARTELETO, 2001).

Nesta perspectiva, é possível compreender o nível macro como resultado de um conjunto de trocas observáveis entre atores, o que permite um constante intercâmbio entre os dois níveis. Quando interpretamos a configuração ao nível estrutural (macro), é sempre possível voltar ao nível individual (micro), certificarmos-nos sobre quem pertence àquela posição e depois retomar o raciocínio ao nível coletivo utilizando essa informação (VARANDA, 2007).

Considera-se, portanto, que o referencial da ARS trabalha com a suposição de que aquilo que as pessoas pensam, sentem e fazem tem sua origem e se manifesta nas relações entre os atores, opondo-se à ideia de que os atributos dos atores individuais sejam a causa determinante de comportamentos e estruturas sociais. Assim, a raça, idade, o sexo, entre outros atributos, tem menos importância do que as formas das relações mantidas, que são o que realmente posiciona as unidades na estrutura social (COLINA, 2005).

Atualmente, a ARS é reconhecida como uma ferramenta metodológica de origem multidisciplinar (psicologia, sociologia, antropologia, matemática, estatística), cuja principal vantagem é a possibilidade de formalização gráfica, quantitativa e qualitativa das redes sociais (SOUZA; QUANDT, 2008). Assim, muitos estudos têm se dedicado à análise da influência das estruturas sociais nos resultados das ações e decisões dos indivíduos, como também nas ações e resultados econômicos das organizações (MIZRUCHI; STEARNS, 2001; MARQUES, 2004; GRANOVETTER, 2005; KIRSCHBAUM, 2006; MACHADO-DASILVA; COSER, 2006).

No campo da saúde, a teoria da ARS têm se mostrado altamente operativa, constituindo um campo de grande interesse. Por meio da metodologia de redes, buscam-se melhorias nas condições de saúde, que podem ser concretizadas na perspectiva de promover apoio social, troca de experiências e informações e mesmo no trabalho mais diretamente ligado ao desenvolvimento das ofertas de serviços e cuidados de saúde (MARTINS; FONTES, 2004; MOLINA; AGUILAR, 2004).

Para Silva (2011) o mapeamento das redes no campo da saúde tem um enorme potencial de investigação. A nova organização do Sistema de Saúde e as suas implicações nos serviços públicos de saúde configuram uma reorganização das redes de acesso, cujo recurso à ARS poderá tornar evidentes os potenciais buracos estruturais da rede, bem como os laços fortes e fracos no acesso ao sistema (SILVA, 2011).

A ARS pode ser útil na identificação dos fatores relativos aos recursos humanos, em suas subjetividades, quando se inter-relacionam e agem no cotidiano de trabalho, gerando circunstâncias que impeçam ou facilitem a execução de intervenções (OLIVEIRA et al., 2010). A identificação e descrição do cenário em que a avaliação é realizada podem fornecer informações valiosas à tomada de decisões, tais como a capacidade de organização e operacionalização de instituições (GOMIDE; SCHUTZ, 2015).

A partir da ARS, as interações entre os atores podem ser destacadas ao se valorizar (CORRALES, 2005):

1. A diversidade de atores: em qualquer rede são possíveis de serem identificados pelo menos dois atores, que podem ser pessoas ou instituições.
2. Os interesses comuns: existem interesses comuns como condição fundamental para a formação das redes.
3. O intercâmbio de recursos: a proximidade, o contato direto e a proximidade entre os atores estimulam o desenvolvimento de relações de confiança, a partir das quais se desenvolvem estratégias de cooperação.
4. A cooperação contínua versus a cooperação pontual: as relações de confiança surgem com maior naturalidade de processos de cooperação contínua entre atores.
5. O compromisso: o compromisso dos atores é um fator fundamental para se atingirem os objetivos dos atores.
6. As relações relativamente estáveis: na lógica da dinâmica das redes estão relações que surgem se fortalecem, se debilitam, rompem, se reconstroem e condicionam a estrutura e as relações da rede.

7. A articulação comunitária: as redes configuram novas articulações comunitárias de ação.

8. A horizontalidade versus a hierarquia: O plano horizontal em que se desenvolve o trabalho em rede contraria os modelos tradicionais de verticalidade.

Importa destacar que, na ARS, a unidade de análise não são os atributos individuais (classe, sexo, idade, gênero), mas o conjunto de relações que os indivíduos estabelecem através das suas interações uns com os outros. A estrutura é apreendida concretamente como uma rede de relações e de limitações que pesa sobre as escolhas, as orientações, os comportamentos, as opiniões dos indivíduos (MARTELETO, 2001).

Compreender a estrutura de uma rede e o quadro no qual se desenvolvem as relações constitui-se como um dos principais objetivos da ARS. Apesar das diferenças entre cenários, se olharmos para atuação de uma peça de teatro onde se denota a desmotivação dos atores na representação e só no final percebermos que a sala onde representam se encontrava desprovida de público, estaremos a cometer o mesmo erro se, na análise das relações entre determinados atores, não percebermos o cenário onde decorrem as suas ações (FIALHO, 2014).

Em suma, a ARS não é um fim em si mesmo. Assume-se como o meio para a realização de uma análise estrutural, cujo objetivo é explicar os fenômenos em estudo. O referencial metodológico da ARS pretende mostrar que uma rede não se resume à simples soma das relações, mas depende do contexto e da posição dos atores dentro dela (DEGENNE; FORSÉ, 1994 apud BEZ, FARACO, ANGELONI, 2012).

Somam-se a esta perspectiva, alguns elementos considerados essenciais para o entendimento da operacionalização da análise a partir do referencial da ARS. Apesar de observarmos a expansão do uso desta metodologia em diversos campos, a ARS possui características bastante singulares e que a diferenciam de outras abordagens que também têm como foco a investigação das redes. É sobre isso que comentarei a seguir.

### **3.3 Conceitos básicos do Referencial de Análise de Redes Sociais**

A ARS trabalha com conceitos desenvolvidos dentro da própria metodologia, entre eles: os atores, os atributos, o laço relacional, a relação, a díade, a tríade e as redes sociais

como um todo (FREITAS; PEREIRA, 2005; WASSERMAN; FAUST, 1994 *apud* BEZ; FARACO; ANGELONI, 2012).

**Ator** é uma unidade que pode ser representada em diferentes tipos, uma pessoa, ou um conjunto discreto de indivíduos reunidos em uma unidade social coletiva, como subgrupos, organizações, entre outros. O ator tanto pode ser um colaborador quanto toda a empresa.

**Atributos** dizem respeito às características individuais de um ator, como por exemplo: idade, sexo, formação, instituição que ele está vinculado, entre outros.

O **laço social**, também denominado de **ligação**, é responsável por estabelecer a ligação entre pares de autores. São exemplos de laço relacional a avaliação de uma pessoa por outra, a associação a um evento ou clube, as relações formais e informais em uma empresa.

Neste contexto, pode-se afirmar que o número de laços entre os atores é indispensável e fundamental para a compreensão de um determinado ator na rede e qual a sua influência e poder. Por exemplo, se A não estabelece laço com B, isto significa que não existe aprendizagem, ajuda ou influência entre ambos (HANNEMAN, 2001).

Granovetter (1973) qualificou a natureza dos laços em dois tipos:

**Laço forte** – verifica-se entre dois atores e pressupõe um considerável nível de tempo e esforço de relação, feição emocional, confiança e reciprocidade. Trata-se de um relacionamento que se vai construindo ao longo dos tempos.

**Laço fraco** – surge numa posição oposta e envolve transações de caráter pontual entre agentes, nas quais a identidade dos atores assume uma menor importância. Neste tipo de laço os níveis de confiança e reciprocidade são mínimos.

No contexto prático, os laços fortes possibilitam que a rede tenha uma identidade comum, permitindo que as relações dentro dela possuam um nível alto de credibilidade e influência. Os atores que compartilham de laços fortes estão inseridos em um mesmo círculo social. Os atores possuem muitos laços fracos também são importantes dentro da rede, pois estão conectados com outros tantos atores que ocupam outras redes de relações (ANDRADE; DAVID, 2015).

Granovetter (1973) também afirma que os laços fracos são essenciais na constituição das redes, pois são justamente as relações fracas que ampliam os limites das redes, conectando grupos que não têm ligações entre si. Além disso, a existência de laços fracos é fundamental para que esses indivíduos atinjam mais pessoas sem que haja perda de confiança.

**Fluxos** – indica a direção do vínculo, podem assumir várias designações: unidirecional ou bidirecional. Por sua vez, se não existir nenhum tipo de fluxo entre determinado ator, significa que se trata de um nó solto dentro da rede (FIALHO, 2007).

**Díade** - a rede mais simples que existe, pois é formada por apenas dois atores e as possíveis ligações entre si. Os atores podem estar ligados ou não, e a sua ligação é uma propriedade do par.

O objetivo da ARS é demonstrar que a análise de uma díade – interação entre duas pessoas – só tem sentido quando em conjunto com outras tantas díades da rede, uma vez que, a posição estrutural destas díades tem efeitos sobre a forma, conteúdo e função da rede. Deste modo, a função de uma relação está dependente da posição estrutural dos elos, e o mesmo se verifica com o status e o papel do ator (DEGENNE; FORSÉ, 1994 *apud* FIALHO, 2014).

**Tríade** – é a rede formada por três atores e as suas possíveis ligações. Potencialmente, em uma tríade há três díades.

Para a compreensão da estrutura da rede, o seu tamanho pode ser um fator crítico quanto maior for o grupo, maior é a densidade de laços, o que pode levar ao surgimento de novos grupos. A distância entre atores também deve ser tida em consideração, uma vez que quanto maior a distância entre os atores, maior será o tempo para a o fluxo de informação, ou seja, esta demorará mais tempo a ser difundida (FIALHO, 2007).

A variação das distâncias entre os atores pode ser um marco fundamental para a identificação, diferenciação e inclusão na rede. Neste sentido, os atores que se encontrem mais próximos uns dos outros têm uma maior probabilidade de exercer poder do que aqueles que estão mais distantes (FIALHO, 2007).

Nesse sentido, para a ARS devem ser utilizadas combinações de medidas de rede. As medidas descritivas são complementares quando se pretende identificar ou comparar o **grau de imbricamento** (*embeddedness*) dos diferentes atores. A seguir, apresenta-se um quadro contendo um conjunto de medidas descritivas e estruturais que podem ser utilizadas na descodificação de cada realidade sócio-organizacional:

Quadro 1 – Síntese das medidas de rede

<b>Medidas Descritivas</b>	
Densidade ( <i>density</i> )	É a proporção de laços efetivos entre os laços possíveis. Uma medida do grau de inserção dos atores na rede.
Centralidade ( <i>centrality</i> )	Permite obter o grau de influência do ator em relação à rede local
Proximidade ( <i>closeness</i> )	Grau de proximidade em relação a outros atores na rede
Intermediação ( <i>betweeness</i> )	Permite medir o grau de intervenção de cada ator relativamente a outros atores da rede – meio de ligação entre os atores.
Distância geodésica ( <i>distance</i> )	Mede o grau de afastamento da localização dum ator em relação a outro
Alcance ( <i>reachability</i> )	Mede a extensão do contato que um ator estabelece com outros atores na rede
Subgrupos ( <i>cliques</i> )	Permite medir o grau de concentração e formação de subgrupos numa determinada rede
<b>Medidas estruturais</b>	
Densidade ( <i>density</i> )	Mede o grau de coesão e homogeneidade
Transitividade ( <i>transitivity</i> )	Mede o grau de flexibilidade e cooperação numa determinada rede
Equivalência estrutural	Mede a posição relativa dum ator na rede
Equivalência regular	Medida menos estrita que a anterior – mede o papel social
Buraco estrutural	Mede o grau de coesão e competição da rede (ausência de relações)

Fonte: Molina (2001), Hanneman (2001), Wasserman e Faust (1998), Degenne e Forsé (1994) *apud* FIALHO, 2014.

As medidas utilizadas pela ARS são diversas e devem ser aplicadas de acordo com o propósito do estudo e as características da rede que se pretende analisar (COSTA et al., 2015).

Destaca-se que a métrica de Densidade tem por objetivo fazer a medida de conectividade dentro da rede, representando o número de ligações possíveis totais que podem existir, ou seja, é a razão entre o número de laços presentes e os laços potenciais. Deste modo, redes definidas como densas são aquelas em que há grande quantidade de conexões (representadas por mais de 50%), e redes esparsas são aquelas que possuem pequenas quantidades de ligações (ou menores que 50%). Quanto maior a densidade, maior a coesão entre o grupo (HATALA, 2006).

Nesta ótica, podemos compreender que uma rede é considerada densa quando apresenta muitas relações entre pares de atores, caso contrário é pouco densa. Por exemplo, as pessoas de um departamento de uma empresa se relacionam de forma intensa, isto é, todos se comunicam (relação ou ligação entre elas). O caso contrário é um departamento com pouca comunicação entre as pessoas (FARINA, 2014).

Já o conceito de buracos estruturais se apoia na perspectiva de que a rede não é apenas consequência das relações que de fato existem entre os atores. Ela também é o resultado da ausência de relações, da falta de laços diretos entre dois atores, constituindo, assim, um buraco em sua estrutura (BURT, 1992). O “desenho” do tecido social apresenta-se, desse modo, como algo semelhante a um queijo suíço (FAZITO; SOARES, 2010).

Neste caso, entende-se que, quando um ator está conectado com outros dois e esses não estão conectados entre si (terceiro caso), a rede é caracterizada por “buracos estruturais”, isto é, a falta de ligação entre atores de grupos diferentes (FARINA, 2014).

Estas “falhas na estrutura da rede” podem ser estrategicamente preenchidas por ligações entre um ou mais elos, de forma a unir outros atores. Este conceito está ligado às ideias de capital social, na medida em que quem estabelece a conexão entre duas pessoas que não estão ligados, pode controlar essa comunicação (SCHULTZ-JONES, 2009).

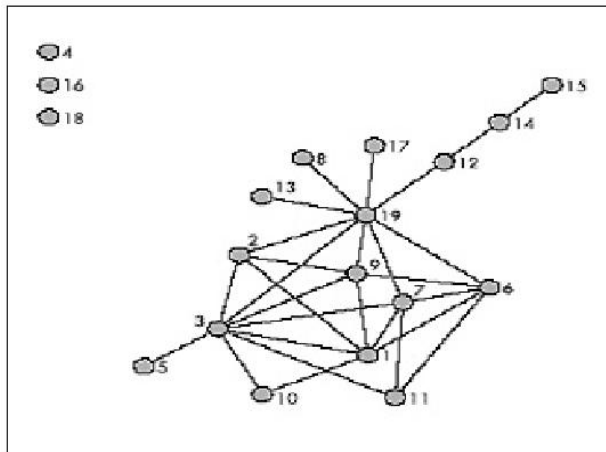
Para chegarmos a esses indicadores, é necessária a elaboração de um instrumento de coleta de dados, que pode ser através de questionários, entrevistas, grupos focais, dentre outros, que possibilite a busca de informações para a construção da rede e, posteriormente, o cálculo dos indicadores (ANDRADE; DAVID, 2015).

Outra vantagem da utilização da ARS é a possibilidade de representação gráfica das redes, que permite identificar as dinâmicas que se estabelecem entre determinados atores. Assim, a visualização será sinônimo de representação dos atributos e posicionamento dos atores na rede, representará as relações que se estabelecem num determinado contexto e, favorecerá uma compreensão gráfica dum determinado relacionamento inter ou intra organizacional, pessoal ou grupal (FIALHO, 2014).

Os gráficos (sociogramas) são representações visuais das redes, nos quais são mostrados os atores (ou nós) e os laços que os unem como linhas, ou a ausência de laços (Figura 4).



Figura 4 – Representação visual das redes através de um sociograma



Fonte: HAWE; WEBSTER; SHIELL, 2004.

Havendo a possibilidade da seleção de inúmeras características para a ARS, é necessário o uso de programas de computador que façam a mensuração quantitativa dos dados coletados. Para isso, atualmente existem softwares capazes de receberem os dados coletados e traduzirem-nos em gráficos e/ou matrizes, fornecendo uma visão espacial da estrutura das redes e até mesmo dos laços existentes entre os atores.

O programa Ucinet<sup>31</sup> é um exemplo deste tipo de tecnologia (MÂNGIA; MURAMOTO, 2005). Desta forma, após a coleta dos dados, estes são lançados em uma matriz que pode ser encontrada no software Ucinet. Dentro deste programa, o Netdraw é o responsável pelo desenho estrutural da rede, com seus elos e ligações. Com a rede construída, parte-se para o cálculo dos indicadores através do Ucinet, que possibilita uma análise quantitativa dos achados.

Diante dessas explicações, a seguir serão apresentados os aspectos operacionais da pesquisa.

<sup>31</sup>Este programa de análise de redes foi desenvolvido por Steve Borgatti, Martin Everett e Lin Freeman e tem sido bastante utilizado em estudos que investigam as relações organizações entre empresas. O Ucinet possui diversas rotinas analíticas de redes, permitindo a análise de grafos e o mapeamento das relações invisíveis entre os atores investigados (LIMA; CORRÊA, 2009).

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, tipo estudo de caso.

A abordagem quantitativa traduz em números opiniões e informações para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc, e assim, classificá-las e analisá-las (RICHARDSON, 2007). Através da abordagem quantitativa objetiva-se identificar a estrutura da rede e a existência (ou não) de laços entre os atores.

A pesquisa descritiva pretende descrever as características de determinadas populações ou fenômenos ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2008). A análise de redes possibilita avaliar tanto os aspectos descritivos dos relacionamentos quanto as análises estatísticas causais de tais fenômenos (HANNEMAN; RIDDLE, 2005; SCOTT, 2002; WASSERMAN; FAUST, 1994).

Estudos de caso caracterizam-se como investigações empíricas que retratam um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, ou seja, esse tipo de método é utilizado quando se quer lidar com questões contextuais que são pertinentes ao fenômeno que se pretende estudar, podendo incluir tanto um caso único quanto casos múltiplos (YIN, 2005).

### **4.2 Cenário do Estudo**

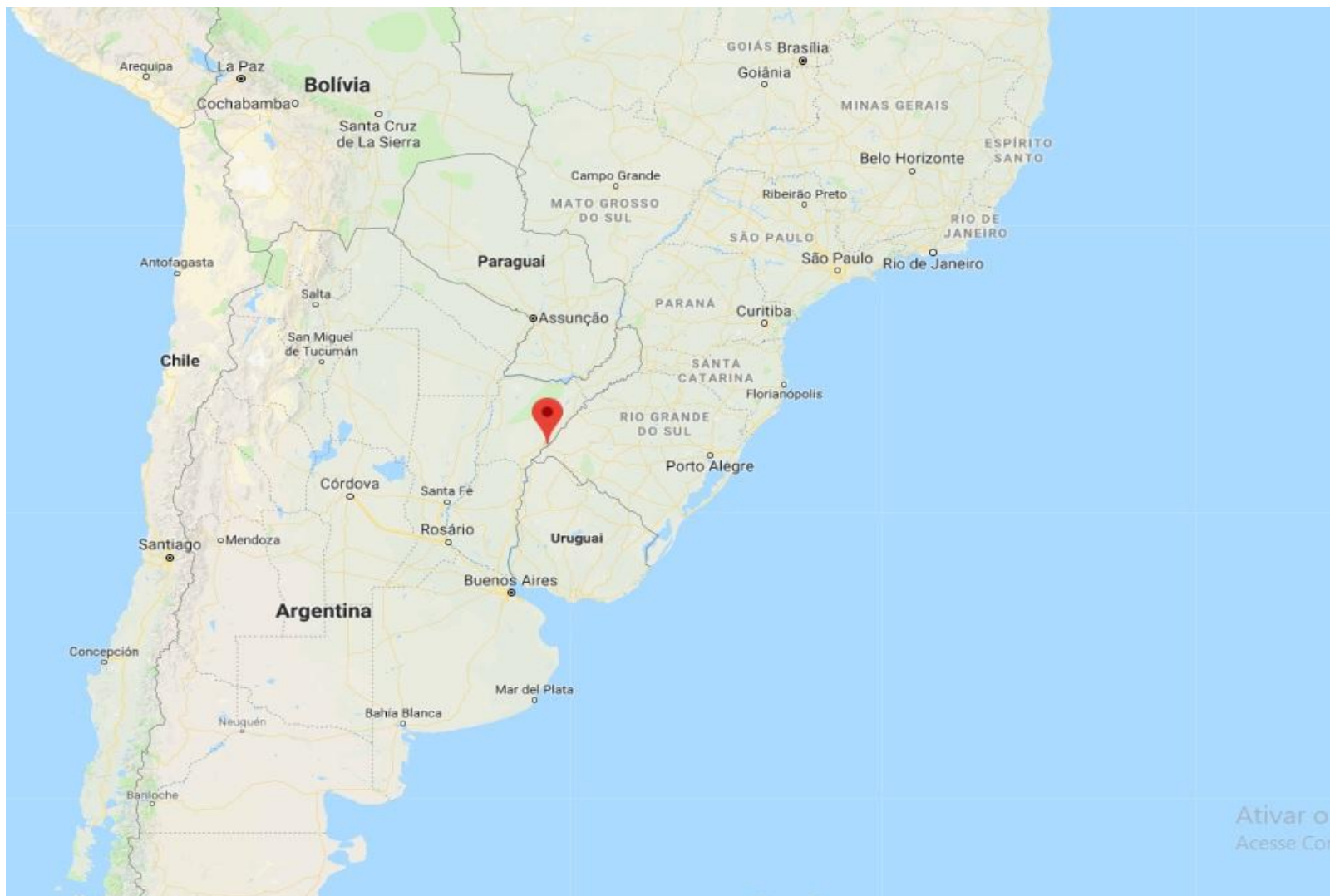
A presente pesquisa foi realizada em um CAPS AD III de um município de Uruguaiana, Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, Brasil. O referido município está situado no extremo ocidental do estado do Rio Grande do Sul, junto à fronteira com Argentina e Uruguai. É a maior cidade da região oeste do estado com uma população de aproximadamente 125.435 habitantes, e o terceiro maior município do estado em área territorial (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Os dados dessa pesquisa foram coletados em um CAPS AD III do município de Uruguaiana que fica localizado na região da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, a 650 Km da Capital do estado. Limita-se ao norte com o município de Itaqui, ao sul com Barra do Quaraí, ao leste com Alegrete e Quaraí e oeste com Passo de Los Libres, República da Argentina. Além disso, Uruguaiana localiza-se muito próxima ao Paraguai e Uruguai, tendo as capitais Buenos Aires, Montevideú, Assunção e Porto Alegre equidistantes, portanto, é um ponto estratégico militar e econômico para o Mercosul.

Até meados dos anos 1990, Uruguaiana fazia fronteira com a cidade uruguaia de Bella Unión, através do distrito da Barra do Quaraí. Com a emancipação do distrito, em 1995, findou-se essa característica uruguaiense. Ainda assim, o município faz divisa com terras da República Oriental do Uruguai ao sul, sendo um dos poucos municípios brasileiros com tríplice fronteira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

É a maior cidade da região oeste do estado com uma população estimada em aproximadamente 129.784 habitantes, e o terceiro maior município do estado em área territorial com uma área de 5. 713 km<sup>2</sup> (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Figura 5 – Local da realização do estudo



Fonte: Google Maps, 2018.

Na economia, o município destaca-se como o maior produtor de grãos da América latina especialmente pela cultura de arroz. Também tem destaque na criação de gado bovino de raças nobres europeias, gado ovino de corte e lã, gado bubalino de corte (município líder no estado). O comércio exterior é destaque à vasta infraestrutura portuária do maior porto seco da América Latina (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A cidade tem um índice de desenvolvimento humano municipal considerado alto, ocupando o 664º lugar no *ranking* brasileiro com média de 0,774 no ano de 2010.

A assistência em saúde é norteada pelas políticas e programas estabelecidos pelo município. A atenção aos usuários ocorre em três níveis de complexidade (baixa, média e alta) e é formada por uma rede de saúde com distintos serviços. Além disso, procura-se a construção de um trabalho coletivo através de interface entre diversas áreas e profissões a fim de ofertar resoluções efetivas para as demandas de saúde da população (PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA, 2017).

Com relação à Atenção Primária em Saúde (APS), atualmente a cobertura populacional estimada pelas equipes de AB é de 66%. Uruguaiana conta com 16 unidades de saúde distribuídas na área urbana e três unidades de saúde na área rural. Nestas 16 UBS estão implantadas 23 Equipes de Saúde da Família no perímetro urbano e uma Equipe de Saúde da Família Rural. Atualmente as Unidades de Saúde da Família contam com o apoio de um NASF modalidade II que oferece apoio para resolução de demandas (PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA, 2017).

A assistência de média complexidade é ofertada pelos seguintes serviços: Centro de Especialidades Odontológicas, Policlínicas Adulto e Infantil, Fisioterapia, Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS/DST/AIDS) e Centro de Administração de Medicamentos Injetáveis (CAMI) (referência em triagem, aconselhamento diagnóstico e tratamento de HIV e hepatites respectivamente), Ambulatório de Saúde Mental, CAPS II, CAPS AD, Laboratório de Análises Clínicas, Clínica Renal, Banco de Sangue, Ambulatório de Especialidades; Tratamento Fora Domicílio.

Os serviços de alta complexidade são atendidos pelo Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana nas Especialidades de Oncologia, Cirurgia Cardiovascular, Neurologia e Neurocirurgia, estes atendimentos são referência para toda a região da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde.

No tocante à RAPS, o município conta com cinco serviços especializados, sendo eles: CAPS adulto II, CAPS AD III, Ambulatório de Saúde Mental, Casa de Acolhimento

Transitório e Consultório na Rua, além dos serviços especializados as demandas de saúde mental também são atendidas em serviços de caráter generalista.

O CAPS AD foi inaugurando no ano de 2012 e atualmente classifica-se na modalidade III, contudo, ainda não conta com funcionamento 24 horas devido ao andamento da reforma em seu espaço físico. Possui aproximadamente 672 prontuários abertos, dentre estes, em média 30 estão classificados como tratamento intensivo. Atende diariamente cerca de 45 a 60 pacientes, seja em atividades individuais ou grupais.

O serviço possui uma equipe multiprofissional formada por 19 trabalhadores de diversas categorias de nível médio, técnico e superior: nutricionista, enfermeiro, psicólogo, médico psiquiatra, pedagoga, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, terapeuta ocupacional, técnicos de enfermagem e agentes sociais. Além destes profissionais, conta com Residentes em Saúde Mental Coletiva e acadêmicos de saúde de diferentes cursos de graduação.

Dentro de suas estratégias terapêuticas o CAPS AD oferece atividades voltadas à reinserção e reabilitação psicossocial de pessoas em tratamento por abuso de substâncias psicoativas na modalidade individual e em grupo. Dentre as atividades destacam-se: oficinas de artesanato, grupos terapêuticos, atividades físicas, passeios ao ar livre e horta terapêutica.

É interessante notar, que o município não dispõe de um protocolo que balize o fluxo dos atendimentos em saúde mental, contudo, diversos acordos verbais e/ou registrados em ata, foram realizados a fim de nortear a conduta dos profissionais no caso de demandas específicas. Entende-se que estes acordos são benéficos pois dão maior agilidade aos atendimentos e facilitam trabalho conjunto entre os atores ao desburocratizar o processo de referência e contrarreferência dos usuários.

Além dos acordos pré-estabelecidos, a interface entre os atores ocorre por diversos meios de comunicação como telefone, aplicativos de mensagens instantâneas, e e-mails. Reuniões sistemáticas ou esporádicas também são realizadas no intuito de debater sobre casos específicos e alinhar fluxogramas de atendimento.

### **4.3 Participantes do estudo**

Os dados foram coletados no período de Agosto à Dezembro de 2017. No primeiro estágio da coleta utilizou-se os seguintes critérios:

**Critérios de Inclusão**

-Profissionais de saúde que atuam no CAPS AD.

**Critérios de Exclusão**

-Profissional que estivesse cobrindo licença ou gozando férias no período da coleta de dados.

Quadro 2 – Quantitativo de profissionais do CAPS AD

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>QUANTITATIVO</b>
<b>ENFERMEIRO</b>	2
<b>TÉCNICOS EM ENFERMAGEM</b>	3
<b>PSICÓLOGO</b>	3
<b>FISIOTERAPEUTA</b>	0
<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>	1
<b>NUTRICIONISTA</b>	1
<b>FARMACÊUTICO</b>	0
<b>MÉDICO/PSIQUIATRA</b>	0
<b>AGENTES SOCIAIS</b>	2
<b>EDUCADOR FÍSICO</b>	1
<b>NÚMERO TOTAL DE PROFISSIONAIS: 13</b>	

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

No segundo estágio foi realizada a **definição da relação entre os atores** da rede. Neste momento foi aplicado um Questionário do tipo Likert, individualmente a cada um dos informantes-chave. Os informantes-chave foram representados pelos gestores de cada serviço (atores), indicados no primeiro estágio, de acordo com os seguintes critérios:

**Critérios de Inclusão**

-Gestores que atuam na rede de saúde mental do município.

**Critérios de Exclusão**

-Gestores que estivessem assumindo interinamente o cargo de coordenação do serviço ou estivessem cobrindo licença ou gozando férias no período da coleta de dados.

#### 4.4 Método de coleta de dados

A coleta de dados deste estudo, teve dois estágios, seguindo as orientações de Blanchet e James (2011) aplicadas à investigação de sistemas de saúde, conforme quadro a seguir:

Quadro 3 – Principais estágios de análise de rede social aplicado à investigação de sistemas de saúde

<b>Estágio 1 – Definição da lista de membros e atores da rede:</b>
<p>Etapa 1: Listagem de todos os <i>stakeholders</i><sup>32</sup> envolvidos em um sistema;</p> <p>Etapa 2: Complementar a lista dos atores com informações coletadas por meio de entrevistas com os informantes chave.</p>
<b>Estágio 2 – Definição da relação entre os atores:</b>
<p>Etapa 1: Exibir a lista de atores em uma tabela;</p> <p>Etapa 2: Entrevista com informantes chave para identificar a relação entre os atores;</p> <p>Etapa 3: Indicar no quadro a existência ou ausência de relação entre os atores. Em cada quadrado da tabela, coloca-se um " 0 " quando não houver fornecimento e não houver demanda de informações entre dois atores</p>
<b>Estágio 3 – Análise da estrutura do sistema: mensuração das propriedades (medidas) da rede com ajuda do Software UCINET versão 6.0.</b>

Fonte: Adaptação de Blanchet e James, 2011.

#### Estágio 1 – Definição da lista de membros e atores da rede

Foi utilizada a técnica de observação sistemática (ou estruturada) que teve duração de quatro semanas, objetivando-se a familiarização ao local de estudo, abarcando suas rotinas e fluxos, bem como a aproximação aos informantes-chave da pesquisa.

Esta técnica é utilizada para compreender como funciona uma determinada atividade ou tarefa. O pesquisador observa as etapas de um processo, as ferramentas utilizadas, as

<sup>32</sup>O termo em inglês “*stakeholders*” pode ser traduzido para o português no sentido de “grupos de interesse”.



dificuldades que aparecem, as conversas e resultados do trabalho. A observação sistemática constitui-se em uma observação direcionada, desta forma, exige um planejamento de ações para investigação do fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A observação foi realizada por meio da inserção da pesquisadora no ambiente do serviço e da participação nas reuniões de equipe. Para a sistematização da observação foi obedecido um roteiro que contemplou os elementos a serem investigados (APÊNDICE A).

Nesta etapa também foram verificados dados provenientes de documentos e arquivos existentes no serviço, como: fluxogramas, protocolos internos, fichas de atendimento, etc. O uso destas fontes foi útil para explorar a dinâmica das relações estabelecidas pelo CAPS AD.

Foi utilizado um diário de campo para registro das observações realizadas pela pesquisadora. O diário consiste em um instrumento para o registro de informações que emergem do trabalho de campo e que posteriormente serão utilizadas pelo pesquisador ao fazer a análise dos dados (DESLANDES, 2007).

Ainda no Estágio 1, foi realizada uma roda de conversa que consiste em um método de participação coletiva de debate acerca de determinada temática, abrindo a possibilidade de diálogo e escuta entre os sujeitos por meio do exercício reflexivo (MOURA; LIMA, 2014).

A roda de conversa foi realizada com 13 profissionais do CAPS AD, a fim de conhecer quem são os atores com os quais o serviço estabelece laços relacionais, ou seja, quais as conexões realizadas para resoluções de demandas do cotidiano de trabalho relacionado aos usuários de drogas.

A roda de conversa foi conduzida de acordo com um roteiro de questões pré-estabelecidas (APÊNDICE B), elaborado pelos pesquisadores. Este roteiro teve como foco a exploração dos atores existentes na rede, ou seja, sua composição estrutural. Desta forma, as questões conduziram para o elenco dos serviços ou recursos presentes dentro da rede. Teve duração de aproximadamente 45 minutos, foi gravada em áudio e posteriormente transcrita para facilitar a análise dos dados.

## **Estágio 2 – Definição da relação entre os atores**

No estágio 2, foi aplicado um Questionário, em formato de Escala Likert (APÊNDICE C) a fim de conhecer o padrão dos laços relacionais entre os atores.

A escala foi aplicada separadamente à cada um dos gestores (informantes-chave) de cada serviço (ator) indicado pelos trabalhadores do CAPS AD durante o primeiro estágio da coleta de dados.

As questões foram elaboradas com base em uma escala de tipo Likert de cinco itens, com a seguinte correspondência de pontuação: **0 – nunca, 1 – raramente, 2 – às vezes, 3 – frequentemente e 4 – sempre**. Este tipo de escala consiste de uma série de afirmações a respeito de um determinado objeto. Para cada afirmação há uma escala de até cinco pontos. O valor da medida é obtido através da soma dos valores das respostas às afirmações (NOGUEIRA, 2002).

Para elaboração da escala este estudo enfocou cinco aspectos que identificam os modos de relacionamento (MILWARD; PROVAN, 1998), a saber:

- Referência de envio: pacientes enviados a outras unidades da rede;
- Referência de recebimento: pacientes recebidos de outras unidades da rede;
- Coordenação de caso: compartilhamentos de dados e condutas a respeito de um caso específico;
- Programas conjuntos: esforços formais em torno de programas desenvolvidos conjuntamente com outra unidade da rede;
- Consultorias: serviços prestados a outras unidades a rede na base de contratos ou acordos formais.

A partir desses dados foram construídos sociogramas e realizada a **mensuração das propriedades (medidas) da rede** conforme orientações de Blanchet e James (2011), constituindo-se, portanto, o 3º Estágio.

#### 4.5 Método de análise de dados

Os procedimentos de análise foram divididos em duas etapas:

Primeiro foi realizada a análise estrutural da rede, ou seja, identificação e caracterização dos atores que constituem a rede através do desenho dos “grafos”.

Posteriormente, foram analisadas as relações estabelecidas entre os atores, considerando as medidas que este estudo se presta a analisar: **Medidas Descritivas, das quais: densidade, centralidade, *betweeness* e cliques**.

A análise dos dados foi organizada a partir da utilização de um programa de computador chamado Ucinet que realiza a mensuração dos dados obtidos e permite uma análise visual através da representação gráfica da rede, e a análise quantitativa das informações coletadas através de métricas já consolidadas da ARS (ALMEIDA, 2007).

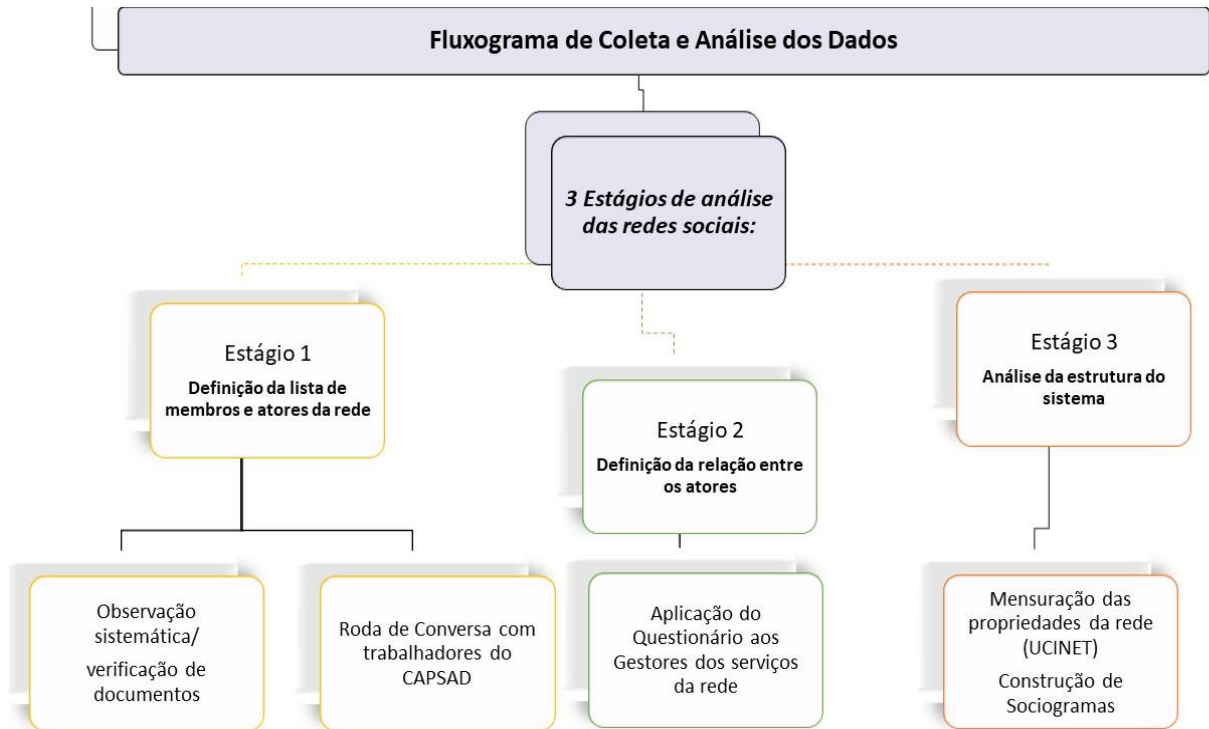
O Ucinet é um pacote de software que possibilita a representação matemática das redes, onde os seus elementos são as relações. Fazem parte do pacote Ucinet outros três softwares: o NetDraw que faz a visualização de grafos em duas dimensões, o Mage que possibilita a visualização dos mesmos grafos em três dimensões e o Pajek que é um manipulador de matrizes de distribuição livre Excel (BEZ; FARACO; ANGELONI, 2012).

Este software possui vários métodos de análise de redes, dentre eles medidas de centralidade, identificação de subgrupo, papel de análise, grafos elementares e permutação baseada em análise de estatísticas e uma forte matriz de análise de rotinas, tais como álgebra matricial e estatística multivariada. A vantagem deste programa é permitir a importação e exportação de uma série de formatos de arquivos de dados, como arquivos gerados em planilhas Microsoft Excel (BEZ; FARACO; ANGELONI, 2012).

Ambos os softwares contidos no Ucinet permitem definir “quem” é a rede, possibilitam selecionar indicadores que permitem traçar uma visão panorâmica de suas características, a análise dos componentes (atores) e suas relações (PASCOTO et al., 2013).

Para melhor compreensão do método de coleta e análise de dados apresenta-se a seguir uma breve sistematização deste processo:

Figura 6 – Fluxograma de coleta e análise de dados



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

#### 4.6 Aspectos Éticos

Para a realização deste estudo foram respeitados os aspectos éticos e legais pautados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi solicitado ao secretário de saúde do município (responsável pela instituição co-participante) a assinatura de um Termo de Autorização (APÊNDICE D) que permite o consentimento para realização da pesquisa.

Além disso, foi fornecido a todos os participantes um Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI) (APÊNDICE E) afirmando a participação voluntária na pesquisa e garantindo anonimato e as devidas restrições para divulgação das informações coletadas. O documento foi apresentado em duas vias originais e de igual teor sendo que uma das vias ficará com a participante e outra com o pesquisador. Neste termo foram apresentados objetivos, metodologia, benefícios e riscos previstos, assim como a forma de encaminhamento

dos mesmos no caso de sua ocorrência. Foi orientado sobre a liberdade de desistência da participação no estudo a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

Ressalta-se que o projeto passou por Exame de Qualificação no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFRGS, e posteriormente foi teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa desta mesma Universidade, registrado sob o número 2.189.159.

## **5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 Análise da organização da rede**

Apesar de o município contar com uma rede relativamente ampla no que se refere ao aspecto quantitativo, é possível observar que o CAPS AD absorve grande parte da demanda relacionada a usuários de drogas, visto que, o fluxo diário de usuários e familiares no serviço é intensa, chegando a aproximadamente 25 atendimentos diários (individuais e coletivos), e cerca de seis novos acolhimentos diários. Estes acolhimentos são realizados sem a necessidade de agendamento prévio. Observou-se ainda, que muitos dos usuários chegam encaminhados pelas ESFs ou por indicação de pessoas próximas como familiares, amigos e vizinhos.

Além dos atendimentos realizados dentro da estrutura do serviço, cabe destacar o empenho da equipe na realização das visitas domiciliares, intervenção que tem sido efetuada com algumas dificuldades devido a indisponibilidade de veículo ou até mesmo, carência de profissionais para cumprirem esta demanda, uma vez que, é necessário deixar as atividades no interior do CAPS AD para se deslocar até os domicílios, tarefa complicada em dias de grande circulação de usuários.

São realizadas mensalmente cerca de 50 visitas domiciliares. Estas que ocorrem semanalmente conforme agendamento discutido em reunião de equipe e são realizadas comumente por uma enfermeira e um agente social. Esta intervenção tem como principal objetivo a reaproximação de usuários que por algum motivo se afastaram do serviço, na ocasião, é verificada a situação de vida do usuário e a necessidade de retornar ao acompanhamento junto ao CAPS AD. Além disso, as visitas domiciliares são realizadas quando há solicitação judicial para avaliação de usuários, especialmente em casos com indicação de internação compulsória.

Durante a etapa da roda de conversa, já mencionada anteriormente, os profissionais definiram uma lista de 37 serviços que fazem parte da rede de saúde mental do município e que de forma direta ou indireta efetuam atendimento relacionado às demandas dos usuários drogas, são eles:

Quadro 4 – Lista de Serviços que fazem parte da Rede de Cuidado ao usuário de drogas

<b>COMPONENTES DA RAPS</b>	
<b>Atenção Básica em Saúde</b>	1) Estratégia de Saúde da Família (ESF)
	2) Consultório na Rua (CnR)
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	3) CAPS AD
	4) CAPS II
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	5) Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
	6) Pronto Atendimento (Hospital)
	7) Ambulatório de Saúde Mental
<b>Atenção Hospitalar</b>	8) Unidade de Psiquiatria (Hospital)
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	9) Casa de Passagem
	10) Comunidade Terapêutica
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	11) Sistema Nacional de Empregos (SINE)
<b>ATORES ALÉM DA RAPS - RECURSOS INTERSETORIAIS</b>	
<b>Saúde/Educação/Justiça/Assistência Social</b>	12) Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)
	13) Farmácia Popular
	14) Centro de Administração de Medicamentos Injetáveis (CAMI)
	15) Projeto de Saúde Prevenção e Agravos de Doenças não Transmissíveis (DANTS)
	16) Escolas
	17) Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)
	18) Secretaria de Esporte
	19) Casa Flores de Maria (Lar/moradia destinado à idosos, pessoas com transtornos mentais, caráter privado)
	20) Casa de Acolhimento a Criança e Adolescente de Uruguaiana (CACAU)
	21) Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)
	22) Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)
	23) Promotoria/Defensoria Pública
	24) Delegacia da Mulher
	25) Polícia Civil
	26) Ronda Ostensivas Municipais (ROMU)
	27) Brigada Militar
	28) FASE (Fundação de Atendimento Socioeducativo)
	29) Penitenciária Modulada
	30) Conselho Tutelar
	31) Conselho Municipal de Saúde
32) Conselho Municipal Sobre Drogas (COMAD)	
<b>Equipamentos Sociais</b>	33) entidade de apoio as pessoas com HIV (GUAPA)
	34) Amor Exigente
	35) Alcoólicos Anônimos (AA)
	36) Narcóticos Anônimos (NA)
	37) Associação de Familiares

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

A partir da configuração desta rede, foi realizada a análise da estrutura e das interações a partir do referencial de Milward e Provan (1998) que descreve cinco tipos de relacionamento existentes: referência de envio, referência de recebimento, coordenação de caso, programas conjuntos e consultorias. Conforme já explicitado, as medidas de análise elegidas neste estudo são parte das medidas descritivas, sendo elas: **densidade, centralidade, *betweenness* e *cliques*.**

### **5.2.1. Referência de envio**

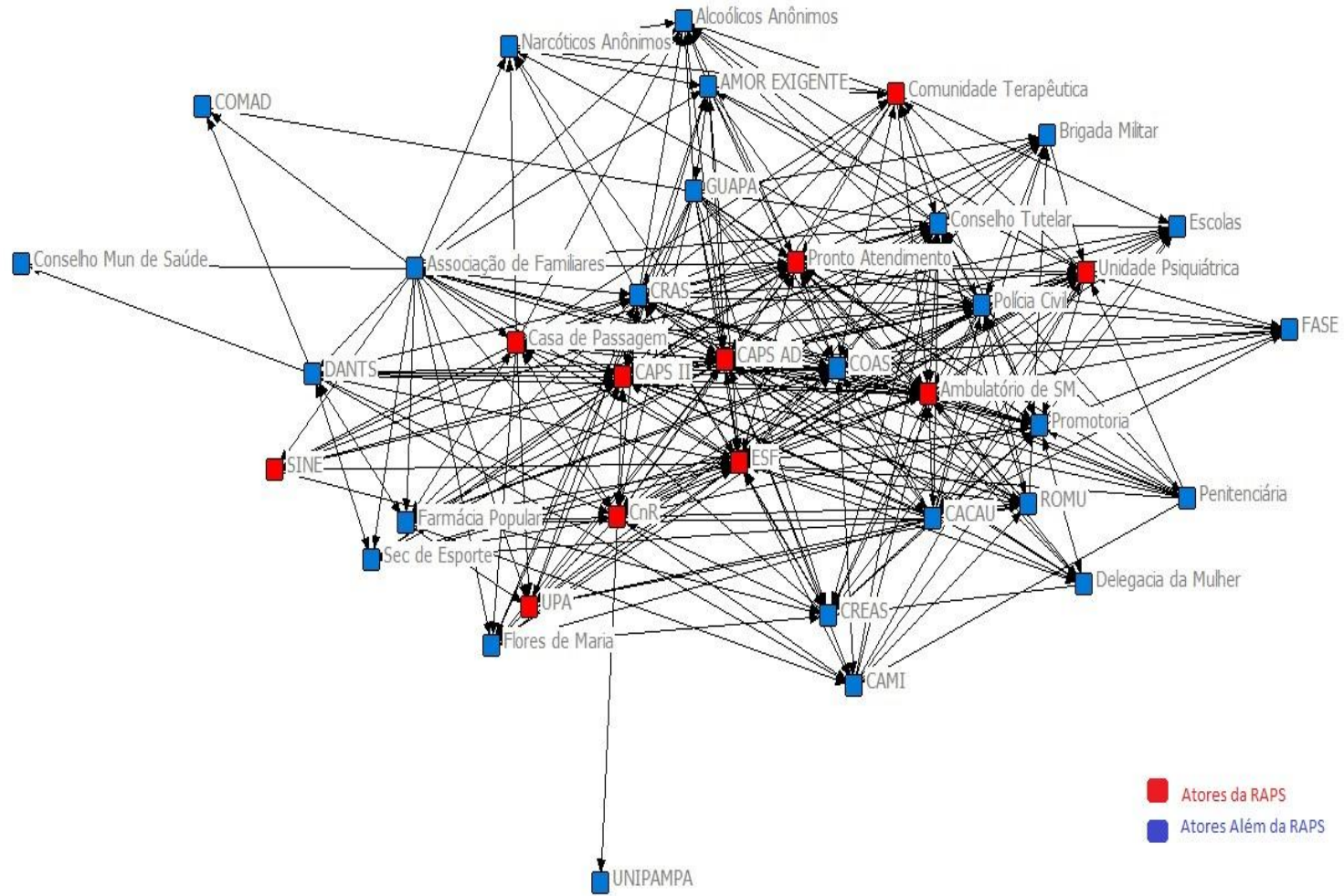
#### **5.2.1.1 Composição da rede**

A referência de envio refere-se ao envio de pacientes a outras unidades da rede. Na rede investigada é composta por 37 atores, sendo que cada um deles pode enviar pacientes para as outras 36 unidades da rede. Essa configuração resulta em um potencial de 1.332 conexões.

Podemos verificar a composição desta rede através do sociograma abaixo:



Figura 7 – Sociograma da rede sob a perspectiva da Referência de Envio



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os elementos centrais desta rede, ou seja, os serviços que mais encaminham pacientes a outros atores da rede encontram-se mais ao centro do sociograma. Já os serviços que estão localizados periféricamente possuem menor relevância com relação a este aspecto de análise.

Com relação às características gerais da rede investigada, é possível observar que se trata de uma rede com distintos níveis de atenção, formada por serviços da rede básica e serviços especializados, que ofertam atendimento para demandas gerais e específicas de saúde mental. A lista inclui serviços de caráter público e privado, instituições filantrópicas e organizações não governamentais (ONGs).

### 5.2.1.2 Análise das medidas de rede

Através dos dados obtidos, pode-se verificar a **densidade média** da rede, que diz respeito à medida geral calculada pelo número de vínculos sobre o total possível. Desta forma, os resultados indicam que a referência de envio de pacientes apresentou 374 conexões; que, se dividindo, pelo potencial total de conexões, resulta em uma rede com densidade média de 28,1%, isto é, uma rede de baixa densidade<sup>33</sup>, como pode-se acompanhar na tabela abaixo:

Tabela 1 – Densidade média da rede total relacionada a Referência de Envio

<b>Índices relacionados a Referência de envio</b>	
<b>Número de nós</b>	37
<b>Número de possíveis conexões</b>	1.332
<b>Número de conexões efetivas</b>	374
<b>Grau de Densidade</b>	28,1%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Em contrapartida, quando verificada a densidade média apenas entre os atores que fazem parte da RAPS, ou seja, 11 unidades, identificou-se um percentual de 53,6%, o que representa uma rede de densidade alta, conforme apresentado na tabela seguir:

<sup>33</sup> Ressalta-se que ainda não existem estudos que indiquem parâmetros para estabelecer quando uma rede se configura como sendo de baixa ou alta densidade. Portanto, este estudo utilizará um ponto de corte. Assim, o índice acima de 50% será considerado uma rede de alta densidade e abaixo de 50% uma rede de baixa densidade.

Tabela 2 – Densidade média entre atores da RAPS relacionada a Referência de Envio

<b>Índices relacionados a Referência de Envio dentro da RAPS</b>	
<b>Número de nós</b>	11
<b>Número de possíveis conexões</b>	110
<b>Número de conexões efetivas</b>	59
<b>Grau de Densidade</b>	53,6%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Com relação ao Grau de **Centralidade** da Rede que se refere a um ator que é central na rede de trocas, identificou-se que o CAPS AD assume o papel central nas relações de envio, fazendo 71 conexões com os demais atores. Outros dispositivos que podem ser considerados centrais no envio de pacientes foram: CRAS (56), Conselho Tutelar (48), GUAPA (46) e CACAU (45). Os atores UNIPAMPA, Conselho Municipal de Saúde e COMAD não efetuaram conexões com outros atores da rede no tocante à relação de envio de pacientes. A seguir, apresenta-se a relação de centralidade dos atores em ordem decrescente conforme número de conexões:

Quadro 5\* – Grau de centralidade dos atores da rede – Referência de envio

<b>Atores</b>	<b>Número de conexões estabelecidas</b>
<b>CAPS AD</b>	71
<b>CRAS</b>	56
<b>Conselho Tutelar</b>	48
<b>GUAPA</b>	46
<b>CACAU</b>	45
...	
<b>UNIPAMPA</b>	0
<b>Conselho Municipal de Saúde</b>	0
<b>COMAD</b>	0

\*O quadro na íntegra encontra-se disponível no Apêndice F.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

A posição de intermediário ou porteiro (*betweenness*), que se refere aos atores considerados elo ou entrada na rede, também foi investigada. Os resultados apontaram que os serviços de maior destaque na posição de porteiro foram CAPS AD, ESF e Conselho Tutelar.

É possível observar que o CnR e o CRAS também apresentaram índices relevantes, podendo ser considerados como pontos estratégicos de entrada na rede. O destaque dos atores ESF e CnR, que não figuram entre os mais centrais, sugere um papel predominantemente de intermediário nesta rede.

Já Conselho Municipal de Saúde, COMAD e UNIPAMPA não tiveram nenhuma representatividade na posição de intermediário.

Quadro 6\* – *Betweenness* Referência de Envio

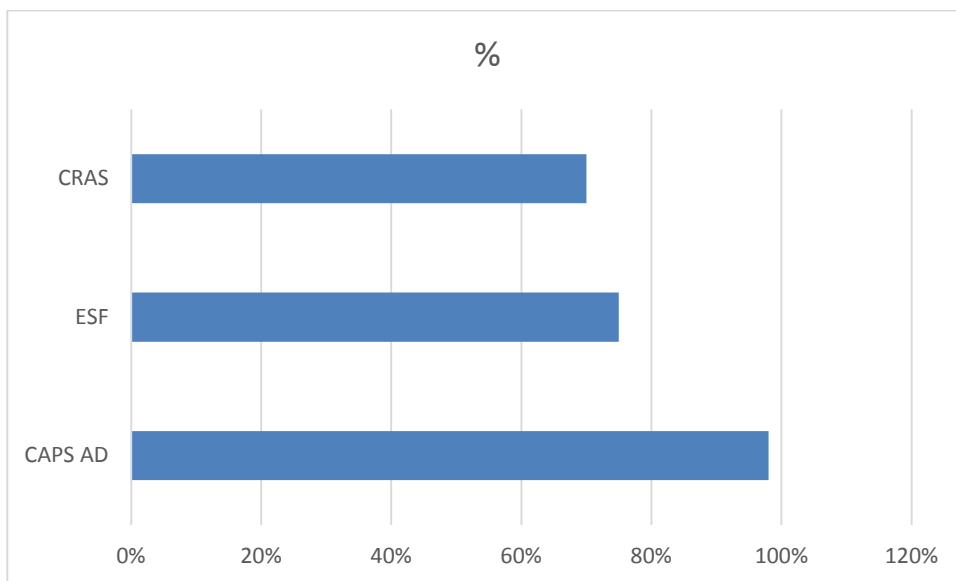
<b>Atores</b>	<b>Índices de <i>Betweenness</i></b>	<b>n<i>Betweenness</i></b>
<b>CAPS AD</b>	290.181	23.030
<b>ESF</b>	78.862	6.259
<b>Conselho Tutelar</b>	76.784	6.094
...		
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0.000	0.000
<b>COMAD</b>	0.000	0.000
<b>UNIPAMPA</b>	0.000	0.000

\*O quadro na íntegra encontra-se disponível no Apêndice F.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Os *cliques* permitem medir o grau de concentração e formação de subgrupos numa determinada rede. Na referência de envio, os atores formaram 121 cliques, sendo que os atores com maiores conexões entre subgrupos foram CAPS AD (98% dos cliques), ESF (75%), CRAS (70%). A UNIPAMPA demonstrou-se um ator isolado, ou seja, que não participou de nenhum clique na referência de envio. O gráfico abaixo representa o ranking dos principais atores envolvidos nos cliques:

Gráfico 1 – Ranking dos principais atores envolvidos nos cliques – Referência de Envio



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

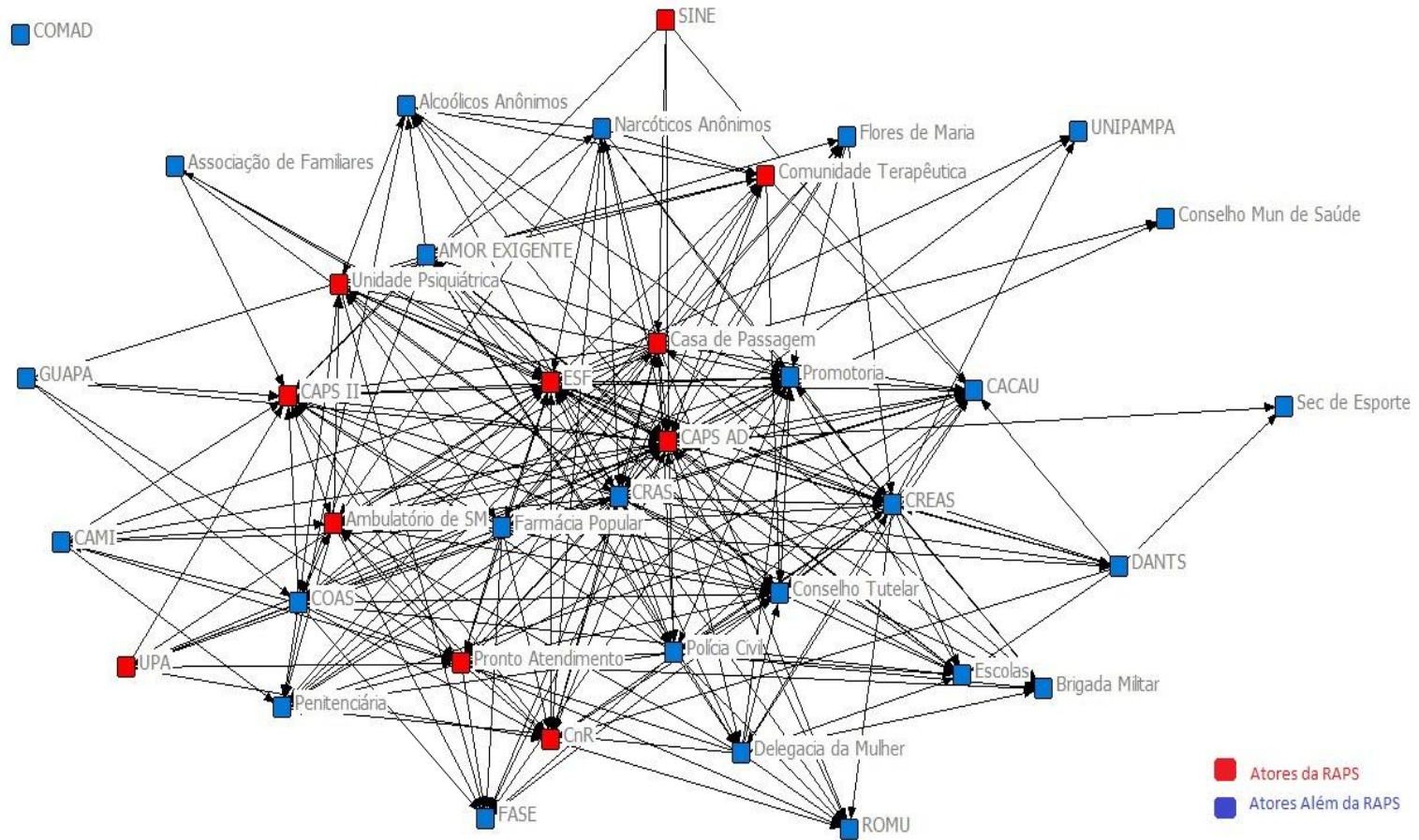
## 5.2.2 Referência de Recebimento

### 5.2.2.1 Composição da rede

Este segundo tipo de relacionamento diz respeito aos pacientes recebidos de outras unidades da rede.

Apresenta-se no sociograma a seguir os atores que compõem essa rede sob a perspectiva da Referência de Recebimento:

Figura 8 – Sociograma da rede sob a perspectiva da Referência de Recebimento



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

### 5.2.2.2 Análise das medidas de rede

A **densidade média** total da rede de recebimento indica que a referência de recebimento de pacientes apresentou 300 conexões, que, se dividindo pelo potencial total de conexões (1.332) resulta em uma rede com densidade média de 22,5%, isto é, uma rede de densidade baixa, como se pode acompanhar na tabela abaixo:

Tabela 3 – Densidade média da rede total relacionada a Referência de Recebimento

<b>Índices relacionados a Referência de Recebimento</b>	
<b>Número de nós</b>	37
<b>Número de possíveis conexões</b>	1.332
<b>Número de conexões efetivas</b>	300
<b>Grau de Densidade</b>	22,5%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Com relação à densidade média apenas entre os 11 atores que compõem a RAPS, verificou-se uma densidade de 58,8% sendo considerada uma rede com alta densidade, conforme apresentado na tabela abaixo:

Tabela 4 – Densidade média entre atores da RAPS relacionada a Referência de Recebimento

<b>Índices relacionados a Referência de Recebimento dentro da RAPS</b>	
<b>Número de nós</b>	11
<b>Número de possíveis conexões</b>	110
<b>Número de conexões efetivas</b>	53
<b>Grau de Densidade</b>	58,8%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Com relação ao Grau de **Centralidade** da Rede de recebimento, identificou-se que os três atores que possuem maior número de conexões com relação ao recebimento de pacientes são: CAPS AD (115), ESF (50) e CRAS (47). Já os atores Escolas, Secretaria de Esporte, ROMU, FASE, Penitenciária e COMAD não estabeleceram conexões nesse modo de relacionamento. Conforme apresentado no quadro a seguir, ordem decrescente de acordo com o número de conexões estabelecidas pelos atores:

Quadro 7\* – Grau de centralidade dos atores da rede – Referência de Recebimento

<b>Atores</b>	<b>Número de conexões estabelecidas</b>
<b>CAPS AD</b>	115
<b>ESF</b>	50
<b>CRAS</b>	47
...	
<b>Escolas</b>	0
<b>Sec de Esporte</b>	0
<b>ROMU</b>	0
<b>FASE</b>	0
<b>Penitenciária</b>	0
<b>COMAD</b>	0

\*O quadro na íntegra encontra-se disponível no Apêndice F.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Com relação a posição de intermediário (*Betweenness*) os serviços de maior destaque foram o CAPS AD, ESF e CRAS. Um total de 12 atores não tiveram nenhuma representatividade na posição de porteiro na Referência de Recebimento.



Quadro 8\* – *Betweenness* Referência de Recebimento

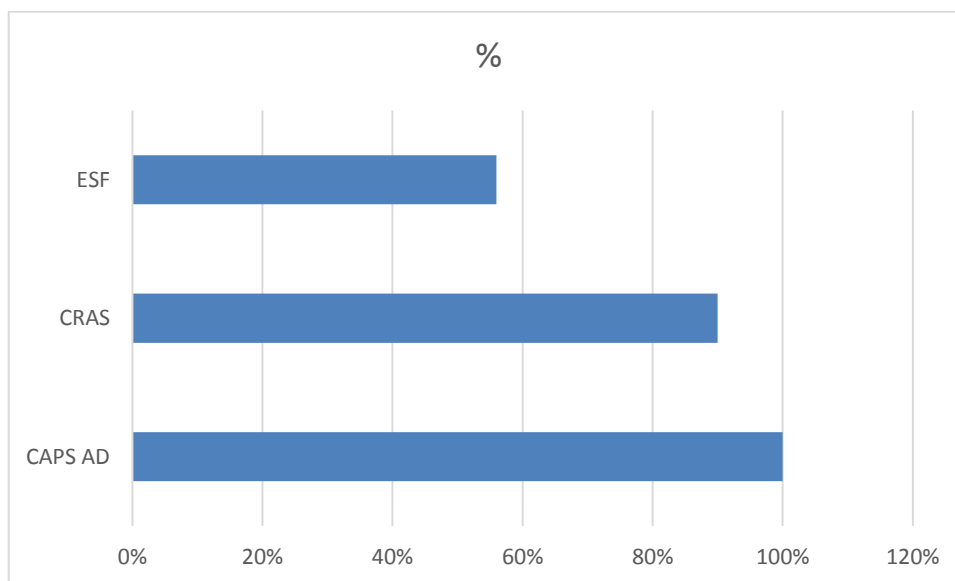
<b>Atores</b>	<b>Índices de <i>Betweenness</i></b>	<b>n<i>Betweenness</i></b>
<b>CAPS AD</b>	358.193	28.428
<b>ESF</b>	109.108	8.659
<b>CRAS</b>	73.209	5.810
...		
<b>SINE</b>	0.000	0.000
<b>CAMI</b>	0.000	0.000
<b>FASE</b>	0.000	0.000
<b>UPA</b>	0.000	0.000
<b>ROMU</b>	0.000	0.000
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0.000	0.000
<b>COMAD</b>	0.000	0.000
<b>Penitenciária</b>	0.000	0.000
<b>Escolas</b>	0.000	0.000
<b>UNIPAMPA</b>	0.000	0.000
<b>Sec de Esporte</b>	0.000	0.000
<b>Associação de Familiares</b>	0.000	0.000

\*O quadro na íntegra encontra-se disponível no Apêndice F.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

A referência de recebimento apresentou 86 cliques. Os atores que mais aparecem nestes cliques são CAPS AD (100%), CRAS (90%) e ESF (56%). O COMAD foi identificado como um ator isolado na referência de recebimento.

Gráfico 2 – Ranking dos principais atores envolvidos nos cliques – Referência de Recebimento



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

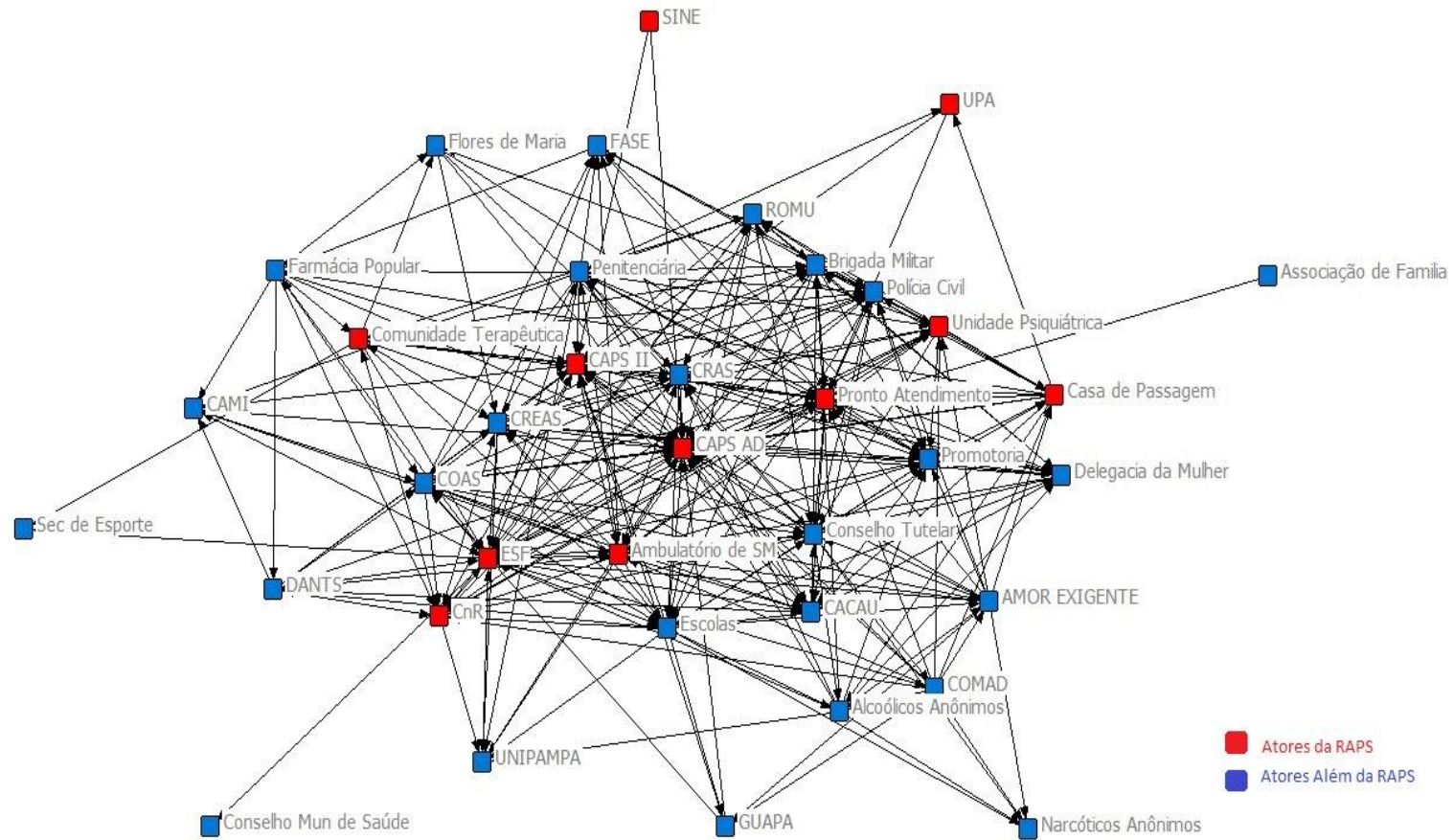
## 5.2.3 Coordenação de Caso

### 5.2.3.1 Composição da rede

Este modo de relacionamento refere-se aos compartilhamentos de dados e condutas a respeito de um caso específico que são realizados entre os atores da rede.

Abaixo apresento o sociograma da rede relacionado a coordenação de caso:

Figura 9 – Sociograma da rede sob a perspectiva da Coordenação de Caso



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

### 5.2.3.2 Análise das medidas de rede

A **densidade média** total da rede de coordenação de caso indica que a rede estabeleceu 300 conexões no tocante à coordenação de casos; que, se dividindo pelo potencial total de conexões (1.332), resulta em uma rede com densidade de 25,6%, isto é, uma rede de baixa densidade, conforme é mostrado na tabela abaixo:

Tabela 5 – Densidade média da rede total relacionada a Coordenação de Caso

<b>Índices relacionados a Coordenação de Caso</b>	
<b>Número de nós</b>	37
<b>Número de possíveis conexões</b>	1.332
<b>Número de conexões efetivas</b>	342
<b>Grau de Densidade</b>	25,6%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

A densidade média entre os atores que compõem a RAPS foi de 44,5%, portanto, configura-se como uma rede de densidade baixa, conforme apresentado na tabela abaixo:

Tabela 6 – Densidade média entre atores da RAPS relacionada a Coordenação de Caso

<b>Índices relacionados a Coordenação de Casos dentro da RAPS</b>	
<b>Número de nós</b>	11
<b>Número de possíveis conexões</b>	110
<b>Número de conexões efetivas</b>	49
<b>Grau de Densidade</b>	44,5%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Com relação ao grau de **centralidade** da rede no modo Coordenação de caso, evidenciou-se que os serviços de maior destaque foram: Penitenciária (65), CRAS (48) e CREAS 40. Os atores Secretaria Municipal de Esporte, Conselho Municipal de Saúde e Narcóticos Anônimos não efetuaram conexões com outros pontos da rede.

Quadro 9\* – Grau de centralidade dos atores da rede – Coordenação de Caso

<b>Atores</b>	<b>Número de conexões estabelecidas</b>
<b>Penitenciária</b>	65
<b>CRAS</b>	48
<b>CREAS</b>	40
...	
<b>Sec de Esporte</b>	0
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0
<b>Narcóticos Anônimos</b>	0

\*O Quadro está disponível na íntegra no Apêndice F.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Na posição de Porteiro (*Betweenness*) os serviços que se destacaram foram ESF, CAPS AD e Conselho Tutelar. Este resultado sugere que estes três atores, por não estarem entre os mais centrais neste nível de relacionamento, exercem essencialmente um papel de intermediários nesta rede. Seis (6) atores não tiveram nenhuma representatividade na posição de porteiro na Coordenação de Caso.

Quadro 10\* – *Betweenness* Coordenação de Caso

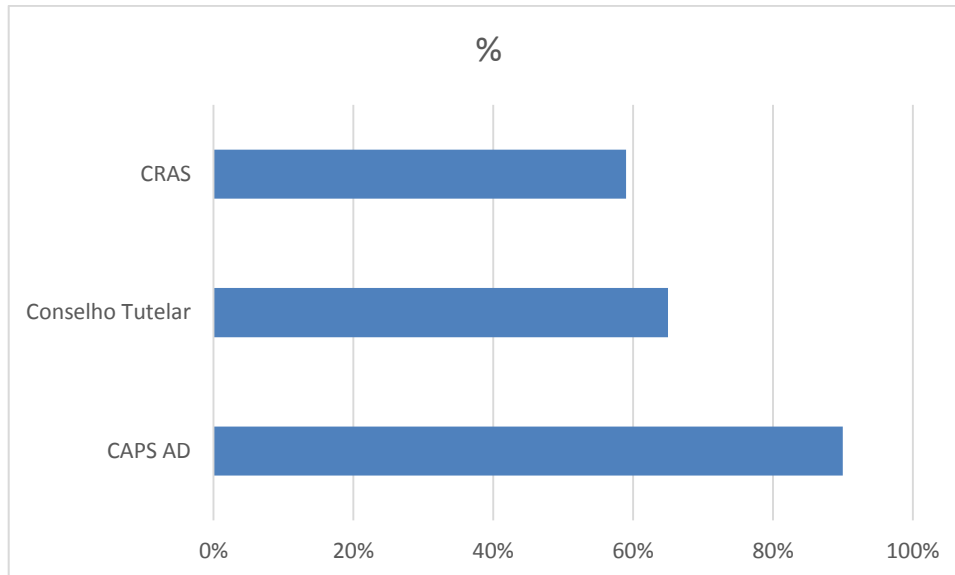
<b>Atores</b>	<b>Índices de <i>Betweenness</i></b>	<b>n<i>Betweenness</i></b>
<b>ESF</b>	181.468	14.402
<b>CAPS AD</b>	134.853	10.703
<b>Conselho Tutelar</b>	87.980	6.983
...		
<b>Sec de Esporte</b>	0.000	0.000
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0.000	0.000
<b>SINE</b>	0.000	0.000
<b>UNIPAMPA</b>	0.000	0.000
<b>Narcóticos Anônimos</b>	0.000	0.000
<b>Associação de Familiares</b>	0.000	0.000

\*O Quadro está disponível na íntegra no Apêndice F.  
Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Com relação aos Cliques, a coordenação de caso apresentou um total de 108 grupos. Os atores que participaram do maior número de cliques foram CAPS AD (90%), Conselho

Tutelar (65%) e CRAS (59%). Já os atores Conselho Municipal de Saúde e Associação de Familiares não estiveram envolvidos em nenhum clique.

Gráfico 3 – Ranking dos principais atores envolvidos nos cliques – Coordenação de Caso



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

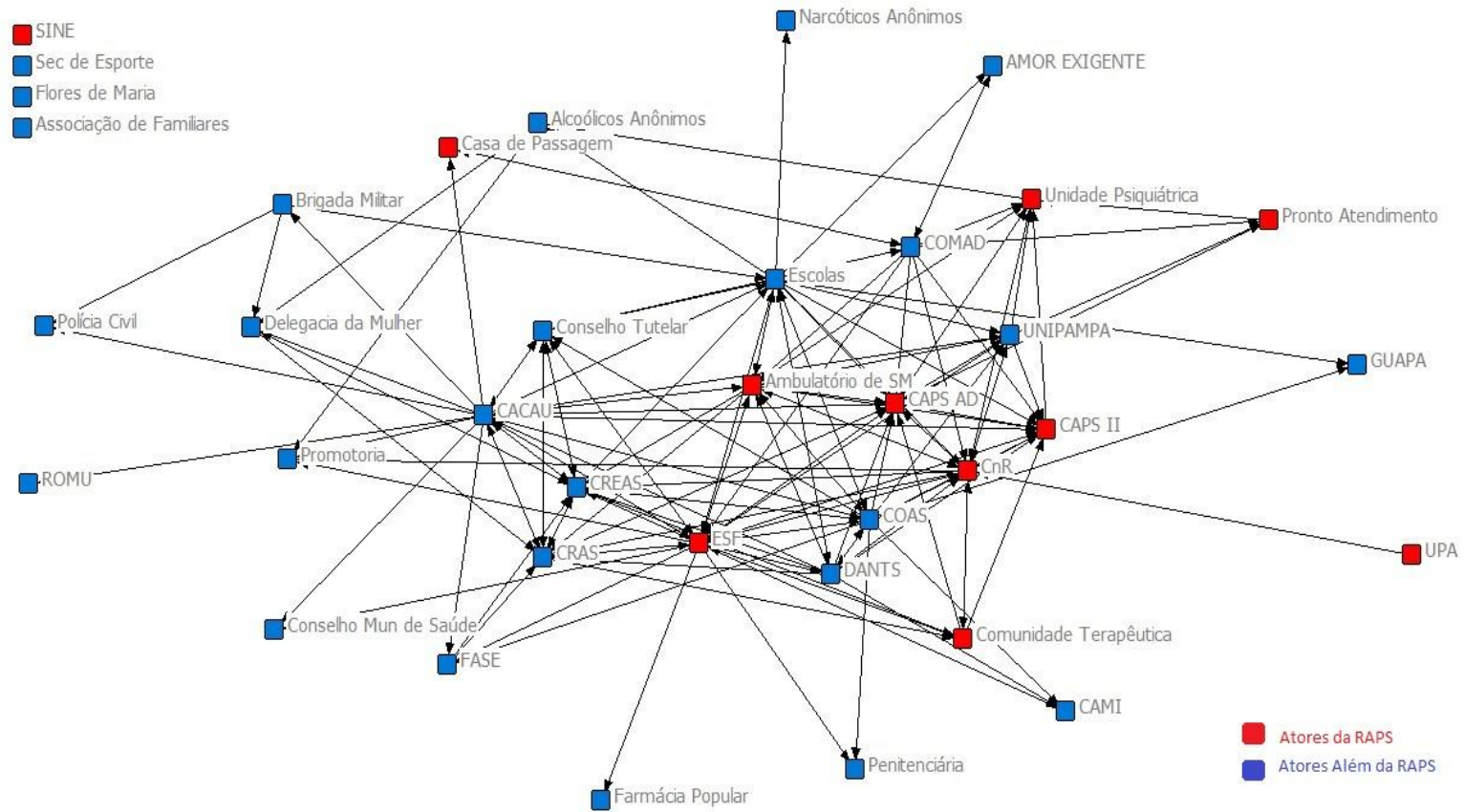
## 5.2.4 Programas Conjuntos

### 5.2.4.1 Composição da rede

Os programas conjuntos se referem aos esforços formais em torno de programas desenvolvidos conjuntamente com outra unidade da rede.

O sociograma abaixo mostra a configuração da rede neste nível de relacionamento:

Figura 10 – Sociograma da rede sob a perspectiva dos Programas Conjuntos



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

### 5.2.4.2 Análise das medidas de rede

Os dados coletados apontam que os Programas Conjuntos apresentam apenas 160 conexões, que dividido pelo potencial total de conexões (1.332) resulta em uma densidade média de 12,0%, ou seja, uma rede de densidade baixa.

Tabela 7 – Densidade média da rede total relacionada aos Programas conjuntos

<b>Índices relacionados aos Programas Conjuntos</b>	
<b>Número de nós</b>	37
<b>Número de possíveis conexões</b>	1.332
<b>Número de conexões efetivas</b>	160
<b>Grau de Densidade</b>	12,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Com relação aos atores da RAPS 33 conexões foram efetuadas, sendo que a densidade média foi de apenas 3,0%, representando importante fragilidade nesse sentido.

Tabela 8 – Densidade média entre atores da RAPS relacionada aos Programas Conjuntos

<b>Índices relacionados aos Programas Conjuntos dentro da RAPS</b>	
<b>Número de nós</b>	11
<b>Número de possíveis conexões</b>	110
<b>Número de conexões efetivas</b>	33
<b>Grau de Densidade</b>	3,0%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Os atores mais **centrais** neste nível de relacionamento foram: CACAU, escolas e COAS. Treze (13) atores não efetuaram conexões relacionadas aos Programas Conjuntos, são eles: SINE, Farmácia Popular, CAMI, Secretaria de Esporte, Casa Flores de Maria, Promotoria, Polícia Civil, ROMU, Penitenciária, Conselho Municipal de Saúde, GUAPA, Narcóticos Anônimos e Associação de Familiares. A seguir, quadro apresentando o grau de centralidade dos atores da rede:



Quadro 11\* – Grau de centralidade dos atores da rede – Programas Conjuntos

<b>Atores</b>	<b>Número de conexões estabelecidas</b>
<b>CACAU</b>	45
<b>Escolas</b>	39
<b>COAS</b>	35
...	
<b>SINE</b>	0
<b>Farmácia Popular</b>	0
<b>CAMI</b>	0
<b>Sec de Esporte</b>	0
<b>Flores de Maria</b>	0
<b>Promotoria</b>	0
<b>Polícia Civil</b>	0
<b>ROMU</b>	0
<b>Penitenciária</b>	0
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0
<b>GUAPA</b>	0
<b>Narcóticos Anônimos</b>	0
<b>Associação de Familiares</b>	0

\*O Quadro está disponível na íntegra no Apêndice F.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Os atores que destacaram como intermediário (*Betweenness*) foram ESF, CACAU e Escolas. Este resultado sugere que a ESF, por não estar entre os mais centrais na relação de Programas Conjuntos, exerce essencialmente um papel de intermediário nesta rede. Dezesesseis (16) atores não tiveram nenhuma representatividade nesta posição.

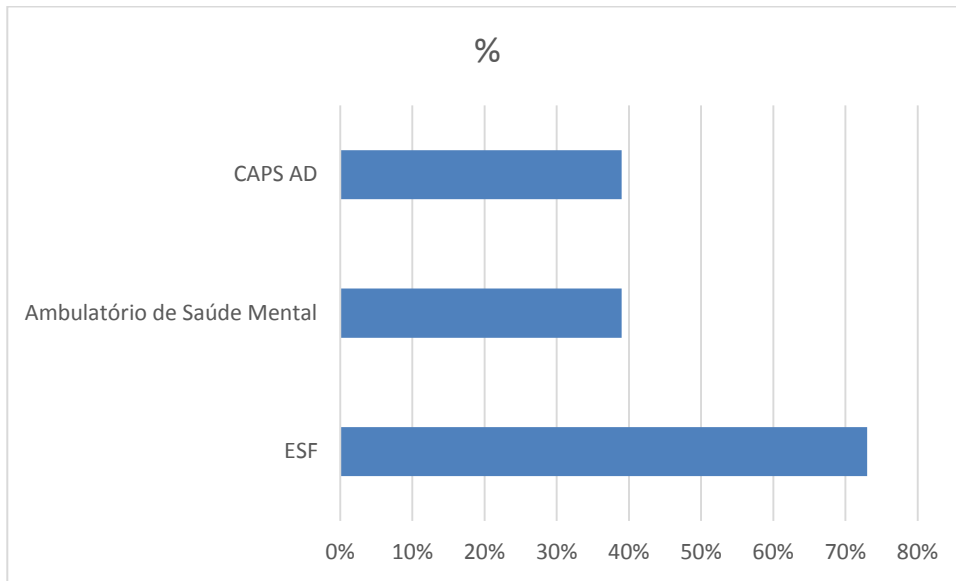
Quadro 12\* – *Betweenness* Programas Conjuntos

<b>Atores</b>	<b>Índices de <i>Betweenness</i></b>	<b><i>nBetweenness</i></b>
<b>ESF</b>	184.727	14.661
<b>CACAU</b>	121.924	9.677
<b>Escolas</b>	98.970	7.855
...		
<b>SINE</b>	0.000	0.000
<b>UPA</b>	0.000	0.000
<b>Pronto Atendimento</b>	0.000	0.000
<b>Promotoria</b>	0.000	0.000
<b>Sec de Esporte</b>	0.000	0.000
<b>Brigada Militar</b>	0.000	0.000
<b>Flores de Maria</b>	0.000	0.000
<b>Penitenciária</b>	0.000	0.000
<b>Farmácia Popular</b>	0.000	0.000
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0.000	0.000
<b>CAMI</b>	0.000	0.000
<b>GUAPA</b>	0.000	0.000
<b>Polícia Civil</b>	0.000	0.000
<b>ROMU</b>	0.000	0.000
<b>Narcóticos Anônimos</b>	0.000	0.000
<b>Associação de Familiares</b>	0.000	0.000

\*O Quadro está disponível na íntegra no Apêndice F.  
 Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

O nível de relacionamento de Programas Conjuntos obteve o número de 33 Cliques. O ESF (73%), Ambulatório de Saúde Mental (39%) e CAPS AD (39%) foram os atores que estiveram presentes em mais cliques. Onze atores não participaram de nenhum clique, são eles: Casa de Passagem, UPA, SINE, Farmácia Popular, Associação de Familiares, Secretaria de Esportes, Flores de Maria, ROMU, Amor Exigente, Narcóticos Anônimos, Alcoólicos Anônimos não participaram de nenhum Clique.

Gráfico 4 – Ranking dos principais atores envolvidos nos cliques – Programas Conjuntos



Fonte: Elaborado pela autora, 2018

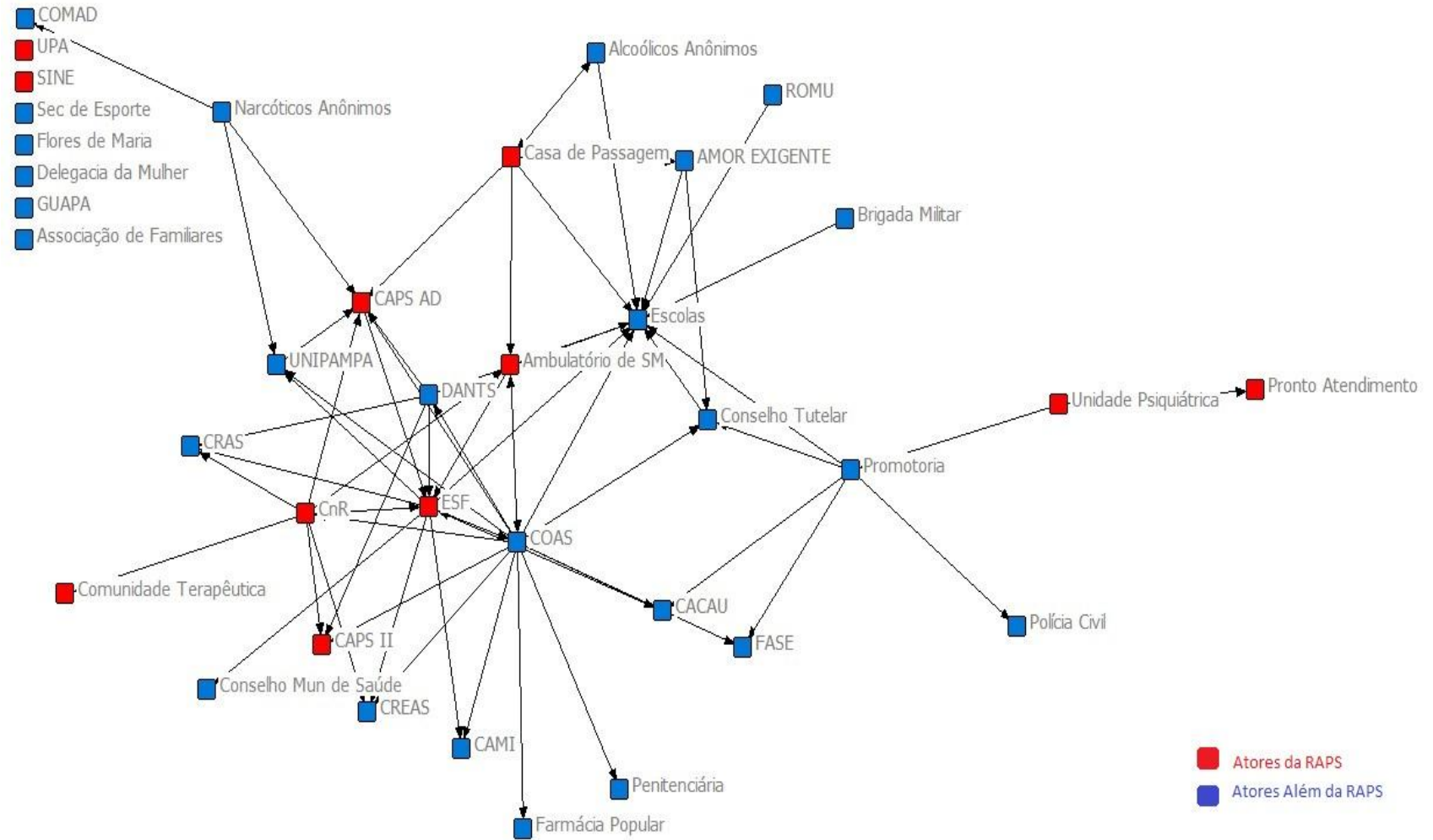
## 5.2.5 Consultorias

### 5.2.5.1 Composição da rede

As consultorias são serviços prestados a outras unidades a rede na base de contratos ou acordos formais.

Podemos verificar a composição desta rede através do sociograma abaixo:

Figura 11 – Sociograma da rede sob a perspectiva das Consultorias



Fonte: Elaborado pela autora, 2018

### 5.2.5.2 Análise das medidas de rede

Verificou-se que com relação as Consultorias foram realizadas 62 conexões entre os atores, que dividido pelo potencial total de conexões (1.332) resulta em uma densidade média de 0,46%.

Tabela 9 – Densidade média da rede total relacionada as Consultorias

<b>Índices relacionados as Consultorias</b>	
<b>Número de nós</b>	37
<b>Número de possíveis conexões</b>	1.332
<b>Número de conexões efetivas</b>	62
<b>Grau de Densidade</b>	0,46%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Foram efetuadas 15 conexões entre os atores da RAPS, obtendo-se a densidade média de 0,3%, ou seja, revelando importante fragilidade estrutural, conforme apresentado na tabela abaixo:

Tabela 10 – Densidade média entre atores da RAPS relacionada as Consultorias

<b>Índices relacionados aos Programas Conjuntos dentro da RAPS</b>	
<b>Número de nós</b>	11
<b>Número de possíveis conexões</b>	110
<b>Número de conexões efetivas</b>	15
<b>Grau de Densidade</b>	0,3%

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Os atores com maior destaque em relação ao grau de centralidade neste nível de relacionamento foram: o COAS (34), Promotoria (17) e ESF (11). Dos 37 atores 21 deles não efetuaram conexões com relação as consultorias.

Quadro 13 – Grau de centralidade dos atores da rede – Consultorias

<b>Atores</b>	<b>Número de conexões estabelecidas</b>
<b>COAS</b>	34
<b>Promotoria</b>	17
<b>ESF</b>	14
...	
<b>CAPS II</b>	0
<b>UPA</b>	0
<b>Pronto Atendimento</b>	0
<b>Comunidade Terapêutica</b>	0
<b>SINE</b>	0
<b>Farmácia Popular</b>	0
<b>CAMI</b>	0
<b>Escolas</b>	0
<b>Sec de Esporte</b>	0
<b>Flores de Maria</b>	0
<b>CACAU</b>	0
<b>CREAS</b>	0
<b>CRAS</b>	0
<b>Delegacia da Mulher</b>	0
<b>Polícia Civil</b>	0
<b>FASE</b>	0
<b>Penitenciária</b>	0
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0
<b>COMAD</b>	0
<b>GUAPA</b>	0
<b>Associação de Familiares</b>	0

\*O Quadro está disponível na íntegra no Apêndice F.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Os atores que destacaram na posição de intermediário (*Betweenness*) foram ESF, COAS e CAPS AD. Este resultado sugere que o CAPS AD, por não estar entre os mais centrais no nível de Consultorias, exerce essencialmente um papel de intermediário nesta rede. Vinte e sete (27) atores não tiveram nenhuma representatividade nesta posição.

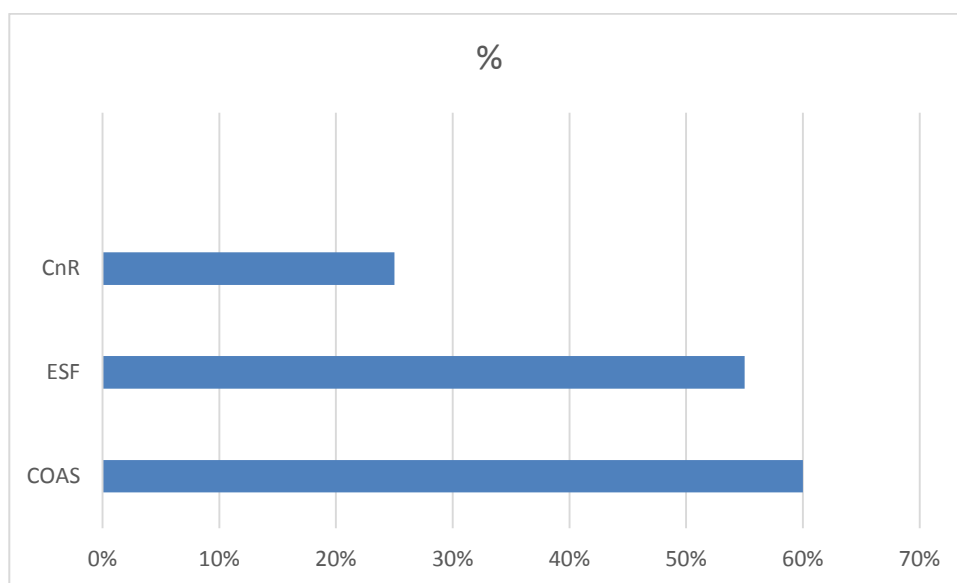
Quadro 14 – *Betweenness* Consultorias

<b>Atores</b>	<b>Índices de <i>Betweenness</i></b>	<b><i>nBetweenness</i></b>
<b>ESF</b>	84.167	6.680
<b>COAS</b>	76.167	6.045
<b>CAPS AD</b>	39.667	3.148
	...	
<b>Comunidade Terapêutica</b>	0.000	0.000
<b>SINE</b>	0.000	0.000
<b>Farmácia Popular</b>	0.000	0.000
<b>CAMI</b>	0.000	0.000
<b>Pronto Atendimento</b>	0.000	0.000
<b>CAPS II</b>	0.000	0.000
<b>Unidade Psiquiátrica</b>	0.000	0.000
<b>Sec de Esporte</b>	0.000	0.000
<b>Flores de Maria</b>	0.000	0.000
<b>CACAU</b>	0.000	0.000
<b>CREAS</b>	0.000	0.000
<b>CRAS</b>	0.000	0.000
<b>UPA</b>	0.000	0.000
<b>Delegacia da Mulher</b>	0.000	0.000
<b>Polícia Civil</b>	0.000	0.000
<b>ROMU</b>	0.000	0.000
<b>Brigada Militar</b>	0.000	0.000
<b>FASE</b>	0.000	0.000
<b>Penitenciária</b>	0.000	0.000
<b>Conselho Tutelar</b>	0.000	0.000
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0.000	0.000
<b>COMAD</b>	0.000	0.000
<b>GUAPA</b>	0.000	0.000
<b>Escolas</b>	0.000	0.000
<b>Alcoólicos Anônimos</b>	0.000	0.000
<b>Narcóticos Anônimos</b>	0.000	0.000
<b>Associação de Familiares</b>	0.000	0.000

\*O Quadro está disponível na íntegra no Apêndice F.  
 Fonte: Elaborado pela autora, 2018

O nível de Consultorias apresentou 20 cliques, sendo que os atores que estiveram envolvidos em mais cliques foram: COAS (60%), ESF (55%) e CnR (25%). Dezoito atores não apresentaram cliques: Unidade Psiquiátrica, Comunidade Terapêutica, Pronto Atendimento, UPA, Farmácia Popular, SINE, Casa Flores de Maria, Secretaria de Esportes, Associação de Familiares, GUAPA, COMAD, Conselho Municipal de Saúde, Penitenciária, FASE, Brigada Militar, ROMU, Polícia Civil, Delegacia da Mulher.

Gráfico 5 – Ranking dos principais atores envolvidos nos cliques – Consultorias



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.



## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O consumo de drogas é considerado um fenômeno complexo e multidimensional, o qual envolve aspectos sociais, econômicos, políticos, familiares e individuais. Nessa perspectiva, compreende-se que o uso de drogas vai muito além da doença e da substância, levando a necessidade de repensarmos as estratégias de cuidado. Quer dizer, com o avanço do consumo de drogas, revelam-se inúmeras necessidades relacionadas às perspectivas sociais precárias, falta oportunidades de moradia, saúde, emprego e desenvolvimento pessoal/profissional, realidades sofridas, permeadas por violência, desestrutura familiar, histórias familiares de primeiro grau com uso abusivo de drogas, dentre outras (VASCONCELOS, 2012; NARDI; JAHN; DELL'AGLIO, 2014).

Também é possível perceber, que muitas vezes os principais dispositivos assistenciais procurados pelos usuários não estão voltados especificamente para o tratamento da dependência, mas envolvem a distribuição de alimentos, oferta de serviços de saúde e higiene, apoio para conseguir emprego, escola ou cursos profissionalizantes, atividades de lazer, entre outros (BASTOS; BERTONI, 2014).

Diante disso, compreende-se que o cuidado aos usuários também exige intervenções por meio de estratégias multifatoriais (BRASIL, 2013; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2016) levando em conta necessidade dos serviços de saúde se articularem com outros setores da sociedade civil para a construção de propostas em conjunto que contemplem essa diversidade de necessidades sociais (PINHO et al., 2017; SOUZA et al., 2013).

A promoção cotidiana de relações intersetoriais consolida uma rede de serviços e de cuidados por meio da conciliação de aspectos comuns, o levantamento das especificidades locais e a possibilidade de buscar soluções coletivas sobre a complexidade das questões sobre drogas e outras vulnerabilidades. Portanto, as estratégias de enfrentamento não podem ter como foco o consumo de drogas em si, mas os processos de vulnerabilidade relacionados à diminuição dos fatores de risco e o fortalecimento dos fatores de proteção (SILVA et al., 2014).

Nesse sentido, reflete-se que a assistência ao usuário de drogas não se esgota no setor saúde, exigindo o fortalecimento de parcerias com recursos que extrapolem esse setor e avancem no sentido de potencializar as relações institucionais/interpessoais dos serviços, em

busca da construção de uma diversidade de possibilidades de produção de saúde e resolução de situações emblemáticas.

Ao encontro disso, os resultados deste estudo mostram que os serviços que compõem a RAPS funcionam de forma relativamente coesa entre si. Esta alta conectividade dos atores pode ser evidenciada na relação de envio de usuários, onde o grau de densidade entre os 11 atores da RAPS foi considerada alta (53,6%). No entanto, quando a densidade total da rede é analisada, ou seja, as ligações existentes entre os 37 atores, verificou-se um índice de apenas 28,1%.

Do ponto de vista analítico, as conexões entre os atores da RAPS são fortes, ou seja, a quantidade de conexões possíveis entre os atores supera a média estimada pela métrica. Do contrário, quando as conexões medidas são entre todos os atores responsáveis pelo cuidado no município, abrangendo as conexões com outros setores, essa métrica reduzida (28,1%) começa a demonstrar certo grau de fragilidade e superficialidade. Neste panorama, questiona-se a sustentabilidade dessas conexões, no sentido de evidenciar que o sistema de saúde mental do município tem investido fortemente nas dimensões técnicas do setor saúde, havendo boa organização do sistema de referência, mas pouco nas articulações intersetoriais.

Compreende-se que a rede influencia e é influenciada por inúmeros fatores, os quais interferem em sua dinâmica de funcionamento. Dentro de uma determinada rede podem existir dezenas ou até mesmo centenas de serviços, cada qual com seus projetos institucionais, com equipes diferentes, que agregam variadas formações. Além disso, dissonâncias de toda ordem estão sujeitas a perpetrarem esse cenário, como divergências conceituais, de perspectivas e de posturas (MARTINEZ, 2016). Aí está o desafio de, mesmo com as diferenças que possam existir, a rede deve estar aberta ao diálogo e a transformações contínuas na forma de estruturação dos serviços.

Com relação ao campo investigado neste estudo, observa-se que, apesar de contar com um número significativo de serviços envolvidos na rede de cuidados, na prática os próprios atores não se conhecem integralmente entre si, ou seja, tem pouca compreensão da lógica de trabalho e das funções desempenhada pelos outros atores da rede. Esta situação implica na diminuição da agilidade da resolução dos casos e no aumento do número de encaminhamentos.

Diante disso, ressalta-se que o mais importante com relação ao bom funcionamento de uma rede não é a forma dessa rede, mas a força que se liga, que se conecta. Ou seja, que tipos de agenciamentos e conexões se produzem, que tipos de relações de podem se estabelecem dentro dela (GONÇALVES; BARROS, 2013).

Sob esta perspectiva, reflete-se que a ampliação da rede de serviços, por si só, através da criação de mais dispositivos, não é suficiente para uma atenção integral à saúde dos usuários. Logo, é necessário considerar a melhoria na comunicação e trocas dentro da rede. Exemplos dessa natureza estão na configuração formal da rede de encaminhamentos e recebimentos – mais sistemática, fechada e densa, do ponto de vista das interações entre os dispositivos -, ao contrário das redes de programas conjuntos e consultorias – mais frágeis e de conexões mais abertas e precárias.

Ressalta-se aqui, a importância dos atores da RAPS estarem articulados para garantia da qualidade do cuidado prestado, entretanto, deve-se avançar também no fortalecimento das ações intersetoriais. Um cuidado efetivo prescinde de ações que valorizem a articulação com diferentes recursos para o desenvolvimento de suas práticas. Dessa forma, compreende-se que o processo de cuidado aos usuários de drogas deve estar ancorado na perspectiva de formação de parcerias com diferentes setores e serviços disponíveis no território.

A análise das métricas evidenciou que grande parte delas tem valores mais expressivos quando relacionados às referências de envio e recebimento dos usuários. Isto quer dizer que a maior parte das conexões estabelecidas dentro da rede dizem respeito ao recebimento e encaminhamento de casos entre os serviços correspondentes.

A existência desses níveis de relacionamento dentro da rede é benéfica do ponto de vista da descentralização e ampliação da assistência. Encaminhamentos entre serviços são fatores que mostram certa comunicabilidade entre eles e o funcionamento que vise à garantia do cuidado centrado nas demandas do indivíduo em todas as suas dimensões.

Ao encontro disso, os resultados apontaram que o CAPS AD é um dos principais serviços que encaminha demandas relacionadas aos usuários de drogas. Esse dado reforça novamente que o serviço não consegue efetuar o cuidado sozinho, e, para alcançar a resolutividade dos casos, precisa buscar articulação junto aos demais dispositivos da rede.

Neste contexto, sabe-se que muitos usuários do serviço apresentam sorologias positivas para doenças infectocontagiosas, demandas clínicas, dentre outros problemas de saúde, que necessitam de cuidados específicos e constantes, e, muitas vezes, o CAPSAD é o único serviço ao qual procuram por assistência. Logo, por não possuir o aparato técnico e profissional para muitos desses cuidados, torna-se imprescindível o encaminhamento do usuário para atendimento em conjunto com as demais estratégias de atenção em saúde (FARIAS; SCHNEIDER, 2009).

O Conselho Tutelar e CACAU também figuraram entre os serviços que mais realizam encaminhamentos. No caso de Uruguaiana, essa interface acontece em muitos casos devido à

violência doméstica e ao uso de substâncias psicoativas pelos pais, o que em algumas situações, acaba impedindo temporariamente que permaneçam com a guarda dos filhos. Em outros casos, esses dispositivos também são acionados por conta do envolvimento de crianças e adolescentes com tráfico e drogas.

Esse achado reforça os resultados encontrados em outro estudo sobre as implicações da atenção psicossocial e da institucionalização no atendimento às necessidades de adolescentes em situação de uso de crack e de seus familiares (PAULA et al., 2017). Nesse estudo, evidenciou-se a necessidade de fortalecimento da RAPS para a oferta de um cuidado integral legítimo, sobretudo, considerando que essas instituições muitas vezes operam com carência de recursos materiais e humanos para lidar com a demanda, altamente complexa do ponto de vista técnico e social.

No caso do Conselho Tutelar, é importante que este ator possa oferecer um espaço de acolhimento e escuta, e que seja capaz de compreender as diferentes demandas sociais dentro da comunidade, visto que pode ser considerado como uma das primeiras “portas de entrada” para atendimento de demandas relacionadas ao uso de drogas na rede (SINIAK; PINHO, 2015).

Ainda com relação aos encaminhamentos, chama a atenção a expressividade do GUAPA, que apareceu como um serviço relevante na relação de envio de pacientes dentro da rede. Isso demonstra uma articulação (mesmo que ainda tímida) dos recursos comunitários e a rede de atenção formal. Esta parceria é rica para a construção de possibilidades de cuidado e alinha-se à perspectiva de cuidado em liberdade, focado no arranjo estrutural com a rede, e conectada ao território existencial dos sujeitos.

Desta forma, compreende-se que uma rede ampliada, formada não apenas por serviços de saúde, mas indivíduos (familiares, amigos, vizinhos), equipamentos sociais do território e organizações (sejam elas governamentais ou não), devem partilhar da assistência, de modo a promover inclusão de múltiplos setores e a integralidade das ações (SCHNEIDER et al., 2013).

O CRAS também aparece com medidas destacadas tanto em relação aos encaminhamentos quanto ao recebimento de pacientes. Os CRAS (assim como o CREAS) são equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Nos termos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, a Política de Assistência Social tem um importante papel no enfrentamento à questão do uso e dependência de crack e outras drogas, particularmente no que diz respeito às ações de prevenção e reinserção social.

A partir da implantação dos CRAS deu-se destaque especialmente às ações de prevenção, cujas equipes de referência são responsáveis pela oferta de serviços socioassistenciais a famílias em situação de vulnerabilidade social e pela atuação, nos territórios, de forma a prevenir riscos e enfrentar vulnerabilidades, dentre elas, o uso de substâncias (BRASIL; 2014).

O CREAS desenvolve ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários, incentivando e contribuindo para o processo de autonomia e organização pessoal dos mesmos. Também tem um papel importante nas questões relacionadas às demandas com drogas, uma vez a partir dele se pode identificar no território abordado pela equipe as mais diversas situações relacionadas ao abuso/abuso/dependência. Desse modo, é imprescindível a articulação com a rede socioassistencial, principalmente na esfera da saúde, tais como ao CAPS, CAPS AD, hospitais, entre outros (LIMA et al., 2016).

Dessa forma, os achados de nosso estudo reforçam a relevância de consideração do SUAS no cuidado integral e intersetorial ao usuário de drogas. Considera-se necessário olhar para a compreensão da temática não somente como um problema em si, ou puramente no plano individual e biológico, mas como mais uma das expressões atreladas à questão social, que fazem com que seja urgente a reflexão sobre o papel das estruturas sociais na conformação dos sujeitos, abarcando integralmente os seus determinantes sociais (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013; COSTA et al., 2015; COSTA; PAIVA, 2016).

Os resultados também apontaram grande relevância das ESF no encaminhamento de casos, aparecendo como um dos principais atores da rede envolvidos nesse tipo de relacionamento. Considerada a porta de entrada do sistema formal de saúde, as ESFs formulam novas perspectivas de contato com o território humano, com as vulnerabilidades locais, a partir de premissas necessárias que valorizem a escuta, o vínculo e o conhecimento atento e adequado do contexto de vida das pessoas (BRASIL, 2012a).

Desta forma, destaca-se o relevante papel da APS como política estruturante para todo o sistema, incidindo sobre ela a capacidade de estabelecer articulações com a atenção secundária e terciária, incrementando o potencial deste nível e favorecendo o acesso universal das pessoas aos serviços disponíveis na comunidade (VENANCIO et al., 2011). A proximidade com as famílias e a comunidade possibilita que as equipes de AB sejam estratégicas na construção de ações voltadas para prevenção de agravos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Também é um recurso essencial na identificação das formas de sofrimento psíquico, uma vez que a saúde da família tem poder de inserção maior no território que os CAPS (LANCETTI; AMARANTE, 2009; MORAIS; TANAKA, 2012).

Portanto, no caso do uso de drogas, compreende-se que as ESFs possuem papel primordial pela capacidade de conexão com a “ponta”, ou seja, com as demandas mais singulares do indivíduo, da família e da sua rede de relações. Conhecer a realidade do usuário é um grande passo que a ESF dá para a constituição de uma rede forte, uma vez que, para o serviço especializado, como o CAPS, nem sempre é possível adentrar nessas características mais singulares que só ocorrem nos locais de existência e onde estão das ESFs.

Vale lembrar que, ao mesmo tempo em que a ESF figura entre os principais dispositivos que favorecem os encaminhamentos de casos, ela também aparece como o segundo serviço da rede que mais recebe demandas relacionadas ao cuidado de usuários de drogas. Isso se dá pelo fato de ser um ator inserido no território e mais próximo da comunidade, e conseqüentemente o primeiro acesso em grande parte dos casos.

Contudo, alguns estudos apontam a baixa capacidade de resolutividade das ESF, especialmente, devido à falta de preparo e conhecimento dos profissionais, gerando sentimento de incapacidade e impotência desses trabalhadores. Isso contribui para fortalecer a cultura do encaminhamento, sendo ela cada vez mais rotineira e imersa no cotidiano do trabalho das equipes (BRASIL, 2003; CORTES et al., 2014; VARELA; SILVA; MONTEIRO, 2015; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Assim, quando estes dispositivos encontram dificuldades relacionadas às demandas sobre drogas acabam encaminhando aos serviços especializados, estabelecendo muitas vezes uma relação de dependência com os mesmos. Essa relação dificulta a atenção aos usuários de drogas no cenário da AB, uma vez que condiciona estes profissionais aos encaminhamentos e impossibilita pensar os casos em conjunto com os parceiros de áreas especializadas, de modo a valorizar a corresponsabilização do cuidado (CORTES et al., 2014).

A qualificação insuficiente dos profissionais para trabalhar com a saúde mental na AB pode resultar em dificuldades de planejamento do cuidado, bem como em se reafirmar a lógica reducionista e estigmatizadora reproduzida, muitas vezes, no cuidado ao usuário de drogas. Por outro lado, a capacitação desses profissionais aliada à responsabilidade compartilhada entre os serviços contribui para a construção de movimentos de ruptura do modelo tradicional, individual e especializado de atenção à saúde (CORTES et al., 2014).

Além disso, a compreensão sobre as questões que envolvem o uso de drogas e a implicação desta nos serviços ressaltará a possibilidade de se buscar estratégias de trabalho em rede que englobem as questões de saúde, direitos e cidadania dos sujeitos, como forma de ir ao encontro do preconizado nas políticas públicas dirigidas a usuários de drogas (CORTES et al., 2014).

Nesse sentido, dentro do cenário estudado destaca-se a necessidade de investimento por parte da gestão municipal em estratégias de formação em saúde e capacitação, não apenas dos profissionais da AB, mas de toda a rede. Assim, considera-se relevante o fomento à espaços de escuta entre os profissionais, favorecendo a discussão, troca de experiências e construção de saberes relacionado ao campo das drogas. Tais estratégias, além de trazer maior segurança e instrumentalizar as equipes, pode trazer reflexos positivos na comunicação entre os pontos da rede.

Não obstante, para que haja um cuidado continuado e articulado, também é necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede cuidadora (sistema de referência e contrarreferência preciso, como uma trama de cuidado, e não com centralização numa hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais), permitindo a inclusão do usuário; e que este tenha conhecimento da estrutura do serviço e da rede assistencial, visando ser uma pessoa conhecedora, participante e influente dessa rede (CECCIM; FERLA, 2006).

Deste modo, reconhece-se que as demandas dos usuários são diversificadas, e, por isso, exigem a cooperação de diferentes serviços para efetivação do cuidado. Isso quer dizer que o encaminhamento se faz necessário e vital em muitos casos. Contudo, esta prática não deve se resumir transferência do cuidado a outro ponto da rede. Ao contrário, deve-se investir na responsabilização partilhada e na comunicação entre os serviços envolvidos (PAES et al., 2013; CORTES et al., 2014).

Assim, as parcerias estabelecidas funcionam dentro da concepção de clínica ampliada, partindo do princípio que trabalha com a intervenção tanto no plano subjetivo como na rede de relações, nas quais os sujeitos estão envolvidos - família, trabalho, lazer, dentre outras relações. Esse tipo de intervenção nas diversas dimensões da vida, ganha um contorno todo especial e potente de sentido e significado para a clínica com sujeitos (MOURA; SANTOS, 2011).

Dentro deste cenário, o que problematiza-se aqui não é o encaminhamento por si mesmo como uma problemática, mas a tendência de manter a rede funcionante apenas na transferência da responsabilidade, o que distorce a visão do encaminhamento. Além disso, quando o cuidado está focado apenas no encaminhamento é bastante preocupante (VARELA et al., 2016), visto que, pode fazer com que o usuário se perca no sistema, os vínculos se tornem precários e o sentido da integralidade da assistência esquecido (ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Também se corre o risco da institucionalização dos usuários nos serviços

especializados e o menosprezo ao poder de intervenção e resolução dos demais níveis de atenção (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

Uma forte evidência da necessidade de estabelecer melhor as parcerias com diversos atores centrais da rede são os resultados das métricas de referências de consultorias e programas conjuntos e a própria configuração da rede nessas dimensões (menos intensa e fechada do ponto vista estrutural).

Esta mesma situação também é mencionada em outros estudos que evidenciaram que, apesar de haver movimentos de cooperação entre os atores, ainda predominam muitas lacunas na articulação dos serviços, fato que dificulta o desenvolvimento de ações conjuntas entre o pontos da rede, e também, ações intersetoriais no campo da saúde mental e cuidado aos usuários de drogas (XAVIER; MONTEIRO, 2013<sup>34</sup>; KHUN et al., 2018<sup>35</sup>).

Articular na rede de saúde significa unir um ou mais equipamentos por meio de uma relação que faz com que esses dois serviços possam movimentar-se juntos, estabelecendo-se uma relação de parceria imbuída por interesses em comuns. As articulações abarcam pontos de ligação que de modo algum engessam o movimento, ao contrário, são as conexões que exigem dos serviços de saúde um novo dinamismo, fazendo com que seja produzido um cuidado em rede (MARTINEZ, 2016).

Sob essa ótica, volta-se a compreensão do sentido de rede, o qual remete à ideia de conexão, ações complementares e relações horizontais entre parceiros. O trabalho nesta perspectiva visa a garantir a integralidade da atenção e a superar a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. Para que ocorra esta horizontalização, a rede requer uma articulação intersetorial, ou seja, entre diversos setores, instituições e pessoas, agregando saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações interdependentes (BOURGUIGNON, 2001).

---

<sup>34</sup>Este estudo objetivou caracterizar as intervenções terapêuticas no tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas, levando em consideração ações, dificuldades, abordagens terapêuticas, desafios e sugestões para o enfrentamento das drogas. Alguns pontos críticos foram destacados como a dificuldade na continuidade do tratamento após uma internação, inexistência de um serviço especializado 24 horas por dia, entraves nos encaminhamentos dos pacientes com comorbidades para outros pontos da rede e em relação ao tratamento compulsório, que na visão dos profissionais investigados, é percebido como um fator que dificulta a adesão ao tratamento. Além disso foram relatadas diversas dificuldades de ordem financeira, infraestrutura, recursos humanos e materiais. Com relação à Rede de Atenção, foram salientadas precariedades e falhas no trabalho em parceria com a AB e a Rede de Assistência Social (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

<sup>35</sup>Trata-se de um estudo exploratório que foi realizado por pesquisadores alemães e teve como objetivo investigar a estrutura da rede de serviços envolvidos no atendimento de dependentes químicos mais velhos através da metodologia de ARS. Com base nas medidas de centralidade, pode-se observar que os serviços relacionados a rede de assistência a medicamentos têm posições centrais na transmissão de informações. A densidade média das redes sugere a cooperação entre a rede de maneira geral tem um bom funcionamento, no entanto, há déficits bastante importantes especialmente relacionado ao setor habitacional (KHUN et al., 2018).



A intersetorialidade é uma diretriz do Sistema Único de Saúde, decorrente da concepção de saúde adotada pela Constituição de 1988, cujos fatores condicionantes incluem a alimentação, a moradia, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais. É norteadada por uma lógica de gestão que perpassa diferentes âmbitos das políticas sociais e pressupõe uma articulação entre vários setores das diferentes políticas (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Nesse sentido, a intersetorialidade convoca um conjunto de inovações no âmbito da gestão pública, exigindo novas respostas organizativas, a superação das estruturas hierarquizadas e verticais, e a criação de novos arranjos institucionais, com estruturas horizontalizadas de trabalho. Além disso, a ação setorial envolve alterações tanto nas dinâmicas e nos processos institucionais quanto no desenho e nos conteúdos das políticas setoriais (BRONZO, 2010).

Sabe-se que o campo do cuidado ao usuário de drogas é atravessado por questões que envolvem de forma abrangente os setores de justiça e segurança pública. No contexto estudado foi possível observar diversos setores de justiça e segurança pública que prestam cuidado direto ou indiretamente ao usuário de drogas. Contudo, os resultados apontaram certo distanciamento desses atores especialmente no tocante ao desenvolvimento de programas conjuntos e coordenação de casos com outros serviços da rede.

Acredita-se que esses setores devem estar articulados na elaboração de uma agenda intersetorial com planejamento e ações que envolva a superação do estigma e preconceito na assistência ao usuário de drogas. Dessa forma, é preciso clareza em relação aos direitos dos cidadãos, aos pressupostos da reforma psiquiátrica e sanitária às quais apontam a intersetorialidade como diretriz de cuidado (PINHO et al., 2017).

A visão higienista e excludente, executada pela polícia e poder público, traz mais um indício de que o modelo é insuficiente tamanha a complexidade do fenômeno das drogas, gerando cada vez mais exclusão e menos discussão sobre a problemática (PINHO et al., 2017).

Desta forma, discute-se a necessidade de maior articulação intersetorial nestes dois níveis de interação. Para isso, é preciso pensar em políticas municipais que favoreçam essa “costura” entre os atores, investindo em ações de apoio matricial, realização de grupos de trabalho, projetos em conjunto de promoção de saúde e prevenção do uso de drogas.

Acredita-se que a incorporação do matriciamento teria uma função mediadora e conectora nessa conjuntura, fomentando o desenvolvimento de ações conjuntas entre os atores e a intersetorialidade do cuidado. O apoio matricial visa garantir suporte especializado, tanto

assistencial quanto técnico-pedagógico, a equipes de referência e profissionais encarregados da atenção à problemas de saúde; propiciando espaço para comunicação e para o compartilhamento de conhecimentos entre profissionais de referência e apoiadores. Além disso, personaliza os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre a referência encarregada do caso e o especialista de apoio (CORTES et al., 2014)

O Apoio Matricial (AM) pode ser entendido como um arranjo organizacional que tem por objetivo fornecer suporte técnico especializado às equipes de saúde da AB. Propõe romper com o modelo médico-centrado, caracterizando-se como um instrumento de gestão do cuidado destinado a qualificar a intervenção em sujeitos e coletivos (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

Desta forma, o AM estimula a produção de espaços que promovem, no interior das UBS, discussões e práticas clínicas que trazem novos sentidos para a intervenção em saúde, atualizando modos de cuidar e que rompem com a lógica de encaminhamentos para as especialidades, ou seja, criam outras possibilidades de atenção que vão além dos CAPS e/ou internações, diversificando e ampliando as alternativas de acolhimento às necessidades dos usuários (PENA, 2009).

Embora se reconheça a premência do desenvolvimento dessa estratégia em Uruguaiana, ainda são incipientes os movimentos ou esforços no sentido de estabelecer acordos para a concretização do apoio matricial no município.

Sob este prisma, atenta-se que o nível de integração e efetividade da rede não depende apenas dos profissionais que atuam na assistência, mas também está associado ao engajamento dos gestores no processo de implementação de tais estratégias. Desta forma, cabe também a problematização acerca da responsabilidade da gestão de propiciar condições para a construção de ações estratégicas com uma perspectiva articuladora (RONZANI; MOTA; SOUZA, 2009).

Observa-se que a coordenação de casos acontece em algumas situações, pela formação de sub-redes, neste caso, formada entre alguns serviços especializados da RAPS. Em outros casos, a coordenação de caso acontece através de relações pessoais entre os profissionais dos serviços. Desta forma, nota-se que este nível de relacionamento não ocorre rotineiramente, nem tão pouco é disseminada entre todos os atores da rede, o que confere uma certa limitação do alcance dessa estratégia e menor grau de coesão dessa rede, nessa dimensão.

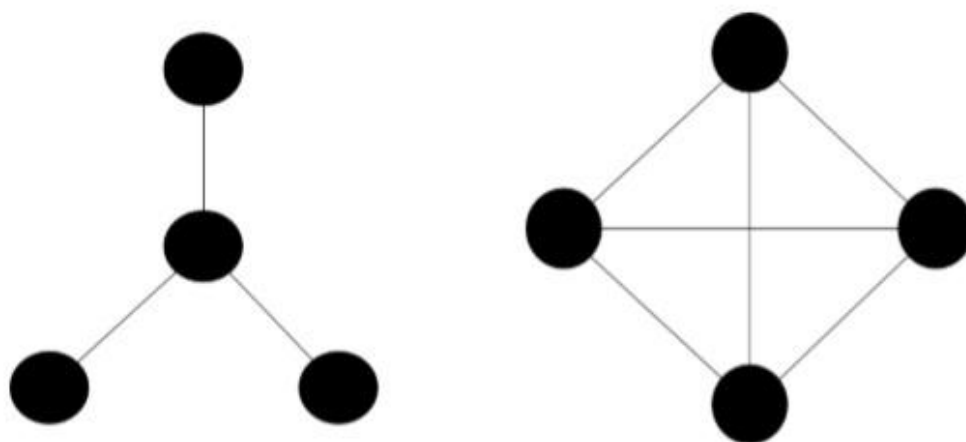
Nesse sentido, compreendo que a elaboração e implementação de protocolos e programas específicos entre os serviços da rede constitui-se em uma alternativa que pode

auxiliar na condução dos casos e dar maior resolutividade e agilidade as demandas dos usuários.

Outra questão que aparece fortemente nos resultados deste estudo trata da predominância e centralidade do cuidado em torno do CAPS AD. Nota-se que este ator esteve no *hall* dos atores principais na maioria dos estratos de relacionamento, ou seja, pode-se considerar que é um dispositivo muito importante na rede. O CAPS AD também esteve presente em grande parte dos *cliques* estabelecidos, o que indica a importância deste ator na formação dos elos da rede e na conexão entre atores/dispositivos (HANNEMAN; RIDDLE, 2005).

Compreende-se que esta forma de organização da rede pode gerar sobrecarga ao serviço, além de impactar negativamente no cuidado. Neste sentido, apresenta-se a figura abaixo na tentativa de exemplificar esta questão, trazendo dois arranjos bastante distintos e que representam modelos paradoxais de redes. O primeiro possui uma maior centralização, sendo que para os pontos se comunicarem/articularem precisam necessariamente estabelecer relações com o nó que está no centro. Neste caso conclui-se que, conseqüentemente, 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 exemplo de rede, é permeado por uma perspectiva organizacional mais horizontal e dialógica, onde mesmo com a saída de um de seus nós, os outros continuam articulados.

Figura 12 – Modelos distintos de redes



Assim, acredita-se que esta primeira forma de organização da rede, onde a centralidade absoluta de um único nó e, conseqüentemente, a concentração demasiada das demandas de cuidado em um ponto específico torna a rede frágil. Assim, corre-se o risco de limitarmos as ações de cuidado aos atores da RAPS e reduzir a potencialidade de outros dispositivos que fazem parte da rede.

Essa situação foi evidenciada neste estudo, especialmente nos resultados dos relacionamentos de envio, encaminhamentos e coordenação de casos, que apontou a baixa representatividade de atores importantes como UPA, Conselho Municipal de Saúde, SINE, equipamentos sociais, dentre outros na formulação de estratégias articuladas para descentralizar o cuidado ao usuário e distribuí-lo pela rede.

Por fim, observa-se que, apesar de o município contar com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva<sup>36</sup> e outros recursos comunitários, os mesmos não apareceram na listagem realizada pelo CAPS AD, mostrando que estes dispositivos são considerados como pouco relevantes, portanto invisíveis no cuidado aos usuários de drogas dentro da rede investigada. Ou seja, paradoxalmente estão na rede, mas não fazem parte da rede.

A falta de reconhecimento desses atores como parte da rede certamente acarreta reflexos negativos para a prestação de cuidado, uma vez que tratam-se de recursos igualmente importantes e que podem contribuir substancialmente para o desenvolvimento de ações de cuidado e resolução de casos.

Portanto, ao compreendermos a complexidade do trabalho no contexto do cuidado aos usuários de drogas, é necessário considerar que a organização da rede de atenção deve estar integrada à uma gama de recursos e funcionando de forma articulada, valorizando a importância de cada nó dentro da rede.

---

<sup>36</sup>Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que planeja e executa ações de Educação Permanente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chego ao final desta etapa com a sensação de que este estudo ainda não está concluído, pois ainda me faltam respostas para tantas questões emblemáticas trazidas à tona através desta tese. É claro que desde o início, o presente estudo não tinha a pretensão de esgotar o assunto ou trazer respostas permanentes. Mas ao contrário disso, ao findar a análise provocou-se mais inquietações, me incitando à reflexão sobre a complexidade de tecer redes no campo da saúde mental.

O mergulho profundo no campo de estudo me fez ter uma visão diferente não só do campo em si, mas da própria cidade em que habito. Até o início da pesquisa, eu pensava ter intimidade com o campo, porém, os roteiros inusitados, os atores desconhecidos e as longas horas de caminhada para chegar a cada um dos pontos da rede me revelaram que ainda tenho muito a desbravar neste cenário. Novos horizontes se abriram e eu passei a conhecer “o outro lado da rede”, ou, por assim dizer, os bastidores do trabalho que eu mesma desenvolvia como docente.

Assim, de certa forma, explorar a relação entre os atores da rede me fez pensar também sobre o lugar que tenho ocupado na condição de pesquisadora, docente e formadora de futuros profissionais que estarão inseridos nesse contexto das redes.

A superação da fragmentação das ações no campo do cuidado ao usuário de drogas constitui-se em um grande desafio, visto que é um fenômeno complexo e multidimensional, o qual envolve diversos aspectos da vida humana. Nesta perspectiva, pensa-se que a efetivação do cuidado orientado por uma ótica ampliada prescinde de ações que valorizem a articulação com outros recursos para o desenvolvimento de suas práticas, o que exige plasticidade e dinâmica desses serviços.

Para isso, é imprescindível pensarmos em metodologias que explorem a forma de organização da rede e as conexões efetuadas para a oferta desse tipo de cuidado. Nesse afã de desvelar a interação entre a rede voltada para o cuidado dos usuários de drogas, o presente estudo objetivou, através da metodologia de Análise da Redes, analisar a organização da rede para o atendimento de usuários de drogas a partir de um CAPS AD. Foram identificados os aspectos estruturais e analisou-se a dinâmica das interações estabelecidas entre o CAPS AD e os demais serviços envolvidos no cuidado ao usuário de drogas.

Partiu-se do entendimento inicial de que tal avaliação não deve se restringir aos serviços em si, mas na relação destes com os outros nós existentes na rede, ou seja, da

dinâmica que é estabelecida. Essa dinâmica pode ser atravessada por inúmeras variáveis que precisam ser investigadas conjuntamente, a fim de possibilitar sua compreensão em maior profundidade.

Os resultados apontaram a existência de 37 atores envolvidos de forma direta ou indireta no cuidado aos usuários de drogas dentro do município investigado. A lista inclui serviços de caráter público e privado, instituições filantrópicas e ONGs.

Verificou-se que grande parte das métricas apresentou valores mais elevados com relação ao encaminhamento e recebimento de usuários dentro do sistema, caracterizando a maior parte dos vínculos realizados entre os atores. Por outro lado, as métricas que se referem à coordenação de casos, programas conjuntos e consultorias, que representam o grau de interação entre os dispositivos, tiveram métricas bastante inferiores. Estes resultados demonstram a dificuldade por parte da rede em atuar de forma integrada e construir possibilidades de cuidado conjuntas.

A centralidade ocupada pelo CAPS AD em muitas situações é oportuna, mas também preocupante, pois revela certa dependência da rede com relação a este ator e pode acabar na substituição de um modelo centralizador por outro. A sobrecarga de demandas em um único serviço pode diminuir a agilidade do processo de cuidado e das respostas dadas aos usuários, além de não dinamizar a utilização dos outros pontos da rede.

Frente a isso, defende-se a ideia de que dentro da rede não deve haver hierarquia ou grau de importância entre os serviços, pois cada um deles tem seu papel e possui características diferentes, que são fundamentais para a constituição e manutenção do trabalho em rede. Portanto, precisamos vislumbrar a rede com a ideia de descentralização e conectividade entre os atores. Neste escopo, é preciso pensar em formas de atuação conjunta que propiciem a construção de um sistema verdadeiramente integrado e de cooperação.

Destaca-se dentro da rede investigada o papel das ESF. A APS é uma fonte de cuidado riquíssima e que precisa ter suas ações otimizadas dentro da rede. Para tanto este nível de atenção deve ser fortalecido tanto no tocante à formação dos profissionais como na infraestrutura das unidades de saúde. Tais mudanças contribuirão para que as ESF consigam cumprir seu papel e ofertar um cuidado resolutivo aos usuários.

Os recursos do SUAS também tiveram destaque no contexto estudado. Frente aos resultados obtidos, conclui-se que, ainda que os serviços de saúde sejam considerados imprescindíveis para o cuidado aos usuários de drogas, a complexidade da temática faz com que seja necessária a compreensão e abordagem dos determinantes sociais relacionados. Além disso, o envolvimento de atores como o CREAS e CRAS podem favorecer a continuidade do

cuidado, além de ofertar estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e a reinserção social.

Outros setores, como educação, esporte e dispositivos sociais, também foram citados como integrantes da rede, contudo as métricas apontaram pouca representatividade dos mesmos em todos os níveis de relacionamento analisados. Esses resultados trazem à reflexão sobre a necessidade destes atores ocuparem um espaço maior no escopo de ações de cuidado aos usuários de drogas, buscando efetuar parcerias e cooperação mútua com outros nós da rede.

A relação entre o setor saúde com os recursos de justiça e segurança também merece atenção no cenário investigado. O diálogo entre ambos precisa ser estreitado, a fim de que possam atuar conjuntamente e criar respostas coletivas para as demandas que envolvem a interface entre esses setores. Essa parceria possibilita que se crie um conjunto de intervenções baseadas nas reais demandas dos usuários e evita a estigmatização e simplificação do cuidado.

Ao encontro disso, pensa-se que a complexificação do cuidado exige uma rede igualmente complexa, que esteja articulada com processos sociais, questões subjetivas e existenciais de seus usuários. Isso implica em olhar para o sujeito como um ser ativo no processo saúde/doença e considerarmos sobretudo os sentimentos, desejos, e necessidades de cada indivíduo que necessita de cuidado.

Mesmo longe de trazer respostas e soluções para a realidade investigada, é necessário ponderar que o município carece de um olhar atento da gestão para a implementação de novas estratégias de reorganização dos serviços que compõem a rede. A definição de fluxos e protocolos de atendimento podem contribuir para esta reorganização. A adoção de dispositivos compartilhados e a educação permanente dos profissionais também podem oferecer mudanças benéficas na forma de interação entre os dispositivos.

Dessa forma, compreende-se que os objetivos deste estudo foram alcançados e os achados podem contribuir na proposição de uma ampliação do escopo de ações no campo do cuidado ao usuário de drogas e fomentando o debate sobre a importância do trabalho em rede.

Foi desafiador empreender uma metodologia até então desconhecida por mim e tão pouco aplicada no campo da saúde. Porém, tornou-se uma grata surpresa poder conhecer as redes através deste olhar inovador. Dentre as contribuições trazidas pela ARS, acredita-se que essa perspectiva metodológica contemplou importantes informações acerca do relacionamento estabelecido dentro da rede de cuidado e trouxe um panorama sobre a estrutura geral que compõe a rede.

Contudo, por tratar-se de um estudo quantitativo, o alcance desta pesquisa possibilita apenas respostas parciais ao fenômeno avaliado. Assim, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos com a utilização de outros métodos de análise que contribuam para uma compreensão ainda maior dessa temática. O uso de metodologias qualitativas, por exemplo, certamente traria informações mais detalhadas acerca dos problemas identificados neste estudo, enriquecendo ainda mais análise sobre a rede. Ademais, acredita-se que a combinação dos métodos quantitativo e qualitativo podem trazer respostas ainda mais apuradas sobre esta temática.

Além disso, em virtude da limitação do tempo, este estudo se deteve a investigar apenas métricas descritivas. Portanto, seria interessante a elaboração de estudos que incluam também a mensuração de medidas estruturais, a fim de aprofundarmos alguns aspectos que envolvem a dinâmica de funcionamento da rede.

A perspectiva de explorar a rede de cuidado aos usuários de drogas através da ARS também apontou novos rumos que precisam ser desvelados. Nesse sentido, considera-se que um aspecto importante a ser investigado em outros estudos é com relação a interface entre os serviços de saúde e o setor de justiça e segurança, visto que, neste estudo, esta articulação mostrou-se bastante frágil.

Outro desdobramento que se aponta é a investigação de como a intensidade das conexões ou a presença de buracos estruturais dentro da rede podem influenciar no seu funcionamento e na qualidade do cuidado ofertado aos usuários de drogas.

Por fim, reflete-se que a organização do cuidado através das redes é um avanço no campo da saúde mental, porém, não se trata de uma empreitada simples nem tampouco linear. Diante disso, é imperativo que a organização da rede esteja ancorada em intervenções que busquem superar esses “buracos” existentes na malha e fortaleçam a relação entre os nós. Para tanto, é necessário o trabalho de muitas mãos engajadas em um único objetivo de oferecer um cuidado de qualidade a pessoas que sofrem psiquicamente e que depositam na rede a esperança para a resolução de seus problemas.



## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. **Informação & Informação**, Londrina, v. 12, n. 1 edição especial, p. 8-19, 2007.
- ALBUQUERQUE, C. S.; et al. Desafios para à atenção integral aos usuários de drogas na “RAPS” de Iguatu: entre a precarização e fragmentação e à expansão da rede de cuidado. In: **VII Jornada Internacional sobre Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.
- ALMEIDA, M. C. Análise de Redes Sociais como Ferramenta na Engenharia de Software. In: **I Encontro de administração da informação**. Florianópolis, out. 2007.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-19, 2011.
- AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, 7 p., 2009.
- \_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a.
- \_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008b.
- \_\_\_\_\_. **Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- \_\_\_\_\_. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P.; RANGEL, M. A liberdade é terapêutica: reinventando vidas na Reforma Psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3 n. 4, p.10-16, 2009.
- ANDRADE, D. C.; DAVID, H. M. S. L. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 852-855, 2015.
- ANDRADE, T. M. de.; RONZANI, T. M. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In: **Uso de substâncias psicoativas no Brasil. Módulo 1**. 5. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.
- BALLARIN, M. L. G. S.; BLANES, L. S.; FERIGATO, S. H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 767-778, 2012

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar comum**, Rio de Janeiro, v. 19, n.20, p. 159-171, 2004.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASTOS, F.; BERTONI, N. **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, 2014.

BECKER, H. S. **Outsiders. Estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. 232p.

BEZ, G. S.; FARACO, R. A.; ANGELONI, M. T. Uma proposta de utilização da técnica de análise de redes sociais na Universidade do Sul de Santa Catarina. **Perspectivas Contemporâneas**, v. 6, n. 2, 2012.

BIRMAN; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BITTENCOURT, O. N. S.; NETO, F. J. K. Rede Social no Sistema de Saúde: um Estudo das Relações Interorganizacionais em Unidades de Serviços de HIV/AIDS. **Revista de administração contemporânea**, Curitiba, v. 13, n. 6, p. 87-104, 2009.

BLANCHET, K.; JAMES, P. How to do (or not to do)... a social network analysis in health systems research. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 27, n. 5, p. 438-46, 2011.

BOURGUIGNON, J. A. Concepção de rede intersetorial. 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015**. Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. 7ª ed. Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 140 p. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento). Brasília, DF, 2014.

\_\_\_\_\_. SENAD; Ministério da saúde. Ministério da Justiça. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil Inquérito epidemiológico**. Brasília: Fiocruz, 2013.

\_\_\_\_\_. Crack, é possível vencer. Brasília, DF, 2012a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 396/GM, de 11 de 4 de Março de 2011. **Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais.** Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. **I Levantamento Nacional sobre Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 capitais brasileiras.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, SENAD. Brasília, DF, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. **Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2010b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de Janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **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, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 52/GM, de 2 de Janeiro de 2004. **Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS.** Brasília, DF, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de SM. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF, 2004b.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 2.197, DE 14 DE OUTUBRO DE 2004. **Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.** Brasília, DF, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2003. 60 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002. **Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.** Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 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, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106/GM, de 11 de Fevereiro de 2000**. Brasília, DF, 2000.

\_\_\_\_\_. Lei nº 3657 de 1989. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF, 1989.

BRONZO, C. L. **Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo**. 2010. Disponível em: [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br). Acesso em: 19 jun. 2018.

BUSSINGUER, A; ARANTES. O estigma da loucura como fator usurpador da dignidade humana: uma análise na perspectiva do direito à saúde. **Interfaces Científicas – Direito**, Aracajú, v.4, n.2, p. 9-20, 2016.

BURT, R. **Structuralholes**. Cambridge; Massachusetts: Harvard University Press, 1992.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, 2012.

CAPRA, F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1998.

CARLINI-MARLATT. Drogas e jovens: abordagens contemporâneas. In: FREITAS, M. V., PAPA, F. C. (org.). **Políticas Públicas: Juventude em pauta**. São Paulo: Cortez, Ação Educativa, Fundação Friedrich Ebert Stiftung, 2003. p. 191-202.

CARLINI, E. A et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2007.

CASTELLS, M. **A Sociedade em Rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (edit). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 165-184.

CÉZAR, M. A. de. **As políticas públicas de saúde mental e o cotidiano dos serviços substitutivos: um estudo sobre ideologia na reforma psiquiátrica brasileira**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João Del Rei.

COHEN, S. **Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and the Rockers**. Oxford: Basil Blackwell. 1987.

COLINA, C. L. Bases socio-metodológicas para el Análisis de Redes Sociales, ARS. **EMPIRIA - Revista de Metodología de las Ciencias Sociales**, n. 10, p. 9-35, 2005.

COLLEMAN, J. S. **Foundations of Social Theory**. Harvard University Press: Cambridge, 1990

CORRALES, J. G. **Programas de educación para lasaludenlas Universidades Populares de Extremadura: Caminandohaciacreación de redes comunitárias**. 2005.

CORTES, L. F. et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 84-92, mar. 2014. ISSN 1518-1944.

COSTA, P. H.; et al. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 245-252, 2015.

COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. 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. **Psicologia e saúde pública: Contribuições e desafios**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2015b.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.

COSTA, R. On a new community concept: social networks, personal communities, collective intelligence. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 235-248, 2005.

COSTA, P. H. A. **Entre nós, laços e tramas: compreendendo a rede de atenção aos usuários de drogas**. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, 2017.

COSTA, P. H. A.; PAIVA, F. S. Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1009-1031, 2016.

COUTO, R.; ALBERT, S. Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/80, p. 49-59, 2008.

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMÔA, M. L. Crack, uma abordagem multidisciplinar. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, **Prevenção ao uso indevido de drogas : Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 4ª ed. Brasília, DF, 2011. p. 39-58.

DANIULAITYTE, R.; CARLSON, R.G.; SIEGAL, H.A. “Heavy users”, “controlled users” and “quitters”: understanding patterns of crack use among women in a Midwestern City. **Substance Use and Misuse**, New York, v.42, p.129-152, 2007.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25ª ed., revista e atualizada. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

DESVIAT, M. **A reformapsiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DOMINGUES, M. A. R. C. **Mapa mínimo de relações**: adaptação de um instrumento gráfico, para a configuração da rede de suporte social do idoso. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S. S.; WAIDMANN, M. A. P. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 64, n. 5, p. 849-856, set./out. 2011.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental: the effectiveness of the public policies for mental health. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.

FARINA, M. C. Análise de redes sociais. In: GOULART, E. E. **Mídias sociais: uma contribuição de análise**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

FAZITO, D.; SOARES, W. Capital social, análise de redes e os mecanismos intermediários do sistema migratório Brasil/EUA. **Revista Geografias**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 27-41, 2010.

FERREIRA FILHO, O. F.; et al. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 751-9, 2003.

FIALHO, J. M. R. Análise de Redes Sociais: Princípios, Linguagem e Estratégias de Ação na Gestão do Conhecimento. **Perspectivas em Gestão e Conhecimento**, João Pessoa, v. 4, p. 9-26, 2014.

FIALHO, J. Análise de Redes Sociais – Algumas pistas para aplicação na saúde. **Economia e Sociologia**, Évora, v. 83, p. 183-203, 2007.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FODRA, R. E. P.; ROSA, A. C. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad): análises dos discursos e da prática no contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 129-139, 2009.

FONTES, B. A. S. M.; EICHNER, K. A formação do capital social em uma comunidade de baixa renda. **REDES - Revista Hispana Análisis Redes Sociales**, v. 7, n. 2, p. 1-33, 2004.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2000.

FREITAS, M. C.; PEREIRA, H. B. de B. Contribuição da análise de redes sociais para o estudo sobre os fluxos de informações e conhecimento. In: **Encontro Nacional de Ciência da Informação**, Salvador, nov. 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª. ed, Rio de Janeiro, Guanabara, 2015, 159 p.

GOMIDE, M.; SCHÜTZ, G. E. Análise de Redes Sociais e práticas avaliativas: desafios à vista. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 819-842, 2015.

GONÇALVES, L. L. M.; BARROS, B. R. D. Função De Publicização do acompanhamento terapêutico: a produção do comum na clínica. **Revista Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. spe. 2, p. 108-116, 2013.

GRANOVETTER, M. The impact of social structure on economic outcomes. **Journal of Economic Perspectives**. Nashville v. 19, n.1, p. 33-50, 2005.

GRANOVETTER, M. The Strength of Weak Ties. **The American Journal of Sociology**, Chicago, v. 78, n. 6, p. 1360-1380, 1973.

GRANOVETTER, M. The Economic Sociology of Firms and Entrepreneurs. In: ALEJANDRO, P. (Ed.). **The Economic Sociology of Immigration**. Russell Sage Foundation: New York, 1995. p. 128-165.

GUADALUPE, S. **Intervenção em rede e doença mental**. Comunicação apresentada no II Encontro de Serviço Social em Saúde Mental: Novas Perspectivas, organizado pelo Serviço Social do Hospital Sobral Cid, Coimbra, 2001.

HANNEMAN, R. A. **Introduction to social network methods**. Riverside, CA: University of California, 2001.

HANNEMAN, R.; RIDDLE, M. **Introdução aos métodos de redes sociais**. Riverside, CA: University of California, Riverside, 2005.

HATALA, J. P. Social network analysis in human resource development: a new methodology. **Human Resource Development Review**, New York, v. 5, n. 1, p. 45-71, 2006.

HAWE, P.; WEBSTER, C.; SHIELL, A. A glossary of terms for navigating the field of social network analysis. **J. Epidemiology, Communication and Health**, v. 58, n. 12, p. 971-75, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. 2017. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 09 jun. 2018.

JINEZ, L. J.; SOUZA, J. R. M.; PILLON, S. Cr. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 246-252, 2009.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

KIRSCHBAUM, C. Renascença da indústria brasileira de filmes. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 58-71, 2006.

KHUN, U; HOFMANN, L; HOFF, T; FÄRBER, N. **Soziale Netzwerkanalyse der Versorgungsstrukturen für ältere Drogenabhängige in drei deutschen Großstädten**. Z Gerontol Geriatr, 2018.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corporemente**: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. (edit.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 616-634.

LARANJEIRA, R.; RIBEIRO, M. **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LAVALL, E. **Família e o cuidado de saúde mental no domicílio**: estudo avaliativo. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2010.

LIMA, M. Y.; CORRÊA, R. F. Elementos para uma discussão teórico-metodológica da Análise de Redes Sociais (ARS). **Intratextos**, Rio de Janeiro, vol. 1, no. 1, 22-36, 2009.

LIMA, M. D. A.; SOUZA, A. S.; DANTAS, M. F. Assistência social e ações de enfrentamento ao crack e outras drogas: um debate necessário. **Revista Interfaces Saúde Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, v. 3, n; 11, pp. 95-102, 2016.

LOPES, F. D.; BALDI, M. Redes como perspectiva de análise e estrutura de governança: uma análise das diferentes contribuições. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 1007-1035, 2009.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, 2010.

MACHADO, N. G.; et al. Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 284-290, 2010.



MACHADO-DA-SILVA, C. L.; COSER, C. Rede de Relações Interorganizacionais no Campo Organizacional de Videira-SC. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 10, n. 4, 2006.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 22-30, 2005.

MARCONI, M.A. LAKATOS, E.M. **Metodologia Científica**. 6ª Ed. 2011.

MARQUES, E. C. A rede social da engenharia urbana em São Paulo: Estrutura e efeitos sobre as políticas públicas. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 69, p. 119-144, 2004.

MARQUES, A. C. P. R; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 32-36, 2000.

MARQUES, A. K. M. C. et al . Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 945-955, 2011.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001.

MARTELETO, R. M.; SILVA, A. B. de O. Redes e Capital Social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 41-49, 2004.

MATEUS, M. D. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MARTINEZ, M. M. Redes do cuidado: etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas. São Carlos : UFSCar, 2016. 292 p.

MARTINS, P.; FONTES, B. **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Tese. (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal de Pernambuco. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3ª ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MENESES, M. P. R. Conceitos sobre redes sociais no paradigma ecossistêmico. In: SARRIERA, J. C.; SAFORCADA, E. T. (orgs). **Introdução à Psicologia Comunitária: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 141-154.

MENESES, M. P. R., SARRIERA, J. C. Redes sociais na investigação psicossocial. **Aletheia**, Canoas, v. 29, p. 53-67, 2005.

MESQUITA, R. B.; et al. Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1125-1133, 2010.

MILWARD, H. B.; PROVAN, K. G. Measuring network structure. **Public Administration**, v. 76, n. 2, p. 387-407, 1998.

MIZRUCHI, M.; STEARNS, L.B. Getting deals done: The Use of Social Networks in Bank Decision-Making. **American Sociological Review**, Chicago, v. 66, n. 5, p. 647-671, 2001.

MOLINA, J. L. El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. **Empiria**, Madri, v. 10, p. 71-106, 2005.

MOLINA, J. L.; AGUILAR, C. Redes sociales y antropología: um estudio de caso (discursos étnicos y redes personales entro jóvenes de Sarajevo). In: LARREA, C.; ESTRADA, F. **Antropología em un mundo em transformación**. Barcelona: Editorial Icaria, 2004.

MONNERAT, J. L.; SOUZA, R. G. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-9, 2011.

MONTERO, M. **Teoría y Práctica de La Psicología Comunitaria: La tensión entre comunidad y sociedad**. Paidós: Buenos Aires. 2010.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O.Y. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. **Saude e sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 161-170, 2012.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A Reinvenção Da Roda: Roda De Conversa: Um Instrumento Metodológico Possível. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v.23, n.1, p. 98-106, jan.-jun. 2014.

MOURA, F. G.; SANTOS, J. E.. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 126-132, dez. 2011.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 47-53, 2008.

NARDI, F. L.; JAHN, G. M.; DELL'AGLIO, D. D. Perfil de adolescentes em privação de liberdade: eventos estressores, uso de drogas e expectativas de futuro. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 116-37, 2014.

NERY FILHO, A. et al. **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, Drogas: clínica e cultura collection. 2009. 308 p.

NICÁCIO, M. F. S. de. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2003.

NÓBREGA, V. M.; et al. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n 3, p. 431-440, 2010.

NOGUEIRA, R. **Elaboração e análise de questionários: uma revisão da literatura básica e a aplicação dos conceitos a um caso real**. Rio de Janeiro: UFRJ/COPPEAD, 2002.

OLIVEIRA, L. G. D.; et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 997-1008, 2010.

OLIVEIRA, E.; SANTANA, I. C.; ALVES, A. Radcliffe-Brown e o Estrutural-funcionalismo: a questão da mudança na estrutura e no sistema social. **Revista diálogos**, Cuiabá, n. 11, p. 234-254, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica**. Promovido pela Organização Panamericana de Saúde. 1990,

PAES, L. G. et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 395-409, 2013.

PAIVA, F. S.; COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M. Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidades na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde. **Aletheia**, Canoas, v. 37, n. 1, p. 57-72, 2012.

PASCOTTO, S. M. P. et al. Análise de rede social para mensuração das estruturas formais e informais. **Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 6, edição esp., p. 179-194, 2013.

PAULA, M. L. et al. Experiências de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2735-2744, 2017.

PENA, R.S. O apoio matricial na Atenção Básica: por onde ele passa? In: Seminário nacional da política de humanização, 2009, Brasília. **Apresentação de trabalho...** Brasília, 2009.

PESSOTTI, I. **A Loucura e as Épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio social e religião**: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 82-88, 2012.

PINHO, L. B. de et al. Avaliação dos Recursos Intersetoriais na composição de redes para o cuidado ao usuário de crack. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170149, 2017.

PINTO, J. L.; et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006.

PITTA, A. M. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.12, p. 4579-89, 2011.

\_\_\_\_\_. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Loucura & Civilização collection, v.4, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PUTNAM, R. D. **Democracies in flux: The evolution of social capital in contemporary society**. Oxford: University Press, 2002.

RANGEL, M. N. A “nova” cronicidade nos “novos” serviços de atenção psicossocial. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

REDE DE INFORMAÇÕES PARA O TERCEIRO SETOR (RITS). Disponível em: <[http://www.rits.org.br/redes\\_teste/rd\\_oqredes.cfm](http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_oqredes.cfm)>. Acesso em: 3 jan. 2018.

RIBEIRO, E. M. B. A.; BASTOS, A. V. B. Redes sociais interorganizacionais na efetivação de projetos sociais. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p. 282-292, 2011.

RIBEIRO, J. L. P. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, n. 17, p. 547-558, 1999.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 Ed., São Paulo: Atlas, 2007.

RIGHI, L. B. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In: Cunha, G. T (org.). **Cadernos Humanizaus: atenção básica**, Brasília v. 2, p. 60-4, 2010.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B.; SOUZA, I. C. W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, pp. 51-61, 2009.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 581-6, 2010.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICACIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-100.

SANCHEZ, K. O. L.; et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 290-299, 2010.

SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras, 2008.

SANTOS, V.; et al. Desenvolvendo e articulando a rede intersetorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. SE, p. 145-152, 2014.

SANTOS, A. M. C. C. dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.299-306, 2003.

SCHNEIDER, J. F et al. Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 654-61, 2013.

SCHULTZ-JONES, B. Examining information behavior through social networks. **Journal of Documentation**, v. 65, n. 4, p. 592-631, 2009.

SCOTT, J. **Social Network Analysis**. A Handbook. 2nd Edition. London UK: Sage Publications, 2002.

SEBIM, C. C.; SILVA, M. D. S.; DOS SANTOS, P. Bourdieu e a educação. **Pró-discente: Caderno de Produções Acadêmico-Científicas do Programa de Pós-Graduação em Educação (UFES)**, Vitória, v. 17, p. 28-39, 2011.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 317-326, 2006.

SHIOKAWA, E. **Avaliação da eficiência da rede de atenção à saúde mental e da resolutividade do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad**. Dissertação (Mestrado em Farmacologia). Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2010.

SILVA, A. B. O. et al. Análise de redes sociais como metodologia de apoio para a discussão da interdisciplinaridade na ciência da informação. **Ciência e Informação**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 72-93, 2006 .

SILVA, C. A. da; FIALHO, J.; SARAGOÇA, J. Análise de redes sociais e Sociologia da acção. Pressupostos teórico-metodológicos. **Revista Angolana de Sociologia**, Luanda, n. 11, p. 91-106, 2013.

SILVA, M. N. R. M. O. et al. Desenvolvendo e articulando a rede intersetorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 145-152, 2014.

SILVA, S.F.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Redes de atenção à saúde: conceito, modelos e diretrizes. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de

Secretarias Municipais de Saúde; Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008. p. 69-85.

SILVEIRA, C. L. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 585-592, 2011.

SINIAK, D. S.; PINHO, L. B. Caracterização do apoio emocional recebido por familiares de usuários de crack. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Recife, v. 9, n. 3, p. 7656-63, 2015.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, Q. R.; QUANDT, C. O. Metodologia de Análise de Redes Sociais. In: DUARTE, F.; QUANDT, C.; SOUZA, Q. (orgs). **O tempo das Redes**. São Paulo: Perspectiva, p. 31-63, 2008.

SOUZA, J.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 1-17, 2006.

SOUZA, M. M. et al. Política nacional sobre drogas e saúde mental: percepções dos gestores e os desafios intersetoriais no arranjo político. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.5, n.11, p.67-87, 2013.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, 44-56, 2013.

SOUZA, J. **Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Pedro da Universidade de São Paulo, 2010.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R ; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p.89-111.

TENÓRIO, F. Psychiatry reform in Brazil from the 1980's to present days: its history and concepts. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **From Coercion to cohesion: treating drug dependence through healthcare not punishment**. Discussion paper based on a scientific workshop. Viena, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales). New York. Disponível em: <<http://www.unodc.org/wdr2016/>>. Acesso em 10 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE URUGUAIANA. Plano Municipal De Saúde 2018-2021. Estado do Rio Grande do Sul. Prefeitura Municipal de Uruguaiana, Secretaria Municipal de Saúde. Uruguaiana, 2017.

VARANDA, M. P. Ação coletiva entre pequenos empresários: uma análise de redes sociais. **Análise Social**, Lisboa, v. 42, n. 182, p. 207-239, 2007.

VARELA, D. S. S.; et al. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 296-302, 2016.

VARELA, D. S. S.; SILVA, M. D. F. da; MONTEIRO, C. F. S. Dificuldades de enfermeiros no trabalho com usuários de álcool e outras drogas: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 9, n. 10, p. 9576-83, 2015.

VASCONCELOS, E. M. Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectivas de ação. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 28, p. 149-86, 2012.

VENANCIO, S. I. et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3951-3964, 2011.

VIDAL, M. **Feminismo e ética como “feminizar” a moral**. São Paulo: Loyola, 2005.

VIEIRA FILHO, N. G.; NOBREGA, S. M. da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social network analysis: methods and applications**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998. 825 páginas.

WETZEL, C.; et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, 2011.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psicologia Revista**, São Paulo, volume 22, n.1, 61-82, 2013.

YASUI, S. A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **VI Conferência Nacional de Saúde Mental** [online]. Brasília: MS; 2010.

\_\_\_\_\_. **Rupturas e Encontros: desafio da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso planejamento e métodos**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAMBENEDETTI G.; PERRONE C. M. O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-93, 2008.

ZEFERINO, M. T. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Estruturação do campo da atenção psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica e**

**do SUS.** Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.



## APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Elementos de análise:

### INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SERVIÇO

- Ambiente
- Oferta de atendimentos (tipo de atividades, desintoxicação, oficinas, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros)
- Como funciona o serviço (quem são os profissionais, características, plano terapêutico, horários, entre outros)
- Cronograma de atividades oferecidas
- Que atividades “dentro” e “fora” do CAPS são desenvolvidas pela equipe?
- Observar o conhecimento dos profissionais acerca dos recursos/serviços disponíveis na rede de saúde mental do município

### INTERAÇÃO COM A REDE

- Observar a comunicação/relação entre os profissionais da equipe.
- Observar os momentos em que ocorre comunicação entre os profissionais do CAPSAD e outros atores da rede para resolução de demandas (quais atores foram acionados pelo CAPSAD, qual ator acionou o CAPS AD)
- Interação estabelecida (formas utilizadas para estabelecer a relação entre os atores, natureza do contato/motivo da realização do contato, em que situação o contato ocorreu, desfecho do contato, encaminhamentos, matriciamento)
- Fluxos de entrada e saída do serviço (quem chega, quando chega, veio de onde, vai para onde, em que situações, etc)
- Há parcerias com outros serviços para melhorar/qualificar o atendimento do usuário? Há parcerias que não funcionam como deveriam?
- Que situações são encaminhadas e para quais serviços (Pronto-Socorro, Hospital Geral, ESF, comunidades terapêuticas, Hospital Psiquiátrico, etc)?

## **APÊNDICE B - ROTEIRO PARA A RODA DE CONVERSA**

Questões norteadoras da roda de conversa:

- 1) Descreva a composição da rede de serviços de saúde mental existente no município
- 2) Descreva quais são os serviços/dispositivos de saúde mental existentes no município para o cuidado ao usuário de drogas
- 3) Quais as principais demandas e necessidade de cuidado dos usuários que frequentam/são atendidos pelo serviço?

### APÊNDICE C – ESCALA DE LIKERT

Serviço:

#### QUESTÃO 1 – Referência de envio

Com relação aos serviços da rede abaixo relacionados, responda:

NOS ÚLTIMOS 12 MESES qual a frequência com que o seu serviço

ENVIOU/ENCAMINHOU usuários para outras unidades da rede para resolução de demandas de usuários de drogas?

0	1	2	3	4
NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUETEMENTE	SEMPRE

MARQUE UM X DE ACORDO COM SUA ESCOLHA:

<b>Componentes da RAPS</b>					
<b>Atenção Básica em Saúde</b>					
1) Estratégia de Saúde da Família (ESF)	0	1	2	3	4
2) Consultório na Rua (CnR)	0	1	2	3	4
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>					
3) CAPS AD	0	1	2	3	4
4) CAPS II	0	1	2	3	4
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>					
5) UPA	0	1	2	3	4
6) Pronto Atendimento (Hospital)	0	1	2	3	4
7) Ambulatório de Saúde Mental	0	1	2	3	4
<b>Atenção Hospitalar</b>					
8) Unidade de Psiquiatria (Hospital)	0	1	2	3	4
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>					
9) Casa de Passagem	0	1	2	3	4
10) Comunidade Terapêutica	0	1	2	3	4
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>					
11) SINE (Sistema Nacional de Empregos)	0	1	2	3	4
<b>ATORES ALÉM DA RAPS - RECURSOS INTERSETORIAIS</b>					
<b>Saúde/Educação/Justiça/Assistência Social</b>					
12) SEC MUNICIPAL DE SAÚDE	0	1	2	3	4
13) COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico)	0	1	2	3	4
14) Farmácia Popular	0	1	2	3	4
15) CAMI (Centro de Administração de Medicamentos Injetáveis)	0	1	2	3	4
16) DANTS (Projeto de Saúde Prevenção e Agravos de Doenças não Transmissíveis)	0	1	2	3	4
17) Escolas	0	1	2	3	4
18) UNIPAMPA	0	1	2	3	4

19) Secretaria de Esporte	0	1	2	3	4
20) Casa Flores de Maria	0	1	2	3	4
21) CACAU (Casa de Acolhimento a Criança e Adolescente de Uruguaiana)	0	1	2	3	4
22) CREAS	0	1	2	3	4
23) CRAS	0	1	2	3	4
24) PROMOTORIA/DEFENSORIA Pública	0	1	2	3	4
25) Delegacia da Mulher	0	1	2	3	4
26) Polícia Civil	0	1	2	3	4
27) ROMU	0	1	2	3	4
28) Brigada Militar	0	1	2	3	4
29) FASE	0	1	2	3	4
30) Penitenciária Modulada	0	1	2	3	4
31) Conselho Tutelar	0	1	2	3	4
32) Conselho Municipal de Saúde	0	1	2	3	4
33) Conselho Municipal Sobre Drogas (COMADI)	0	1	2	3	4
<b>ATORES ALÉM DA RAPS - EQUIPAMENTOS SOCIAIS</b>					
34) GUAPA (entidade de apoio as pessoas com HIV)	0	1	2	3	4
35) Amor Exigente	0	1	2	3	4
36) Alcoólicos Anônimos - AA	0	1	2	3	4
37) Narcóticos Anônimos - NA	0	1	2	3	4
38) ALANON	0	1	2	3	4
39) Associação de Familiares	0	1	2	3	4

**QUESTÃO 2** – Referência de recebimento

Com relação aos serviços da rede abaixo relacionados, responda:

NOS ÚLTIMOS 12 MESES qual a frequência o seu serviço RECEBEU usuários de outras unidades da rede para demandas relacionadas ao uso de drogas?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>NUNCA</b>	<b>RARAMENTE</b>	<b>ÀS VEZES</b>	<b>FREQUETEMENTE</b>	<b>SEMPRE</b>

MARQUE UM X DE ACORDO COM SUA ESCOLHA:

<b>Componentes da RAPS</b>					
<b>Atenção Básica em Saúde</b>					
1) Estratégia de Saúde da Família (ESF)	0	1	2	3	4
2) Consultório na Rua (CnR)	0	1	2	3	4
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>					
3) CAPS AD	0	1	2	3	4
4) CAPS II	0	1	2	3	4
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>					
5) UPA	0	1	2	3	4

6) Pronto Atendimento (Hospital)	0	1	2	3	4
7) Ambulatório de Saúde Mental	0	1	2	3	4
<b>Atenção Hospitalar</b>					
8) Unidade de Psiquiatria (Hospital)	0	1	2	3	4
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>					
9) Casa de Passagem	0	1	2	3	4
10) Comunidade Terapêutica	0	1	2	3	4
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>					
11) SINE (Sistema Nacional de Empregos)	0	1	2	3	4
<b>ATORES ALÉM DA RAPS - RECURSOS INTERSETORIAIS</b> <b>Saúde/Educação/Justiça/Assistência Social</b>					
12) SEC MUNICIPAL DE SAÚDE	0	1	2	3	4
13) COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico)	0	1	2	3	4
14) Farmácia Popular	0	1	2	3	4
15) CAMI (Centro de Administração de Medicamentos Injetáveis)	0	1	2	3	4
16) DANTS (Projeto de Saúde Prevenção e Agravos de Doenças não Transmissíveis)	0	1	2	3	4
17) Escolas	0	1	2	3	4
18) UNIPAMPA	0	1	2	3	4
19) Secretaria de Esporte	0	1	2	3	4
20) Casa Flores de Maria	0	1	2	3	4
21) CACAU (Casa de Acolhimento a Criança e Adolescente de Uruguaiana)	0	1	2	3	4
22) CREAS	0	1	2	3	4
23) CRAS	0	1	2	3	4
24) PROMOTÓRIA/DEFENSORIA Pública	0	1	2	3	4
25) Delegacia da Mulher	0	1	2	3	4
26) Polícia Civil	0	1	2	3	4
27) ROMU	0	1	2	3	4
28) Brigada Militar	0	1	2	3	4
29) FASE	0	1	2	3	4
30) Penitenciária Modulada	0	1	2	3	4
31) Conselho Tutelar	0	1	2	3	4
32) Conselho Municipal de Saúde	0	1	2	3	4
33) Conselho Municipal Sobre Drogas (COMADI)	0	1	2	3	4
<b>ATORES ALÉM DA RAPS - EQUIPAMENTOS SOCIAIS</b>					
34) GUAPA (entidade de apoio as pessoas com HIV)	0	1	2	3	4
35) Amor Exigente	0	1	2	3	4

36) Alcoólicos Anônimos - AA	0	1	2	3	4
37) Narcóticos Anônimos - NA	0	1	2	3	4
38) ALANON	0	1	2	3	4
39) Associação de Familiares	0	1	2	3	4

**QUESTÃO 3** – Coordenação de caso

Com relação aos serviços da rede abaixo relacionados, responda:

NOS ÚLTIMOS 12 MESES qual a frequência que seu serviço realizou o

COMPARTILHAMENTO de informações, dados e condutas a respeito de um caso específico relacionado ao uso de drogas?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>NUNCA</b>	<b>RARAMENTE</b>	<b>ÀS VEZES</b>	<b>FREQUETEMENTE</b>	<b>SEMPRE</b>

MARQUE UM X DE ACORDO COM SUA ESCOLHA:

<b>Componentes da RAPS</b>					
<b>Atenção Básica em Saúde</b>					
1) Estratégia de Saúde da Família (ESF)	0	1	2	3	4
2) Consultório na Rua (CnR)	0	1	2	3	4
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>					
3) CAPS AD	0	1	2	3	4
4) CAPS II	0	1	2	3	4
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>					
5) UPA	0	1	2	3	4
6) Pronto Atendimento (Hospital)	0	1	2	3	4
7) Ambulatório de Saúde Mental	0	1	2	3	4
<b>Atenção Hospitalar</b>					
8) Unidade de Psiquiatria (Hospital)	0	1	2	3	4
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>					
9) Casa de Passagem	0	1	2	3	4
10) Comunidade Terapêutica	0	1	2	3	4
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>					
11) SINE (Sistema Nacional de Empregos)	0	1	2	3	4
<b>ATORES ALÉM DA RAPS - RECURSOS INTERSETORIAIS</b>					
<b>Saúde/Educação/Justiça/Assistência Social</b>					
12) SEC MUNICIPAL DE SAÚDE	0	1	2	3	4
13) COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico)	0	1	2	3	4
14) Farmácia Popular	0	1	2	3	4
15) CAMI (Centro de Administração de Medicamentos Injetáveis)	0	1	2	3	4
16) DANTS (Projeto de Saúde Prevenção e Agravos de Doenças não Transmissíveis)	0	1	2	3	4
17) Escolas	0	1	2	3	4

18) UNIPAMPA	0	1	2	3	4
19) Secretaria de Esporte	0	1	2	3	4
20) Casa Flores de Maria	0	1	2	3	4
21) CACAU (Casa de Acolhimento a Criança e Adolescente de Uruguaiana)	0	1	2	3	4
22) CREAS	0	1	2	3	4
23) CRAS	0	1	2	3	4
24) PROMOTORIA/DEFENSORIA Pública	0	1	2	3	4
25) Delegacia da Mulher	0	1	2	3	4
26) Polícia Civil	0	1	2	3	4
27) ROMU	0	1	2	3	4
28) Brigada Militar	0	1	2	3	4
29) FASE	0	1	2	3	4
30) Penitenciária Modulada	0	1	2	3	4
31) Conselho Tutelar	0	1	2	3	4
32) Conselho Municipal de Saúde	0	1	2	3	4
33) Conselho Municipal Sobre Drogas (COMADI)	0	1	2	3	4
<b>ATORES ALÉM DA RAPS - EQUIPAMENTOS SOCIAIS</b>					
34) GUAPA (entidade de apoio as pessoas com HIV)	0	1	2	3	4
35) Amor Exigente	0	1	2	3	4
36) Alcoólicos Anônimos - AA	0	1	2	3	4
37) Narcóticos Anônimos - NA	0	1	2	3	4
38) ALANON	0	1	2	3	4
39) Associação de Familiares	0	1	2	3	4

**QUESTÃO 4** –Programas conjuntos

Com relação aos serviços da rede abaixo relacionados, responda:

NOS ÚLTIMOS 12 MESES qual a frequência com que seu serviço realiza esforços formais em torno de PROGRAMASDESENVOLVIDOS CONJUNTAMENTE com outra unidade da rede para demandas relacionadas ao uso de drogas?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>NUNCA</b>	<b>RARAMENTE</b>	<b>ÀS VEZES</b>	<b>FREQUETEMENTE</b>	<b>SEMPRE</b>

MARQUE UM X DE ACORDO COM SUA ESCOLHA:

<b>Componentes da RAPS</b>					
<b>Atenção Básica em Saúde</b>					
1) Estratégia de Saúde da Família (ESF)	0	1	2	3	4
2) Consultório na Rua (CnR)	0	1	2	3	4
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>					
3) CAPS AD	0	1	2	3	4
4) CAPS II	0	1	2	3	4

<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>					
5) UPA	0	1	2	3	4
6) Pronto Atendimento (Hospital)	0	1	2	3	4
7) Ambulatório de Saúde Mental	0	1	2	3	4
<b>Atenção Hospitalar</b>					
8) Unidade de Psiquiatria (Hospital)	0	1	2	3	4
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>					
9) Casa de Passagem	0	1	2	3	4
10) Comunidade Terapêutica	0	1	2	3	4
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>					
11) SINE (Sistema Nacional de Empregos)	0	1	2	3	4
<b>ATORES ALÉM DA RAPS - RECURSOS INTERSETORIAIS</b>					
<b>Saúde/Educação/Justiça/Assistência Social</b>					
12) SEC MUNICIPAL DE SAÚDE	0	1	2	3	4
13) COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico)	0	1	2	3	4
14) Farmácia Popular	0	1	2	3	4
15) CAMI (Centro de Administração de Medicamentos Injetáveis)	0	1	2	3	4
16) DANTS (Projeto de Saúde Prevenção e Agravos de Doenças não Transmissíveis)	0	1	2	3	4
17) Escolas	0	1	2	3	4
18) UNIPAMPA	0	1	2	3	4
19) Secretaria de Esporte	0	1	2	3	4
20) Casa Flores de Maria	0	1	2	3	4
21) CACAU (Casa de Acolhimento a Criança e Adolescente de Uruguaiana)	0	1	2	3	4
22) CREAS	0	1	2	3	4
23) CRAS	0	1	2	3	4
24) PROMOTORIA/DEFENSORIA Pública	0	1	2	3	4
25) Delegacia da Mulher	0	1	2	3	4
26) Polícia Civil	0	1	2	3	4
27) ROMU	0	1	2	3	4
28) Brigada Militar	0	1	2	3	4
29) FASE	0	1	2	3	4
30) Penitenciária Modulada	0	1	2	3	4
31) Conselho Tutelar	0	1	2	3	4
32) Conselho Municipal de Saúde	0	1	2	3	4
33) Conselho Municipal Sobre Drogas (COMADI)	0	1	2	3	4
<b>ATORES ALÉM DA RAPS - EQUIPAMENTOS SOCIAIS</b>					
34) GUAPA (entidade de apoio as pessoas com	0	1	2	3	4



HIV)					
35) Amor Exigente	0	1	2	3	4
36) Alcoólicos Anônimos - AA	0	1	2	3	4
37) Narcóticos Anônimos - NA	0	1	2	3	4
38) ALANON	0	1	2	3	4
39) Associação de Familiares	0	1	2	3	4

### QUESTÃO 5 –Consultorias

Com relação aos serviços da rede abaixo relacionados, responda:

NOS ÚLTIMOS 12 MESES qual a frequência com que seu serviço PRESTOU SERVIÇOS A OUTRAS UNIDADES da rede através de contratos ou acordos formais para demandas relacionadas ao uso de drogas?

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>NUNCA</b>	<b>RARAMENTE</b>	<b>ÀS VEZES</b>	<b>FREQUETEMENTE</b>	<b>SEMPRE</b>

MARQUE UM X DE ACORDO COM SUA ESCOLHA:

<b>Componentes da RAPS</b>					
<b>Atenção Básica em Saúde</b>					
1) Estratégia de Saúde da Família (ESF)	0	1	2	3	4
2) Consultório na Rua (CnR)	0	1	2	3	4
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>					
3) CAPS AD	0	1	2	3	4
4) CAPS II	0	1	2	3	4
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>					
5) UPA	0	1	2	3	4
6) Pronto Atendimento (Hospital)	0	1	2	3	4
7) Ambulatório de Saúde Mental	0	1	2	3	4
<b>Atenção Hospitalar</b>					
8) Unidade de Psiquiatria (Hospital)	0	1	2	3	4
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>					
9) Casa de Passagem	0	1	2	3	4
10) Comunidade Terapêutica	0	1	2	3	4
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>					
11) SINE (Sistema Nacional de Empregos)	0	1	2	3	4
<b>ATORES ALÉM DA RAPS - RECURSOS INTERSETORIAIS</b>					
<b>Saúde/Educação/Justiça/Assistência Social</b>					
12) SEC MUNICIPAL DE SAÚDE	0	1	2	3	4
13) COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico)	0	1	2	3	4
14) Farmácia Popular	0	1	2	3	4
15) CAMI (Centro de Administração de Medicamentos Injetáveis)	0	1	2	3	4
16) DANTS (Projeto de Saúde Prevenção e	0	1	2	3	4

Agravos de Doenças não Transmissíveis)					
17) Escolas	0	1	2	3	4
18) UNIPAMPA	0	1	2	3	4
19) Secretaria de Esporte	0	1	2	3	4
20) Casa Flores de Maria	0	1	2	3	4
21) CACAU (Casa de Acolhimento a Criança e Adolescente de Uruguaiiana)	0	1	2	3	4
22) CREAS	0	1	2	3	4
23) CRAS	0	1	2	3	4
24) PROMOTORIA/DEFENSORIA Pública	0	1	2	3	4
25) Delegacia da Mulher	0	1	2	3	4
26) Polícia Civil	0	1	2	3	4
27) ROMU	0	1	2	3	4
28) Brigada Militar	0	1	2	3	4
29) FASE	0	1	2	3	4
30) Penitenciária Modulada	0	1	2	3	4
31) Conselho Tutelar	0	1	2	3	4
32) Conselho Municipal de Saúde	0	1	2	3	4
33) Conselho Municipal Sobre Drogas (COMADI)	0	1	2	3	4
<b>ATORES ALÉM DA RAPS - EQUIPAMENTOS SOCIAIS</b>					
34) GUAPA (entidade de apoio as pessoas com HIV)	0	1	2	3	4
35) Amor Exigente	0	1	2	3	4
36) Alcoólicos Anônimos - AA	0	1	2	3	4
37) Narcóticos Anônimos - NA	0	1	2	3	4
38) ALANON	0	1	2	3	4
39) Associação de Familiares	0	1	2	3	4

**APÊNDICE D - CARTA PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
URUGUAIANA/RS**

Autorização para coleta de dados  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

A Sra. Thaís Aramburu  
Secretária de Saúde do Município de Uruguaiana/RS

Cumprimentando-a cordialmente, viemos por meio deste solicitar autorização para desenvolver o estudo intitulado “**A ORGANIZAÇÃO DA REDE A PARTIR DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS**” que será desenvolvido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo que tem por objetivo geral analisar a organização da rede social para o atendimento de usuários de drogas a partir de um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

Esperamos que a pesquisa contribua para o avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, em especial ajudando a conhecer os fluxos e diálogos na rede para o atendimento das demandas relacionadas ao uso de drogas no município de Uruguaiana. A coleta de dados terá dois estágios, sendo que no primeiro estágio será realizada a definição da lista de membros e atores da rede através da técnica de observação sistemática (ou estruturada) que terá duração de quatro semanas, objetivando-se a familiarização ao local de estudo, abarcando suas rotinas e fluxos, bem como a aproximação aos informantes-chave da pesquisa. Nesta etapa também serão verificados dados provenientes de documentos e arquivos existentes no serviço, como: fluxogramas, protocolos internos, fichas de atendimento, prontuários, etc. No segundo estágio será realizada a definição da relação entre os atores onde se utilizará a roda de conversa e também será aplicado um Questionário, em formato de Escala Likert, a fim de conhecer o padrão dos laços relacionais entre os atores. Os procedimentos de análise serão divididos em duas etapas: primeiramente será realizada a análise estrutural da rede, ou seja, identificação e caracterização dos atores que constituem a rede através do desenho dos “grafos”. Posteriormente, serão analisadas as relações estabelecidas entre os atores, considerando as medidas que este estudo se presta a analisar. Participarão da pesquisa profissionais que atuam no CAPS AD III deste município, de acordo com critérios pré-estabelecidos pelo estudo.

Teremos o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição e o município.

Caso concorde com a realização desta pesquisa, por favor leia atentamente e assine o termo a seguir:

Eu, Thaís Aramburu, ocupante do cargo de secretária de saúde na Prefeitura Municipal de Uruguaiana, autorizo a realização da pesquisa intitulada: **A organização da rede a partir de um centro de atenção psicossocial para o cuidado ao usuário de drogas**, sob a responsabilidade do pesquisador principal Leandro Barbosa de Pinho, tendo como objetivo primário analisar a organização da rede social para o atendimento de usuários de drogas a partir de um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

Afirmo que fui devidamente orientada sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e que as informações a serem oferecidas para o pesquisador não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das

peças envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato dos sujeitos e sigilo das informações.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para tal.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do responsável da instituição co-participante)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho  
Pesquisador Responsável - Escola de Enfermagem – UFRGS  
Telefones para Contato: 51-33085431/82210103  
E-mail: Lbpinho@ufrgs.br

## **APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

(Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde)

Estamos apresentando a você a presente pesquisa, intitulada "**A ORGANIZAÇÃO DA REDE A PARTIR DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA O CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS**", que será desenvolvida pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo que tem por objetivo analisar a organização da rede social para o atendimento de usuários de drogas a partir de um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Esperamos que a pesquisa contribua para o avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, em especial ajudando a conhecer os fluxos e diálogos na rede para o atendimento das demandas relacionadas ao uso de drogas no município.

A coleta de dados terá dois estágios, sendo que no primeiro estágio será realizada a definição da lista de membros e atores da rede através da técnica de observação sistemática (ou estruturada) que terá duração de quatro semanas, objetivando-se a familiarização ao local de estudo, abarcando suas rotinas e fluxos, bem como a aproximação aos informantes-chave da pesquisa. Serão verificados dados provenientes de documentos e arquivos existentes no serviço, como: fluxogramas, protocolos internos e fichas de atendimento. Acredita-se que o uso destas fontes será útil para explorar a dinâmica das relações estabelecidas pelo CAPS AD com o território e demais serviços. No segundo estágio será realizada a definição da relação entre os atores onde se utilizará a roda de conversa e também será aplicado um Questionário, em formato de Escala Likert, a fim de conhecer o padrão dos laços relacionais entre os atores.

Os procedimentos de análise serão divididos em duas etapas: primeiramente será realizada a análise estrutural da rede, ou seja, identificação e caracterização dos atores que constituem a rede através do desenho dos “grafos”. Posteriormente, serão analisadas as relações estabelecidas entre os atores, considerando as medidas que este estudo se presta a analisar.

Participarão da pesquisa profissionais que atuam no CAPS AD III deste município, de acordo com critérios pré-estabelecidos pelo estudo. Como benefícios é esperado que esta pesquisa possibilite aos participantes conhecerem melhor os fluxos e diálogos que acontecem dentro da rede, contribuindo para melhoria no atendimento das demandas relacionadas ao usuário de drogas.

Garantimos que em nenhum momento da pesquisa você será identificado. Estaremos atentos para minimizar quaisquer riscos que possam ocorrer em qualquer etapa da pesquisa, como constrangimentos frente aos questionamentos realizados. Caso isso ocorra, manifestamos nossa solidariedade e nosso respeito, bem como a garantia de que não haverá nenhuma retaliação. Você tem total liberdade para interromper, desistir e retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa. Se você tem disponibilidade e interesse em participar deste estudo, por favor, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma cópia ficará conosco e será arquivada; a outra, ficará com você:

**Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo. Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados, da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, do sigilo e anonimato.**

**Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.**

LOCAL/DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO COORDENADOR DA PESQUISA: \_\_\_\_\_

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Prof. Leandro Barbosa de Pinho

Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco CEP: 90620-110 – Porto Alegre/RS

Telefones: 51-33085431 ou 82210103.

E mail: Lbpinho@ufrgs.br

Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS: Tel: 51-33083629

## APÊNDICE F – QUADROS DE RESULTADOS NA ÍNTEGRA

Quadro 5 - Grau de centralidade dos atores da rede – Referência de envio

<b>Atores</b>	<b>Número de conexões estabelecidas</b>
<b>CAPS AD</b>	71
<b>CRAS</b>	56
<b>Conselho Tutelar</b>	48
<b>GUAPA</b>	46
<b>CACAU</b>	45
<b>ESF</b>	42
<b>Casa de Passagem</b>	40
<b>Promotoria/Defensoria</b>	39
<b>Consultório na Rua</b>	35
<b>Pronto Atendimento</b>	35
<b>Polícia Civil</b>	31
<b>CT</b>	29
<b>COAS</b>	29
<b>Associação de Familiares</b>	29
<b>Penitenciária</b>	28
<b>AMOR EXIGENTE</b>	23
<b>Unidade Psiquiátrica</b>	22
<b>CAMI</b>	22
<b>ROMU</b>	21
<b>DANTS</b>	18
<b>Ambulatório de SM</b>	14
<b>Delegacia da Mulher</b>	14
<b>Farmácia Popular</b>	13
<b>Escolas</b>	12
<b>SINE</b>	9
<b>Casa Flores de Maria</b>	8
<b>CREAS</b>	8
<b>FASE</b>	8
<b>Brigada Militar</b>	7
<b>Sec de Esporte</b>	6
<b>UPA</b>	5
<b>CAPS II</b>	4
<b>NA</b>	4
<b>AA</b>	1
<b>UNIPAMPA</b>	0
<b>Conselho Municipal de Saúde</b>	0
<b>COMAD</b>	0

Quadro 6 – *Betweenness* Referência de Envio

<b>Atores</b>	<b>Índices de <i>Betweenness</i></b>	<b><i>nBetweenness</i></b>
<b>CAPS AD</b>	290.181	23.030
<b>ESF</b>	78.862	6.259
<b>Conselho Tutelar</b>	76.784	6.094
<b>CnR</b>	72.624	5.764
<b>CRAS</b>	71.150	5.647
<b>DANTS</b>	51.592	4.095
<b>Polícia Civil</b>	50.545	4.011
<b>Pronto Atendimento</b>	48.736	3.868
<b>COAS</b>	42.609	3.382
<b>AMOR EXIGENTE</b>	35.838	2.844
<b>Ambulatório de SM</b>	30.996	2.460
<b>Unidade Psiquiátrica</b>	27.330	2.169
<b>Promotoria</b>	26.434	2.098
<b>Casa de Passagem</b>	18.671	1.482
<b>CACAU</b>	12.215	0.969
<b>Associação de Familiares</b>	11.731	0.931
<b>GUAPA</b>	10.167	0.807
<b>Farmácia Popular</b>	8.451	0.671
<b>Comunidade Terapêutica</b>	7.122	0.565
<b>CREAS</b>	7.018	0.557
<b>Alcoólicos Anônimos</b>	5.621	0.446
<b>CAMI</b>	4.794	0.380
<b>CAPS II</b>	4.602	0.365
<b>ROMU</b>	3.615	0.287
<b>Brigada Militar</b>	1.252	0.099
<b>FASE</b>	1.161	0.092
<b>Sec de Esporte</b>	0.961	0.076
<b>Escolas</b>	0.871	0.069
<b>Delegacia da Mulher</b>	0.715	0.057
<b>Narcóticos Anônimos</b>	0.630	0.050
<b>Penitenciária</b>	0.521	0.041
<b>UPA</b>	0.491	0.039
<b>SINE</b>	0.461	0.037
<b>Flores de Maria</b>	0.250	0.020
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0.000	0.000
<b>COMAD</b>	0.000	0.000
<b>UNIPAMPA</b>	0.000	0.000



Quadro 7 – Grau de centralidade dos atores da rede – Referência de Recebimento

<b>Atores</b>	<b>Número de conexões estabelecidas</b>
<b>CAPS AD</b>	115
<b>ESF</b>	50
<b>CRAS</b>	47
<b>Farmácia Popular</b>	44
<b>CREAS</b>	39
<b>Casa de Passagem</b>	34
<b>Polícia Civil</b>	31
<b>Promotoria</b>	26
<b>Narcóticos Anônimos</b>	25
<b>Pronto Atendimento</b>	23
<b>AMOR EXIGENTE</b>	23
<b>Unidade Psiquiátrica</b>	22
<b>Conselho Tutelar</b>	21
<b>Delegacia da Mulher</b>	20
<b>COAS</b>	18
<b>CnR</b>	16
<b>Ambulatório de SM</b>	14
<b>CAMI</b>	14
<b>DANTS</b>	9
<b>SINE</b>	8
<b>Flores de Maria</b>	8
<b>GUAPA</b>	7
<b>Alcoólicos Anônimos</b>	7
<b>Associação de Familiares</b>	6
<b>UPA</b>	5
<b>Comunidade Terapêutica</b>	5
<b>CAPS II</b>	4
<b>UNIPAMPA</b>	4
<b>CACAU</b>	4
<b>Brigada Militar</b>	2
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	2
<b>Escolas</b>	0
<b>Sec de Esporte</b>	0
<b>ROMU</b>	0
<b>FASE</b>	0
<b>Penitenciária</b>	0
<b>COMAD</b>	0

Quadro 8 – *Betweenness* Referência de Recebimento

<b>Atores</b>	<b>Índices de <i>Betweenness</i></b>	<b><i>nBetweenness</i></b>
<b>CAPS AD</b>	358.193	28.428
<b>ESF</b>	109.108	8.659
<b>CRAS</b>	73.209	5.810
<b>Promotoria</b>	59.412	4.715
<b>Conselho Tutelar</b>	44.742	3.551
<b>CREAS</b>	32.756	2.600
<b>AMOR EXIGENTE</b>	30.392	2.412
<b>CnR</b>	26.806	2.127
<b>Ambulatório de SM</b>	22.180	1.760
<b>Unidade Psiquiátrica</b>	21.512	1.707
<b>Pronto Atendimento</b>	19.987	1.586
<b>Casa de Passagem</b>	18.345	1.456
<b>COAS</b>	12.639	1.003
<b>Polícia Civil</b>	9.552	0.758
<b>CAPS II</b>	4.967	0.394
<b>Farmácia Popular</b>	4.900	0.389
<b>Delegacia da Mulher</b>	2.442	0.194
<b>DANTS</b>	2.042	0.162
<b>Narcóticos Anônimos</b>	1.715	0.136
<b>Comunidade Terapêutica</b>	1.655	0.131
<b>Alcoólicos Anônimos</b>	1.638	0.130
<b>CACAU</b>	1.500	0.119
<b>GUAPA</b>	0.125	0.010
<b>Flores de Maria</b>	0.091	0.007
<b>Brigada Militar</b>	0.091	0.007
<b>SINE</b>	0.000	0.000
<b>CAMI</b>	0.000	0.000
<b>FASE</b>	0.000	0.000
<b>UPA</b>	0.000	0.000
<b>ROMU</b>	0.000	0.000
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0.000	0.000
<b>COMAD</b>	0.000	0.000
<b>Penitenciária</b>	0.000	0.000
<b>Escolas</b>	0.000	0.000
<b>UNIPAMPA</b>	0.000	0.000
<b>Sec de Esporte</b>	0.000	0.000
<b>Associação de Familiares</b>	0.000	0.000

Quadro 9 – Grau de centralidade dos atores da rede – Coordenação de Caso

<b>Atores</b>	<b>Número de conexões estabelecidas</b>
<b>Penitenciária</b>	65
<b>CRAS</b>	48
<b>CREAS</b>	40
<b>Brigada Militar</b>	37
<b>Conselho Tutelar</b>	36
<b>Casa de Passagem</b>	35
<b>Comunidade Terapêutica</b>	34
<b>AMOR EXIGENTE</b>	33
<b>Escolas</b>	32
<b>Pronto Atendimento</b>	28
<b>Promotoria</b>	28
<b>ESF</b>	27
<b>CAPS AD</b>	27
<b>CACAU</b>	26
<b>Ambulatório de SM</b>	25
<b>Polícia Civil</b>	24
<b>ROMU</b>	24
<b>COMAD</b>	24
<b>Delegacia da Mulher</b>	22
<b>Unidade Psiquiátrica</b>	19
<b>Flores de Maria</b>	16
<b>CnR</b>	15
<b>CAMI</b>	13
<b>COAS</b>	11
<b>DANTS</b>	10
<b>Farmácia Popular</b>	9
<b>Alcoólicos Anônimos</b>	9
<b>GUAPA</b>	7
<b>FASE</b>	5
<b>CAPS II</b>	4
<b>SINE</b>	4
<b>UNIPAMPA</b>	4
<b>UPA</b>	2
<b>Associação de Familiares</b>	1
<b>Sec de Esporte</b>	0
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0
<b>Narcóticos Anônimos</b>	0

Quadro 10 – *Betweeness* Coordenação de Caso

<b>Atores</b>	<b>Índices de <i>Betweeness</i></b>	<b><i>nBetweeness</i></b>
<b>ESF</b>	181.468	14.402
<b>CAPS AD</b>	134.853	10.703
<b>Conselho Tutelar</b>	87.980	6.983
<b>Escolas</b>	78.025	6.192
<b>Ambulatório de SM</b>	68.552	5.441
<b>Pronto Atendimento</b>	66.850	5.306
<b>CRAS</b>	45.921	3.644
<b>Comunidade Terapêutica</b>	41.168	3.267
<b>Penitenciária</b>	38.115	3.025
<b>Promotoria</b>	37.037	2.939
<b>Unidade Psiquiátrica</b>	33.713	2.676
<b>COAS</b>	31.764	2.521
<b>CREAS</b>	28.326	2.248
<b>CnR</b>	27.517	2.184
<b>Farmácia Popular</b>	20.750	1.647
<b>Casa de Passagem</b>	16.133	1.280
<b>CACAU</b>	14.578	1.157
<b>Brigada Militar</b>	14.402	1.143
<b>CAPS II</b>	10.967	0.870
<b>AMOR EXIGENTE</b>	10.091	0.801
<b>Polícia Civil</b>	9.139	0.725
<b>Alcoólicos Anônimos</b>	8.769	0.696
<b>COMAD</b>	8.205	0.651
<b>FASE</b>	5.652	0.449
<b>DANTS</b>	5.114	0.406
<b>Delegacia da Mulher</b>	4.804	0.381
<b>ROMU</b>	4.719	0.375
<b>Flores de Maria</b>	2.877	0.228
<b>CAMI</b>	1.255	0.100
<b>GUAPA</b>	0.167	0.013
<b>UPA</b>	0.091	0.007
<b>Sec de Esporte</b>	0.000	0.000
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0.000	0.000
<b>SINE</b>	0.000	0.000
<b>UNIPAMPA</b>	0.000	0.000
<b>Narcóticos Anônimos</b>	0.000	0.000
<b>Associação de Familiares</b>	0.000	0.000

Quadro 11 – Grau de centralidade dos atores da rede – Programas Conjuntos

<b>Atores</b>	<b>Número de conexões estabelecidas</b>
<b>CACAU</b>	45
<b>Escolas</b>	39
<b>COAS</b>	35
<b>ESF</b>	27
<b>COMAD</b>	26
<b>CAPS AD</b>	22
<b>DANTS</b>	22
<b>CRAS</b>	22
<b>Ambulatório de SM</b>	16
<b>CREAS</b>	16
<b>CnR</b>	14
<b>Comunidade Terapêutica</b>	13
<b>Conselho Tutelar</b>	13
<b>Unidade Psiquiátrica</b>	11
<b>Brigada Militar</b>	10
<b>UNIPAMPA</b>	7
<b>CAPS II</b>	5
<b>Casa de Passagem</b>	4
<b>Delegacia da Mulher</b>	4
<b>FASE</b>	4
<b>AMOR EXIGENTE</b>	3
<b>Pronto Atendimento</b>	2
<b>Alcoólicos Anônimos</b>	2
<b>UPA</b>	1
<b>SINE</b>	0
<b>Farmácia Popular</b>	0
<b>CAMI</b>	0
<b>Sec de Esporte</b>	0
<b>Flores de Maria</b>	0
<b>Promotoria</b>	0
<b>Polícia Civil</b>	0
<b>ROMU</b>	0
<b>Penitenciária</b>	0
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0
<b>GUAPA</b>	0
<b>Narcóticos Anônimos</b>	0
<b>Associação de Familiares</b>	0

Quadro 12 – *Betweenness* Programas Conjuntos

<b>Atores</b>	<b>Índices de <i>Betweenness</i></b>	<b><i>nBetweenness</i></b>
<b>ESF</b>	184.727	14.661
<b>CACAU</b>	121.924	9.677
<b>Escolas</b>	98.970	7.855
<b>CnR</b>	79.439	6.305
<b>Ambulatório de SM</b>	74.998	5.952
<b>COMAD</b>	66.139	5.249
<b>CREAS</b>	61.079	4.848
<b>CRAS</b>	58.258	4.624
<b>Unidade Psiquiátrica</b>	43.013	3.414
<b>CAPS AD</b>	37.530	2.979
<b>Delegacia da Mulher</b>	32.460	2.576
<b>Conselho Tutelar</b>	20.884	1.657
<b>COAS</b>	19.632	1.558
<b>Alcoólicos Anônimos</b>	6.000	0.476
<b>UNIPAMPA</b>	5.621	0.446
<b>Comunidade Terapêutica</b>	4.749	0.377
<b>DANTS</b>	2.623	0.208
<b>CAPS II</b>	2.240	0.178
<b>AMOR EXIGENTE</b>	1.671	0.133
<b>Casa de Passagem</b>	0.917	0.073
<b>FASE</b>	0.125	0.010
<b>SINE</b>	0.000	0.000
<b>UPA</b>	0.000	0.000
<b>Pronto Atendimento</b>	0.000	0.000
<b>Promotoria</b>	0.000	0.000
<b>Sec de Esporte</b>	0.000	0.000
<b>Brigada Militar</b>	0.000	0.000
<b>Flores de Maria</b>	0.000	0.000
<b>Penitenciária</b>	0.000	0.000
<b>Farmácia Popular</b>	0.000	0.000
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0.000	0.000
<b>CAMI</b>	0.000	0.000
<b>GUAPA</b>	0.000	0.000
<b>Polícia Civil</b>	0.000	0.000
<b>ROMU</b>	0.000	0.000
<b>Narcóticos Anônimos</b>	0.000	0.000
<b>Associação de Familiares</b>	0.000	0.000

Quadro 13 – Grau de centralidade dos atores da rede – Consultorias

<b>Atores</b>	<b>Número de conexões estabelecidas</b>
<b>COAS</b>	34
<b>Promotoria</b>	17
<b>ESF</b>	14
<b>CnR</b>	11
<b>DANTS</b>	9
<b>Casa de Passagem</b>	7
<b>Ambulatório de SM</b>	5
<b>Brigada Militar</b>	4
<b>Narcóticos Anônimos</b>	4
<b>Unidade Psiquiátrica</b>	3
<b>ROMU</b>	3
<b>AMOR EXIGENTE</b>	2
<b>Alcoólicos Anônimos</b>	2
<b>CAPS AD</b>	1
<b>UNIPAMPA</b>	1
<b>Conselho Tutelar</b>	1
<b>CAPS II</b>	0
<b>UPA</b>	0
<b>Pronto Atendimento</b>	0
<b>Comunidade Terapêutica</b>	0
<b>SINE</b>	0
<b>Farmácia Popular</b>	0
<b>CAMI</b>	0
<b>Escolas</b>	0
<b>Sec de Esporte</b>	0
<b>Flores de Maria</b>	0
<b>CACAU</b>	0
<b>CREAS</b>	0
<b>CRAS</b>	0
<b>Delegacia da Mulher</b>	0
<b>Polícia Civil</b>	0
<b>FASE</b>	0
<b>Penitenciária</b>	0
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0
<b>COMAD</b>	0
<b>GUAPA</b>	0
<b>Associação de Familiares</b>	0

Quadro 14 – *Betweenness* Consultorias

<b>Atores</b>	<b>Índices de <i>Betweenness</i></b>	<b><i>nBetweenness</i></b>
<b>ESF</b>	84.167	6.680
<b>COAS</b>	76.167	6.045
<b>CAPS AD</b>	39.667	3.148
<b>Ambulatório de SM</b>	27.833	2.209
<b>Casa de Passagem</b>	19.000	1.508
<b>CnR</b>	9.333	0.741
<b>Promotoria</b>	5.000	0.397
<b>AMOR EXIGENTE</b>	2.000	0.159
<b>UNIPAMPA</b>	0.500	0.040
<b>DANTS</b>	0.333	0.026
<b>Comunidade Terapêutica</b>	0.000	0.000
<b>SINE</b>	0.000	0.000
<b>Farmácia Popular</b>	0.000	0.000
<b>CAMI</b>	0.000	0.000
<b>Pronto Atendimento</b>	0.000	0.000
<b>CAPS II</b>	0.000	0.000
<b>Unidade Psiquiátrica</b>	0.000	0.000
<b>Sec de Esporte</b>	0.000	0.000
<b>Flores de Maria</b>	0.000	0.000
<b>CACAU</b>	0.000	0.000
<b>CREAS</b>	0.000	0.000
<b>CRAS</b>	0.000	0.000
<b>UPA</b>	0.000	0.000
<b>Delegacia da Mulher</b>	0.000	0.000
<b>Polícia Civil</b>	0.000	0.000
<b>ROMU</b>	0.000	0.000
<b>Brigada Militar</b>	0.000	0.000
<b>FASE</b>	0.000	0.000
<b>Penitenciária</b>	0.000	0.000
<b>Conselho Tutelar</b>	0.000	0.000
<b>Conselho Mun de Saúde</b>	0.000	0.000
<b>COMAD</b>	0.000	0.000
<b>GUAPA</b>	0.000	0.000
<b>Escolas</b>	0.000	0.000
<b>Alcoólicos Anônimos</b>	0.000	0.000
<b>Narcóticos Anônimos</b>	0.000	0.000
<b>Associação de Familiares</b>	0.000	0.000



