

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

**PEDRO HENRIQUE ANTUNES DA COSTA**

**MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS: UM  
ESTUDO EXPLORATÓRIO**

**JUIZ DE FORA**

**2014**

PEDRO HENRIQUE ANTUNES DA COSTA

**MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS: UM  
ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati

Coorientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

JUIZ DE FORA

2014


---


**Pedro Henrique Antunes da Costa**

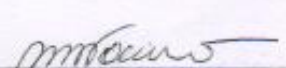
**MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS: UM ESTUDO  
EXPLORATÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora  
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia por Pedro Henrique Antunes da Costa

Dissertação defendida e aprovada em 18 de junho de dois mil e quatorze, pela banca constituída por:

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

  
Presidente: Profa. Dra. Estela Marcia Saraiva Campos  
Universidade Federal de Juiz de Fora

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

Costa, Pedro Henrique Antunes da.  
Mapeamento da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas: um  
estudo exploratório / Pedro Henrique Antunes da Costa. -- 2014.  
110 p.

Orientador: Fernando Antonio Basile Colugnati  
Coorientador: Telmo Mota Ronzani  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de  
Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia, 2014.

1. atenção à saúde. 2. transtornos relacionados ao uso de  
substâncias. 3. saúde mental. 4. centros de tratamento de  
abuso de substâncias. 5. políticas públicas. I. Colugnati,  
Fernando Antonio Basile, orient. II. Ronzani, Telmo Mota,  
coorient. III. Título.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por fazerem continuamente o possível (e às vezes o impossível) para que eu tivesse a possibilidade de crescer e aprender. Que eu possa retribuir, mesmo que minimamente, com integridade, honestidade, respeito e amor tudo o que me foi dado.

Aos meus familiares pela força nos mais diversos momentos, possibilitando a caminhada.

Ao Prof. Fernando Colugnati por encarar conjuntamente os desafios, mesmo sem nos conhecermos anteriormente. Seu conhecimento e, principalmente, amplitude de visão e respeito às particularidades de diferentes pessoas, visões, áreas etc. o fazem diferenciado entre pesquisadores.

Ao Prof. Telmo Ronzani pelas oportunidades propiciadas desde a graduação, desenvolvimento da autonomia e pensamento crítico. Seu compromisso e postura como pessoa e pesquisador traz luz a uma academia cada vez mais rasa, egoísta e autocentrada.

À minha rede de professores “informais”, com duas pessoas em especial: Fernando Santana de Paiva e Leonardo Fernandes Martins. Além de amigos e professores, com contribuições imprescindíveis para o estudo, são para mim modelos de pessoa. Juntamente ao Prof. Telmo, agradeço por me ensinarem a pensar e pela formação do meu caráter.

A meus amigos e amigas do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas, especialmente os da linha de Políticas Públicas sobre Drogas, *E-Health* e às “estigmatizantes”, pelas discussões e diversões que consubstanciam o trabalho, tornando-o um *hobby*.

À Amata Medeiros, Bárbara Loures e Wanderson Duarte pelo trabalho em conjunto e aprendizado. Sem vocês o trabalho não seria possível.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPG-Psi) da UFJF, pela estrutura e suporte que possibilitou a continuação dos estudos.

Às professoras Estela Campos e Marcia Gomide pelas valiosas colaborações, fazendo com que este trabalho termine com muito mais qualidade do que quando foi pensado.

À CAPES pela bolsa de mestrado e à FAPEMIG pelo fomento à pesquisa.

Aos profissionais que participaram do estudo, cedendo parte de seus atribulados dias.

À Prefeitura de Juiz de Fora, em especial às Secretarias de Planejamento e Gestão (SEPLAG), de Saúde (SS), de Desenvolvimento Social (SDS), e ao Departamento de Saúde Mental (DSME).

Por fim, e mais importante, ao *nó* central da minha rede, Estela Loth, que com seu suporte e amor incondicional me faz ter condições físicas e emocionais para fazer o que gosto e crescer como pessoa. Esse trabalho é nosso.

## RESUMO

Atualmente no Brasil, quando se aborda o cuidado aos usuários de drogas o termo rede rapidamente emerge à tona. Assim, é necessária uma maior compreensão sobre o que seriam as redes de atenção aos usuários de drogas, seus obstáculos e potencialidades, procurando entender os fatores que influenciam a forma como as políticas reverberam na realidade. Dessa forma, o presente estudo objetivou realizar um mapeamento e análise da rede de atenção aos usuários de drogas de Juiz de Fora, Minas Gerais, desenvolvendo método a ser utilizado em outros contextos nacionais e internacionais. O método foi desenvolvido através do contato com secretarias gestoras municipais, conselhos locais, coleta de informações em bases de dados ministeriais e amostragem bola de neve. Foram identificados 184 serviços assistenciais aos usuários de drogas. Apesar da heterogeneidade de dispositivos e abordagens, existe uma hegemonia de oferta de serviços não governamentais especializados na assistência aos usuários de drogas. Os seguintes pontos são destacados: necessidade de ampliação da rede de atenção básica; implantação de mais Centros de Atenção Psicossocial para álcool e drogas; expansão da rede atenção psicossocial; reestruturação da atenção a grupos populacionais, como população em situação de rua, mulheres, crianças e adolescentes; ampliação da rede de urgência e emergência; e maior distribuição/regionalização dos serviços, principalmente os governamentais especializados. São necessários novos estudos para as redes de atenção aos usuários de drogas no país, com pesquisas que também abarquem aspectos relacionais.

**Palavras-chave:** atenção à saúde; transtornos relacionados ao uso de substâncias; saúde mental; centros de tratamento de abuso de substâncias; políticas públicas.

## ABSTRACT

Currently in Brazil, when discussing care for drug users the term network quickly emerges. Therefore, a greater understanding of what would be the networks of care for drug users, their obstacles and potential, seeking to understand the factors that influence how policies reverberate in reality is needed. Thus, the present study aimed to map and analyze the network care for drug users in Juiz de Fora, Minas Gerais, developing method to be used in other national and international contexts. The method was developed through contact with local management secretaries, local councils, gathering information on Ministries' data bases and snowball sampling. One hundred eighty four care services for drug users were identified. Despite the heterogeneity of services and approaches, there is hegemony of non-governmental specialized services in the assistance for drug users. The following points are highlighted: the need for expansion of primary health care; implantation of more Psychosocial Centers for alcohol and drugs; expansion of the network of psychosocial care; restructure of the attention to population groups such as people on the streets, women, children and adolescents; expansion of the emergency network care; and the better distribution/regionalization of services, mainly the governmental specialized for drug users. Further studies are needed for care networks to drug users in the country, with research that also encompass relational aspects.

**Keywords:** health care; substance-related disorders; mental health; substance abuse treatment centers; public policies.



## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1: Tipologia dos serviços que prestam assistência a usuários de drogas em Juiz de Fora -----                            | 61 |
| Tabela 2: Serviços que prestam assistência a usuários de drogas em Juiz de Fora de acordo com sua natureza governamental ----- | 67 |
| Tabela 3: Serviços que prestam assistência a usuários de drogas em Juiz de Fora de acordo com sua região -----                 | 69 |
| Tabela 4: Perfis dos serviços que prestam assistência a usuários de drogas em Juiz de Fora -----                               | 72 |

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1: Conformação da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas -----                 | 32 |
| Figura 2: Rede de Atenção à Saúde Mental -----  | 35 |
| Figura 3: Mapa com a divisão territorial de Juiz de Fora -----                        | 57 |
| Figura 4: Processo de levantamento da rede de atenção aos usuários de drogas -----    | 61 |
| Figura 5: Distribuição dos serviços de acordo com unidades territoriais do IBGE ----- | 65 |
| Figura 6: Mapa de Calor ( <i>heatmap</i> ) da concentração de serviços -----          | 65 |
| Figura 7: Origens dos Serviços na Rede de Atenção aos Usuários de Drogas -----        | 66 |
| Figura 8: Visual do Mapeamento <i>online</i> -----                                    | 66 |

## LISTA DE ANEXOS

|   |     |
|---|-----|
| ANEXO I: Modelo de formulário ( <i>form</i> ) no <i>Google Drive</i> para para registro dos serviços levantados e suas informações -----  | 103 |
| ANEXO II: Planilha ( <i>spreadsheet</i> ) do <i>Google Drive</i> com as informações dos serviços transpostas dos formulários -----        | 104 |
| ANEXO III: <i>Fusion Table</i> criada a partir da planilha ( <i>spreadsheet</i> ) contendo os serviços e suas informações -----           | 105 |
| ANEXO IV: Geocodificação dos serviços pelo <i>Fusion Tables</i> através da relação latitude/longitude (nomeada de <i>geometry</i> ) ----- | 106 |
| ANEXO V: Plotagem dos marcadores referentes aos serviços em um mapa geográfico do <i>Fusion Tables</i> -----                              | 107 |
| ANEXO VI: Autorização do município para a realização da pesquisa -----  | 108 |
| ANEXO VII: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora -----                         | 109 |

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>INTRODUÇÃO</b>   | 13  |
| <b>1. AS REDES DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS: CONTEXTOS E POLÍTICAS</b>                           |     |
| 1.1 As Redes de Atenção à Saúde (RAS)   | 17  |
| 1.2 As Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: aspectos históricos                                   | 21  |
| 1.3 As Redes de Atenção aos Usuários de Drogas, as políticas, setores e dispositivos que as conformam | 24  |
| 1.3.1 A Rede de Atenção Psicossocial  | 24  |
| 1.3.2 A Rede de Dispositivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)                            | 28  |
| 1.3.3 Outros Setores, Recursos Comunitários e Redes Sociais   | 30  |
| 1.3.4 A Organização da Assistência na Rede de Atenção aos Usuários de Drogas                          | 32  |
| <b>2. AS REDES DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA PRÁTICA: APORTES DA LITERATURA</b>                |     |
| 2.1 As redes de atenção aos usuários de drogas na prática: características gerais                     | 38  |
| 2.2 O papel do CAPSad nesse emaranhado  | 44  |
| 2.2.1 A articulação com as redes de saúde e assistência social  | 46  |
| 2.2.2 Transposições de Modelos Descontextualizados?   | 49  |
| 2.3 Carência de estudos sobre as redes de atenção sobre drogas  | 52  |
| <b>3. OBJETIVOS</b>   |     |
| 3.1 Objetivo Geral  | 55  |
| 3.2 Objetivos Específicos   | 55  |
| <b>4. MÉTODOS</b>   |     |
| 4.1 Aspectos Gerais   | 56  |
| 4.2 Análise dos Dados   | 58  |
| 4.3 Aspectos Éticos   | 58  |
| <b>5. RESULTADOS</b>  |     |
| 5.1 Método de Levantamento da Rede  | 59  |
| 5.2 Mapeamento da Rede por Geocodificação   | 62  |
| 5.3 Características da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas de Juiz de Fora                         | 67  |
| <b>6. DISCUSSÃO</b>   |     |
| 6.1 Potencialidades do Método   | 73  |
| 6.2 Discussões suscitadas pela caracterização da rede   | 78  |
| <b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | 86  |
| <b>REFERÊNCIAS</b>  | 89  |
| <b>ANEXOS</b>   | 103 |

## INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo todo, o uso de álcool e outras drogas caracteriza-se como um problema de saúde pública, devendo ser incluído nas agendas políticas. Por afetar tanto a saúde individual quanto a coletiva, exige uma abordagem que vá desde a prevenção, passando pelo tratamento, a organização de práticas e serviços assistenciais e desencadeando, por fim, na formulação de políticas públicas específicas (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2011).

Atualmente no Brasil, quando se aborda o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas o termo “rede” rapidamente emerge à tona. Este termo, e toda a sua simbologia, ganham cada vez mais importância nos diversos âmbitos relacionados à temática, embasando desde discussões entre profissionais, usuários, pesquisadores etc. até o planejamento e formulação das políticas públicas na área. As próprias políticas públicas brasileiras compreendem os sistemas de tratamento aos usuários de drogas estruturados através de redes de atenção, em detrimento de serviços e setores isolados (Brasil, 2004; Brasil, 2005).

Apesar de toda a pluralidade conceitual que o termo agrega, podemos entender, inicialmente, a rede que engloba a assistência aos usuários de drogas enquanto uma tentativa de organização dos serviços, assumindo que atores sociais e instituições trabalharão de forma articulada, sendo caracterizados como vários *nós* que constituirão vínculos e consolidarão uma “malha” de serviços para o atendimento da demanda de cuidado (Paiva, Costa & Ronzani, 2012). Portanto, as redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas equivalem a estruturação de setores, serviços, profissionais etc. para a assistência aos usuários de drogas, respeitando alguns princípios de organização e assistência que serão aprofundados ao longo da dissertação.

De modo geral, as redes têm sido apontadas como resposta a uma pluralidade de problemas, sejam eles estruturais ou relacionais, referentes à concretização de ações, projetos e políticas públicas. Contudo, ao mesmo tempo em que a rede é colocada como a forma ideal de organização dos serviços e ações em álcool e outras drogas, inúmeros problemas surgem quando consideramos a sua concretização na prática (Costa, Mota, Paiva & Ronzani, 2013).

Nesse sentido, faz-se necessária uma maior compreensão sobre o que seriam as redes de atenção aos usuários de drogas, seus obstáculos e potencialidades, procurando entender os fatores que influenciam a forma como as políticas reverberam na realidade. Tal fator é relevante ao permitir um melhor entendimento sobre o cuidado aos usuários de drogas, garantindo serviços e ações adequadas com suas necessidades, o acesso com qualidade e a continuidade e integralidade da atenção. O aprofundamento sobre esta temática também pode minimizar “ideologizações” que muitas das vezes auxiliam no processo de deslegitimação de propostas sem o real entendimento de seus princípios; e que modelos e práticas sejam analisados criticamente deixando de lado vocalizações superficiais e discursos retóricos que, em alguns casos, encampam distorções não condizentes com o referido modelo de atenção e de organização do cuidado.

Ademais, num presente momento de questionamentos acerca da adequabilidade e eficácia dos sistemas de saúde em diversos países do mundo, torna-se de suma importância a implantação e institucionalização de uma cultura de avaliação destes sistemas (Contandriopoulos, 2006; Denis, 2010), assim como das redes de atenção aos usuários de drogas (Rush, 2003). De uma forma geral, as necessidades e expectativas das populações influem de forma incipiente às ofertas assistenciais e à tomada de decisões políticas. Por isso, na tentativa de reversão desse cenário, a avaliação a partir de estudos que visem levantar e compreender as redes de atenção aos usuários de drogas

pode ofertar subsídios para o desenvolvimento de melhorias organizacionais e políticas, devendo estar no cerne das estratégias de transformação do sistema de saúde e da rede de atenção aos usuários de drogas (Contandriopoulos, 2006; Denis, 2010; Rush, 2003).

A partir do explicitado acima, o presente estudo objetivou realizar um mapeamento e análise da rede de atenção aos usuários de drogas de Juiz de Fora, Minas Gerais, desenvolvendo métodos a serem utilizados em outros contextos nacionais e internacionais. No Capítulo 1 será abordado um pouco do contexto histórico e político das redes de atenção aos usuários de drogas. Dividido em três partes, este capítulo pretende descrever um breve panorama sobre a necessidade de organização da atenção aos usuários de drogas através de redes assistenciais integradas, em detrimento de sistemas fragmentados. Posteriormente, serão expostos fatores históricos das redes de atenção aos usuários de drogas, bem como as políticas, setores e dispositivos que conformam essas redes.

O Capítulo 2 reflete sobre a caracterização da rede de atenção aos usuários de drogas na prática. São apresentados aqui os resultados de uma revisão narrativa da literatura científica (Costa, Mota, Paiva & Ronzani, 2013), levantando os desafios e possibilidades de consolidação destas redes. Para isso, o capítulo é dividido em três partes, com as características gerais de organização/estruturação das redes de atenção aos usuários de drogas no Brasil, o papel do Centro de Atenção Psicossocial sobre Álcool e outras Drogas (CAPSad) e a carência de estudos sobre a temática.

Nos capítulos seguintes, são destrinchados os objetivos da pesquisa, aspectos metodológicos, os resultados e as discussões suscitadas, além das considerações finais. Cabe salientar que o presente estudo faz parte da linha de pesquisa “Políticas Públicas sobre Drogas” do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas (CREPEIA) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). O

grupo desenvolve, desde 2004, diversas atividades acadêmicas e profissionais, através de pesquisas e projetos de extensão, impactando na produção acadêmica e prática profissional em álcool e outras drogas e nas diversas áreas que tangenciam essa temática (saúde coletiva, psicologia, psiquiatria, dentre outras).

Dessa forma, pretende-se demonstrar as contribuições do mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas no município de Juiz de Fora para outros contextos nacionais e internacionais e outras temáticas, guardadas as devidas adaptações. Espera-se também que seja possível subsidiar futuras intervenções que contribuam com as práticas/ações dos variados atores (médicos, enfermeiros, psicólogos etc.) que constroem e fazem parte desse cenário e, por conseguinte, com uma maior integração da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.



## **CAPÍTULO 1: AS REDES DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS: CONTEXTOS E POLÍTICAS**

### **1.1 As Redes de Atenção à Saúde (RAS)**

As atuais transições epidemiológica e demográfica no Brasil pressupõem uma modificação nas configurações dos sistemas de saúde (Mendes, 2010). Novos comportamentos e estilos de vida em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas repercutem diretamente na mudança nos padrões de morte, morbidade e invalidez (Shramm, 2004). Configura-se assim um novo perfil no quadro dos problemas de saúde, em que se ressalta o peso do estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior longevidade. Dentre estes problemas, destaca-se o uso de álcool e outras drogas (Organización Panamericana de la Salud [OPAS], 2009; UNODC, 2011).

Arelado a isso, emerge a necessidade de atualização e ampliação dos conceitos e das ações e investigações em saúde. Os aspectos psicossociais têm sido enfocados a fim de aumentar a qualidade dos serviços e equipamentos públicos de saúde, adequando-os da melhor maneira às necessidades da população (Travassos & Martins, 2004). Mudanças vêm sendo percebidas como, por exemplo, um maior enfoque epidemiológico voltado para as doenças crônicas com ênfase na prevenção, no cuidado, monitoramento, interdisciplinaridade e criação de redes de saúde integradas (Bittencourt & Neto, 2009; Mendes, 2010; Mendes, 2012; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2003).

Nessa atual conjuntura, surge um movimento em busca da construção dos sistemas de saúde com foco nas redes de atenção à saúde (RAS) integradas em

detrimento de sistemas de atenção à saúde fragmentados (Mendes, 2010). A literatura destaca como as redes de atenção podem melhorar diversos aspectos e situações dos sistemas de saúde, como: a acessibilidade dos usuários aos serviços, a redução da fragmentação do cuidado assistencial, melhorias na eficiência global do sistema, evitando a duplicação de infraestrutura e serviços, reduzindo os custos e gerando impactos positivos na saúde das populações (Mendes, 2010; OPAS, 2010).

Mendes (2010) define o conceito de redes de atenção à saúde da seguinte forma:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (Mendes, 2010, p. 2300).

Embasando-se nesta conceituação, a política de saúde define a RAS, dentro do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010a). Deixa-se de lado antigas concepções dos sistemas de saúde organizados por níveis de atenção altamente hierarquizados e fragmentados para a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) – a principal porta de entrada do SUS e de oferta de ações de saúde nos municípios – como nível regulador do fluxo e centro de comunicação.

Apesar das políticas considerarem a impossibilidade de prescrição de apenas um único modelo organizacional para as redes de atenção à saúde, três elementos são considerados como constitutivos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. O primeiro elemento caracteriza-se pela necessidade de centralizar a atenção à saúde no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta suas

características/particularidades. As definições de população e território de abrangência devem ser feitas a partir do conhecimento de suas necessidades, que por sua vez, devem determinar/orientar a oferta de serviços de saúde (Brasil, 2010a; Mendes, 2010).

A estrutura operacional é caracterizada pelos *nós* das redes (serviços e profissionais) e pelas ligações formais e informais que comunicam esses diferentes *nós*. Para isso é imperativo a existência de uma gama de estabelecimentos e de equipes interdisciplinares que visem o *continuum* dos cuidados em saúde, com a promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos (Brasil, 2010a; Mendes, 2010).

O terceiro elemento constitutivo, os modelos de atenção à saúde (ou modelos de atenção), representam as racionalidades nas quais as tecnologias e ações são estruturadas em função de problemas de saúde da população e/ou suas necessidades. São formas de articulações entre os profissionais de saúde e usuários, na tentativa de organizar o processo de trabalho em saúde e, por conseguinte, o funcionamento das RAS a partir das necessidades das populações (Paim, 2008). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) surge como uma política de contraposição e reorganização do modelo assistencial predominante no SUS que é o modelo médico hegemônico em vista de um modelo que abarque a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes, considere as vulnerabilidades e necessidades das populações, com foco em fortalecer as ações sobre as condições crônicas (Brasil, 2010a).

A partir do exposto acima, dois princípios aparecem como fundamentais na organização das redes de atenção à saúde: intersetorialidade e integralidade. Intersetorialidade, segundo Junqueira e Inojosa (1997), é “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a

exclusão social". Parte-se do pressuposto que saúde é um produto resultante de múltiplas ações sociais de promoção de qualidade de vida e que, por isso, somente o esforço isolado do setor saúde não é suficiente para abranger todos os seus componentes (Brasil, 1997). O ser humano deve ser visto em sua totalidade, considerando as condições peculiares de sua vida, suas necessidades individuais e coletivas. As prioridades, portanto, são definidas a partir de problemas/necessidades da população que, por sua vez, estão ligados a diversas causas, dimensões etc. e requerem necessariamente parcerias entre diversos setores (Junqueira, 1998). Dessa forma, para a obtenção de resultados mais efetivos, uma articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e promover a saúde (Giovannella *et al.*, 2009).

A integralidade da assistência preconiza um conjunto articulado e contínuo de serviços, profissionais e ações, que vão da promoção da saúde e prevenção ao tratamento e reabilitação, que sejam individuais e coletivas, e realizadas em todos os níveis de atenção do sistema de saúde (primário, secundário e terciário) (Brasil, 1990). Deve-se compreender a integração dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, das RAS como um *continuum*, variando de acordo com as características locais dos sistemas de saúde e redes de atenção (OPAS, 2007).

Contudo, para compreender a rede de saúde a partir desta perspectiva integrada é necessária a superação de práticas fragmentadas correntes no âmbito das políticas públicas, o que acarreta na deficiência e até mesmo na falta de diálogo e interação entre os diferentes atores e setores que a constituem. Como apontam Hartz e Contandriopoulos (2004), apesar dessa integração significar uma coordenação e atuação conjunta entre gestores e profissionais de saúde, as iniciativas de monitoramento e

tentativas de se avaliar sistematicamente os efeitos dessa articulação e trabalho em rede, ainda se mostram incipientes.

## **1.2 As Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: aspectos históricos**

No Brasil, em detrimento de um grande período histórico de negligência, os problemas associados ao uso de álcool e outras drogas começam a ser abordados pelo Estado a partir do início do século XX. Contudo, essa abordagem, originada na década de 1920, é desenvolvida predominantemente no campo da justiça e da segurança pública, considerando o uso de drogas como um ato criminoso e moralmente incorreto (Mota & Ronzani, 2013). De acordo com Machado e Miranda (2007):

As primeiras intervenções do governo Brasileiro na área ocorreram no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública no país. (Machado & Miranda, 2007, p. 803).

Essa postura, considerada proibicionista, foi embasada em um posicionamento político de ‘guerra às drogas’, cujo objetivo era a promoção da abstinência de drogas ilícitas e a sua consequente expurgação da sociedade (Mota & Ronzani, 2013). Embasados nesta concepção e abordagem ao problema, as leis e os decretos criados ao longo do século XX no Brasil destinaram-se, principalmente, a controlar o consumo de drogas ilícitas, através da proibição, criminalização do uso e do comércio (Alves, 2009; Machado & Miranda, 2007).

Cabe ressaltar que essa postura proibicionista do governo Brasileiro foi, ao longo do século XX, influenciada e reforçada por deliberações e acordos realizados em convenções/conferências internacionais, em especial as da Organização Nacional das Nações Unidas (ONU). Estas reafirmaram como resposta para o problema a adoção de

medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas (Alves, 2009; Garcia, Leal & Abreu, 2008; Machado & Miranda, 2007).

A partir da década de 70, a legislação Brasileira sobre o tema também passa a ser influenciada pelo saber médico, mais especificamente pela psiquiatria (Machado & Miranda, 2007). O discurso médico surge como outra forma de respaldo técnico e, conseqüentemente, de controle sobre o usuário de drogas, lhe depositando o rótulo de doente (além do de criminoso), isto é, como um agente passivo frente a sua doença. Este aspecto vem a legitimar uma intervenção direta na liberdade de escolha e ação do indivíduo, pois ele não tem capacidade própria de saber o que é melhor para si. Temos então o discurso médico reforçando processos de patologização e também a exclusão dos usuários de álcool e outras drogas.

Com isso, a partir das décadas de 70 e 80, diversos dispositivos são criados no Brasil para prestar assistência aos usuários de drogas, como, por exemplo, os hospitais psiquiátricos. Estes dispositivos se inserem em um cenário assistencial esvaziado e de difícil acesso, se constituindo naquele período como o único recurso terapêutico disponível para uma grande parcela de usuários de drogas (Alves, 2009; Vaissman, Ramôa & Serra, 2008). As penas que anteriormente determinavam a exclusão dos usuários do convívio social em prisões, a partir da década de 1970, passam a considerar os hospitais psiquiátricos como *lôcus* prioritários para o “tratamento” e a recuperação, com enfoque para a salvação e a punição destes usuários (Machado & Miranda, 2007). Assim, como elucida Alves (2009), “o que prevalecia não era o direito à saúde, com a garantia de tratamento à dependência de drogas, mas sim a reabilitação criminal do viciado”.

Neste cenário pode-se observar ainda uma predominância das ações de repressão à oferta e demanda de drogas em detrimento de ações de saúde. A criação dos

estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde não aparece como uma prioridade dentro das leis da época. Tal fator é constatado na lei 6.368 de 1976, a primeira lei brasileira que compreende a questão do tratamento de usuários de drogas, mas que postula que estados, municípios etc. deverão contar somente quando “necessário e possível” com serviços específicos para o tratamento de dependentes de substâncias (Brasil, 1976). Tal cenário propicia o surgimento e expansão de diversas instituições de natureza não governamental, como as comunidades terapêuticas, e da tentativa de resposta ao problema pela sociedade civil organizada, com os grupos de ajuda mútua, associações, organizações não governamentais etc. (Alves, 2009; Wandekoken & Siqueira, 2011).

Contudo, desde a década de 1980, a partir da Reforma Psiquiátrica e da consolidação do SUS, a concepção dos problemas associados ao uso de drogas no discurso político mostra-se mais ampliada, passando a ser encarada também como uma questão de saúde pública (Garcia, Leal & Abreu, 2008; Machado & Miranda, 2007; Wandekoken & Siqueira, 2011). Neste período surgem os centros de tratamento, pesquisa e prevenção na área vinculados a universidades públicas como a UNIFESP, UNB, UERJ e UFBA (Machado & Miranda, 2007). As estratégias de redução de danos ganham força política, ao proporcionarem uma nova visibilidade à atenção ao usuário de álcool e outras drogas no setor público de saúde, enfocando as consequências ou efeitos do uso das drogas de maneira realista (Mota & Ronzani, 2013). Além disso, o surgimento do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e suas ações nos anos 80 e 90 para além da repressão ao uso e tráfico de drogas contribuem para o fortalecimento das práticas de atenção e para a constituição de uma malha de serviços para os usuários de drogas, mesmo que inicial (Alves, 2009; Machado & Miranda, 2007). Essas mudanças ocorrem num cenário de avanços e retrocessos em relação à atenção aos

usuários de drogas ganhando força e espaço tanto na legislação quanto nas políticas (Alves, 2009).

Somente a partir do final da década de 90 e início dos anos 2000, visando reduzir uma lacuna histórica de ausência estatal e de políticas públicas para a prevenção e assistência aos usuários de drogas, o Brasil inicia a construção de políticas nacionais específicas sobre a temática, tendo como principais marcos políticos: 1) a criação em 2002, e realinhamento em 2005, da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2) o desenvolvimento pelo Ministério da Saúde em 2004 da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD); e 3) a promulgação da *Lei nº. 11.343/2006*, representando a nova legislação brasileira sobre drogas (Alves, 2009). Estas políticas e leis agregam à abordagem do fenômeno uma perspectiva de saúde pública, onde as drogas lícitas e ilícitas aparecem como problemas relacionados à saúde da população, e não à ordem social (Mota & Ronzani, 2013).

### **1.3 As Redes de Atenção aos Usuários de Drogas, as políticas, setores e dispositivos que as conformam**

#### *1.3.1 A Rede de Atenção Psicossocial*

As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas aparecem enquanto uma concepção abrangente que agrega diversos setores e suas respectivas características, de modo integral. Portanto, suas conjecturas e características organizacionais derivam dessa pluralidade intersetorial articulada, visando a promoção de saúde, prevenção e atenção aos usuários de drogas. Assim, conforme demonstrado



anteriormente, a fundamentação conceitual e prática das redes de atenção aos usuários de drogas advêm da RAS, sendo conformada por níveis de atenção e dispositivos que dela fazem parte também, como a APS, ESF, dentre outros. Contudo, devido a amplitude do fenômeno do uso de drogas, sua abordagem requer uma complexidade que não será atingida através somente dos dispositivos da RAS. Nessa direção deve-se levar em conta também a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que em 2011 é implantada, passando a integrar o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde do SUS. Assim, a RAPS pode ser entendida como a articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas no SUS. Ela é constituída por sete níveis de atenção, cujos elementos devem atuar territorialmente e de forma articulada (Brasil, 2011a).

No nível da Atenção Básica em Saúde, a RAPS é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes da ESF, desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção e cuidado de pessoas com transtornos e usuários de drogas. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são responsáveis pelo apoio matricial e cuidado compartilhado com as UBS e equipes de ESF. Além disso, as equipes de Consultório na Rua ofertam ações e cuidados de saúde, de modo itinerante, para a população em situação de rua e os Centros de Convivência e Cultura oferecem espaços de socialização, produção e intervenções artístico-culturais e de lazer para a população em geral (Brasil, 2011a).

Na Atenção Psicossocial Estratégica, são postulados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que assistem pessoas com transtornos mentais, de forma territorializada, a partir de projetos terapêuticos individuais e em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. Os CAPS podem ser do tipo I, para municípios ou regiões com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funcionando

de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h; do tipo II, em municípios ou regiões entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h, mas podendo funcionar em um terceiro período até 21h; e do tipo III, para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, todos os dias, incluindo fins de semana e feriados. Além destes, existem os CAPS específicos para o cuidado às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas (CAPSad) e os destinados a atender crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas (CAPSi). Os CAPSad podem ser do tipo II (para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes) e do tipo III (em municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes), funcionando todos os dias 24 horas. Já os CAPSi são indicados para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h (Brasil, 2011a). Nos municípios sem CAPSad, os CAPS para transtornos mentais gerais são responsáveis pela assistência às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas.

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é conformada pelas Unidades de Acolhimento (UA), que oferecem cuidados contínuos para usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social que necessitem de um acompanhamento terapêutico ou protetivo transitório. Existem as UAs específicas para o acolhimento de adultos usuários de álcool e outras drogas e destinadas a adolescentes e jovens, de doze até dezoito anos. Os serviços de atenção em regime residencial, como as comunidades terapêuticas, prestam cuidados de caráter residencial transitório por até nove meses para usuários de drogas com necessidades clínicas estáveis (Brasil, 2011a).

A Atenção Hospitalar é constituída por serviços hospitalares através de leitos ou enfermarias especializadas em hospitais gerais. Estes serviços oferecem tratamento

hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas que necessitem de desintoxicação e em casos de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica. O trabalho é realizado por meio de internações em regime de curtíssima ou curta permanência (Brasil, 2011a).

Com relação à atenção de urgência e emergência, existem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e as UBS quando possível. Estes serviços são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência (Brasil, 2011a).

As Estratégias de Desinstitucionalização baseiam-se nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e o Programa de Volta para Casa, visando garantir aos usuários de drogas e pessoas com transtorno mental de longa permanência o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, promovendo autonomia e o exercício de cidadania através da inclusão social (Brasil, 2011a).

Por fim, existem as Estratégias de Reabilitação Psicossocial compostas por iniciativas intersetoriais de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Estas ações devem articular a RAPS com os recursos comunitários para garantir a melhoria das condições de vida e a inclusão social dos usuários da rede (Brasil, 2011a).

Cabe ressaltar que a apresentação dos níveis de atenção de forma separada é meramente didática. Estes níveis – e seus respectivos dispositivos – devem ser compreendidos como articulações permanentes, visando à construção contínua de vínculos para o cuidado.

### 1.3.2 A Rede de Dispositivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

Devido à própria amplitude e complexidade do fenômeno, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) mostra-se demasiadamente importante dentro do *continuum* de cuidado, devendo ser incorporado também pela rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Os determinantes sociais são fundamentais para a prevenção ao abuso de substâncias, adesão ao tratamento e reinserção social, sendo papéis da assistência social o fortalecimento das redes sociais dos indivíduos e a sua reconstrução, quando em situações de extrema vulnerabilidade ou exclusão social (Brasil, 2012a).

A rede socioassistencial, assim como a rede de saúde, é dividida em níveis de complexidade ou de proteção articulados transversalmente. A proteção básica, oferecida pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), compreende a gestão de benefícios, o acompanhamento sociofamiliar, a atenção às famílias com idosos ou pessoas com deficiência e a atenção com a rede social e demais políticas. Assim como as UBS e equipes de ESF na saúde, o CRAS é a maior porta de entrada para a população no SUAS (Brasil, 2004a).

No que tange a assistência a usuários de drogas, os serviços da proteção básica atuam prioritariamente na promoção de saúde e prevenção, ao prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, desenvolvendo potencialidades individuais e fortalecendo vínculos familiares e comunitários. Logo, a oferta dos serviços de proteção básica deve estar concatenada com os demais serviços, programas e projetos sociassistenciais, bem como de outros setores, a partir da atenção territorializada (Brasil, 2012b).

A proteção especial divide-se em média e alta complexidade. A média complexidade é materializada em programas assistenciais, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e nos Centros de Referência Especializados de

Assistência Social (CREAS), que atendem indivíduos ou famílias com agravos de vulnerabilidade, perda de vínculos, que estão em situação de violência, em situação de rua, de abandono, ou que também perderam alguns de seus direitos (Brasil, 2004a). Nesse nível de complexidade/proteção criou-se também um novo dispositivo para atender especificamente a população em situação de rua, intitulado CentroPop.

Nesse sentido, os serviços e programas da proteção especial de média complexidade podem atuar na prevenção ao uso de drogas e também no atendimento e reinserção social de usuários/dependentes e suas famílias, trabalhando em rede e intersetorialmente no acompanhamento especializado e continuado das famílias e indivíduos. Os CAPS e CAPSad aparecem enquanto parceiros primordiais dos CREAS na atenção aos usuários de drogas e suas famílias, através do cuidado compartilhado. Especificamente sobre o cuidado à população em situação de rua, os CentroPop atuam na identificação das conjunturas de associação do abuso de álcool outras drogas com a situação de rua, trabalhando o cuidado em parceria com os serviços de saúde e restante da rede socioassistencial (Brasil, 2012b).

Por fim, a alta complexidade se materializa nos serviços de acolhimento institucional de curta e média permanência – os antigos abrigos – para indivíduos e/ou famílias que se encontram afastados temporariamente de seu núcleo familiar e/ou comunitário de referência. Estes serviços possuem características residenciais, assegurando a proteção integral aos seus usuários através da estadia, condições de higienização, segurança e privacidade, de modo que possam construir projetos de vida e, conseqüentemente, consigam retornar ao convívio familiar e/ou comunitário (Brasil, 2004a).

### *1.3.3 Outros Setores, Recursos Comunitários e Redes Sociais*

Para além da RAS, RAPS e rede da assistência social, torna-se relevante a incorporação de outros setores estratégicos, como a segurança e defesa social, vinculando ações de prevenção da criminalidade, educação e reinserção social dos indivíduos privados de liberdade ou cumprindo algum tipo de medida socioeducativa; a educação, em especial no que tange à prevenção, tendo nas escolas espaços comunitários amplos e privilegiados para a realização de trabalhos educativos e conscientizadores; outros setores, como a cultura, esporte lazer etc. através de ações preventivas e/ou atreladas ao cuidado.

As políticas também preconizam que a prevenção e o cuidado ao uso de álcool e outras drogas deve ocorrer a partir da articulação entre os dispositivos governamentais e diferentes segmentos da sociedade, com a construção e/ou fortalecimento de redes sociais, visando à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde (Brasil, 2005). Isto se justifica, pois, embora a atenção para álcool e outras drogas seja tarefa de uma rede articulada de serviços, é imperativo que se incorpore e fortaleça os recursos comunitários existentes, a fim de se fomentar cenários que realmente possibilitem a reinserção dos usuários (Bezerra & Dimenstein, 2008).

Uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que vise uma assistência efetiva a partir do enfoque comunitário não pode abrir mão das potencialidades geradas pela inclusão e mobilização da comunidade e o cuidado compartilhado. O apoio, a estrutura familiar e a constituição de novas redes de relações interpessoais e redes sociais aparecem como importantes determinantes no tratamento ao uso de drogas. Assim, o cuidado na área apregoa uma abordagem ampliada, necessitando do envolvimento da família e sociedade, escolas, espaços de cultura e lazer etc. e possibilitando o papel participativo dos usuários de drogas em seu tratamento e

nas políticas públicas a eles referentes (Schneider *et al.*, 2013). Contudo, essa corresponsabilização não significa desresponsabilizar o Estado na provisão de uma rede pública de tratamento aos usuários de drogas, com serviços e profissionais qualificados para atender a demanda existente.

Assim, quando falamos da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, devemos ter em mente a imbricação entre as redes de atenção à saúde, atenção psicossocial, da assistência social, outros setores estratégicos e os recursos comunitários, articulando a atenção a usuários de drogas a partir dos princípios do SUS e SUAS, como demonstrado a seguir:

... uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. (Brasil, 2004b, p. 6).

... a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares. (Brasil, 2005, p. 6).

A partir das conceituações feitas, a Figura 1 abaixo sintetiza o caráter das políticas setoriais e componentes que conformam a rede de atenção aos usuários de drogas.

**Figura 1: Conformação da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas**



**Fonte: Do Autor**

#### *1.3.4 A Organização da Assistência na Rede de Atenção aos Usuários de Drogas*

A partir do exposto acima, dois princípios aparecem como fundamentais na organização das redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: intersetorialidade e integralidade.

A intersetorialidade significa “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (Junqueira & Inojosa, 1997). Parte-se do pressuposto de que somente o esforço isolado do setor saúde não é suficiente para envolver todos os componentes de algo tão complexo como o uso/abuso de drogas. O ser humano deve ser visto em sua totalidade, considerando as condições particulares de sua vida, suas necessidades individuais e coletivas. As prioridades, portanto, são definidas a partir de problemas da população



que, por sua vez, estão ligados a diversas causas, dimensões etc. e requerem necessariamente parcerias entre diversos serviços e setores (Junqueira, 1998). Dessa forma, para a obtenção de resultados mais efetivos, uma articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do uso de drogas e promover a saúde.

A integralidade da assistência preconiza um conjunto articulado e contínuo de serviços, profissionais e ações, que vão desde a promoção da saúde e prevenção ao tratamento e reabilitação/reinserção social, sendo tanto individuais quanto coletivas e realizadas em todos os níveis de atenção do sistema de saúde (primário, secundário e terciário) e assistência social (proteção básica e especial) (Brasil, 1990). Deve-se compreender a integração da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas como um continuum, variando de acordo com as características locais das regiões e serviços (OPAS, 2007). Ademais, para compreender a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas a partir desta perspectiva integrada, é necessária a superação de práticas fragmentadas costumeiras no âmbito das políticas públicas brasileiras, que contribuem para o surgimento e manutenção de insuficiências e, em alguns casos, para ausências de diálogo e interação entre os diferentes atores, serviços e setores que a constituem (Paiva, Costa & Ronzani, 2012).

Concernente à assistência aos usuários de drogas, tanto a PNAD quanto a PAIUAD compartilham do ideal de organização dos serviços e ações em álcool e outras drogas através de redes de atenção integradas e intersetoriais (Brasil, 2004b; Brasil, 2005). A PAIUAD em específico é embasada pelos pressupostos e diretrizes do SUS – e, portanto, em sua forma de estruturação – e das políticas em saúde mental originadas da Reforma Psiquiátrica (Alves, 2009).

Como forma de operacionalizar a organização e o trabalho da rede de atenção aos usuários de drogas, a PAIUAD pressupõe o tratamento e reinserção social dos usuários/dependentes de drogas a partir da configuração da rede de atenção integrada, onde os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad) possuem a tarefa de articulação dos serviços e do fluxo de cuidado, além da realização do matriciamento para os demais serviços não especializados (Brasil, 2004b). Além desse papel de organização, os CAPSad prestam atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e leitos para repouso e/ou desintoxicação ambulatorial (Brasil, 2004c).

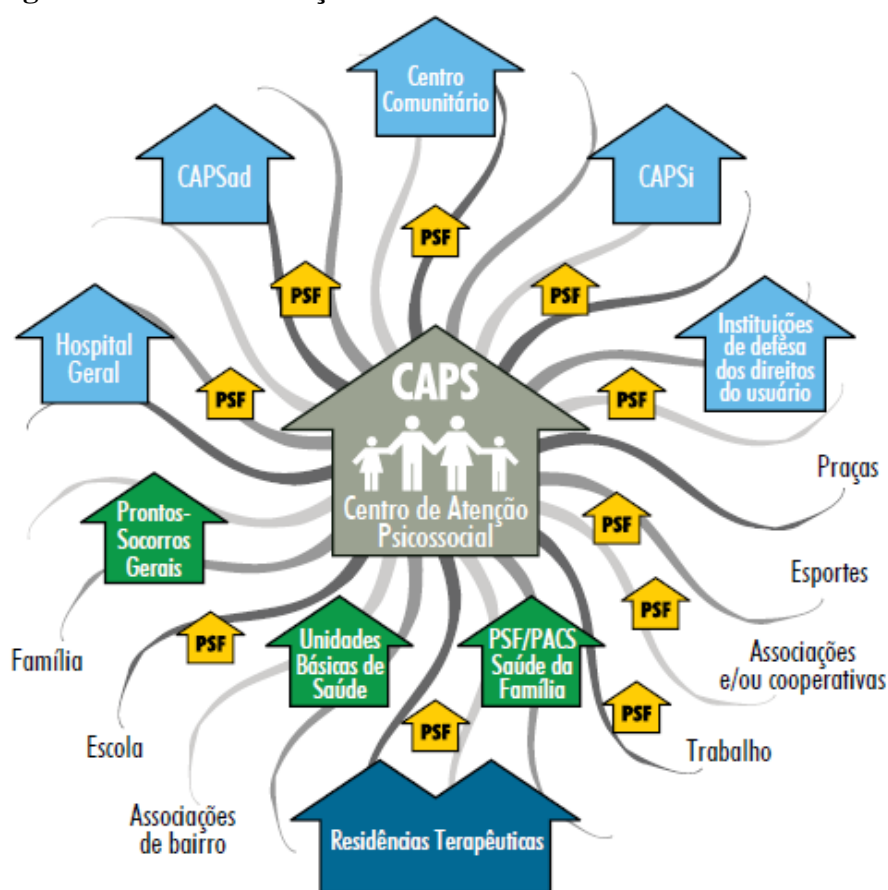
Assim, os CAPSad são responsáveis pela oferta assistencial às ações do SUS e do SUAS, dando suporte técnico para qualificar suas ações e ampliar o seu campo de ação. Eles devem atuar em conjunto com os dispositivos das redes formais do SUS, como os dispositivos da RAS e RAPS (equipes da ESF, residências terapêuticas, consultório na rua, hospitais gerais, outros CAPS etc.), do SUAS (CRAS, CREAS, serviços de acolhimento institucional etc.), outros setores estratégicos e serviços e recursos comunitários, buscando favorecer o processo de autonomização da vida dos usuários (Brasil, 2004c).

Nos últimos anos, como aponta Andrade (2011) “num contexto de pânico social relacionado ao uso de crack e de grande fragilidade estrutural, haja vista a carência de ações comunitárias junto aos usuários de drogas” foram instituídos o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC). Estes dois planos resultaram no ano de 2013 no Programa “Crack, é Possível Vencer” que, apesar de algumas particularidades frente à PNAD e PAIUAD, principalmente no que se refere a um maior foco ao crack e à inserção (ou reinserção) do discurso jurídico e da

autoridade policial na temática, também vai em direção à necessidade de organização da rede de atenção aos usuários de drogas, sua ampliação e melhoria do atendimento a esta demanda (Brasil, 2009a; Brasil, 2010b; Brasil, 2013a).

Assim, a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas pode ser mais bem visualizada a partir da figura 2, que representa a rede de atenção à saúde mental, segundo o Ministério da Saúde. Deve-se considerar somente os CAPSad como elementos centrais, ao invés dos CAPS para transtornos mentais gerais, como a figura apresenta.

**Figura 2: Rede de Atenção à Saúde Mental**



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2004c).

O que se pode extrair dessa breve análise histórica das políticas sobre drogas no Brasil é que o fenômeno do uso de álcool e outras drogas apresenta-se, ao longo dos

anos, como um problema muito complexo, fator de risco para uma grande variedade de questões individuais e sociais e também para os custos sociais do país (Brasil, 2009b). Desse modo, um cuidado isolado e individualizante para o usuário não abordará todas as dimensões envolvidas no uso das drogas. Apesar de um grande período histórico de negligência sobre o problema e de lacuna assistencial, as redes de atenção sobre drogas aparecem a partir dos anos 2000, como uma forma de melhoria da oferta e do cuidado ao usuário, abordando-o de forma humanizada, considerando-o em sua totalidade, articulando setores, serviços, profissionais e comunidade e agregando prevenção, tratamento e reinserção social.

Nesse sentido, postula-se um trabalho integrado e intersetorial, a partir da articulação das redes de atenção à saúde, RAPS e assistência social, mas também outros setores estratégicos como a segurança social, educação, esporte e lazer etc. e os recursos comunitários. Entende-se que esta rede é maior que o simples conjunto de serviços e profissionais de saúde, saúde mental e assistência social, devendo ser conformada de acordo com as necessidades e realidades locais, o que demonstra a importância da inserção da comunidade e dispositivos comunitários nesse cenário, de modo a complementar e potencializar o alcance e eficácia da rede de atenção aos usuários de drogas.

## **CAPÍTULO 2: AS REDES DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA PRÁTICA: APORTES DA LITERATURA**

A partir do apanhado geral sobre os contextos e políticas das redes de atenção aos usuários de drogas, realizou-se um exercício crítico-reflexivo da literatura científica sobre estas redes de atenção, ou seja, como elas são observadas e analisadas na prática. Tratou-se de uma tentativa de aprofundamento e problematização sobre a temática, levantando desafios e possibilidades a serem observados na construção desta perspectiva de organização dos serviços e fluxo de pacientes (Costa, Mota, Paiva & Ronzani, 2013).

O presente capítulo trata-se de uma revisão narrativa. De acordo com Rother (2007) “os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual”. São textos que constituem a análise da literatura científica na interpretação e análise crítica do autor. Apesar de sua força de evidência científica ser considerada baixa devido à impossibilidade de reprodução de seu método, as revisões narrativas podem contribuir no debate de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento em curto espaço de tempo (Rother, 2007).

O processo de coleta do material foi realizado de forma não sistemática no período de julho de 2012 a julho de 2013. Foram pesquisadas bases de dados científicas, como a *Scielo*, *Medline*, *Lilacs*, *Pubmed* e *Psycinfo*, com o banco de dados sendo complementado com materiais indicados por especialistas na temática. Por fim, estes materiais foram lidos na íntegra e analisados criticamente, com os resultados sintetizados em três categorias.

A categoria **“As redes de atenção aos usuários de drogas na prática: características gerais”** diz respeito à análise impetrada sobre a organização da rede de atenção na área de álcool e outras drogas, bem como suas principais características. A categoria **“O papel do CAPSad nesse emaranhado”** discute a posição exercida pelo CAPSad dentro da rede de atenção aos usuários de drogas, em detrimento do que apregoam as políticas sobre a temática. Para isso, esta categoria foi destrinchada em duas subcategorias: *“A articulação com as redes de saúde e assistência social”*, que engloba o CAPSad como articulador da rede de atenção aos usuários de drogas e a forma como esta rede vem a se articular com os dispositivos da saúde e assistência social; e *“Transposições de Modelos Descontextualizados?”*, que diz respeito à insuficiência de reflexões acerca do processo de construção dos modelos de tratamento para álcool e outras drogas no âmbito dos serviços públicos, principalmente nos CAPSads. Por fim, a categoria **“Carência de estudos sobre as redes de atenção aos usuários de drogas”** foi esquematizada frente à escassez de estudos na literatura Brasileira abordando especificamente a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

## **2.1 As redes de atenção aos usuários de drogas na prática: características gerais**

Atualmente, a literatura aponta as redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e organizando, prioritariamente, a partir de modelos fragmentados, com cobertura e qualidade dos serviços insuficientes à demanda de tratamento (Vinha, 2011). Como se trata de uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, a construção dessa rede deve ser refletida, num intuito de substituir o tratamento em

hospital psiquiátrico e avançar no processo de reforma psiquiátrica (Bezerra & Dimenstein, 2008).

Desde a década de 1980, a partir da Reforma Psiquiátrica e da consolidação do SUS, a concepção do problema das drogas no discurso político mostra-se mais ampliada (Wandekoken & Siqueira, 2011). Mas com relação às práticas, estas ainda se mostram desintegradas, formuladas e realizadas setorialmente sem cooperação sistemática dos diversos atores que compõem a sociedade civil. Como consequência estas práticas acabam por não atingir em sua totalidade as diferentes realidades em que estão inseridos os diversos atores que compõe a rede de atenção (Paiva, Costa & Ronzani, 2012).

Em alguns casos ainda se observa os pressupostos do modelo hospitalocêntrico prevalecendo ao modelo psicossocial e a rede substitutiva, apregoados pela reforma psiquiátrica (Ambrósio *et al.*, 2009; Moraes, 2008). Grande parte dos investimentos enfocam as internações em hospitais tradicionais exclusivamente psiquiátricos. Estes, por sua vez, empregam uma visão passiva sobre o usuário de substâncias, isolando-o do convívio social e sendo, em muitas das vezes, encarcerado em condições inadequadas que podem contribuir para um agravamento em suas condições de saúde (Vinha, 2011).

No que concerne à distribuição de serviços, a literatura aponta para uma participação aquém do Estado nas políticas sobre a temática (Carvalho, 2007; Moraes, 2008; Siqueira *et al.*, 2007). Estudos realizados na cidade de Florianópolis, no estado do Espírito Santo e na região Centro-Oeste constataram que a maior parte da rede de atenção aos usuários de drogas para usuários de drogas era composta por serviços/dispositivos não governamentais (Siqueira *et al.*, 2007; Spohr, Leitão & Schneider, 2006; Moraes, 2008). Achados como estes coadunam com a realidade nacional analisada em 2006 e 2007 onde, das 1256 instituições mapeadas que

realizavam atividades de tratamento, apenas 389 (31%) eram de natureza governamental (Carvalho, 2007).

Os resultados apresentados contrapõem-se com as próprias políticas nacionais, que destacam a necessidade da existência de uma rede complementar à rede pública e não o contrário, como foi constatado. Observa-se, portanto, uma defasagem entre o prescrito e o real. Cabe ressaltar, como possível explicação para o cenário apresentado, a – já discutida – recenticidade das políticas públicas de tratamento pra usuários de álcool e outras drogas, mas não se deve deixar de questionar também o papel do Estado neste processo, transferindo para a sociedade civil a responsabilidade de encontrar e implantar soluções para o problema, o que é constitucionalmente dever do Estado (Morais, 2008).

Como descreve Pitta (2011), “nesse vazio de alternativas oficiais públicas de rede assistencial”, destacam-se dois dispositivos de natureza não estatal: as Comunidades Terapêuticas (CTs) e os grupos de ajuda mútua. Com relação ao primeiro, apesar de toda a heterogenia de visões e modelos de tratamento que lhes são apregoados no Brasil percebe-se um crescimento no número de comunidades terapêuticas e do seu protagonismo político na área. De acordo com Machado e Miranda (2007), por meio da organização alcançada por estes dispositivos e de seus vínculos com instituições religiosas, conseguiram exercer pressão política junto aos órgãos governamentais se estabelecendo na área como modelo de tratamento. Tal fator vem a reforçar uma tendência histórica de manutenção da atenção aos usuários de álcool e outras drogas fora do âmbito do setor público de saúde.

Atualmente, muitas das CTs constituem-se como parte da rede pública para tratamento de dependentes químicos, recebendo recursos públicos para prestarem estes serviços. Contudo, segundo o Tribunal de Contas da União (TCU) (2012), verificou-se



que grande parte das CTs que foram selecionadas para receber recursos federais não possui licença sanitária e carecem de maior fiscalização, acompanhamento e controle sobre suas condições de trabalho e serviços prestados (Brasil, 2012a).

Os grupos de ajuda mútua, como os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), representam outra forma representativa de organização da sociedade civil na rede de atenção sobre álcool e outras drogas. Não existem dados definitivos sobre a eficácia de AA, estando estes sujeitos a interpretações muito divergentes (Lima & Braga, 2012). No entanto, para responder adequadamente a pluralidade de danos associados ao abuso de substâncias, e também para atingir maior efetividade na oferta assistencial na área de drogas, é importante considerar uma pluralidade de dispositivos, em que constam tais dispositivos comunitários e as CTs, mas também o suporte hospitalar para episódios de desintoxicação, serviços ambulatoriais e residenciais em diferentes modalidades de intensidade (Rush, 2010).

Deve-se, entretanto, ter clareza do papel destes dispositivos na rede de atenção aos usuários de drogas, caracterizando-se como opções complementares aos serviços públicos e não como mote de toda uma política voltada para a área (Mota & Ronzani, 2013). Entende-se este protagonismo da sociedade civil na resolução das mazelas sociais como fruto de uma agenda neoliberal que predomina no cenário político e econômico brasileiro desde o final da década de 70 (Machado, 2006). Ademais, no tocante ao tratamento dos usuários de drogas, permeiam discursos religiosos, moralizantes e jurídicos fixados em um horizonte de cura ou abstinência (Machado & Miranda, 2007). Assim, a exclusão e o asilamento aparecem enquanto alternativas viáveis, ao passo de um constante silenciamento do próprio usuário e uma enorme dificuldade em se debater formas de cuidado como a redução de danos.

Nesse caldeirão de fatores instituiu-se uma confluência perversa, uma vez que a mobilização da sociedade a partir da conformação de associações e organizações não governamentais foi potencializada por perspectivas democráticas e, ao mesmo tempo, foi e continua a ser empregada como transferência de responsabilidades (Dagnino, 2005). A ideologia da participação ou tomada para si da resolução das questões sociais (como o uso de drogas) pode terminar por construir alternativas que contribuam não para um real redimensionamento do problema, mas para a individualização da questão e a adoção de modelos que se afastem dos preconizados pelo SUS e RP. Portanto, questiona-se o esvaziamento das responsabilidades do Estado em fornecer as condições para o cuidado aos usuários de drogas, necessitando melhores investimentos no setor público, ao invés de aumentar os investimentos na iniciativa privada, o que contribui para o enfraquecimento dos serviços públicos como principais estratégias assistenciais na área.

Neste sentido, cabe a discussão e reflexão sobre a posição e papel dos hospitais gerais e leitos de atenção integral em saúde mental dentro da RAPS e rede de atenção aos usuários de drogas. Um dos enfoques do PIEC e, posteriormente, do “Crack, possível Vencer” é a ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de drogas em hospitais gerais (Brasil, 2010b; Brasil 2013a). Entretanto, observou-se uma baixa adesão dos hospitais gerais no que se refere à tentativa de habilitação de leitos para a atenção integral aos usuários de drogas. Da meta estipulada de 3.492 leitos habilitados, até junho de 2011, somente 179 leitos em hospitais gerais foram habilitados, o que corresponde a 5% da meta inicial (Brasil, 2012a). Devido a isso, muitos usuários de drogas em situações que exigem internações para desintoxicação ainda são internados em hospitais psiquiátricos, clínicas privadas ou em comunidades terapêuticas (Pereira, Vargas & Oliveira, 2012).

Tais fatores relacionam-se com a incapacidade ou não disponibilidade dos hospitais gerais em trabalharem de fato com esta temática. Como possíveis causas para a baixa adesão e, até mesmo, para a recusa de alguns hospitais gerais na habilitação de leitos de atenção integral a usuários de drogas, o relatório do TCU aponta os seguintes aspectos: insuficiência ou ausência de profissionais capacitados para o tratamento; preconceitos e estigmas dos profissionais, além do receio sobre o comportamento do paciente; problemas na infraestrutura dos hospitais; e insuficiência do valor da internação repassada pelo SUS (Brasil, 2012a). Todos estes elementos indicam um cenário onde os hospitais gerais aparecem desarticulados da RAPS e rede de atenção aos usuários de drogas, pautados na maioria das vezes por parcas iniciativas de gestões municipais, o que requer uma atuação frente às causas que restringem a provisão desses leitos, potencializando os hospitais gerais dentro da rede.

Em relação aos usuários com maior comprometimento e em situações de grande vulnerabilidade social, recomenda-se uma maior proximidade dos serviços com essa população, a fim de facilitar o acesso destes usuários aos serviços do SUS (Horta *et al.*, 2011). Nesta direção, os Programas de Redução de Danos e os Consultórios na Rua apresentam-se como importantes estratégias da RAPS e da rede de atenção aos usuários de drogas, ao focarem a intervenção aos usuários de drogas em situação de rua *in loco*, baseando-se na perspectiva de redução de danos e possibilitando uma aproximação entre os serviços e a comunidade (Horta *et al.*, 2011; Jorge & Corradi-Webster, 2012). Portanto, estes dispositivos apresentam um novo horizonte no para a diminuição da lacuna assistencial existente aos usuários de drogas em situações de vulnerabilidade social e, também, para o fortalecimento da rede de atenção aos usuários de drogas, devendo ser mais bem analisados/compreendidos ao longo dos próximos anos.

Por fim, observa-se em grande parte da literatura analisada uma reificação das redes como forma de organização dos serviços, ou seja, a caracterização das redes como algo dado, que se justifica por si só, uma assertiva pronta, idealizada, sem necessidade de maiores análises e reflexões. Tal aspecto faz com que as redes sejam colocadas como “salvadoras da pátria” da gestão de saúde, sem problematizar seus princípios, o porquê de se adotar essa forma de organização dos serviços e não outra. Enfatizam-se, na maioria das vezes, os aspectos estruturais sem se colocar em questão os aspectos processuais, isto é, aqueles que nos levam a compreender a maneira como os diferentes atores sociais e instituições se constituem e são constituídos a partir do processo de articulação em redes. Dessa forma, pode-se perder o entendimento dos aspectos articuladores e relacionais dos grupos e instituições envolvidos que constituem e são constituintes destas redes (Paiva, Costa & Ronzani, 2012).

## **2.2 O papel do CAPSad nesse emaranhado**

As políticas nacionais sobre drogas do Ministério da Saúde, embasadas pela Reforma Psiquiátrica, apresentam um grande avanço direcionando o tratamento dos usuários de substâncias em direção à comunidade. Tem-se na rede de atenção primária o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e relação com os pacientes, através dos CAPS como elementos organizadores (Brasil, 2004b). Entretanto, essa função aglutinadora e de organizador da rede de saúde mental e sobre álcool e outras drogas requerida dos CAPS e CAPSad aparece ainda como um horizonte a ser alcançado no plano nacional (Campos & Furtado, 2006). Segundo o relatório do TCU, apesar da importante expansão da rede CAPS a partir de 2002, sua cobertura ainda é insuficiente, em especial para os CAPSad. Segundo esse levantamento, ao final de

2010, existiam no Brasil 1.620 CAPS implantados, sendo apenas 258 CAPSad (Brasil, 2012a).

Questiona-se a capacidade dos CAPSad de atuarem enquanto ordenadores da rede. Em grande parte, este dispositivo encontra-se desarticulado de outros serviços fundamentais na oferta de uma atenção integral aos usuários de drogas, tais como os serviços da rede de APS, dispositivos socioassistenciais, comunitários e até outros CAPSad e recursos da RAPS (Fodra & Rosa, 2009; Shiokawa, 2010). Destarte, os CAPS, de uma forma geral, ainda não conseguem cumprir seus objetivos de serem os centros articuladores de toda a rede de atenção, uma vez que não tem conseguido realizar o matriciamento dessa rede. Há um comprometimento da continuidade do cuidado e da oferta assistencial nos distintos níveis de complexidade do sistema de saúde, o que implica na dificuldade em estabelecer a integralidade (Shiokawa, 2010).

Ademais, existem ainda as deficiências relacionadas a fatores internos dos próprios CAPSad que influenciam em sua efetividade. A formação acadêmica dos profissionais, em muitos dos casos, é insuficiente e voltada para o modelo biomédico (Ambrósio *et al.*, 2009; Moraes, 2008; Souza *et al.*, 2007). Há uma ausência de planos terapêuticos bem definidos e baseados em evidência (Shiokawa, 2010). Problemas na estrutura física, escassez de recursos humanos e falta de subsídios também são frequentes (Brasil, 2012a). Existe ainda uma hierarquia nos serviços embasada no modelo biomédico, com os profissionais da área médica, e também da psicologia, exercendo um maior poder na tomada de decisões (Souza *et al.*, 2007). O modelo ambulatorial predominante nos CAPS auxilia a perpetuar uma visão e abordagem simplista do usuário de drogas e a fomentar uma lógica de fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental (Bezerra & Dimenstein, 2008). Todos estes fatores

comprometem substancialmente o funcionamento dos CAPSad e o cuidado aos usuários do serviço.

A partir disso, a reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas apresenta-se como outro grande obstáculo para a atenção integral à saúde, com os CAPSad, tendo dificuldades para o estabelecimento de estratégias de reinserção eficazes (Moraes, 2005; Shiokawa, 2010). Presencia-se o chamado “risco de manicomialização” destes dispositivos, com algumas práticas contraditórias aos princípios da Reforma Psiquiátrica, considerando a promoção da reinserção social dos usuários passível de ser realizada apenas dentro dos limites dos CAPS (Azevedo *et al.*, 2012). Contudo, como colocam Campos e Furtado (2006), estas observações “se não garantidas de um corpo de categorias para o seu enfrentamento e superação, poderão expor os serviços ao risco de sua deslegitimação social sem que os impasses sejam suficientemente identificados e enfrentados”.

### *2.2.1 A articulação com as redes de saúde e assistência social*

Adentrando no setor da saúde, os dispositivos da rede de atenção aos usuários de drogas aparecem desarticulados com a RAS, principalmente a APS, resultando em uma participação insuficiente na atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas (Fodra & Rosa, 2009; Moraes, 2008; Shiokawa, 2010). O encaminhamento é utilizado, muitas das vezes, como uma forma de maior integração dos serviços, de modo que o aumento no número de encaminhamentos signifique um aumento na integração dos serviços (Costa, Laport, Mota & Ronzani, 2013). Essa tônica nos encaminhamentos que, por sua vez, inserem-se num sistema de referência e contrarreferência com problemas de efetividade, pode futuramente auxiliar para uma descontinuidade dos

tratamentos e em desresponsabilizações por parte dos profissionais (Zambenedetti & Perrone, 2008).

Tais fatores fazem com que sejam necessárias problematizações sobre a forma na qual a política de descentralização da saúde mental e álcool e outras drogas para a APS vem sendo promovida, através de uma transferência de responsabilidades, e não como um trabalho compartilhado (Zambenedetti & Perrone, 2008). Isso também indica a importância de maior envolvimento das diferentes categorias profissionais e suas maneiras de abordar e analisar o tema do álcool e outras drogas (Costa, Mota, Cruvinel, Paiva & Ronzani, 2013). A articulação entre os demais dispositivos da rede de atenção aos usuários de drogas deve ser pautada, principalmente, através do trabalho multiprofissional e intersetorial de forma integrada (Paiva, Costa & Ronzani, 2012).

Um questionamento relevante que nos cabe aqui, no entanto, é: quais os limites da atuação de profissionais da APS na área de drogas? Visando superar o déficit de formação dos profissionais, tem se apontado a importância da realização de capacitações na área de drogas. Contudo, a aquisição de conhecimentos e habilidades, proporcionada pelas capacitações, não é suficiente para garantir, em longo prazo, a atuação destes profissionais (Ronzani, Mota & Souza, 2009). Tal atuação é obstaculizada por fatores como a escassez de recursos técnicos e operacionais, a falta de apoio matricial dos CAPSad etc. (Figueiredo & Campos, 2009; Ronzani, Mota & Souza, 2009; Severo & Dimenstein, 2011). Assim, acredita-se que a posição e atuação da APS não devem ser analisadas isoladamente, uma vez que as fragilidades da rede impactam a consolidação de ações também nesse nível assistencial.

Outra questão impactante nessa equação refere-se ao fato de que a abordagem ao uso de álcool e outras drogas deve ser realizada por serviços e profissionais de saúde de todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário). Isso possibilita uma maior

flexibilização e articulação das ações, ampliando a assistência e organizando a demanda de acordo com as necessidades e possibilidades dos usuários e não em função das ofertas de cuidado dos serviços (Oliveira, Andrade & Goya, 2012). Entretanto, além dos problemas referentes à própria fragmentação da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, existe ainda a desintegração entre os diferentes níveis de complexidade dos sistemas de saúde, que corrobora ainda mais para a falta de integralidade entre os serviços sobre álcool e outras drogas. Para atingir um impacto em nível populacional, seria importante que todo o sistema estivesse preparado para acolher, avaliar e referenciar os usuários para o nível ou cuidado mais adequado (Rush, 2010).

A rede de atenção sobre álcool e outras drogas e a rede de assistência social também se mostram desarticuladas. Segundo o TCU (Brasil, 2012a), grande parte dos gestores dos serviços de assistência social considerou como alta e/ou muito alta a importância da articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para o sucesso das ações de reinserção social. Entretanto, na avaliação destes gestores e dos profissionais da assistência social, esta articulação com os CAPS e CAPSad é insuficiente. Para 55% dos CRAS e 45% dos CREAS respondentes à pesquisa a articulação com os CAPSad é inexistente e/ou muito baixa, mesma avaliação feita por 44% e 9% desses equipamentos com relação aos CAPS para transtornos mentais gerais (Brasil, 2012a).

Em detrimento a uma ampliação na rede de assistência social, deve-se considerar também a sua maior articulação com a rede de saúde como um todo (Brasil, 2012a). Sabe-se que o uso de álcool e outras drogas constitui um problema multifacetado, com diversas variáveis. Os dispositivos da rede de assistência social possibilitam uma visão mais ampla e abrangente para o tratamento, não podendo ser analisados somente como locais para encaminhamento de pacientes. A articulação com estes serviços deve ser



planejada institucionalmente, levando em consideração os profissionais e população abrangidos, e não ficando a mercê de iniciativas pessoais, como é frequente (Brasil, 2012a; Costa, Laport, Mota & Ronzani, 2013).

Verifica-se também no Brasil que grande parte dos serviços que prestam assistência aos usuários de álcool e outras drogas ainda são organizados a partir do empenho, opinião e experiências pessoais de seus profissionais (Ribeiro, 2004). Com isso, deixam de lado características do contexto onde estão inseridos e evidências científicas de revisões sistemáticas e avaliações prévias. Isso contribui para originar serviços com potencial de atendimento limitado e desvinculado das necessidades das populações-alvo (Ribeiro, 2004; Rush, 2003).

Devido aos problemas citados, vem sendo percebido um processo de cronificação dos usuários na rede e sua consequente dependência em relação a alguns serviços de tratamento (Severo & Dimenstein, 2011). Como ressaltam Dimenstein e Liberato (2009), a insuficiência de serviços públicos para atender a demanda, aliada à falta de integralidade e intersetorialidade produzem efeitos como a sobrecarga dos profissionais de saúde e a burocratização de suas práticas, além de promoção de uma rede restrita que se retroalimenta causando a estagnação do fluxo de pacientes.

### *2.2.2 Transposições de Modelos Descontextualizados?*

Outro ponto pertinente de discussão é a ausência de análises mais apuradas acerca do que chamarei de ‘transposição do modelo assistencial’ da saúde mental para a área de drogas. Muito se fala da não homogeneidade dos projetos e das práticas profissionais embasadas em concepções pessoais que destoam dos princípios orientadores das políticas nacionais (Hirdes, 2009). Contudo, pouco se questiona sobre

o processo de construção dos modelos assistenciais sobre drogas no âmbito dos serviços públicos, principalmente nos CAPSad, e a sua adequabilidade.

Cabe considerar que os modelos tradicionais de alocação de serviços são tipicamente baseados em fatores históricos e políticos e não nas reais necessidades da população (Babor *et al.*, 2010). No caso do Brasil, a formulação das políticas sobre drogas originou-se da política de saúde mental, a qual tem como principal enfoque a luta antimanicomial (Machado, 2006). Consequentemente, em seu processo de implementação, as políticas sobre drogas no Brasil adquiriram uma perspectiva marginal e incremental, reproduzindo o que está previsto para o setor de saúde mental (Mota, 2011).

Na formulação das ações e construção da rede de atenção, foi priorizado o enfoque em serviços extra-hospitalares para atendimento de usuários com cronificação de longo prazo, como os quadros graves de esquizofrenia, antes mantidos em hospitais psiquiátricos. Assim, questiona-se se os CAPSad constituem uma resposta adequada para atender as necessidades dos usuários de drogas, ou se representam uma replicação do modelo de CAPS geral, sendo apenas um continuísmo do modelo previsto para área de saúde mental, com uma frágil estruturação para as variedades e especificidades clínicas da área de drogas (Mota, 2011).

Atento para a necessidade de se compreender prontamente *quem é o usuário de drogas do CAPSad*, para assim propor o modelo de tratamento mais adequado às suas características e necessidades. Somente após este primeiro momento deve-se pensar em uma rede de cuidados que possa abranger prevenção, tratamento e reinserção social.

Os determinantes do uso de drogas são diferentes dos relacionados aos pacientes psiquiátricos. Neste sentido, a apropriação dos serviços do que vem sendo produzido na academia até o presente momento pode ser considerado como insuficiente, uma vez que

temos acompanhado diversas análises e práticas sobre drogas calcadas em um referencial da saúde mental como grande área, sem haver uma análise mais aprofundada das diferenças fundamentais entre ambas.

Como exemplificação, sinaliza-se que a população que procura e frequenta os serviços de tratamento sobre drogas, em especial os CAPSad, possui características diferentes dos usuários dos CAPS para transtornos gerais (Faria & Schneider, 2009). Observou-se uma predominância de pacientes do sexo masculino dentro dos CAPSad analisados (em torno de 90%), com o nível de escolaridade fundamental sendo o mais frequente. No que diz respeito à taxa de adesão ao tratamento, a despeito das diferenças entre os estudos, o cenário encontrado é de uma elevada não adesão por parte da maioria dos usuários (Faria & Schneider, 2009; Horta *et al.*, 2011; Monteiro *et al.*, 2011; Peixoto *et al.*, 2010).

Dessa forma, salienta-se a importância de implantar abordagens diferenciadas e condizentes com o perfil dos usuários e as conjunturas que neles incidem. Os atuais modelos de tratamento dos CAPSad colaboram para um entendimento do usuário de drogas de maneira genérica, abstrata. Essa abordagem desconsidera os determinantes que incidem sobre ele e sobre os dispositivos assistenciais inseridos em uma dada sociedade e em certo momento histórico. Como pensar em um modelo para os CAPSad que não analisa ou compreende acuradamente os sujeitos de sua intervenção? Ou os tomam a partir de um referencial teórico-metodológico a-histórico e apriorístico? O resultado é a adoção de uma concepção de homem que não leva em consideração os determinantes psicológicos, sociais e econômicos que o constitui.

Além de compreender os determinantes do uso de drogas, é importante avaliar como o CAPSad e outros dispositivos podem ser fortalecidos para de fato trabalharem nas causas estruturais do problema. Esta discussão pode contribuir para avançarmos

com propostas de reinserção social, uma vez que diversas questões já sinalizadas limitam a concretização desta proposta.

Não se pretende aqui, de forma alguma, deslegitimar o movimento da RP e suas conquistas, mas questionar os motivos dessas transposições da saúde mental para a área das drogas não serem problematizadas na mesma intensidade que os componentes estruturais dos serviços (cobertura, recursos etc.) são. Acreditamos que os CAPS e os seus modelos de tratamento devem estar abertos a críticas e reformulações constantes e não adotar práticas que desconsiderem o cenário no qual se insere. As intervenções no CAPSad precisam ser constantemente avaliadas, assim como em outros dispositivos incorporados no cuidado ao usuário de drogas. Tais apontamentos são fundamentais na consideração de particularidades do tratamento para o uso e dependência de drogas, traduzindo-as em políticas públicas e práticas mais eficazes e conectadas às necessidades e realidades dos usuários e população (Spohr, Leitão & Schneider, 2006).

### **2.3 Carência de estudos sobre as redes de atenção aos usuários de drogas**

Apesar do tema “álcool e outras drogas” caracterizar-se como um campo de estudo vasto, tendo crescido bastante ao longo dos anos, ainda são insuficientes os estudos destinados a compreender, especificamente, as redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. A posição destacada da rede dentro das políticas nacionais parece não reverberar em um aumento da produção científica sobre o tema. Essa discrepância também é percebida quando comparada ao número relevante de estudos existentes que enfocam a rede de atenção da saúde mental. Essa carência de produção científica nos faz questionar dois aspectos: 1) Existe uma falta de assimilação e/ou de

interesse da academia sobre a temática? 2) Seria essa uma temática difícil de se abordar e/ou analisar?

Cabe aqui sinalizar dois pontos que podem influenciar na atual insuficiência da literatura sobre o assunto: a) a reinserção das redes no debate sobre a organização dos serviços na área da saúde somente a partir da década passada; e b) a recenticidade das políticas públicas que abarquem o tratamento ao uso de álcool e outras drogas.

Como bem alertam Kuschnir e Chorny (2010), apesar da discussão sobre a reorganização do sistema de saúde brasileiro ter como cerne a necessidade de integração dos serviços em redes, devido a questões políticas e pelos próprios rumos do processo de descentralização, este assunto é deixado de lado nos anos 90, retomando a sua posição central somente a partir dos anos 2000. Além disso, devemos considerar também a ausência histórica de políticas públicas para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas. Até a década de 90 e início dos anos 2000, o tratamento disponível restringia-se basicamente à reclusão dos usuários de drogas em hospitais psiquiátricos como proposta de tratamento (Vaissman, Ramôa & Serra, 2008).

Ademais, observa-se uma subutilização das evidências científicas existentes na construção das políticas públicas na área de álcool e outras drogas. O debate público nessa área aparece, em sua maior parte, embasado por questões de natureza não científica como demandas políticas (eleições, popularidade etc.) e valores pessoais (crenças morais, religiosas etc.). As evidências científicas, mesmo que escassas, constituem-se como importantes ferramentas para fundamentar as deliberações políticas, orientando a tomada de decisão pelos gestores e governantes para a seleção de políticas que maximizem a saúde em geral (Babor *et al.*, 2010; Strang *et al.*, 2012).

Neste sentido, novos estudos, com iniciativas de monitoramento e avaliação sistemática, se fazem necessários para uma melhor compreensão das reais condições dos

serviços e da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e para sua possível estruturação e fortalecimento. As redes de atenção aos usuários de drogas, idealmente formuladas dentro das políticas públicas sobre a temática, não possuem um percurso linear de implementação (Mota, 2011). Diversos fatores influenciam diretamente no processo de transformação das políticas para os níveis locais, fazendo com que a rede de atenção aos usuários de drogas varie de acordo com a realidade na qual se insere. Elementos-chave para entender essa rede de atenção aos usuários de drogas, como os princípios de integralidade e intersetorialidade e os CAPSad, apresentam dificuldades de concretização, necessitando de análises aprofundadas para o seu fortalecimento e potencialização. Assim, metodologias científicas amplas e sistematizadas, que analisem as diversas formas de caracterização da rede na realidade, podem fornecer importantes resultados, contribuindo para o planejamento e implantação de projetos e ações mais eficazes e contextualizados.

## **CAPÍTULO 3: OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral**

1. Realizar um mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas no município de Juiz de Fora.

### **3.2 Objetivos Específicos**

Os objetivos específicos delineados foram:

- Desenvolver um método de levantamento e coleta de dados dos serviços constituintes da rede de atenção aos usuários de drogas no município estudado;
- Desenvolver uma método de mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas levantada, através de técnicas de geocodificação;

## CAPÍTULO 4: MÉTODOS

### 4.1 Aspectos Gerais

Baseada em estudos prévios e em tecnologias de acesso livre da internet, a presente pesquisa desenvolveu um método de levantamento e mapeamento por geocodificação da rede de atenção aos usuários de drogas, a considerando de forma abrangente e intersetorial, em conformidade com as políticas na área (Brasil, 2004; Brasil, 2005; Brasil, 2011).

Trata-se de um estudo de corte transversal, através do levantamento e mapeamento dos serviços que constituem a rede de atenção aos usuários de drogas do município de Juiz de Fora. O estudo foi dividido em duas partes: a primeira com o levantamento dos serviços e coleta de informações e a segunda com o seu mapeamento, através de ferramentas *online* de geocodificação.

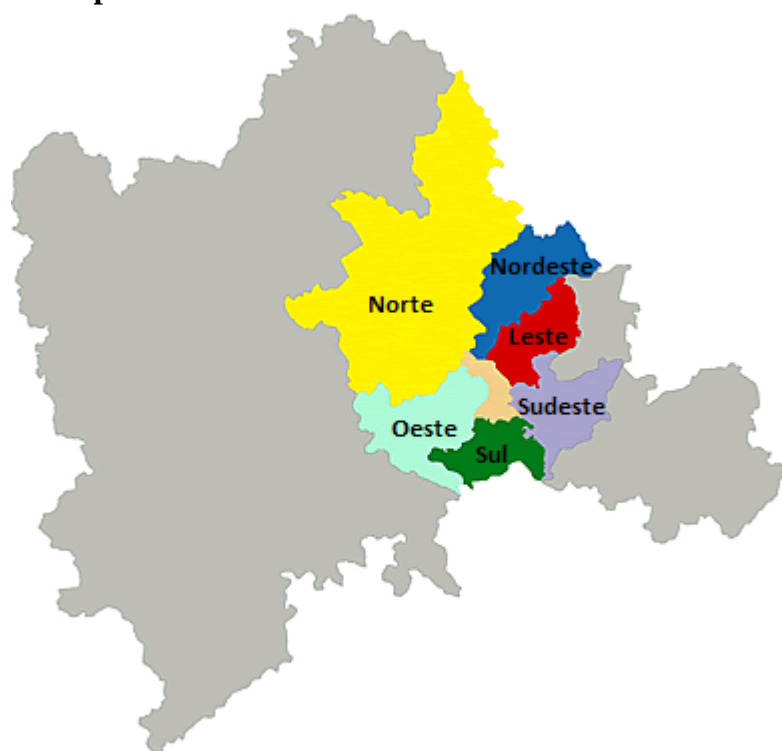
Juiz de Fora é um município brasileiro situado na região da Zona da Mata em Minas Gerais, com área de 1.436 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 359,59 hab./km<sup>2</sup> e grau de urbanização de 99,2. A população estimada é de 545.942 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,778 e Produto Interno Bruto (PIB) de R\$7.180.719,00 (IBGE, 2014). O município é dividido territorialmente nos distritos de Juiz de Fora (sede), Rosário de Minas, Torreões e Sarandira, com sete regiões urbanas administrativas (ver Figura 3).

Embasando-se pela noção ampliada da rede de atenção aos usuários de drogas, os serviços mapeados poderiam ser governamentais ou não governamentais, constituintes da RAS, RAPS, rede SUAS, bem como recursos comunitários. As abordagens de tratamento dos serviços se dividiam nos seguintes tipos: 1) psicossocial,



que é uma proposta de serviços abertos, sem internação, englobando aspectos psicológicos e sociais, envolvendo equipe multidisciplinar, o usuário, suas redes sociais e contextos de vida; 2) ambulatorial, com abordagens psicoterápicas, médicas/clínicas e/ou farmacológicas, tratando clinicamente o usuário de drogas sem afastá-lo do seu cotidiano; 3) ajuda mútua, através de grupos de apoio de usuários, ex-usuários ou familiares com a abordagem dos 12 passos; 4) internação, podendo ser para desintoxicação, reservada aos casos mais graves e que demandam cuidados intensivos e internação psiquiátrica; e 5) comunidade terapêutica, abordagem de caráter residencial de médio a longo prazo, com elementos terapêuticos como a disciplina, trabalho, espiritualidade, dentre outros (Brasil, 2004; Brasil, 2005; De Boni & Kessler, 2013; Lima & Braga, 2012; Rush, 2012).

**Figura 3: Mapa com a divisão territorial de Juiz de Fora**



Fonte: Adaptado de [http://pjf.mg.gov.br/cidade/mapas/mapa\\_limites.php](http://pjf.mg.gov.br/cidade/mapas/mapa_limites.php)

Como o estudo objetivou desenvolver métodos de levantamento e mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas, esses métodos utilizados caracterizam-se como resultados da pesquisa, sendo apresentadas posteriormente.

## **4.2 Análise dos Dados**

Os dados referentes à caracterização da rede e serviços foram tabulados em planilhas (*spreadsheets*) do *Google Drive*. Análises descritivas, como médias, desvios padrão, frequências e porcentagens foram extraídas. Além disso, todo o processo de levantamento e mapeamento da rede foi avaliado continuamente visando sua adequação às necessidades locais e examinando os fatores que pudessem facilitar ou dificultar a sua implantação em outros municípios.

## **4.3 Aspectos Éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, parecer nº 568.878, estando de acordo com as atribuições definidas na resolução do CNS nº 466/12. Os resultados são divulgados em meios públicos, com honestidade científica e mantendo o nome dos participantes em anonimato.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 Método de Levantamento da Rede**

O método de levantamento da rede foi desenvolvido a partir de três etapas, sendo elas: levantamento preliminar da rede através de ferramentas da gestão municipal; aprofundamento do levantamento preliminar por bases de dados e contato com entidades de controle social; e método bola de neve, entrevistando profissionais da rede.

O levantamento iniciou-se através do contato com a gestão municipal para a disponibilização dos serviços públicos que compusessem a rede de atenção aos usuários de drogas, culminando num levantamento preliminar da rede. Contou-se nesta etapa com a colaboração do Comitê Intergestor de Políticas sobre Drogas, instalado no município a partir do Programa “Crack, é Possível Vencer” (Brasil, 2013a). Este comitê intersectorial realizou um mapeamento inicial dos dispositivos públicos e programas dos setores da saúde, assistência social, educação, esporte, lazer e cultura que poderiam ser utilizados para o trabalho em rede referente à temática do uso de drogas. Além desse material, utilizou-se como base o Catálogo Social do município, contendo entidades, instituições e equipamentos socioassistenciais que fazem parte da execução das políticas sociais municipais (Juiz de Fora, 2012). Nesse levantamento preliminar foram levantados 121 serviços que prestavam assistência a usuários de drogas no município.

Este levantamento inicial foi aprofundado a partir da busca de informações nas secretarias municipais, em bases de dados digitais do SUS, SENAD, SUAS e em contato com o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas (COMPID). A partir desse aprofundamento, foi possível identificar mais 46 serviços que prestavam assistência a

usuários de drogas no município, em especial aqueles da rede informal, isto é, os recursos comunitários, como os grupos de ajuda mútua, associações e ONGs. Ao final dessa fase, foram identificados 167 serviços.

A partir da obtenção desses dados, utilizou-se o método de amostragem bola de neve (*snowball*) (Biernacki & Waldford, 1981). Com a participação dos pesquisadores nas reuniões do COMPID, foi possível identificar atores-chave da rede de atenção aos usuários drogas, que eram profissionais de serviços constituintes dessa rede. Estes foram entrevistados para que pudessem sinalizar a existência de outros serviços que não constavam no mapeamento. Nos casos de surgimento de novas instituições, profissionais destes serviços eram entrevistados para a identificação de serviços/instituições não mapeados até que os novos entrevistados repetissem os serviços já identificados, não mencionando novas instituições. Foram realizadas 22 entrevistas, com a exclusão de sete serviços e inclusão de 24 serviços não identificados anteriormente, resultando nos 184 serviços mapeados componentes da rede de atenção aos usuários de drogas no município.

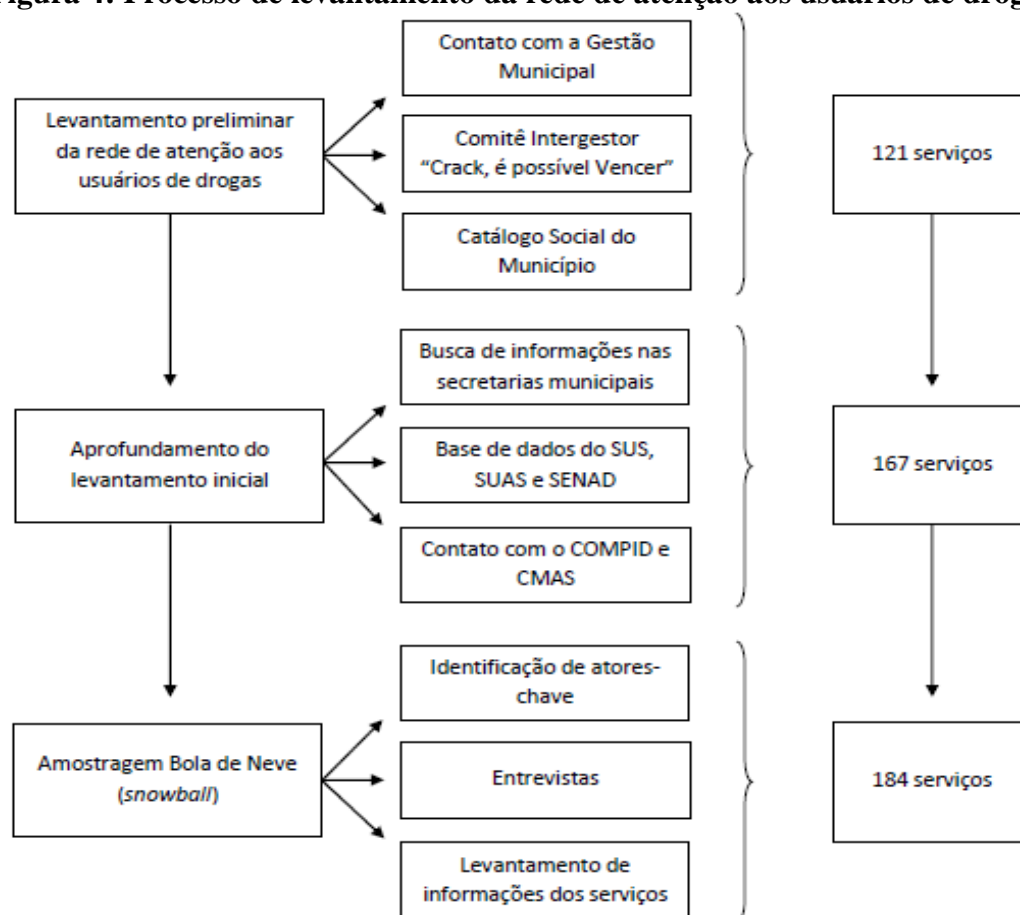
Por fim, visando uma compreensão mais aprofundada da rede de atenção, todas as instituições levantadas foram contatadas, com os seguintes dados levantados: endereço, região administrativa, tipo de tratamento ofertado, UBS e CRAS de abrangência, público alvo, natureza, financiamento do serviço e origem na rede. Esses contatos foram feitos por telefone com os respectivos coordenadores dos serviços ou profissionais indicados por estes. Todo o processo de levantamento da rede de atenção aos usuários de drogas durou seis meses e está ilustrado na Figura 4. A tabela 1 sintetiza a tipologia dos serviços identificados no município.

**Tabela 1: Tipologia dos serviços que prestam assistência a usuários de drogas em Juiz de Fora**

| Tipos de Serviço  | N          | %            |
|---|------------|--------------|
| UBS Urbanas   | 48         | 26,1         |
| UBS Rurais  | 19         | 10,4         |
| CAPS gerais   | 3          | 1,6          |
| CAPS ad   | 1          | 0,5          |
| CAPS i  | 1          | 0,5          |
| Ambulatórios em saúde mental e álcool e outras drogas                         | 2          | 1,1          |
| Hospitais com leitos, ambulatórios ou enfermarias para álcool e outras drogas | 6          | 3,3          |
| Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)                               | 1          | 0,5          |
| CRAS  | 9          | 4,9          |
| CREAS   | 4          | 2,3          |
| Equipes de Consultório na Rua   | 1          | 0,5          |
| Residências Terapêuticas  | 12         | 6,5          |
| Serviços de Acolhimento Institucional   | 3          | 1,6          |
| Centros de Convivência  | 1          | 0,5          |
| Entidades Socioassistenciais <sup>1</sup>                                     | 9          | 4,9          |
| Clínicas e Comunidades Terapêuticas   | 20         | 10,9         |
| Grupos de Ajuda Mútua   | 44         | 23,9         |
| <b>Total</b>  | <b>184</b> | <b>100,0</b> |

<sup>1</sup> Entidades não governamentais de caráter assistencial que atendem usuários de drogas, dentre outras ações e públicos-alvo.

**Figura 4: Processo de levantamento da rede de atenção aos usuários de drogas**



Fonte: Do Autor

## 5.2 Mapeamento da Rede por Geocodificação

Para o mapeamento por geocodificação dos serviços levantados, optou-se por ferramentas de acesso livre disponíveis na internet, não implicando em custos e facilitando sua replicação por outros pesquisadores, atores estatais e profissionais que objetivam divulgar informações em saúde. Para tanto, foi realizada uma busca inicial na internet avaliando a disponibilidade de ferramentas necessárias, assim como suas usabilidades. A partir destes critérios, optou-se por empregar ferramentas *online* disponibilizadas pela *Google Inc.*, que além de atenderem aos critérios propostos, não exigem conhecimento de programação ou técnicas avançadas de geocodificação, ampliando o escopo de uso do método proposto. As ferramentas escolhidas foram: formulários (*forms*), tabelas (*spreadsheets*) e o *Google Fusion Tables* do *Google Drive*, além do *Google Earth*. Todas as ferramentas foram acessadas de computadores com acesso a internet.

Para utilizar as ferramentas do *Google Drive* (como as planilhas, formulários e o *Google Fusion Tables*) é necessário somente uma conta no *email* da *Google* (*Gmail*) e um computador ou dispositivo móvel com acesso à internet. Dessa forma, foi criado um formulário (*form*) no *Google Drive*<sup>1</sup> para registro dos serviços levantados, contendo endereços que possibilitam a geocodificação e outras informações levantadas (Anexo 1). Os dados dos serviços através dos contatos por telefone foram inseridos neste formulário e automaticamente transpostos para uma planilha (*spreadsheet*), através da opção “Escolher destino da resposta” (Anexo 2).

---

<sup>1</sup> A ferramenta (*form*) pode ser acessada através do endereço [www.google.com/google-ds/createforms.html](http://www.google.com/google-ds/createforms.html). Suas instruções de uso estão disponíveis na seção ajuda do próprio formulário.

A partir desta planilha foi criada uma *Fusion Table* (Anexo 3). O *Google Fusion Tables* é um serviço de computação em nuvem (*cloud computing*) online com objetivo de armazenar dados e disponibilizar informações visuais através de mapas geográficos, fluxogramas, gráficos e tabelas. Estes recursos podem ter o seu acesso compartilhado na internet por meio de links, que permitem a inserção destes gráficos e mapas em páginas da internet (Gonzalez *et al.*, 2010).

No *Google Fusion Tables* os serviços foram geocodificados utilizando seus endereços completos. Mesmo obtendo os endereços de todos os serviços, alguns não foram reconhecidos geograficamente, não sendo geocodificados (principalmente aqueles localizados em zonas rurais). Para resolver esse problema foi feito o download da *Fusion Table* em formato KML (*Keyhole Markup Language*) e importada para uma versão gratuita do programa *Google Earth*. A KML é um formato de arquivo usado para exibir dados geográficos (Open Geospatial Consortium [OGC], 2008).

No *Google Earth* foram localizadas as coordenadas geográficas (longitude e latitude) de todos os serviços e feito o georreferenciamento a partir dessas coordenadas. Além disso, foi acrescentada a representação administrativa de Juiz de Fora – referente às unidades territoriais e regiões geográficas do município – através de camadas (*layers*) nos mapas. Estas camadas foram extraídas dos dados de malhas digitais dos setores censitários do censo de 2010 de Minas Gerais (IBGE, 2014b), com o *Google Earth* sendo utilizado para abrir os arquivos referentes a essas malhas.

Um arquivo com os serviços levantados, suas informações e as camadas territoriais do município foi extraído (novamente em formato KML) e importado para o *Google Fusion Tables*. Dessa vez, para a geocodificação destes serviços pelo *Fusion Tables*, ao invés de utilizar os endereços dos serviços, foi utilizada a relação latitude/longitude do KML (nomeada de *geometry*) (Anexo 4).

A partir da geocodificação, os diferentes tipos de serviços foram representados como pontos no mapa, utilizando símbolos de identificação (marcadores) disponibilizados pelo *Google (Google markers)*<sup>2</sup>. Estes pontos foram plotados em um mapa geográfico criado no *Fusion Tables* que mescla imagens de satélites, com informações administrativas georreferenciadas de diversos países, estados e municípios (Anexo 5).

Por fim, foram gerados um mapa com a distribuição dos serviços (Figura 5), um mapa de calor (*heatmap*) dessa distribuição (Figura 6), além de um gráfico de redes (*network graphs*) com os serviços agrupados de acordo com suas origens na rede: RAS e RAPS, Rede SUAS e recursos comunitários (Figura 7). Como dito anteriormente, estes recursos visuais são de acesso livre, compreendidos pela ferramenta *Google Fusion Tables*. Todo esse processo de mapeamento por geocodificação foi realizado em dois meses.

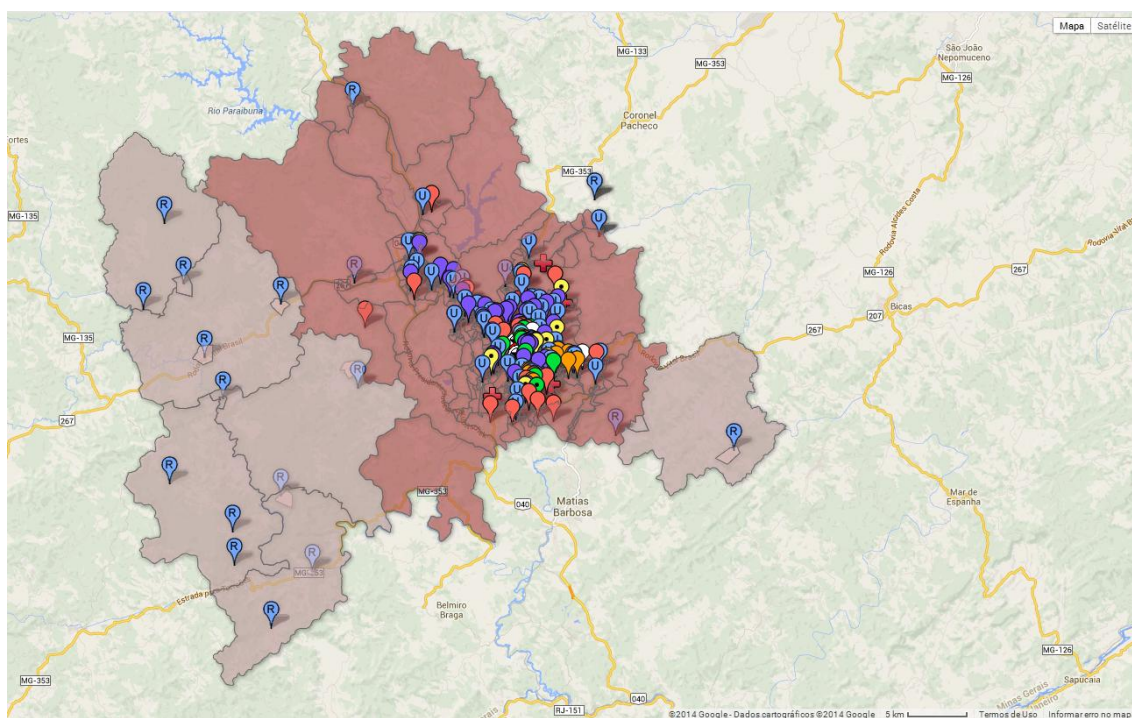
Assim, foi possível geocodificar os 184 serviços levantados da rede de atenção aos usuários de drogas de Juiz de Fora. Todo o mapeamento está disponibilizado no seguinte endereço *online*: <http://www.crrjf.com.br/pages/mapeamento.php>. Conforme demonstra a Figura 8, os serviços existentes estão marcados em suas respectivas localidades, junto de informações, como: suas tipologias, modelos de tratamento ofertados, as UBS e CRAS de referência, naturezas governamentais, público alvo e telefone.

---

<sup>2</sup> Estes marcadores estão disponíveis no seguinte endereço *online*: <https://www.google.com/fusiontables/DataSource?dsrcid=308519#map:id=3>.

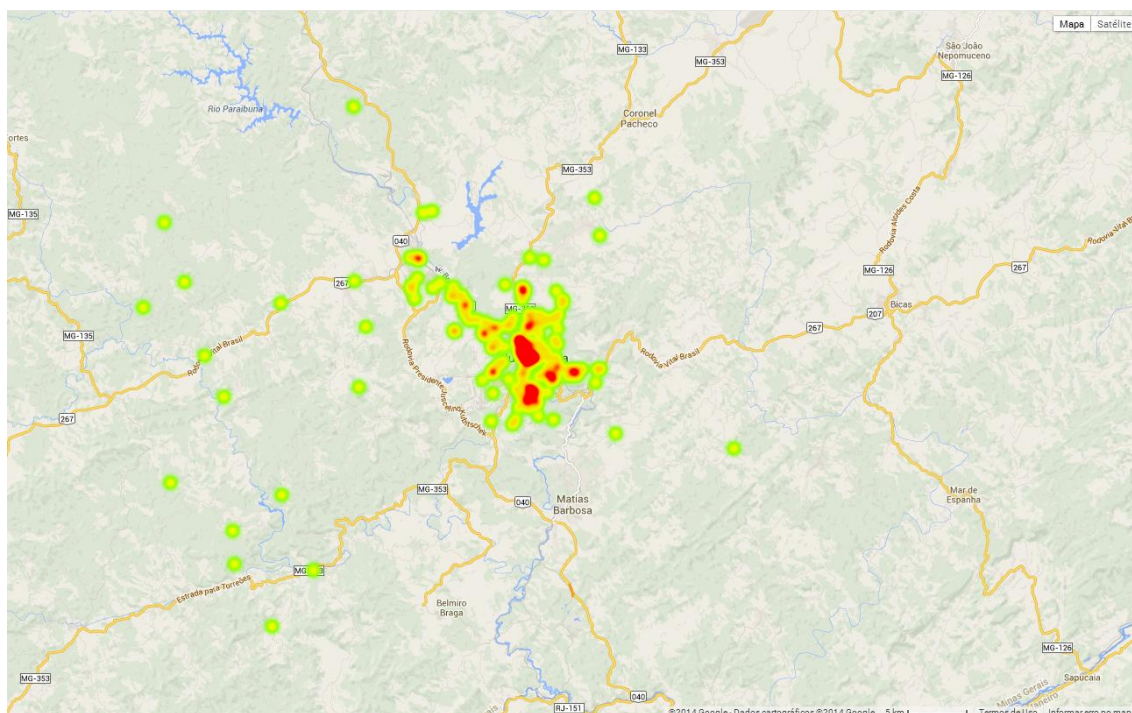


**Figura 5: Distribuição dos serviços de acordo com unidades territoriais do IBGE**



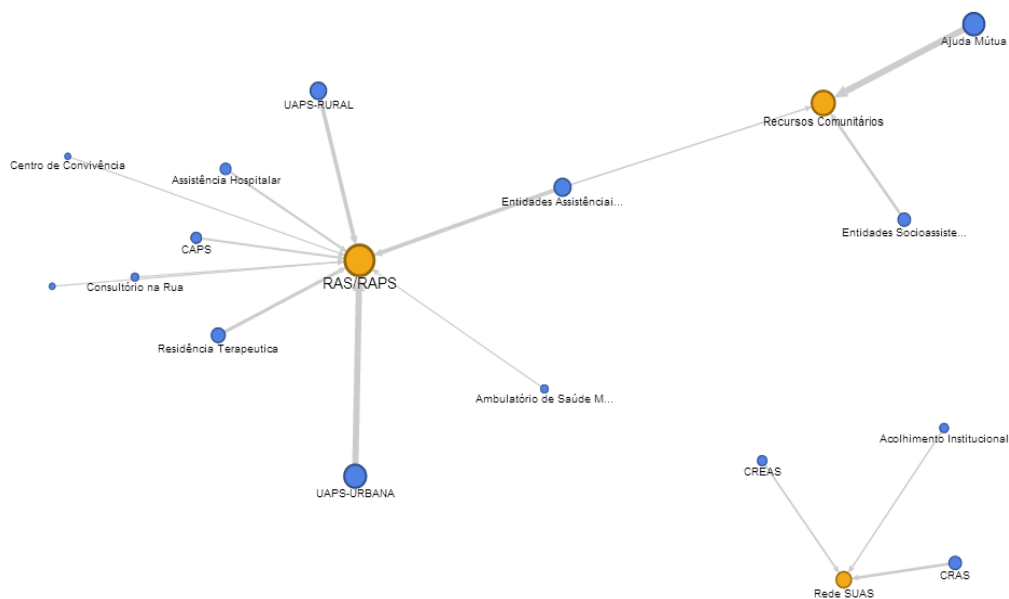
Fonte: Do Autor

**Figura 6: Mapa de Calor (*heatmap*) da concentração de serviços**



Fonte: Do Autor

**Figura 7: Origens dos Serviços na Rede de Atenção aos Usuários de Drogas**



Fonte: Do Autor

**Figura 8: Visual do Mapeamento online**

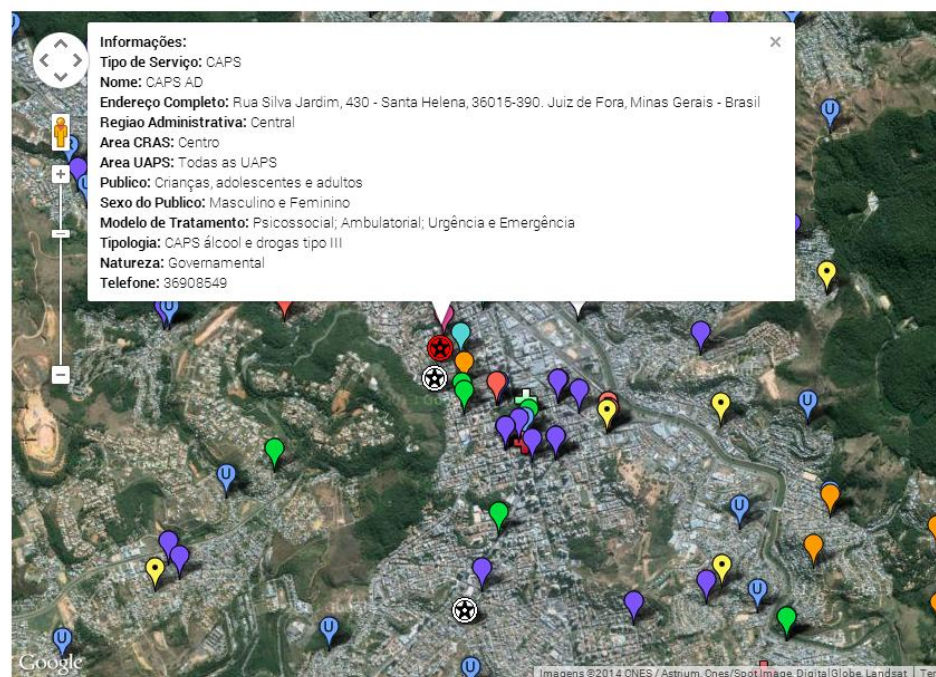


CENTRO REGIONAL DE  
REFERÊNCIA SOBRE DROGAS  
DE JUIZ DE FORA

- PRINCIPAL
- CURSOS
- MATRÍCULA
- NOTÍCIAS
- ARTIGOS
- EQUIPE
- QUEM SOMOS
- CONTATO
- MAPEAMENTO
- LINKS ÚTEIS

## MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS DE JUIZ DE FORA



Fonte: <http://www.crrjf.com.br/pages/mapeamento.php>

### 5.3 Características da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas de Juiz de Fora

De acordo com a classificação proposta para a rede de atenção aos usuários de drogas, 114 serviços originam-se da RAS/RAPS, 16 da Rede SUAS e 54 serviços caracterizavam-se como recursos comunitários. De acordo com a Figura 7, pode-se observar a distribuição dos serviços, com uma alta concentração dos serviços provenientes do setor da saúde, englobando a RAS e a RAPS.

Cerca da metade dos dispositivos são de natureza governamental (ver Tabela 2). Contudo, considerando somente os dispositivos específicos ao tratamento de usuário de álcool e outras drogas, tem-se que somente seis serviços são de natureza governamental: o CAPSad, dois hospitais com leitos específicos para usuários de drogas, um serviço ambulatorial para tabagistas, um serviço ambulatorial para usuários de drogas em um hospital vinculado à Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) e um hospital judiciário para pessoas do sistema prisional. O restante dos serviços exclusivos para álcool e outras drogas são os 44 grupos de ajuda mútua (Alcoólicos Anônimos – AA, Narcóticos Anônimos – NA, grupos AL-ANON, NAR-ANON e do Amor Exigente para familiares de dependentes de álcool e outras drogas) e 20 clínicas ou comunidades terapêuticas. Portanto, dos 70 serviços especializados na temática, 64 (91,4%) são de natureza não governamental – sendo 54 sem fins lucrativos e 10 com fins lucrativos – e apenas seis (8,6%) de natureza governamental.

**Tabela 2: Serviços que prestam assistência a usuários de drogas em Juiz de Fora de acordo com sua natureza**

| <b>Tipos de serviço de acordo com sua natureza</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| <b>Governamentais</b>                              | <b>93</b> | <b>50,5</b> |
| UBS Urbanas  | 48        | 26,1        |

|   |            |              |
|---|------------|--------------|
| UBS Rurais  | 19         | 10,4         |
| CAPS gerais   | 3          | 1,6          |
| CAPS ad   | 1          | 0,5          |
| CAPS i  | 1          | 0,5          |
| Ambulatórios em Saúde Mental e Álcool e outras Drogas   | 2          | 1,1          |
| Hospitais com leitos, ambulatórios ou enfermarias para álcool e outras drogas                         | 5          | 2,7          |
| Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)   | 1          | 0,5          |
| CRAS  | 9          | 4,9          |
| CREAS   | 4          | 2,2          |
| <b>Governamentais gerenciados por entidades não governamentais</b>                                    | <b>13</b>  | <b>7,1</b>   |
| Equipes de Consultório na Rua   | 1          | 0,5          |
| Residências Terapêuticas  | 12         | 6,6          |
| <b>Não governamentais com fins lucrativos</b>   | <b>11</b>  | <b>6,0</b>   |
| Hospitais com leitos, ambulatórios ou enfermarias para álcool e outras drogas (Hospital Psiquiátrico) | 1          | 0,5          |
| Clínicas e Comunidades Terapêuticas   | 10         | 5,5          |
| <b>Não governamentais sem fins lucrativos</b>   | <b>67</b>  | <b>36,4</b>  |
| Entidades Socioassistenciais  | 9          | 4,9          |
| Clínicas e Comunidades Terapêuticas   | 10         | 5,5          |
| Grupos de Ajuda Mútua   | 44         | 23,9         |
| Centros de Convivência  | 1          | 0,5          |
| Serviços de Acolhimento Institucional   | 3          | 1,6          |
| <b>Total</b>  | <b>184</b> | <b>100,0</b> |

Com relação à região dos serviços, a tabela 3 demonstra uma maior concentração na região central, com 24% dos serviços localizados nesta região. A região com menos serviços é a oeste com 10 serviços, que representam 5,4% dos dispositivos mapeados. A média de serviços por região foi de 23,0 (dp=9,8) considerando a zona rural e de 23,4 (dp=10,4) analisando somente as regiões urbanas. A média de serviços governamentais foi de 11,9 (dp=4,8) considerando a zona rural e de 10,9 (dp=4,3) englobando apenas as regiões urbanas. As regiões urbanas com o menor número de dispositivos governamentais foram a oeste, sul e nordeste, com 4, 7 e 8 dispositivos cada, respectivamente, e as regiões central, norte, leste e sudeste tiveram as maiores quantidades, com 16, 16, 13 e 12 serviços governamentais cada, respectivamente. Esta distribuição fica bem ilustrada no mapa de calor da Figura 6, onde as manchas vermelhas apresentam maiores concentrações de serviços.

Os quatro serviços de natureza governamental específicos para atender usuários de álcool e outras drogas abertos à população do município e sem o enfoque específico em uma substância situam-se nas regiões central (CAPSad e o e o ambulatório do HU-UFJF) e nordeste (dois hospitais gerais com leitos para usuários de drogas). No

CAPSad, o tratamento é realizado após encaminhamento das UBS, mas o serviço é de “portas abertas” para o acesso de usuários a algumas atividades do serviço. No caso do serviço do HU-UFJF, o tratamento também é realizado após encaminhamento das UBS ou por setores do próprio HU, com até seis usuários por semana. Além destes, o serviço ambulatorial específico para tabagistas também encontra-se na região centra e o hospital judiciário na região leste.

Os grupos de ajuda mútua estão localizados em todas as regiões do município, com 18 grupos na região central, 10 na região norte, oito na leste, três nas regiões sudeste e oeste cada e dois nas regiões sul e nordeste. As comunidades terapêuticas estão mais concentradas nas regiões sul e central, com sete e cinco dispositivos em cada região respectivamente, além de dois serviços nas regiões leste, nordeste e oeste e um na região sudeste.

**Tabela 3: Serviços que prestam assistência a usuários de drogas em Juiz de Fora de acordo com sua região**

| <b>Tipos de serviço de acordo com sua região</b>                              | <b>N</b>  | <b>%</b>    |
|---|-----------|-------------|
| <b>Central</b>  | <b>44</b> | <b>23,9</b> |
| UBS Urbanas   | 3         | 1,6         |
| CAPS gerais   | 2         | 1,1         |
| CAPS ad   | 1         | 0,5         |
| CAPS i  | 1         | 0,5         |
| Ambulatórios em Saúde Mental e Álcool e outras Drogas                         | 2         | 1,1         |
| Hospitais com leitos, ambulatórios ou enfermarias para álcool e outras drogas | 2         | 1,1         |
| Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)                               | 1         | 0,5         |
| CRAS  | 1         | 0,5         |
| CREAS   | 3         | 1,6         |
| Centros de Convivência  | 1         | 0,5         |
| Clínicas e Comunidades Terapêuticas   | 5         | 2,8         |
| Serviços de Acolhimento Institucional   | 1         | 0,5         |
| Entidades Socioassistenciais  | 5         | 2,8         |
| Grupos de Ajuda Mútua   | 16        | 8,8         |
| <b>Leste</b>  | <b>23</b> | <b>12,5</b> |
| UBS Urbanas   | 9         | 4,9         |
| CAPS gerais   | 1         | 0,5         |
| Hospitais com leitos, ambulatórios ou enfermarias para álcool e outras drogas | 1         | 0,5         |
| CRAS  | 2         | 1,1         |
| Serviços de Acolhimento Institucional   | 1         | 0,5         |
| Entidades Socioassistenciais  | 1         | 0,5         |
| Grupos de Ajuda Mútua   | 8         | 4,5         |
| <b>Nordeste</b>   | <b>12</b> | <b>6,5</b>  |
| UBS Urbanas   | 5         | 2,8         |
| Hospitais com leitos, ambulatórios ou enfermarias para álcool e outras drogas | 2         | 1,1         |



|   |            |              |
|---|------------|--------------|
| Clínicas e Comunidades Terapêuticas   | 2          | 1,1          |
| CRAS  | 1          | 0,5          |
| Grupos de Ajuda Mútua   | 2          | 1,1          |
| <b>Norte</b>  | <b>28</b>  | <b>15,2</b>  |
| UBS Urbanas   | 14         | 7,6          |
| CRAS  | 1          | 0,5          |
| CREAS   | 1          | 0,5          |
| Clínicas e Comunidades Terapêuticas   | 2          | 1,1          |
| Grupos de Ajuda Mútua   | 10         | 5,5          |
| <b>Oeste</b>  | <b>10</b>  | <b>5,4</b>   |
| UBS Urbanas   | 3          | 1,6          |
| CRAS  | 1          | 0,5          |
| Clínicas e Comunidades Terapêuticas   | 2          | 1,1          |
| Entidades Socioassistenciais  | 1          | 0,5          |
| Grupos de Ajuda Mútua   | 3          | 1,6          |
| <b>Sudeste</b>  | <b>24</b>  | <b>13,0</b>  |
| UBS Urbanas   | 8          | 4,5          |
| CRAS  | 2          | 1,1          |
| Equipe de Consultório na Rua (UBS de referência)  | 1          | 0,5          |
| Residências Terapêuticas  | 7          | 3,8          |
| Serviços de Acolhimento Institucional   | 1          | 0,5          |
| Clínicas e Comunidades Terapêuticas   | 1          | 0,5          |
| Grupos de Ajuda Mútua   | 3          | 1,6          |
| Hospitais com leitos, ambulatórios ou enfermarias para álcool e outras drogas (Hospital Psiquiátrico) | 1          | 0,5          |
| <b>Sul</b>  | <b>23</b>  | <b>12,5</b>  |
| UBS Urbanas   | 6          | 3,2          |
| CRAS  | 1          | 0,5          |
| Residências Terapêuticas  | 5          | 2,8          |
| Clínicas e Comunidades Terapêuticas   | 7          | 3,8          |
| Entidades Socioassistenciais  | 2          | 1,1          |
| Grupos de Ajuda Mútua   | 2          | 1,1          |
| <b>Rural</b>  | <b>20</b>  | <b>11,0</b>  |
| UBS Rurais  | 19         | 10,5         |
| Clínicas e Comunidades Terapêuticas   | 1          | 0,5          |
| <b>Total</b>  | <b>184</b> | <b>100,0</b> |

Conforme demonstra a tabela 4, apesar de 176 serviços terem como foco de assistência os usuários de drogas, os serviços governamentais e alguns serviços não governamentais também prestam assistência indireta aos familiares. Entretanto, oito serviços têm como foco prioritário de assistência os familiares de dependentes de drogas, sendo grupos de ajuda mútua: quatro grupos AL-ANON, três grupos NAR-ANON e um grupo do Amor Exigente.

Dos serviços voltados exclusivamente para o tratamento de mulheres, uma CT e uma entidade socioassistencial situam-se na região oeste, com a segunda prestando assistência indireta a problemas relacionados ao uso de drogas. Os serviços que prestam assistência somente a homens se dividem em 13 CTs nas regiões central, norte, nordeste, sul, sudeste e zona rural, duas entidades socioassistenciais na região central,

um serviço de acolhimento institucional também na região central e um hospital geral com leitos para usuários de drogas na região nordeste. Os 165 serviços restantes prestam assistência a pessoas de ambos os sexos.

A despeito de 97 serviços (52,7%) prestarem assistência a crianças e adolescentes usuários de drogas, somente quatro serviços abarcam especificamente essa população, sendo nenhum exclusivo sobre drogas: o CAPSi, com demandas de comorbidades psiquiátricas e realizando o cuidado compartilhado com CAPSad, UBS, CRAS, CREAS etc.; o CREAS infância e juventude para crianças e adolescentes vítimas de violência ou autores de ato infracional; e duas entidades socioassistenciais não governamentais, sendo uma sobre saúde mental de adolescentes de 12 a 18 anos e a outra com demandas sociais e de saúde, dentre elas o uso de drogas, de crianças e adolescentes até 18 anos. Os quatro serviços estão localizados na região central.

Os sistemas de cuidado abertos foram mais comuns do que os sistemas mais tradicionais na área, que requerem necessariamente um regime de internação. Dos sistemas abertos, destacam-se a abordagem psicossocial, através dos CAPS gerais, centro de convivência e residências terapêuticas na assistência indireta aos usuários de drogas, CAPSi, no cuidado territorializado das UBS, CRAS e CREAS, pela equipe de consultório na rua, por todas as entidades socioassistenciais e serviços de acolhimento institucional, bem como o CAPSad. Além da abordagem psicossocial, grande parte dos serviços também presta cuidado ambulatorial, como as UBS, todos os CAPS, equipe de consultório na rua e uma entidade socioassistencial, além dos ambulatórios (para tabagistas, do HU-UFJF e de saúde mental e drogas) que atuam somente nessa especialidade. Existem também nesse tipo de sistema os 44 grupos com abordagem de ajuda mútua.

Com relação aos sistemas tradicionais que pressupõem internação, quatro serviços abrangem o tratamento em regime de internação para desintoxicação, sendo: três serviços hospitalares governamentais com leitos e internação de curto prazo, um somente para homens e os outros para ambos os sexos, além do hospital judiciário. Além destes, as 20 clínicas e CTs seguem os preceitos desse modelo residencial de tratamento, com internação de curto, médio a longo prazo, e um hospital psiquiátrico requer internação psiquiátrica de tempo variado.

Referente ao financiamento dos serviços mapeados, 122 serviços (66,3%) recebem algum tipo de financiamento público. Desses, 106 eram entidades governamentais e 16 não governamentais, sendo oito CTs, quatro entidades socioassistenciais, três serviços de acolhimento institucional e um hospital psiquiátrico em intervenção municipal. Cinquenta e cinco serviços recebem doações de pessoas físicas e/ou jurídicas, duas instituições eram autossustentáveis e os 11 serviços privados são Clínicas/CTs, recebendo pagamentos de seus usuários. Nove instituições possuem mais de uma forma de financiamento.

**Tabela 4: Perfis dos serviços que prestam assistência a usuários de drogas em Juiz de Fora**

| Variáveis  | N          | %           |
|--|------------|-------------|
| <b>Foco da Assistência</b>   |            |             |
| Usuários de drogas   | 176        | 95,7        |
| Familiares de usuários de drogas                                     | 8          | 4,3         |
| <b>Faixa Etária</b>  |            |             |
| Crianças e adolescentes (5 a 18 anos)                                | 97         | 52,7        |
| Adultos (acima de 18 anos)   | 181        | 98,4        |
| <b>Sexo</b>  |            |             |
| Feminino   | 2          | 1,1         |
| Masculino  | 17         | 9,2         |
| Ambos os sexos   | 165        | 89,7        |
| <b>Sistemas de Tratamento de acordo com os modelos assistenciais</b> |            |             |
| <b>1. Sistemas Abertos</b>   | <b>158</b> | <b>86,4</b> |
| 1.1 Psicossocial   | 38         | 20,7        |
| 1.2 Ambulatorial   | 3          | 1,6         |
| 1.3 Psicossocial/Ambulatorial  | 74         | 40,2        |
| 1.4 Ajuda Mútua  | 44         | 23,9        |
| <b>2. Sistemas Tradicionais</b>                                      | <b>25</b>  | <b>13,6</b> |
| 2.1 Internação para Desintoxicação                                   | 4          | 2,2         |



|  |     |      |
|--|-----|------|
| 2.2 Comunidades Terapêuticas                 | 20  | 10,9 |
| 2.3 Internação Psiquiátrica                  | 1   | 0,5  |
| <b>Financiamento</b>                         |     |      |
| Próprio                                      | 2   | 1,1  |
| Doações (pessoas físicas e jurídicas)        | 55  | 29,9 |
| Público                                      | 122 | 66,3 |
| Privado/Particular (pagamentos dos usuários) | 11  | 6,0  |

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 Potencialidades do Método

Conforme supracitado, os métodos desenvolvidos possibilitaram o levantamento e mapeamento por geocodificação de 184 serviços que prestam assistência a usuários de drogas em Juiz de Fora. Apresentam potenciais de inovação e impacto para as políticas públicas na área, nos níveis de pesquisa, gestão, atuação profissional e para os usuários e população em geral.

Para os pesquisadores da área, os presentes métodos podem impactar na tentativa de modificação do olhar comum das pesquisas epidemiológicas voltadas para atributos populacionais e/ou características dos serviços isolados, em direção a uma perspectiva macro, de rede. Conforme aponta Denis (2010), “na sociedade contemporânea as políticas públicas, os programas, as decisões, são postas em funcionamento em redes”, com as avaliações relacionadas à administração pública devendo abranger tais características. Além do mais, ao conseguir mapear a rede de atenção aos usuários de drogas de um município considerado de grande porte, demonstra ser possível sua utilização para outros municípios menores ou de porte similares, resguardando a necessidade de adaptações para cada localidade.

Cabe ressaltar a abertura da gestão municipal para o projeto, facilitando sua realização, além do trabalho anterior de sistematização dos serviços públicos dos setores da saúde e assistência social. Destacam-se as etapas de aprofundamento do

levantamento, através da coleta de informações em base de dados ministeriais, contato com entidades de controle social (COMPID e CMAS) e do método de bola de neve com atores da rede. A partir delas, foi possível identificar 63 dispositivos que prestam assistência aos usuários de drogas no município, mas que não fazem parte da rede governamental. Estes serviços correspondem a 34,2% da rede mapeada, devendo ser considerados para uma atenção ampliada e contextualizada (Alves, 2009).

Para os gestores, o método pode facilitar o gerenciamento da rede, a partir do momento em que permite uma maior visualização dos serviços existentes, levantando pontos de insuficiência, que precisam ser minimizados ou revertidos, e pontos de facilitação, para serem potencializados na rede. Conforme apontam Gordon & Womersley (1997), o entendimento de um conjunto é facilitado ao ser visualizado graficamente, sendo que é mais fácil de compreender a rede a partir de um mapa do que através de descrições ou tabelas.

Por exemplo, através da visualização da Figura 5 que ilustra a rede mapeada e da Figura 6 com o mapa de calor da distribuição dos serviços, observa-se uma alta concentração de serviços na região central ou em regiões fronteiriças/próximas à central. Essa visualização mostra-se importante caso seja almejada uma reestruturação da rede, de acordo com as características territoriais do município, com maior descentralização e regionalização dos serviços.

Ademais, fazendo um paralelo com os apontamentos de Frenk (1994), fatores econômicos, políticos, ideológicos, e epidemiológicos colocam questões cruciais que cada sistema de saúde deve abordar. No entanto, essas questões não podem ser respondidas corretamente, sem que antes seja conhecido e definido o objeto da ação, isto é, os próprios sistemas de saúde, ou no nosso caso, as redes de atenção aos usuários

de drogas. Ao identificar os serviços existentes, suas características e como se distribuem territorialmente, pode-se pensar posteriormente em seu gerenciamento.

Considerando o tempo gasto na realização do levantamento e mapeamento da rede (cerca de oito meses) e a utilização de ferramentas de acesso livre da internet, o método também facilita sua utilização por setores, gestão e outros pesquisadores. Não são demandados custos adicionais aos já empregados na constituição da infraestrutura gerencial, como a existência de telefones, computadores e *internet*, pequeno investimento de tempo e deslocamento somente nas fases de aprofundamento do levantamento. Por utilizar tecnologias de fácil acesso, também podem ser constantemente atualizadas para comportar as mudanças ocorrentes na rede, que é dinâmica.

Ao ser disponibilizado *online* gratuitamente, o mapeamento possibilita o acesso aos serviços existentes em suas respectivas localidades, além de informações, como: suas tipologias, modelos de tratamento ofertados, as UBS e CRAS de referência, naturezas governamentais, público alvo e telefone (ver Figura 8). Assim, aumenta sua capilaridade permitindo uma maior compreensão sobre a constituição da rede à população e aos próprios profissionais.

Sabe-se que um dos obstáculos presentes para o trabalho em rede em álcool e outras drogas é o desconhecimento dessa rede pelos seus próprios atores, impossibilitando o acesso a serviços existentes e, portanto, a realização de trabalhos em conjunto (Costa, Laport, Mota & Ronzani, 2013). Destaca-se que iniciativas governamentais, como o Plano Nacional para Banda Larga, buscam universalizar cada vez mais o acesso à internet por profissionais da saúde, prevendo 100% de cobertura da internet nas unidades de saúde até 2014 (Brasil, 2010). Nesse sentido, o acesso gratuito ao mapeamento *online* pode potencializar a atuação dos profissionais na área,

fomentando uma maior articulação e integração da rede de atenção aos usuários de drogas.

Para os usuários e população em geral, ela também pode auxiliar como forma de informação e maior compreensão sobre o que é a rede de atenção aos usuários de drogas. Conforme demonstra a Figura 8, ao clicarem em cima dos marcadores dos serviços e terem acesso a informações dos mesmos, além de conhecerem os serviços existentes, modelos de tratamento vigentes e suas características, é possível obter conhecimento sobre as formas de acesso na rede, as UBS e os CRAS de referência etc. Entende-se que um aspecto basal para se acessar os serviços é conhecê-los.

Grande parte da população e usuários incorpora uma visão restrita sobre o tratamento para álcool e outras drogas, onde as únicas formas existentes relacionam-se com a internação, desconhecendo outras propostas de tratamento. Além disso, é comum a falta de percepção da atenção à saúde como um direito seu e dever do Estado, acarretando em um desconhecimento dos serviços públicos que atendem essa demanda (Moraes, 2008). Dessa forma, o presente método demonstra potencial, até mesmo, de informação sobre aspectos do tratamento para usuários de drogas, mostrando os diferentes modelos e possibilidades de tratamento no município e possibilitando o acesso a estes de acordo com as necessidades das pessoas e características da rede.

Soma-se a tais aspectos o fato de que cada vez mais a internet vem sendo reconhecida como uma ferramenta de disseminação de conhecimento, com as pessoas buscando informações e conhecimento sobre saúde (Gibbons, 2008). De acordo com estimativas de 2012, cerca de 88.494.756 brasileiros teriam acesso à internet, representando 45,6% da população brasileira, o que significa um crescimento de 1770% nos últimos doze anos (Internet World Stats, 2014). Relacionado a isso, o método utilizado também vai ao encontro de perspectivas transparentes na gestão pública, como

a Lei de Acesso à Informação, que estabelece a divulgação de informações por órgãos e entidades públicas, principalmente, através da internet (Brasil, 2011b). É aumentada a praticidade para a coleta de dados de pesquisas nas instâncias públicas e define-se um modelo de disponibilização de informação que facilita o controle social e pode ser expandido, inclusive, para a academia, estreitando a relação entre pesquisador e pesquisado, bem como da academia com a sociedade em geral.

Devido às possibilidades derivadas do *Google Fusion Tables*, tanto de interpretação através de recursos visuais quanto de armazenamento de um grande volume de dados, esta ferramenta aparece como opção interessante, pelo fato de também não exigir conhecimentos específicos em linguagem de programação. Ademais, por ser uma forma de computação nas nuvens, facilita o compartilhamento de documentos e trabalho em equipe, não necessitando de servidores específicos, instalação de *softwares* e utilização de memória do computador (Gonzalez *et al.*, 2010).

A partir dos fatores supracitados e da gama de resultados gerados, demonstra-se a relevância do método desenvolvido no presente estudo. A fim de melhor entender e esclarecer a sua complexidade, as análises de sistemas abrangentes e, por conseguinte, das redes de atenção aos usuários de drogas, devem primeiramente identificar seus componentes (Frenk, 1994). Contudo, na maioria das vezes, as pesquisas na área param nesse ponto, entendendo os sistemas e redes como uma mera junção de diferentes serviços, numa perspectiva denominada de abordagem de inventário (*inventory approach*), ou seja, um mostruário/cardápio de serviços.

Entende-se a rede de atenção aos usuários de drogas para além dos aspectos estruturais, envolvendo pessoas e sendo influenciada pelas interações por elas estabelecidas e todos os fatores que carregam consigo, como modelos de cuidado, concepções, valores, dentre outros, numa perspectiva relacional (*relational approach*)

(Frenk, 1994). Deve-se ter em mente que uma rede não é somente um conjunto de serviços. Para uma compreensão mais contextualizada das redes de atenção aos usuários de drogas, é necessário que se vá além da identificação de quais são os serviços que fazem parte dessas redes, procurando entender melhor suas características e os processos e relações que os imbricam.

## **6.2 Discussões Suscitadas pela Caracterização da Rede**

Os resultados indicam que, apesar da heterogeneidade de dispositivos e abordagens, existe uma hegemonia de oferta de serviços não governamentais, especialmente os serviços especializados na assistência aos usuários de drogas. Essa carência de serviços governamentais é ainda mais acentuada quando observa-se que dos seis dispositivos governamentais específicos sobre a temática, somente quatro são abertos à toda população do município, não restringindo sua assistência a nenhum tipo de droga específica, mas estando concentrados nas regiões nordeste e central. Existem ainda serviços governamentais, mas coordenados por entidades não governamentais.

Não se questiona as entidades não governamentais enquanto tentativas da sociedade de compreender a temática, até porque, num cenário de lacuna assistencial e negligência estatal até o final do século XX, estes esforços se constituíam como umas das poucas formas de assistência aos usuários de drogas (Machado & Miranda, 2007). Faz-se necessário a inclusão dos recursos comunitários devido também à sua alta prevalência no município e no Brasil, à insuficiência de serviços públicos, além da alta acessibilidade e inserção comunitária (Carvalho, 2007; Lima & Braga, 2012).

Contudo, essa lógica interativa com os recursos comunitários não pressupõe uma super-responsabilização da sociedade na solução do problema, através de uma

desresponsabilização do Estado na oferta do cenário de tratamento público, de acordo com as características locais e singularidades dos indivíduos (Costa, Mota, Paiva & Ronzani, 2013). Questiona-se a confluência público/privado e o financiamento de entidades não governamentais, em detrimento do financiamento, implantação e gestão de serviços governamentais, podendo auxiliar para um enfraquecimento do SUS e SUAS e das políticas públicas e sociais na área.

Em pesquisa de caracterização dos serviços de atenção à dependência de drogas em Florianópolis/SC, Spohr, Leitão e Schneider (2006) observaram que do universo de 28 serviços no município que prestavam atendimento a usuários de drogas, somente cinco eram de natureza governamental (17,9%). No estado do Espírito Santo, 250 instituições prestavam tratamento para o uso de drogas, sendo 44 de natureza governamental (17,6%), 57 não governamentais (22,8%) e 149 grupos de ajuda mútua (59,6%) (Siqueira *et al.*, 2007). Moraes (2008) identificou na região do centro-oeste 129 instituições de tratamento para usuários de drogas, sendo 85 instituições não governamentais (65,9%) e 43 governamentais (33,3%), com uma não respondente. De acordo com o levantamento nacional das instituições de atenção a usuários de drogas dos anos de 2006 e 2007, das 1256 instituições de tratamento identificadas, apenas 389 (31%) eram de natureza governamental, com 867 instituições não governamentais (69%) (Carvalho, 2007).

Ressalva-se que os levantamentos supracitados consideraram como escopo os serviços especializados sobre álcool e outras drogas, como CAPSad, clínicas particulares, comunidades terapêuticas, grupos de auto ajuda, entre outros. Devido à recenticidade da RAPS e da própria configuração dos sistemas de tratamento para usuários de drogas, o presente estudo toma como base a noção da rede ampliada, sendo composta não somente por dispositivos especializados sobre a temática. Mesmo assim,

a partir da comparação com os dados supracitados, observa-se que o panorama assistencial do município assemelha-se com os de outras localidades, demonstrando uma maior prevalência de dispositivos não governamentais para a assistência aos usuários de drogas em nível nacional.

Dessa forma, devido à similaridade do panorama estudado com o de outras localidades e o nacional, deve-se questionar o papel e relação do Estado com a temática. Os seguintes questionamentos se fazem, portanto, relevantes: Qual seria o papel do Estado nesse cenário? Sua função seria meramente a de financiar serviços, disponibilizando verbas públicas e relegando a responsabilidade sobre o problema ao terceiro setor ou sociedade civil? Ou seria sua responsabilidade constitucional a formulação, implementação e gestão das políticas públicas e sociais sobre drogas e, portanto, a criação e manutenção de um panorama assistencial que atendas às necessidades da população?

Outra reflexão pertinente é se não seria o momento de uma reorganização das políticas assistenciais sobre drogas. Este estudo não objetivou responder estas problematizações, mas a partir dos resultados encontrados, acredita-se em suas relevâncias. Alia-se isso à complexidade do fenômeno e sua abordagem por políticas que, em alguns momentos, apresentam racionalidades divergentes. Isto pode ser visto na própria RAPS, que num dos níveis assistenciais dentro do SUS, como a atenção residencial de caráter transitório, postula serviços não governamentais e governamentais, com modelos de cuidado contrastantes. Outro aspecto importante é a desconsideração da rede SUAS pela RAPS e a insuficiência de parâmetros de estruturação e atuação dos dispositivos do SUAS sobre a temática, impossibilitando uma análise mais aprofundada.



Seguindo as recentes mudanças para a assistência aos usuários de drogas, os sistemas de tratamento abertos, sem a necessidade de internação para o usuário de drogas, apresentam-se em maior número. Estes sistemas abrangentes e contínuos contribuem para a superação da ênfase exclusiva em serviços especializados (Babor *et al.*, 2010; Rush, 2010) e para a desmistificação de que o tratamento aos usuários de drogas pressupõe necessariamente a internação (com o isolamento da substância e do convívio social) e que, quando necessária, a internação é a parte final do tratamento (Cetolin, Trzcinski & Marchi, 2013; Vinha, 2011).

Este fator, por sua vez, não retira a importância dos serviços especializados ou restringe a existência de dispositivos residenciais, que podem ser adequados para uma grande parcela de usuários e determinadas situações. Sabe-se que nem todas as pessoas irão se beneficiar de uma única intervenção ou modelo de tratamento, devido a seus valores, crenças, características e necessidades (Rush, 2010). Destaca-se então a importância de se pensar pragmaticamente, através de uma diversificada gama de serviços, ampliando a base de tratamento e abrangendo o continuum de cuidado, de acordo com as necessidades dos usuários (Rush, 2010). Entretanto, o tratamento residencial no município fica relegado a dispositivos não governamentais, como as CTs, havendo necessidade da implantação de serviços governamentais residenciais, bem como a ampliação e descentralização da assistência hospitalar, com internação de curto prazo para desintoxicação e atenção à crise (Schneider *et al.*, 2013).

Faz-se necessária também a implantação de mais CAPSad e expansão da RAPS no município. Por serem construções recentes, caracterizando uma nova forma de olhar e abordar as pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas, devem ser fortalecidos e potencializados de acordo com as necessidades e características locais.

Essa expansão no número de CAPS é observada no Brasil. Detecta-se um crescimento de 35,7% no número de CAPS no país de 2008 a fevereiro de 2014, com um aumento de 466 municípios com CAPS nesse período. Atualmente existem no Brasil 1906 CAPS localizados em 1.413 municípios. Contudo, destes CAPS somente 354 são CAPSad, com 53 do tipo III funcionando 24h por dia (Sala de Apoio à Gestão Estratégica [SAGE], 2014). Essa baixa cobertura é corroborada pelos levantamentos supracitados (Carvalho, 2007; Moraes, 2008; Siqueira *et al.*, 2007; Spohr, Leitão & Schneider, 2006) e estudos como o de Vinha (2011), que detectou apenas um CAPSad na região de saúde de Piracicaba/São Paulo que compreende 25 municípios, bem como a auditoria nacional do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre o sistema nacional de políticas públicas sobre drogas (Brasil, 2012a).

Segundo o parâmetro de cobertura em saúde mental estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), que considera adequada a existência de um CAPS para cada 100 mil habitantes, a cobertura dos CAPS em Juiz de Fora gira em torno 0,95, sendo avaliada como muito boa (acima de 0,70) e estando acima dos índices de Minas Gerais (0,84) e do Brasil (0,82) (SAGE, 2014). Contudo, é questionado se somente um CAPSad, ou mesmo os cinco CAPS, seriam capazes de suprir as demandas existente de saúde mental e álcool e outras drogas no município. Além disso, questiona-se se este mesmo parâmetro pode ser generalizado para saúde mental em geral e álcool e outras drogas, devido às particularidades de cada área.

Em consonância com estas reflexões, está o estudo que testou a variabilidade de cobertura de CAPS no Rio Grande do Sul (o terceiro estado com maior índice de cobertura do país) e observou sete regiões com cobertura insuficiente/inadequada, representando 49% da população do estado (Gonçalves, Abreu, Candigago, Saraiva & Lobato, 2010). Os autores questionam os parâmetros de cobertura proposto pelo MS,

sugerindo análises alternativas por áreas geográficas que identifiquem carências regionais/loais e forneçam subsídios para a extensão da rede de forma igualitária (Gonçalves, Abreu, Candigago, Saraiva & Lobato, 2010).

Se as propostas de tratamento são territorializadas/comunitárias e abertas à sociedade, como pressupõem os CAPS, estes, ao serem insuficientes e centralizados regionalmente, são restringidos de atuarem dessa forma. Quando uma pessoa precisa sair de seu bairro para frequentar o serviço em outra região, a proposta comunitária fica prejudicada. Essa baixa cobertura dos serviços também pode obstaculizar o trabalho compartilhado com outros dispositivos e setores, a realização do matriciamento aos serviços não especializados, como UBS e CRAS, e o controle do fluxo de usuários na rede (Shiokawa, 2010). A insuficiência do matriciamento pode ser minimizada pelas equipes de NASF, mas que não existiam no município no período do estudo, em consonância com o cenário nacional, onde somente 22% dos municípios brasileiros possuíam equipes do NASF em 2011 (Brasil, 2012a).

Devido a insuficiência de CAPSad no município, aumenta-se a importância da rede SUAS e APS/ESF no cuidado comunitário/territorializado aos usuários de drogas. Referente à rede de dispositivos do SUAS para a atenção aos usuários de drogas, o município contava na proteção básica com nove CRAS, atendendo crianças, adolescentes e adultos de todos os sexos. Na proteção especial (média complexidade) existiam quatro CREAS: um para a infância e juventude, outro específico para mulheres vítimas de violência e idosos, o terceiro para a população em situação de rua (CentroPop) e o quarto de caráter generalista. Na alta complexidade foram mapeados três dispositivos de acolhimento institucional: dois funcionavam em regime de albergue para a população adulta em situação de vulnerabilidade social com vivência de rua e outro para adultos do sexo masculino. Os três serviços, apesar de não serem

governamentais, possuem parceria com o município através de uma associação sem fins lucrativos.

Com relação à APS/ESF, a cobertura populacional das 67 UBS no município (60,6%) é menor que os indicadores nacionais (68,8%) e estaduais (79,4%). O indicador de cobertura da população pela ESF no município (55,2%) também apresenta-se abaixo das estimativas nacionais (55,8%) e estaduais (70,9%) (SAGE, 2014). Conforme postula a RAPS, as UBS também podem atuar no acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência aos usuários de drogas (Brasil, 2011a). Entretanto, a insuficiência observada de cobertura populacional destes serviços, vinculada a outros fatores, como estigmas (Ronzani & Furtado, 2010; Silveira, 2010; Silveira & Ronzani, 2011) e déficit de formação/qualificação profissional para lidar com a temática, pode ocasionar em uma alta demanda e sobrecarga profissional, restringindo a atuação das UBS à realização do acolhimento inicial e encaminhamento aos serviços especializados (Araújo, 2013; Schneider *et al.*, 2013).

Faz-se necessária também a ampliação da rede de urgência/emergência para usuário de drogas no município. O Serviço de Urgência Psiquiátrica do Hospital de Pronto Socorro atende, juntamente com o SAMU, a demanda de urgência/emergência da rede pública sobre a temática. Assim, é imperativa a conformação de mais leitos hospitalares, salas de estabilização e outros dispositivos para usuários de drogas, visando a desobstrução deste nível de atenção.

A partir dos dados apresentados, discute-se a atenção a grupos populacionais específicos, como crianças e adolescentes, mulheres e pessoas em situação de rua. Apesar desses grupos populacionais não constituírem a maioria das prevalências e perfis de usuários e dependentes no Brasil segundo os estudos epidemiológicos, os seguintes aspectos devem ser considerados: 1) maior situação de vulnerabilidade e exclusão social

das pessoas em situação de rua; 2) maior suscetibilidade das mulheres ao sexo/prostituição para manutenção da dependência, com maior chance de sofrerem violência sexual, engravidarem e contraírem doenças sexualmente transmissíveis; 3) consequências do uso de drogas na infância e adolescência para o seu desenvolvimento cognitivo e pessoal, entre outros pontos importantes (Brasil, 2013b; Brasil, 2009b; Galduróz, Noto, Fonseca & Carlini, 2004; Nappo *et al.*, 2003; Oliveira, Nascimento & Paiva, 2007).

Ademais, a própria literatura científica demonstra que adolescentes e mulheres têm mais dificuldades em aderir e prosseguir com o tratamento (Kessler *et al.*, 2003; Oliveira, Nascimento & Paiva, 2007; Ribeiro, 2009; Scaduto & Barbieri, 2009; Silva *et al.*, 2003; Weiner, Abraham & Lyons, 2004). Além do estigma associado ao usuário de drogas (Ronzani & Furtado, 2010; Silveira, 2010; Silveira & Ronzani, 2011), a predominância de serviços dirigida a um perfil masculino de idade adulta, ou que englobam várias faixas etárias e todos os sexos de uma mesma forma cristalizada, pode fazer com que pessoas e/ou grupos populacionais que desviem dessas padronizações tenham dificuldade de assumir suas condições e aderir ao tratamento (Ribeiro, 2009; Scaduto & Barbieri, 2009; Spohr, Leitão & Schneider, 2006).

Problematiza-se a existência no município de somente quatro serviços exclusivos para crianças e adolescentes, sendo que nenhum deles abordava simplesmente o uso de drogas; apenas dois serviços exclusivos para o tratamento de mulheres, com o único específico sobre drogas sendo particular; e uma equipe de consultório na rua, um Centropop, os serviços de acolhimento institucional e mais algumas entidades socioassistenciais para a população em situação de rua. Esta deficiência também é corroborada pelos levantamentos anteriores. Spohr, Leitão e Schneider (2006) constataram a falta de atendimento especializado para adolescentes e

mulheres. Siqueira *et al.* (2007) observaram uma não adequação dos serviços para atender populações específicas como adolescentes, idosos e mulheres. No levantamento nacional constatou-se que só 4,7% das instituições eram voltadas para o atendimento específico de mulheres. Na região centro-oeste, Moraes (2008) pergunta se “o menor número de instituições que atendem o sexo feminino, é porque o número de usuárias e dependentes desse sexo é menor, ou porque o sistema não está preparado para atender essas mulheres dadas as características peculiares?”.

Questiona-se as condições de um serviço ou tratamento em considerar as particularidades de uma heterogenia de usuários ao inseri-los em um mesmo ambiente ou modelo terapêutico, naturalizando-os. Devido às particularidades do uso de drogas e do tratamento para estes grupos populacionais e à insuficiência de serviços que abarquem estas necessidades, não seriam interessantes mais estratégias voltadas especificamente para estas populações? Ou até mesmo uma maior discriminação de serviços para atender especificamente a estes públicos? Uma limitação do estudo é a divisão de faixas etárias somente entre crianças/adolescentes e adultos, não considerando idosos e diversos aspectos sociais.

Por fim, para o psicólogo, entendendo-o enquanto um profissional da saúde, assistência social etc., mas também um ator político que faz parte dessa rede e realidade, as presentes reflexões podem contribuir para problematizar seu papel/posição e práticas cotidianas. Assim como é clara a necessidade de um trabalho intersetorial para abarcar uma temática demasiadamente complexa – e aí o psicólogo participa desse processo na composição dos serviços, equipes e projetos – fica também a necessidade da psicologia se empoderar sobre assuntos e conhecimentos que vão além dos referenciais específicos ligados ao seu núcleo de conhecimento e dos aspectos meramente psicológicos.

Outras limitações do estudo relacionam-se com uma possível desconsideração de serviços devido ao tamanho do município e ao recorte do estudo, limitando a busca para dispositivos públicos do setor saúde e assistência social. Existem ainda os serviços que por serem de outros municípios, mesmo recebendo usuários de Juiz de Fora, foram desconsiderados. Contudo, acredita-se que estas limitações não invalidam os achados apresentados e as discussões suscitadas, por se tratar da concepção ampliada da rede de atenção aos usuários de drogas, não focando somente nos serviços especializados.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considera-se o método de mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas desenvolvido no presente estudo, como um modelo útil a ser replicado, com suas devidas adaptações, a outros municípios brasileiros e contextos internacionais. As seguintes potencialidades são destacadas: 1) caráter ampliado e abordagem de redes; 2) baixo custo e utilização de ferramentas acessíveis e sem necessidade de conhecimentos específicos, como linguagem de programação; 3) sua disponibilização na internet com alta abrangência e facilidade de visualização; 4) consonância com políticas na área e perspectiva de transparência governamental (acesso à informação); 5) auxílio na visualização e gerenciamento da rede por profissionais, gestão e população; 6) maior conhecimento sobre os serviços e modelos de tratamento existentes.

Ademais, como potencialidade de impacto na própria rede de atenção aos usuários de drogas estudada e políticas públicas sobre a temática, a partir dos dados gerados e discutidos, os seguintes aspectos são problematizados: 1) baixa cobertura de serviços públicos governamentais; 2) necessidade de expansão da rede de atenção básica; 3) implantação de mais CAPSad; 4) continuidade da implantação e expansão da

RAPS; 5) reorganização da atenção a grupos populacionais específicos, como a população em situação de rua, mulheres, crianças e adolescentes, dentre outros; 6) ampliação da rede de urgência e emergência; 7) maior distribuição e regionalização dos serviços, principalmente os governamentais específicos da temática.

Devido a estes fatores, o presente método desenvolvido e apresentado caracteriza-se como uma ferramenta a ser replicada e utilizada no entendimento das redes de atenção aos usuários de drogas no Brasil no nível da oferta dos serviços. Trata-se, portanto, de um estudo inovador na área, com potencial de incorporação, inclusive, pelo SUS e serviços de saúde em outras áreas, bem como por diferentes setores e instituições.

São necessários novos estudos buscando entender outras realidades assistenciais aos usuários de drogas, ao se tratar de um cenário relativamente recente e um país tão diversificado. Estudos que aprofundem o conhecimento da rede de atenção aos usuários de drogas para além do mapeamento, fazem-se também necessários, abrangendo aspectos relacionais dos serviços e pessoas que fazem parte dessa rede e a constroem cotidianamente, bem como modelos de cuidados. Delineamentos observacionais e algumas ferramentas que analisam as interações dos serviços e redes sociais dos profissionais, como a Análise de Redes Sociais, aparecem como possibilidades nesse horizonte, abrangendo o dinamismo das redes de atenção aos usuários de drogas e possibilitando o aprofundamento das discussões sobre os modelos de cuidado na área.



## REFERÊNCIAS

- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319.
- Ambrósio, B. T., Benincá, F. B., Fejoli, M. M., Siqueira, M. M. & Buaiz V. (2009). Rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas: mapeamento de serviços e equipes de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.*, 11(2), 318-26.
- Andrade, T. M. de. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. saúde colet.*, 16(12), 4665-4674.
- Araújo, A. C. C. (2013). Atenção Primária e dependência química: contribuições do matriciamento em saúde mental. *Saúde em Debate*, 37(n. especial), 61-69.
- Azevedo, E. B., Filha, M. O. F., Araruna, M. H. M., Carvalho, R. N., Cordeiro, R. C. & Silva, V. C. L. (2012). Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras. *Saúde em Debate*, 36(95), 595-605.
- Babor, T. F., Caulkins, J. P., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D. R., Humphreys, K. et al. (2010) *Drug Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford, UK.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. cienc. prof.*, 28(3), 632-645.
- Biernacki, P., & Waldford, D. (1981). Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Res.*, 2, 141-63.
- Brasil. (1976). Lei n. 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário Oficial da União.

- Brasil. (1990). Casa Civil. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil.
- Brasil. (1997). Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004a). Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004b). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Brasil. (2004c). Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). Conselho Nacional Antidrogas. *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: Conselho Nacional Antidrogas.
- Brasil. (2009a). Ministério da Saúde. *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: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009b). Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório Brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD, 364 p.
- Brasil. (2010a). Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2010b). Casa Civil. *Decreto de Lei 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. Brasília: Casa Civil.
- Brasil. (2010c). Presidência da República. Casa Civil. *Decreto nº 7.175, de 12 de maio de 2010*. Institui o Programa Nacional de Banda Larga - PNBL; dispõe sobre remanejamento de cargos em comissão; altera o Anexo II ao Decreto nº 6.188, de 17 de agosto de 2007; altera e acresce dispositivos ao Decreto nº 6.948, de 25 de agosto de 2009; e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2010.
- Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011b). *Lei nº 12.527, de novembro de 2011*. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília: Casa Civil.
- Brasil. (2012a). Tribunal de Contas da União [TCU]. *Sistema nacional de políticas públicas sobre drogas*. Brasília: TCU.
- Brasil. (2012b). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS]. *Sistema Único de Assistência Social – SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas*. Brasília: MDS.
- Brasil. (2013a). Casa Civil. *Crack, é Possível Vencer? Enfrentar o crack. Compromisso de todos*. Brasília: Casa Civil.

- Brasil. (2013b) *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. 2013. Recuperado em 20 abril, 2014, de <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>.
- Campos, R. T. O. & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica.*, 22(5), 1053-1062.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M., Carlini, C. M. A., Oliveira, L. G., *et al.* (2007). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
- Carvalho, D. B. B., coordenador. (2007). *Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007*. Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Cetolin, F. S., Trzcinski, C. & Marchi, A. C. W. (2013). A internação de usuários de álcool e outras drogas em Hospital Geral. *Saúde em Debate*, 37(n. especial), 122-129.
- Contandriopoulos, A. P. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cienc. Saúde Colet.*, 11(3), 705-711.
- Costa, P. H. A., Laport, T. J., Mota, D. C. B. & Ronzani, T. M. A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. *Saúde em Debate*, 37(n. esp.), 110-121.
- Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2013). Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura.

- Ciênc. Saúde Colet.* [online]. Recuperado em 20 abril, 2014, de [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=14667](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14667).
- Dagnino A. Políticas culturais, democracia e o projeto neoliberal. (2005). *Revista Rio de Janeiro*, 15, 45-66.
- Denis, J. L. (2010). Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 10(Suppl.1), s229-s333.
- Dimenstein, M. & Liberato, M. T. C. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-10.
- Faria, J. G. & Schneider, D. R. (2009). O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental.. *Psicol. Soc.*, 21(3), 324-333.
- Figueiredo, M. D. & Campos, R. O. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. *Cien Saude Colet*, 14(1), 129-138.
- Fodra, R. E. P. & Rosa, A. C. (2009). Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad): análises dos discursos e da prática no contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, 33(81), 129-139.
- Frenk, J. (1994). Dimensions of health system reform. *Health Policy*, 27(11), 19-34.
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M. & Carlini, E. A. (2004). *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.
- Garcia, M. L. T., Leal, F. X. & Abreu, C. C. (2008). A política antidrogas Brasileira: velhos dilemas. *Psicol. Soc.*, 20(2), 267-276.

- Gibbons, M. C. (Ed.) (2008). *eHealth solutions for healthcare disparity*. New York: Springer.
- Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. de, Almeida, P. F. de, Escorel, S., Senna, M. de C. M. S., Fausto, M. C. R. *et al.* (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc. Saúde Colet.*, 14(3), 783-794.
- Gonçalves, V. M., Abreu, P. S., Candiago, R. H., Saraiva, S. S., Lobato, M. I. & Belmonte-de-Abreu, P. S. (2010). A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 32, 16-8.
- Gonzalez, H., Halevy, A., Jensen, C. S., Langen, A., Madhavan, J., Shapley, R., Shen, W. (2010). Google fusion tables: data management, integration and collaboration in the cloud. In: *Proceedings of the ACM Symposium on Cloud Computing*, 175-180.
- Gordon, A. & Womersley, J. (1997). The use of mapping in public health and planning health services. *Journal of Public Health Medicine*, 19(2), 139-147.
- Hartz, Z. M. A. & Contandriopoulos, A. P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, 20(supl. 2), 331-S336.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Cien Saude Colet*, 14(1), 297-305.
- Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A. P. & Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, 27(11), 2263-2270.

- Hser, Y., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B. S. & Anglin, M. D. (2001). An Evaluation of Drug Treatments for Adolescents in 4 US Cities. *Arch Gen Psychiatry*, 58(7), 689-695.
- IBGE. (2014). *Cidades@*. Recuperado em 20 abril, 2014, de <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=313670>.
- IBGE. (2014b). Recuperado em 20 abril, 2014, de [http://downloads.ibge.gov.br/downloads\\_geociencias.htm](http://downloads.ibge.gov.br/downloads_geociencias.htm).
- Internet World Stats. Miniwatts Marketing Group (2014). Brazil. *Internet Stats and Telecom Market Report*. Recuperado em 20 abril, 2014, de <http://www.internetworldstats.com/sa/br.htm>.
- Jorge, J. S. & Corradi-Webster, C. M. (2012). Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. *Saúde Transform. Soc.*, 3(1), 39-48.
- Juiz de Fora. (2012). Secretaria de Assistência Social. *Catálogo Social. Juiz de Fora 2012*. Juiz de Fora (MG): Secretaria de Assistência Social.
- Junqueira, L. A. P. (1998). Descentralização e intersetorialidade na construção de um novo modelo de gestão. *Rev. Adm. Pública*, 32(2), 11-22.
- Junqueira, L. A. P., Inojosa, R. M. & Komatsu, S. (1997). *Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza*. Em: XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”. Caracas, Venezuela.
- Kessler, F., von Diemen, L., Segnanfredo, A. C., Brandão, I., de Saibro, P., Scheidt, B., Grillo, R. & Ramos, S. P. (2003). Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 25(1), 33-41.

- Kuschnir, R. & Chorny, A. H. (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet.* 15 (5), 2307-2316.
- Lima, H. P. & Braga, V. A. B. (2012). Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. *Texto contexto – enferm.*, 21(4), 887-895.
- Lopes, F. D. & Baldi, M. (2009). Redes como perspectiva de análise e como estrutura de governança: uma análise das diferentes contribuições. *Rev. Adm. Pública*, 43(5), 1007-1035.
- Machado, A. R. & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil. *História, Ciências e Saúde.* 14 (3), 801-21.
- Machado, A. R. (2006). *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras Drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saude Colet*, 15(5), 2297-2305.
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Monteiro, C. F. S., Fé, L. C. M., Moreira, M. A. C., Albuquerque, I. E. M., Silva, M. G. & Passamani, M. C. (2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Esc. Anna Nery*, 15(1), 90-95.



- Moraes, M. (2008) Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Cien Saude Colet*, 13(1), 121-133.
- Moraes, M. M. (2005). *O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais*. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz/Departamento de Saúde Coletiva, 2005.
- Morais, R. P. (2008). *Redes socioassistenciais de tratamento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas na região Centro-Oeste (Brasil 2006/2007)*. Monografia (Conclusão de Curso) - UNB/Departamento de Serviço Social, 2008.
- Mota, D. C. B. & Ronzani, T. M. (2013). Implementação de políticas públicas brasileiras para usuários de álcool e outras drogas. In: T. M. Ronzani (Org). *Ações Integradas sobre Drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas*. Juiz de Fora: Editora UFJF. p. 293-324.
- Mota, D. C. B. (2011). *Avaliação da implementação das políticas públicas sobre álcool e outras drogas em nível municipal*. Dissertação (Mestrado) - UFJF/Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2011.
- Nappo, S. A., Sanchez, Z. V. D. M., Oliveira, L. G., Santos, S. A., Coradette Jr, J., Pacca, J. C. B., et al. (2003). *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST-AIDS*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas e Universidade Federal de São Paulo, 2003.
- OGC, OGC KML Standard. (2008). Recuperado em 20 fevereiro, 2014, de <http://www.opengeospatial.org/standards/kml>.

- Oliveira, J. F., Nascimento, E. R., & Paiva, M. S. (2007). Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. *Esc. Anna Nery*, 11(4), 694-698.
- Oliveira, R. F., Andrade, L. O. M. & Goya, N. (2012). Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Cien Saude Colet*, 17 (11), 3069-3078.
- OPAS. (2007). *Sistemas Integrados de Servicios de Salud*. Documento de Trabajo. VII Foro Regional - Fortalecimiento dos Sistemas de Salud Basados em APS. Quito, Ecuador: OPAS.
- OPAS. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Washington, D. C.: OPAS.
- OPAS. (2010) *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C.: OPAS.
- OMS. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: OMS.
- Paim, J. S. (2010). Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C. & Carvalho, A. I. (Orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. p. 23-64.
- Paiva, F. S., Costa, P. H. A. & Ronzani, T. M. (2012). Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidades na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde. *Aletheia*, 37(1), 57-72.
- Peixoto, C., Prado, C. H. O., Cristiele, P. R., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T. & Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento

- de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J. bras. psiquiatr.*, 59(4), 317-321.
- Pereira, M. O., Vargas, D. & Oliveira, M. A. F. (2012). Reflexão acerca da política do ministério da saúde Brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das ausências e das emergências. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 8(1), 9-16.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Cien Saude Colet*, 16 (12), 4579-4589.
- Ribeiro, D. V. A. (2009). *Significações psicológicas sobre a adesão ao tratamento ambulatorial de mulheres dependentes de substancias psicoativas: estudo clínico-qualitativo*. Dissertação (Mestrado). UNICAMP/Programa de Pós-Graduação em Ciências, 2009.
- Ribeiro, M. (2004). Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(supl 1), 59-62.
- Ronzani, T. M., Mota, D. C. B. & Souza, I. C. W. (2009). Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Rev. Saúde Pública*, 43(supl 1), 51-61.
- Ronzani, T. M. & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *J. bras. psiquiatr.* 59, 326-332.
- Rush, B. (2003). The evaluation of treatment services and systems for substance use disorders. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*, 25(3), 393-411.
- Rush, B. (2010). Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 617-636.
- SAGE. (2014). Recuperado em 20 fevereiro, 2014, de <http://189.28.128.178/sage/>.

- Scaduto, A. A. & Barbieri, V. (2009). O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Cien Saude Colet*, 14(2), 605-614.
- Schneider, J. F., Roos, C. M., Olschowsky, A., Pinho, L. B., Camatta, M. W. & Wetzel, C. (2013). Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 22(3): 654-61.
- Severo, A. K. & Dimenstein, M. (2011). Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol cienc prof.*, 31(3), 640-655.
- Shiokawa, E. (2010). *Avaliação da eficiência da rede de atenção à saúde mental e da resolutividade do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad*. Dissertação (Mestrado) – UFPR/Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, 2010.
- Shramm J. M. A., Oliveira, A. F., Leite, I. C., Valente, J. G., Gadelha, A. M. J, Portela, M. C. & Campos, M. R. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet*, 9, 987-908.
- Silva, V. A., Aguiar, A. S., Felix, F., Rebello, G. P., Andrade, R. C. & Mattos, H. F. (2003). Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(3), 133-138.
- Silveira, P. S. (2010). *Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de Juiz de Fora*. Dissertação (Mestrado) - UFJF/Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2010.
- Silveira, P. S. & Ronzani, T. M. (2011). Estigma social e saúde mental: quais as implicações e importância do profissional de saúde?. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 28, 51-58.

- Siqueira, M. M., Barbosa, D. A., Laranjeira, R. & Hopkins, K. (2007). Psychoactive substances and the provision of specialized care: the case of Espirito Santo. *Rev Bras Psiquiatr.*, 29(4), 315-323.
- Souza, J., Kantorski, L. P., Gonçalves, S. E., Mielke, F. B. & Guadalupe, D. B. (2007). Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. *Rev Enferm UERJ*, 15(2), 210-17.
- Spohr, B., Leitão, C. & Schneider, D. R. (2006). Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. *Revista de Ciências Humanas*, 39, 219-236.
- Strang, J., Babor, T. F., Caulkins, J. P., Fischer, B., Foxcroft, D. R. & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet*. 379(9810), 71-83.
- Travassos, C. & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(supl.2), 190-198.
- UNODC. (2011). *World Drug Report 2011*. Viena: UNODC.
- Vaissman, M., Ramôa, M. & Serra, A. S. V. (2008). Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, 32(78/80), 121-132.
- Vinha, I. R. (2011). Cenário da Assistência em Saúde Mental/Uso de Substâncias Psicoativas na Região de Saúde de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 7 (1), 25-31.
- Wandekoken, K. D. & Siqueira, M. M. (2011). Discursos políticos e a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. *Saúde em Debate*, 35(88), 105-112.
- Weiner, D. A., Abraham, M. E. & Lyons, J. (2001). Clinical characteristics of youths with substance use problems and implications for residential treatment. *Psychiatr Serv.*, 52(6), 793-9.

Zambenedetti, G. & Perrone, C. M. (2008) O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis*, 18(2), 277-293.

## ANEXOS

### ANEXO I: Modelo de formulário (*form*) no *Google Drive* para para registro dos serviços levantados e suas informações

The image shows a Google Forms interface in a web browser. The browser's address bar displays the URL: <https://docs.google.com/forms/d/1192Gan5Y8Cym2YYsLkpcz-WB0iwD5IKOk371WIZ0FUK/edit>. The form's title is 'Formulário' and its subtitle is 'Mapeamento da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas'. The form contains four text input fields with the following labels: 'Nome do Serviço', 'Tipo do Serviço', 'Endereço do Serviço', and 'Região Administrativa'. The interface includes a menu bar with options like 'File', 'Edit', 'View', 'Insert', 'Responses (0)', 'Tools', and 'Help'. A 'Send form' button is visible in the top right corner. The page is identified as 'Page 1 of 1'.

Formulário

Mapeamento da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas

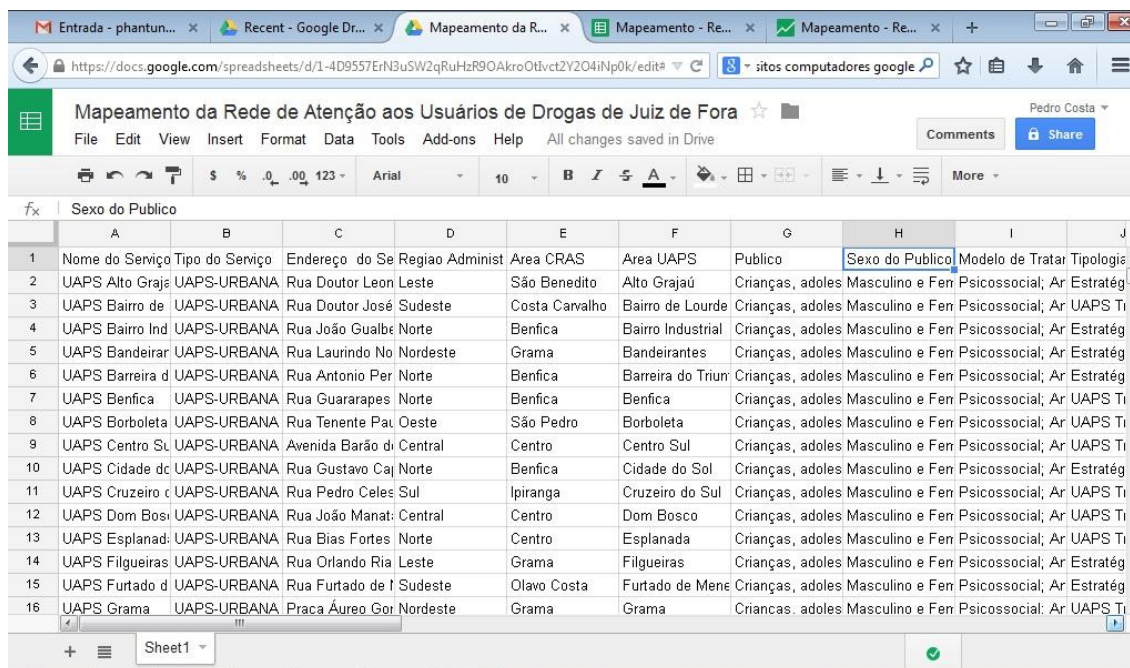
Nome do Serviço

Tipo do Serviço

Endereço do Serviço

Região Administrativa

## ANEXO II: Planilha (*spreadsheet*) do Google Drive com as informações dos serviços transpostas dos formulários



**Mapeamento da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas de Juiz de Fora**

|    | A                | B               | C                       | D               | E                 | F                 | G                | H                | I                | J         |
|----|------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|-----------|
| 1  | Nome do Serviço  | Tipo do Serviço | Endereço do Se          | Região Administ | Área CRAS         | Área UAPS         | Público          | Sexo do Público  | Modelo de Tratar | Tipologia |
| 2  | UAPS Alto Grajaú | UAPS-URBANA     | Rua Doutor Leon Leste   | São Benedito    | Alto Grajaú       | Crianças, adoles  | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | Estratég         |           |
| 3  | UAPS Bairro de   | UAPS-URBANA     | Rua Doutor José Sudeste | Costa Carvalho  | Bairro de Lourde  | Crianças, adoles  | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | UAPS Ti          |           |
| 4  | UAPS Bairro Ind  | UAPS-URBANA     | Rua João Gualbe Norte   | Benfica         | Bairro Industrial | Crianças, adoles  | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | Estratég         |           |
| 5  | UAPS Bandeirar   | UAPS-URBANA     | Rua Laurindo No         | Nordeste        | Gramma            | Bandeirantes      | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | Estratég  |
| 6  | UAPS Barreira d  | UAPS-URBANA     | Rua Antonio Per         | Norte           | Benfica           | Barreira do Trium | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | Estratég  |
| 7  | UAPS Benfica     | UAPS-URBANA     | Rua Guararapes          | Norte           | Benfica           | Benfica           | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | UAPS Ti   |
| 8  | UAPS Borboleta   | UAPS-URBANA     | Rua Tenente Pau         | Oeste           | São Pedro         | Borboleta         | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | UAPS Ti   |
| 9  | UAPS Centro Sul  | UAPS-URBANA     | Avenida Barão d         | Central         | Centro            | Centro Sul        | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | UAPS Ti   |
| 10 | UAPS Cidade do   | UAPS-URBANA     | Rua Gustavo Caj         | Norte           | Benfica           | Cidade do Sol     | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | Estratég  |
| 11 | UAPS Cruzeiro d  | UAPS-URBANA     | Rua Pedro Celes         | Sul             | Ipiranga          | Cruzeiro do Sul   | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | UAPS Ti   |
| 12 | UAPS Dom Bosi    | UAPS-URBANA     | Rua João Manat          | Central         | Centro            | Dom Bosco         | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | UAPS Ti   |
| 13 | UAPS Esplanad    | UAPS-URBANA     | Rua Bias Fortes         | Norte           | Centro            | Esplanada         | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | UAPS Ti   |
| 14 | UAPS Filgueiras  | UAPS-URBANA     | Rua Orlando Ria         | Leste           | Gramma            | Filgueiras        | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | Estratég  |
| 15 | UAPS Furtado d   | UAPS-URBANA     | Rua Furtado de l        | Sudeste         | Olavo Costa       | Furtado de Mene   | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | Estratég  |
| 16 | UAPS Gramma      | UAPS-URBANA     | Praca Aureo Gor         | Nordeste        | Gramma            | Gramma            | Crianças, adoles | Masculino e Fem  | Psicossocial; Ar | UAPS Ti   |



### ANEXO III: *Fusion Table* criada a partir da planilha (*spreadsheet*) contendo os serviços e suas informações

Entrada - phantunes.costa... Recent - Google Drive Mapeamento - Google Fus... Mapeamento - Rede de At...

https://www.google.com/fusiontables/data?docid=16QzDUnwlpFyaOTahTDxbZ1VpTaKsgsjd\_DUd5w- sites computadores google

Mapeamento

Edited at 8:46 AM

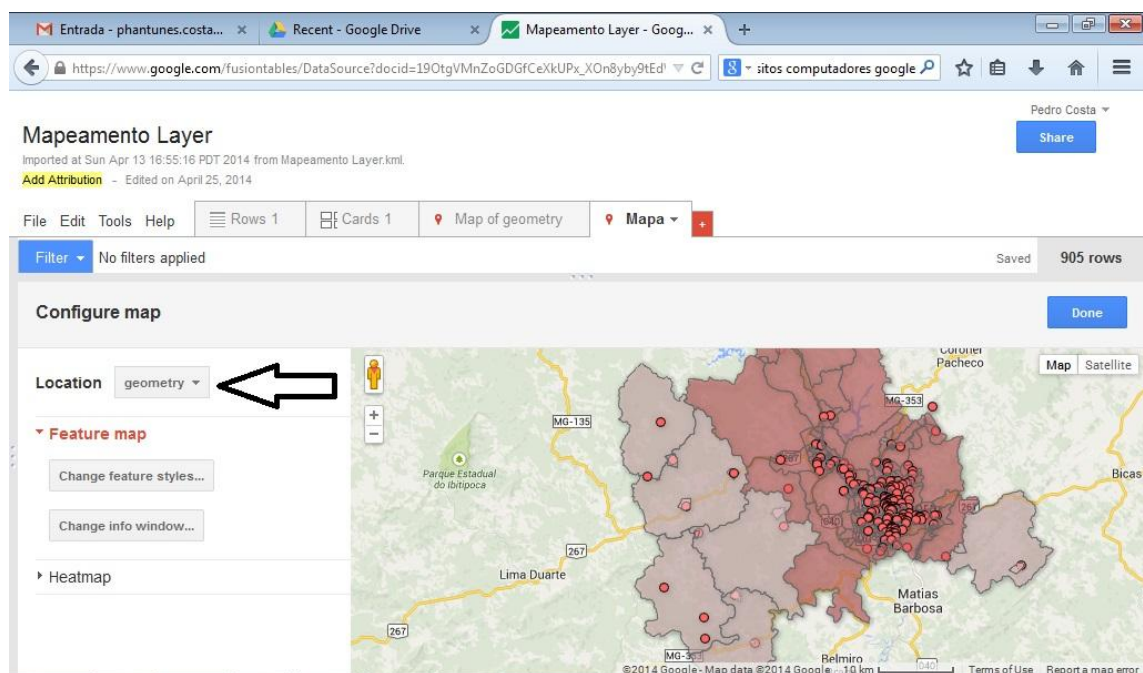
File Edit Tools Help Rows 1 Cards 1

Filter No filters applied Saved

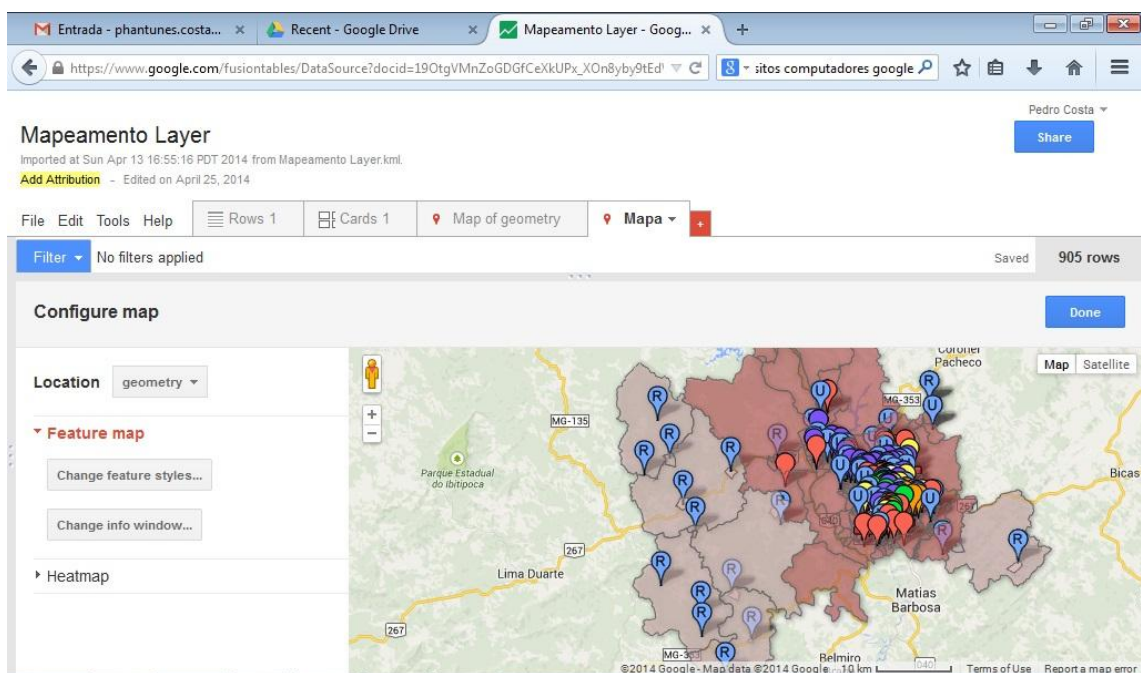
1-100 of 184

| Nome do Serviço        | Tipo do Serviço | Endereço do Serviço  | Regiao Administrativa | Area CRAS      | Area UAPS         | Publico                          | Sexo do Publico      | Modelo                |
|------------------------|-----------------|--|-----------------------|----------------|-------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| UAPS Alto Grajáú       | UAPS-URBANA     | Rua Doutor Leonel Jaguaribe, 178 - Alto Grajáú, 36052-210. Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil                   | Leste                 | São Benedito   | Alto Grajáú       | Crianças, adolescentes e adultos | Masculino e Feminino | Psicoss Ambula Emergê |
| UAPS Bairro de Lourdes | UAPS-URBANA     | Rua Doutor José Rafael de Souza Antunes, 409 - Bairro de Lourdes, 36070-460. Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil | Sudeste               | Costa Carvalho | Bairro de Lourdes | Crianças, adolescentes e adultos | Masculino e Feminino | Psicoss Ambula Emergê |
| UAPS Bairro Industrial | UAPS-URBANA     | Rua João Gualberto, 110 - Industrial, 36081-370. Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil                             | Norte                 | Benfica        | Bairro Industrial | Crianças, adolescentes e adultos | Masculino e Feminino | Psicoss Ambula Emergê |

## ANEXO IV: Geocodificação dos serviços pelo *Fusion Tables* através da relação latitude/longitude (nomeada de *geometry*)



## ANEXO V: Plotagem dos marcadores referentes aos serviços em um mapa geográfico do *Fusion Tables*



## ANEXO VI: Autorização do município para a realização da pesquisa



**JUIZ DE FORA**  
PREFEITURA

### DECLARAÇÃO



Eu, Elisabeth Jucá e Mello Jacometti, na qualidade de **Secretária de Planejamento e Desenvolvimento Econômico da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora** e coordenadora do **Plano Crack é Possível Vencer** no município, autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas de Juiz de Fora" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **Telmo Mota Ronzani**; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 16 de janeiro de 2014.

Elisabeth Jucá e Mello Jacometti

Elisabeth Jucá e M. Jacometti  
Secretária de Planejamento e Gestão  
SEPLAG-JF

## ANEXO VII: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora

|   |  |   |
|---|--|---|
|    | UNIVERSIDADE FEDERAL DE<br>JUIZ DE FORA/MG |  |
| <b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>   |  |   |
| <b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>   |  |   |
| <b>Título da Pesquisa:</b> Desenvolvimento e Implantação de uma Metodologia de Avaliação da Rede Assistencial sobre Drogas através da Análise de Redes Sociais  |  |   |
| <b>Pesquisador:</b> Fernando Antonio Basile Colugnati   |  |   |
| <b>Área Temática:</b>   |  |   |
| <b>Versão:</b> 3  |  |   |
| <b>CAAE:</b> 21831014.2.0000.5147   |  |   |
| <b>Instituição Proponente:</b> Departamento de Psicologia   |  |   |
| <b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio  |  |   |
| <b>DADOS DO PARECER</b>   |  |   |
| <b>Número do Parecer:</b> 568.878   |  |   |
| <b>Data da Relatoria:</b> 22/04/2014  |  |   |
| <b>Apresentação do Projeto:</b>   |  |   |
| Apresentação do projeto está clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.  |  |   |
| <b>Objetivo da Pesquisa:</b>  |  |   |
| Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.   |  |   |
| <b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b>   |  |   |
| O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa.  |  |   |
| <b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b>  |  |   |
| O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS. |  |   |
| <b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b>   |  |   |
| O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será  |  |   |
| <b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N<br>Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900<br>UF: MG Município: JUIZ DE FORA<br>Telefone: (32)2102-3755 Fax: (32)1102-3755 E-mail: cep.propaco@ufjf.edu.br  |  |   |

Página 01 de 02





UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 068.578

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

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

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

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

JUIZ DE FORA, 26 de Março de 2014

---

Assinador por:  
Paulo Cortes Gago  
(Coordenador)

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

Página 02 de 02