



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

A Rede em Ação Intersetorial e Comunitária como Espaço de Formação na Abordagem ao
Usuário de Drogas

Marília Mendes de Almeida

Brasília, outubro de 2015



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Clínica e Cultura

A Rede em Ação Intersetorial e Comunitária como Espaço de Formação na Abordagem ao
Usuário de Drogas

Marília Mendes de Almeida

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília como requisito parcial à
obtenção de título de Doutor em Psicologia
Clínica e Cultura, área de concentração
Formação e Desenvolvimento Docente em Saúde

Orientador: Maria Inês Gandolfo Conceição

Brasília, outubro/2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TESE DE DOUTORADO APROVADA
PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof (a). Dr (a). Maria Inês Gandolfo Conceição
Universidade de Brasília

Prof (a). Dr (a). Elaine Rabelo Neiva
Universidade de Brasília

Prof (a). Dr (a). Maria de Fátima de Novais Gondim
Universidade de Brasília

Dr(a). Olga Maria Pimentel Jacobina
Secretaria de Desenvolvimento Humano e Social

Dr(a). Sandra Eni Fernandes Nunes Pereira

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, por ser meu principal exemplo de vida e inspiração acadêmica. Por me dar o apoio necessário nessa jornada. Por me empurrar quando necessário e estar sempre preparada a amparar. Obrigada pelo carinho, paciência e dedicação.

A meu pai, pelo reconhecimento e incentivo sempre presentes.

Aos meus irmãos Marcelo e Fernando, pelo apoio, e ao meu sobrinho, Rafael, que sempre relutou em entender a necessidade dos momentos de estudo, mas teve o carinho da paciência quando foi preciso e a alegria em me distrair quando possível.

A minha orientadora, Maria Inês Gandolfo, que percorreu ao meu lado os caminhos deste trabalho, sempre apoiando, mostrando alternativas e compartilhando as angústias. Obrigada pela confiança, pelo incentivo e por dividir comigo conhecimentos acumulados de sua experiência acadêmica.

Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade, pelo tempo dedicado à pesquisa e pelo empenho em contribuir da melhor forma possível.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES), pelo apoio à pesquisa.

Ao professor Edgar Reyes Junior, por aprofundar meus conhecimentos quanto à análise de rede social. Os conhecimentos compartilhados foram fundamentais para este estudo.

À professora Fátima Gondim, pela disponibilidade e disposição em introduzir este estudo no campo de pesquisa.

À professora Vânia Medeiros, pela dedicação e pelo importante papel de conduzir os caminhos da pesquisa para o estudo de redes sociais.

Aos CRRs da Paraíba e da FEPECs-DF, por acolher a pesquisa e dar todo o suporte necessário.

Às professoras da banca, Olga, Sandra Eni, Fátima e Elaine, que não só colaboraram para o aprimoramento do trabalho, mas fizeram parte da minha construção acadêmica.

Às professoras da banca de qualificação, Gussi e Carla Dalbosco, que ajudaram a construir os caminhos que resultaram neste trabalho.

Ao Prodequi e sua equipe, que fizeram parte da minha trajetória acadêmica.

Aos colegas do pró-ensino na saúde Nazaré, Denise, Alexandre, Walner, Marilac e Luiz, que estiveram durante todo esse percurso trocando experiências e conhecimentos. Em especial, agradeço a Kamylla, pelo esforço na publicação de artigos, e à querida amiga Bethânia, que me incentivou a entrar no doutorado e esteve junto a mim nesse desafio. Obrigada pela amizade e carinho.

Ao grande amigo Daniel Arruda, por todo o apoio dedicado nesses quatro anos. Obrigada pela preocupação, por compartilhar as horas mais difíceis, sempre com carinho e leveza.

Aos colegas e grandes amigos do Ministério da Educação professora Clélia Brandão, Fábio Meirelles, Elis, Gislene, Tatiana, Livia Bardy, Alexandre, Marina e Jane. O apoio de todos foi fundamental.

E, finalmente, aos amigos que comemoraram comigo no início dessa jornada e que comemorarão ao final: Flávia, Livia, Mari, Renato, Henrique e Jun. A vocês, eu dedico a festa!

Resumo

Este estudo teve por objeto a formação de profissionais de saúde para a atuação em rede no desenvolvimento de ações de atenção ao usuário de drogas. O objetivo da pesquisa foi explorar as contribuições da análise de redes sociais (ARS) para a construção de estratégias de formação permanente e levantar potenciais e lacunas para a atuação em rede de profissionais de saúde que atuam na atenção a usuários de drogas. O campo de pesquisa foi o CRR-DF da Escola Superior de Ciências da Saúde/FEPECS/SES-DF. O público-alvo foram os profissionais atuantes e parceiros da rede SUS, inscritos no curso ofertado em 2014. A base teórica do estudo são as teorias de redes sociais, o modelo biopsicossocial de atendimento em saúde e a perspectiva de redução de danos (RD) norteados no paradigma da complexidade de Edgar Morin. O método adotado foi um estudo de caso de rede institucional com procedimentos quantitativos e qualitativos de análise. Os instrumentos de pesquisa foram entrevista fechada e roteiro de grupo de discussão. Foi realizado um mapeamento da rede intersetorial e comunitária de instituições que realizam ações de atenção e cuidado ao usuário de drogas do DF e região metropolitana, também foram levantadas as principais ações executadas e o tema foi aprofundado em um grupo de discussão. Os métodos de análise foram ARS, estatística descritiva e análise de conteúdo. A pesquisa demonstrou que a ARS tem muito a contribuir com a elaboração das estratégias formativas para a atuação em rede intersetorial. A ARS permitiu identificar quais os atores mais importantes e que influenciam com mais força a rede, quais parcerias precisam ser fortalecidas, identificou subgrupos relacionais e permitiu elaborar estratégias de formação específicas para as dinâmicas relacionais identificadas e estratégias que permitam a territorialização do atendimento.

Palavras-chave: rede social, ensino na saúde, redução de danos.

ABSTRACT

This study had as an object the training of health professionals for working in networks to develop care actions for drug users. The objective of the research was to explore the contributions of the social networking analysis for the construction of continuing education strategies and study about the gaps and potentials for network actions in the attention for the drug users. The research field was the CRR-DF allocated in the School of Health Sciences / FEPECS / SES-DF. The investigation subjects were the students of the course offered in 2014, professionals and partners of SUS. The theoretical basis of the study are the theories of social networks, the biopsychosocial model of health care and the prospect of harm reduction, guided in the paradigm of complexity of Edgar Morin. The research instruments were a closed interview and a script for a discussion group. This study did a mapping of intersectoral and community network in the attention and care of the drug user at the Distrito Federal and metropolitan area, raised the main actions made and held a group discussion. Through these procedures, the research demonstrated that the ARS has much to contribute to the development of training strategies for actions in intersectoral network. The ARS allowed identify the most important actors that influence harder the network, identify which partnerships need to be strengthened, the relational subgroups existing and allowed prepare specific training strategies for the identified relational dynamics and the strategies to enable the territorial base of actions.

Keywords: social networking, education on health, harm reduction.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Profissão dos participantes da pesquisa.....	87
Tabela 2. Atores da rede de atenção e cuidados a usuários de drogas do DF e região metropolitana.....	88
Tabela 3. Medidas grau de fluxo de intermediação e centralidade de intermediação	100
Tabela 4. Medidas de medida de centralidade de grau e autovetor.....	102
Tabela 5. Atores com maior importância relacional na rede por frequência nas medidas	104
Tabela 6. Atores com maior importância relacional na rede por índice relacional	105
Tabela 7. Grupos relacionais por cinco subgrupos.....	121
Tabela 8. Grupos relacionais por 10 subgrupos	122
Tabela 9. Ações realizadas em parcerias	129
Tabela 10. Lista das ações realizadas por menos de 10% dos participantes	132
Tabela 11. Lista das parcerias mais citadas por grupo de ações.....	133
Tabela 12. Lista de ações destacadas para análise – ações junto ao usuário e à comunidade	134
Tabela 13. Lista de ações destacadas para análise – ações junto ao sistema socioeducativo	135

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ilustração da ilha Königsberg e o grafo correspondente	51
Figura 2. Ilustração de Tabela exemplificativa de matriz social com três atores	56
Figura 3. Exemplo de matriz para mapeamento de rede institucional	80
Figura 4. Mapa da matriz de adjacência da rede de atenção a usuários de drogas do DF e região metropolitana	91
Figura 5. Mapa de força do laço da matriz de adjacência da rede de atenção a usuários de drogas do DF e região metropolitana	93
Figura 6. Comparativo entre os mapas da matriz de adjacência e da matriz de afiliação... ..	97
Figura 7. Mapa da matriz de afiliação com destaques.....	107
Figura 8. Mapas por serviço	120
Figura 9. Gráfico com as médias das ações realizadas.....	128
Figura 10. Gráficos das ações realizadas - de ações de assistência em saúde a ações de educação para a saúde.....	130
Figura 11. Gráficos das ações realizadas - de ações de educação escolar formal ou não formal a ações de assistência a alimentação	131
Figura 12. Mapa de adjacência projetado para o grupo de discussão.....	139
Figura 13. Gráfico com a representação da proporção de cada código no texto analisado.....	143
Figura 14. Relação entre os códigos por análise de cluster	164

LISTA DE SIGLAS

ABORDA - Associação Brasileira de Redutores de Danos
ACAT – Associação de Centros de Pesquisa Prevenção e Tratamento de Uso Indevido de Drogas e Álcool
ARS – Análise de Redes Sociais
CAE - Campo de Ação Estratégica
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs – Centro de Atenção Psicossocial
CAPs AD – Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas
Centro POP – Centro de referência especializada e Pessoas em situação de rua
CR – Consultório na Rua
CR - Consultórios de Rua
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRRs – Centros Regionais de Referência para a Formação Permanente de Profissionais da Rede de Atenção a Usuários de Crack e outras Drogas
CTA – Centros de Testagem e Aconselhamento
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EJA – Educação de Jovens e Adultos
ESF – Estratégia Saúde da Família
FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas
PNAD – Política Nacional sobre Drogas
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRD Programas de Redução de Danos ()
PSF – Programa Saúde da Família
RAISSS - Rede Latino Americana de Intervenção em Situação de Sofrimento Social
RD – Redução de Danos
REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos
SEDUC – Secretaria de Educação
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SES – Secretaria de Saúde
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUPERA – Sistema para Detecção de Uso Abusivo de Substância Psicoativas
SUS – Sistema Único de Saúde
UAMA – Unidade de Atendimento em Meio Aberto

Sumário

Contexto da pesquisa.....	14
Sistema Único de Saúde	14
Política sobre drogas no Brasil	17
Marco metodológico do curso ofertado pelo CRR-DF/ FEPECS - Tratamento Comunitário e Rede Operativa	25
Fundamentação Teórica	30
Teoria da Complexidade	30
Formação em saúde	33
Teoria de Redes Sociais	40
Objetivos.....	70
Método	71
Construção do instrumento de mapeamento de redes	72
Validação do instrumento de mapeamento de redes	74
Método de aplicação do instrumento de mapeamento	75
Aprofundamento qualitativo: grupo de discussão.....	81
Resultados e Discussão	85
Estudo de Caso: Formação da Rede Institucional e Comunitária de Atenção a Usuários de Drogas a partir da análise dos cursistas do CRR-DF/FEPECS	85
Análise de Rede.....	85
<i>Caracterização dos participantes.....</i>	<i>86</i>
<i>Características da rede</i>	<i>87</i>
<i>Ações realizadas pela rede</i>	<i>123</i>
<i>Descrição dos procedimentos para análise dos dados do grupo de discussão.....</i>	<i>141</i>
<i>Percepção das Dinâmicas da Rede</i>	<i>143</i>
<i>Preconceito com os Usuários</i>	<i>150</i>
<i>O Papel da Comunidade</i>	<i>151</i>
<i>O Papel da Gestão.....</i>	<i>153</i>
<i>Necessidades de Formação da Rede</i>	<i>156</i>
<i>Estratégias de Formação da Rede</i>	<i>159</i>
<i>Análise de Cluster.....</i>	<i>164</i>
Considerações Finais	166
Referências	179
Anexo A. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa	187
Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	190
Apêndice 2: Aceite Institucional.....	191
Apêndice 3: Instrumento de Mapeamento de Rede	192

Introdução

Este estudo foi desenvolvido na Universidade de Brasília, no âmbito do projeto de pós-graduação Fortalecimento do Ensino na Saúde no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Uma Proposta Interdisciplinar da Universidade de Brasília na Região Centro-Oeste. O projeto - conhecido também como Pró-Ensino na Saúde - foi aprovado em 2011 por submissão de proposta a edital da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), fruto de parceria entre o Instituto de Psicologia e o campus de Ceilândia da Universidade de Brasília – UnB. O Pró-Ensino na Saúde é um programa de fomento de cursos de pós-graduação da CAPES em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, que tem por objetivo fomentar a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação de mestres, doutores e estágio pós-doutoral na área do ensino na saúde, contribuindo, assim, para desenvolver e consolidar essa área de formação, considerada estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O objeto deste estudo é a formação de profissionais de saúde para a atuação no SUS no desenvolvimento de ações de atenção ao usuário de drogas na perspectiva da atuação em rede. Esta pesquisa trará o olhar da complexidade ao objeto e, portanto, buscará compreendê-lo em sua contradição, sem a falsa noção de precisão e de neutralidade que fragmentava o objeto, perdendo a noção de unidade. Tal simplificação recai em um erro: a pretensão de fechar-se em verdade. Essa simplificação foi responsável por grandes avanços da ciência, mas, enfim, deparou-se com um limite. Para vencer tal limite, é preciso compreender que o objeto fragmentado é uma simplificação, por vezes necessária, mas não uma verdade. Verdade absoluta é um status que não será atingido, pois em todo conhecimento cabe o incerto; já a simplificação pode ser complementada com uma ampliação do fenômeno observado e das formas de enxergá-lo (Morin, 1990).

Então, a partir de uma compreensão complexa do objeto de pesquisa e ancorada nos pressupostos teóricos de redes sociais, da teoria da complexidade, do modelo biopsicossocial de atuação em saúde e da redução de danos, procura-se analisar o potencial e as lacunas para a atuação em rede, tendo como recorte os profissionais do SUS que se matricularam no curso ofertado pelo Centro Regional de Referência para a Formação Permanente de Profissionais da Rede de Atenção a Usuários de Crack e outras Drogas do Distrito Federal (CRR-DF) da Escola Superior de Ciências da Saúde/FEPECS.

Os Centros Regionais de Referência para a Formação Permanente de Profissionais da Rede de Atenção a Usuários de Crack e outras Drogas (CRRs) são parceria da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) com instituições de públicas de ensino superior para a formação permanente de profissionais que atuam na atenção a usuários de drogas. A presente pesquisa vai realizar aplicação de instrumentos de mapeamentos de rede e métodos qualitativos na busca por responder às seguintes perguntas de pesquisa:

De que formas a análise de redes sociais (ARS) pode contribuir para a formulação de estratégias de formação dos profissionais do SUS que atendem usuários de drogas?

A rede de atenção e cuidado ao usuário de drogas pode funcionar como lócus de formação profissional?

Quais são os potenciais e as lacunas da atuação em rede na atenção e cuidado ao usuário de drogas?

Contexto da pesquisa

Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu com a Constituição Federal, em 1988, quando a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado. Mas foi na década de 1990 que o desafio da concretização do SUS começou a sair do papel. Como destaca Menicucci (2009), o processo de implementação do SUS passou, ao longo dos anos, por ambiguidades, avanços e dificuldades. A autora salienta o choque provocado pela ideia de um sistema igualitário de saúde, com o legado de uma sociedade organizada em torno da diferenciação e segmentação no campo de atenção à saúde. Mas esse não foi e não é o único desafio do SUS: o sistema também enfrenta o desafio de inverter a lógica, historicamente construída, de uma assistência de saúde baseada no modelo flexneriano ou biomédico.

O modelo de atendimento em saúde teve impacto mundial pelo lançamento do relatório elaborado por Abraham Flexner em 1910. No Brasil, não foi diferente: o impacto do relatório gerou mudanças nos serviços de saúde. Na prática, o modelo de saúde desenvolvido com base nas conclusões do relatório Flexner – modelo biomédico ou flexneriano – introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade que regulamentaram a formação acadêmica e profissional na área da saúde (Almeida Filho, 2010).

Foi um avanço importante para a época e com impacto positivo no atendimento em saúde. No entanto, com o passar das décadas, a comunidade científica foi percebendo a necessidade de evolução do modelo flexneriano, pois este dá ênfase à disciplinaridade, à fragmentação em especialidades, e hoje já se entende a necessidade de avaliações multidisciplinares e transdisciplinares para se compreender os fenômenos complexos envolvidos no processo de saúde e doença. O modelo flexneriano também preconiza um atendimento de saúde hospitalocêntrico de abordagem biologicista, enquanto que,

atualmente, já se reconhece a necessidade de atendimentos descentralizados e abordagens biopsicossociais, ou seja, um atendimento mais próximo da população e das comunidades atendidas, levando-se em consideração as características sociais da comunidade, bem como do indivíduo, assim como fatores psicológicos, além dos biológicos. Outro ponto é o foco na doença e na cura, o que impede a visão integral do ser humano e atuações preventivas e de promoção de saúde voltadas para acompanhamento, cuidado e tratamento da saúde coletiva e individual da população (Carvalho & Ceccim, 2006; Ceccim, 2007).

Segundo Almeida Filho (2010), o modelo flexneriano, por ainda ser reproduzido acriticamente, tem sido responsabilizado, no Brasil, por dificuldades crônicas no serviço de saúde e na formação do profissional de saúde. Portanto, para se estudar demandas de formação em saúde, há que se levar em consideração esse contexto sócio-histórico. Em resumo, foi nesse contexto de superação do modelo flexneriano que surgiu o SUS – instituído pela Constituição do Brasil (1988), artigo 196, regulamentado pela lei nº. 8.080/1990.

Segundo Menicucci (2009), a substituição do modelo de atendimento em saúde de livre demanda por um modelo de atendimento territorializado sempre foi o foco do SUS, que, ao longo dos anos, criou instrumentos de descentralização dos serviços. Em 1995, foram tomadas medidas mais concretas para a viabilização do atendimento territorializado por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com enfoque na promoção de saúde e prevenção. Ceccim (2005) conceitua território como:

O território de que falo não é físico ou geográfico: o trabalho ou a localidade. O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho. Desejam-se como efeito de aprendizagem a prevalência da sensibilidade, a

destreza em habilidades (saber fazer) e a fluência em ato das práticas. Para habitar um território será necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos, não somente cognitivos, não somente técnicos e não somente racionais, mas políticos, comunicacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, isto é detectável na realidade. (Ceccim, 2005, p. 983)

Historicamente, o SUS tem investido cada vez mais na noção de território e em abordagens biopsicossociais *in loco*, na tentativa de superar o modelo flexneriano. Essa forma de abordagem é entendida como uma forma de ação preventiva mais produtiva com foco em promoção da saúde e em cuidados clínicos primários. Essa oferta de cuidados preserva o respeito ao contexto sociocultural da população usuária e busca aproximá-la de outros serviços de natureza diversa.

No entanto, a formação de profissionais que atuam na saúde ainda reproduz o modelo flexneriano e, por isso, nota-se que, na prática profissional, esse modelo ainda não está superado e a formação em saúde ainda não prepara profissionais para uma atuação biopsicossocial (Leite, 2010). Dessa forma, o SUS vem enfrentado diversas dificuldades para a construção desse modelo de atenção à saúde, visto que os profissionais são formados com base em um modelo obsoleto e são exigidos para uma atuação inovadora.

Política sobre drogas no Brasil

A dificuldade de formação profissional para atuação em saúde é sentida de forma bem intensa na área da saúde que promove ações de cuidados a usuários de drogas. Como foi descrito, o SUS vem lutando pela implementação do modelo de atendimento territorializado pautado na perspectiva biopsicossocial. Segundo Andrade (2011), na área da saúde que trabalha com a temática das drogas, a estratégia adotada atualmente tem como pilar os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPs AD) que nasceram com a tarefa de serem os articuladores das ações de saúde, promovendo ações territorializadas. Esse papel articulador é definido pela Portaria/GM/MS nº 336 (2002), que regulamenta o funcionamento dos CAPs e os responsabiliza, em seu art. 4º, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.

Entretanto, ainda segundo Andrade (2011), os profissionais sentem dificuldades de atuar nessa perspectiva. De acordo com Assis, Barreiros e Conceição (2013), o fenômeno da drogadição envolve múltiplas interações e articulações de diversas áreas, inserindo-se em uma perspectiva complexa. Entretanto, dificilmente o fenômeno das drogas é considerado em sua amplitude e complexidade. Para contextualizar as ações de atenção a usuários de drogas no Brasil e as ações de formação profissional, apresentamos uma breve contextualização histórica a partir do ponto de vista da redução de danos (RD).

A escolha por esse recorte histórico se justifica pelo fato de a redução de danos (RD) ser adotada como marco teórico-político da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, apresentada pelo documento *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, de 2003; também é adotada como pressuposto da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) aprovada

pela Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD de 2005. A redução de danos é entendida pela PNAD como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos, amparada pela Constituição Federal, e deve ser realizada de forma articulada inter e intrasetorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade. Além do respaldo legal da perspectiva de redução de danos apresentado acima, essa perspectiva também é adotada por este estudo como sendo a mais adequada no trato das questões relacionadas ao contexto de uso de drogas.

Nardi e Rigoni (2005) definem redução de danos (RD) como um conjunto de medidas em saúde que tem a finalidade de minimizar as consequências adversas do uso/abuso de drogas. No decorrer do curso histórico, a RD associou-se e se consolidou enquanto estratégia de saúde pública por meio de ações de prevenção de transmissão de HIV/AIDS por usuários de drogas injetáveis. No entanto, as primeiras ações de RD, segundo o manual publicado pelo Ministério da Saúde em 2001, datam de 1926, quando a Inglaterra estabelece princípios para ações terapêuticas com uma droga de substituição. O relatório de Rolleston norteou médicos a prescreverem opiáceos para dependentes de drogas.

Contudo, segundo Brasil (2003), transcorreu um longo período até que essas estratégias se incorporassem às práticas de saúde pública. Ainda segundo a autora, por volta dos anos 1980 ocorreu um surto de hepatite B em Amsterdã (Holanda) e um grupo de usuários de drogas mobilizou-se para pressionar o governo local a distribuir material esterilizado e evitar a contaminação. Esse movimento gerou a luta não pela prevenção de DSTs, mas por um direito mais amplo: direito à saúde e direito à cidadania. Esse movimento tornou-se, então, a base da política de RD, que caminha ainda hoje para

problematizar não só questões diretamente associadas ao uso de drogas, mas também questões sociais complexas que se relacionam com o uso de drogas.

O primeiro programa de troca de seringas foi implantando em Amsterdã em 1984, mas somente em 1985, por meio da experiência “Merseyside”, em Liverpool (Grã-Bretanha), essa política ganhou força na Europa. Nesse momento, não só a hepatite, mas também o HIV/AIDS era uma ameaça à saúde dos usuários de drogas injetáveis. O HIV/AIDS era tido, então, como uma epidemia que atacava principalmente homossexuais e usuários de drogas injetáveis. Assim, a necessidade de controle da transmissão de HIV/AIDS tornou-se, historicamente, o principal fator de aceitação das estratégias de RD.

A RD, enquanto política de saúde, vai se fortalecendo a partir de 1990 nas Conferências Mundiais de Redução de Danos: Liverpool/Inglaterra (1990), Barcelona/Espanha (1991), Melbourne/Austrália (1992), Roterdã/Países Baixos (1993), Toronto/Canadá (1994), Florença/Itália (1995), Hobart/Austrália (1996) e Paris/França (1997).

Brasil (2003) faz a ressalva de que, apesar da consolidação da política na Europa, existem variações no entendimento da amplitude das estratégias. Por exemplo, Holanda, Suíça e Alemanha são países representantes de uma política mais ampla, que ultrapassa o controle da disseminação de HIV/AIDS por usuários de drogas injetáveis, já França e Suécia são países mais conservadores, em que a política de RD é mais restrita.

No entanto, Marllat (1999) ressalta que a política mundial de redução de danos enfrentou, à época, a resistência dos Estados Unidos da América (EUA), que, além de não aceitarem a prática de troca de seringas, ainda disseminaram mundialmente uma política de erradicação total das drogas. Essa política de combate às drogas consolidou-se a partir da Convenção Única de Entorpecentes de Nova Iorque, em 1989. A política americana adotada nos anos 1980 e meados dos anos 1990 acabou por ter forte influência,

principalmente, nos países em desenvolvimento. Atualmente, vários estados dos EUA coadunam-se com políticas de RD, inclusive com a legalização da maconha.

No Brasil, a então Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), criada em 1998, estrutura-se conforme as diretrizes políticas do documento organizado em 1989 na Convenção Única de Entorpecentes de Nova Iorque e diretrizes da 20ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas. Implementa-se, então, uma política de combate às drogas que já vinha sendo construída antes da SENAD por meio de estratégias de redução da oferta de drogas, mas também há igual ênfase às estratégias de redução da demanda, como as ações preventivas. Assim, mesmo com a estruturação de uma política de combate, surgem iniciativas de RD no Brasil em 1989, na cidade de Santos - SP, com ações que buscavam evitar a transmissão do HIV/AIDS via compartilhamento de seringas e agulhas usadas na administração de drogas injetáveis. Os agentes de saúde distribuíaam materiais para higienização de seringas nos espaços de uso de drogas. No entanto, a ação foi entendida como incentivo ao uso de drogas e os agentes de saúde sofreram processos jurídicos. Dessa forma, o programa de trocas de seringas não foi efetivado em Santos. Somente em 1995 foi possível realizar as trocas legalmente. O primeiro programa de trocas de seringas do Brasil e da América Latina foi realizado em Salvador – BA, seguido de São Paulo e Rio Grande do Sul (Andrade, 2011; Brasil, 2003; Marlatt, 1999).

Assim, é na década de 1990 que o governo brasileiro reconhece a necessidade de uma política de redução de danos, embora ainda focada somente no controle do HIV. Entre 1995 e 2003, foram abertos mais de 200 Programas de Redução de Danos (PRD) com esse foco. Os PRDs nascem nas universidades, nas coordenações municipais e estaduais de Saúde e em ONGS, e buscam primeiramente acessar a população usuária de drogas nos serviços de saúde. No entanto, constatou-se que essa população não tinha acesso aos

serviços de saúde e eram praticamente invisíveis a esses profissionais. Dessa forma, a primeira parceria dos PRDs foi com serviços de atendimento específico ao HIV/AIDS.

Em vários municípios do país, leis locais passaram a autorizar o funcionamento dos programas de trocas de seringas, mas as ações eram organizadas por associações como a ABORDA (Associação Brasileira de Redutores de Danos), criada em 1997, e a REDUC (Rede Brasileira de Redução de Danos), criada em 1998.

Em 2001, o Ministério da Saúde elenca ações de redução de danos, representando a consolidação da legitimação das ações:

(...) consistem em um elenco de ações desenvolvidas em campo por agentes comunitários de saúde especialmente treinados (denominados “redutores de danos” ou simplesmente “redutores”), que incluem a troca e distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação (IEC), aconselhamento, encaminhamento, vacinação contra hepatite e outras ações. (Ministério da Saúde, 2001, pp. 12-13)

No entanto, a política de RD no Brasil teve momentos de avanços e de recuos. Até 2004, o governo federal responsabilizava-se pelo fomento das ações de RD, quando, nesse ano, a responsabilidade foi transferida aos estados e municípios, o que resultou num retrocesso da política: em 2003, o Brasil contabilizava 279 PRDs, em 2005, esse número foi reduzido a 136 PRDs, sendo que estes ainda existentes passavam por grandes dificuldades, com grande parte da equipe técnica sendo constituída por autônomos e voluntários.

Ainda com muita dificuldade, o governo apoiava as ações de RD, mas a questão do uso de drogas ainda não era uma questão claramente reconhecida como uma agenda de

saúde pública e havia escassez de serviço com esse perfil no SUS. O que se tinha eram alguns leitos de desintoxicação nos hospitais gerais, atendimentos ambulatoriais e internações nos hospitais psiquiátricos.

O SUS já percorria os passos da reforma psiquiátrica e da descentralização dos serviços de saúde em detrimento da lógica hospitalocêntrica com ações como, por exemplo, a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), criados em 1992 por meio da Portaria/SNAS nº 224. Porém, somente em 2002 a saúde pública passa a desenvolver ações sistemáticas relativas ao tratamento e prevenção no campo de álcool e outras drogas (Delgado & Cordeiro, 2011). Nesse ano, inicia-se a implantação dos CAPs AD (Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas) como forma de constituir uma rede especializada no atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Os CAPs AD foram concebidos para prestar atendimento clínico em regime de atenção diária para evitar as internações e serem os articuladores das ações de saúde mental na atenção ao usuário de álcool e outras drogas em um determinado território. Para tanto, os CAPs AD deveriam ser capazes de se articular com o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) e promover ações de RD com base territorial (Andrade, 2011).

Dessa forma, as ações de RD consolidam-se como uma estratégia norteadora da política do Ministério da Saúde e deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS. Mas, segundo Andrade (2011), os ESF enfrentaram grandes dificuldades em inserir ações de RD em suas práticas, principalmente porque a ênfase na atenção básica à saúde no Brasil é ainda recente e está em processo de construção. O autor ainda destaca que, pelas dificuldades de articulação com o ESF, a atuação dos CAPs AD, que foi concebida com base em ações territoriais, ficou reduzida ao atendimento no próprio serviço, sendo assim, eles são subutilizados. Populações mais vulneráveis, como a

população em situação de rua, tende a não buscar serviços de saúde e, portanto, não têm os CAPs AD como referência de atendimento de saúde (Andrade, 2011).

Com o progressivo aumento da visibilidade do consumo de crack, cujos primeiros registros de consumo no Brasil datam do início da década de 1990, foi lançado pelo governo federal, em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) e, em 2010, o governo lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas (Plano Crack) - plano de integração das ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e de outras drogas.

O PEAD e o Plano Crack trazem alguns avanços nas políticas de RD, principalmente com a ênfase dada à qualificação da rede de cuidados com investimento na formação, previsão de realização de cursos de especialização e atualização, bem como a previsão de capacitação de forma continuada para atuação no atendimento de usuário de drogas. A criação dos CAPs com atendimento 24 horas (PEAD) também foi uma contribuição importante, pois um dos fatores que contribuía para a dificuldade de acesso do público-alvo dos CAPs AD era o horário de funcionamento muito restrito. Outro avanço foi o fomento das Escolas de Redutores de Danos do SUS (PEAD e Plano Crack). Essa estratégia busca resgatar e fortalecer as ações territorializadas dos redutores de danos e assim atingir a população que não busca e não acessa os serviços de saúde. As escolas de Redutores de Danos do SUS devem se articular com os PRDs, os Consultórios de Rua (CR), o programa ESF e as ações dos CAPs AD e outros serviços de saúde. Em 2009, o Ministério da Saúde criou 13 Escolas de Redutores de Danos municipais. Em 2010, passam a existir 58 Escolas de Redutores de Danos, com a formação de 1.044 profissionais em RD.

Para compreender a RD, é preciso compreender não só sua trajetória na política pública brasileira, mas também compreender a amplitude do conceito de RD. Esse é um conceito que vem sendo muito discutido na literatura e toma nuances diversas, a depender do autor que debate o tema. É um conceito em construção, como aponta MacRae e Gorgulho (2003), que consideram RD um conceito em aberto ao qual podem ser atribuídos vários significados. Isso advém do fato de o conceito estar intrinsecamente ligado às noções de riscos e danos que, segundo os autores, devem ser entendidas em sua relatividade.

(...) riscos e danos devem também ser entendidos de maneira ampla, cuidando-se para não impor definições demasiadamente estritas sobre o que seja redução de danos. A redução de danos deve ser baseada em uma abordagem simpática, isenta de moralismo e centrada num trabalho comunitário que, embora possa propor novos padrões e modos de uso, reconheça a importância da escala de valores do usuário e de seu saber sobre drogas. (MacRae & Gorgulho, 2003, p. 2)

Neste estudo, o conceito de RD adotado vincula-se ao conjunto de princípios norteadores das ações de atenção a usuários de drogas que preza pela autonomia do usuário; pela compreensão dos fatores biopsicossociais envolvidos; pela atuação em rede; pela valorização do conhecimento, da coparticipação e corresponsabilidade dos usuários e da comunidade, e pela compreensão de riscos e danos relacionados, desde o efeito da droga até o contexto de vulnerabilidade social da comunidade.

Essa perspectiva de RD vem ao encontro do modelo biopsicossocial que vem sendo fortalecido pelo SUS e que, portanto, encontra as mesmas dificuldades de formação profissional para uma atuação pautada nesses princípios. No Brasil, a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas - SENAD é o órgão que vem se destacando nas ações de

formação profissional para atuação na temática de drogas. Atualmente, a SENAD forma profissionais da rede SUS por meio de curso de educação continuada denominado SUPERA – Sistema para detecção de uso abusivo de substâncias psicoativas. O curso ofertado em parceria com a Universidade Federal de São Paulo tem como público-alvo profissionais da saúde e assistência social. Outra estratégia adotada pela SENAD foi a criação, em 2011, dos Centros Regionais de Referência para a Formação Permanente de Profissionais da Rede de Atenção a Usuários de Crack e outras Drogas (CRR), com o objetivo de realizar a formação permanente e a qualificação da intervenção de profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social, na atenção a usuários de drogas.

Marco metodológico do curso ofertado pelo CRR-DF/ FEPECS - Tratamento Comunitário e Rede Operativa

O curso ofertado pelo CRR do DF, campo desta pesquisa, optou por adotar a perspectiva do tratamento comunitário como marco metodológico da formação.

A questão do consumo de drogas pode ser pensada em vários níveis: no nível pessoal do usuário e de como o uso de drogas pode estar funcionando como um sintoma; no nível familiar e da função que o uso de drogas adquire no equilíbrio do sistema familiar; no nível de políticas públicas e de como o governo deve induzir políticas nas áreas da saúde, educação e assistência social para reduzir o impacto negativo do consumo de drogas na sociedade, e por fim, no nível comunitário, em que o contexto relativo às drogas afeta e, ao mesmo tempo, é afetado por um conjunto de pessoas e suas relações, num determinado espaço geográfico.

O despertar da consciência de que a comunidade pode mudar o contexto do consumo de drogas naquele espaço geográfico por meio de suas relações é o mote de trabalho do tratamento comunitário. A proposta de intervenção comunitária prevê um conjunto de pessoas articuladas que mobilizam suas redes sociais com o objetivo comum de melhorar a qualidade de vida na comunidade (Milanese, 2012).

A proposta do tratamento comunitário foi criada por Milanese (2012), que a define como um processo composto por um conjunto de ações, instrumentos e práticas, com o objetivo de promover um aumento da qualidade de vida de pessoas que abusam de drogas e vivenciam uma exclusão social grave. Para tanto, faz-se necessário ultrapassar a esfera individual e trabalhar a qualidade de vida da comunidade onde os usuários moram.

De acordo com Milanese (2012), a comunidade deve ser entendida como o conjunto de pessoas em um território, as relações que elas estabelecem e as crenças e normas sociais que medeiam essas relações. Esses elementos formam, então, uma rede social. O território em que essa rede é constituída tem por características um espaço geográfico, uma ou mais linguagens, processos organizativos, funções sociais, conflitos, interesses, cultura.

O tratamento comunitário guarda relação, mas não se confunde, com a psicologia comunitária. Góis (1993) define a psicologia comunitária como a área da psicologia que estuda o psiquismo decorrente do modo de vida do lugar/comunidade, das relações ali estabelecidas e da identificação e pertinência do sujeito à comunidade. Assim, a psicologia comunitária guarda relação com a perspectiva do tratamento comunitário à medida em que as duas bases teóricas buscam compreender os indivíduos no contexto sociopolítico da comunidade e buscam desenvolver a autonomia e as práticas cooperativas a partir da análise dos problemas comunitários (Campos, 2000). A distinção entre ambas reside no fato de o tratamento comunitário ser voltado para questões relativas ao contexto do uso de

drogas e estar focado em trabalhar as relações da rede de atenção ao usuário, enquanto que a psicologia comunitária está focada nos processos psíquicos e não se limita ao contexto do uso de drogas.

A proposta do tratamento comunitário é adotada como base teórica do curso ofertado pelo CRR-DF, campo desta pesquisa. Essa base teórica coaduna-se com as necessidades do SUS de formação profissional pautada no modelo biopsicossocial e com a perspectiva de RD, pois prevê atuação territorializada em que as instituições atuam na comunidade, se aproximando do contexto sociocultural da população. Assim, entende o usuário em seu contexto biopsicossocial e está atenta à comunidade em suas vulnerabilidades sociais. A proposta também trabalha com o conceito de intersetorialidade, tão caro às políticas de saúde, à medida que prevê uma atuação em rede em que as instituições de diferentes setores, a comunidade e os usuários complementam suas ações e se unem com o objetivo comum de aumentar a qualidade de vida da população.

O conceito de rede social vem sendo utilizado por vários autores na busca pela compreensão da complexidade das relações humanas. É nas relações humanas que nos constituímos enquanto sujeitos, nos desenvolvemos, trabalhamos, aprendemos e amamos. É a esse conjunto de relações que denominamos de rede. Um dos autores clássicos sobre rede social, Sluzki, a define da seguinte forma:

Rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autofigura. Constitui uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e agenciamento ou autoria, incluindo hábitos de

cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise. (Sluzki, 1997, pp. 41-42).

Segundo Sanicola (2008), as redes sociais desenvolvem o sentimento de pertencimento e são fonte de identidade pessoal e social. Milanese (2012) parte da base conceitual de rede social para compreender as relações no âmbito do tratamento comunitário.

Como aponta Sluzki (1997), as relações que compõem uma rede social podem adquirir diversas funções, tais como companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços, acesso a novos contatos e podem ser delimitadas a determinada área de convivência, como ambiente de trabalho, família, amizades, comunidade. Milanese (2012) denomina essa rede social ampla, composta de todas essas relações pessoais, de rede subjetiva, e denomina de rede operativa aquela composta de relações que se articulam em um contexto de ações de atenção e cuidado ao usuário de drogas. Portanto, quando se fala em rede operativa, está se falando em uma rede cujas articulações têm intencionalidade.

Segundo o autor, a rede operativa tem uma dimensão visível, que se constitui pela própria equipe, e uma dimensão invisível, que é composta pelos conceitos, ideias e representações da equipe. É nesse mundo simbólico que se encontram as raízes culturais do indivíduo, de sua formação e da organização de trabalho da equipe, e são essas raízes culturais que medeiam as relações interpessoais. Cada indivíduo traz para a rede operativa não só sua relação com os próprios membros da equipe, mas também suas relações com a rede comunitária e com a rede de recursos comunitários. Então, a rede operativa é composta pelos membros da equipe e suas relações com a comunidade onde a equipe está inserida (Milanese, 2012).

A formação é um dos pontos essenciais para que a equipe se torne uma rede operativa, pois a formação é um dos pilares que medeiam as relações interpessoais que a constituem. Ainda que os membros da equipe tenham uma formação profissional, faz-se necessária uma formação específica e contínua para a atuação na perspectiva do tratamento comunitário. Essa formação comum tem o objetivo de construir uma cultura que organize o trabalho em torno de uma rede operativa que não só se alimenta dessa rede, mas também a retroalimenta num esforço contínuo de manutenção dessas relações da rede. Esse é o desafio do CRR, que adota a teoria de tratamento comunitário como base de seus cursos de formação.

Fundamentação Teórica

Teoria da Complexidade

A teoria da complexidade de Edgar Morin é a base teórica deste estudo, pois ampara o modelo biopsicossocial do atendimento em saúde em seus fundamentos basilares de compreensão da universalidade e integralidade do ser humano. Como exposto, o modelo biopsicossocial vem da necessidade de superação do modelo baseado na extrema fragmentação do atendimento em saúde em especialidades, e da formação em saúde em disciplinas.

Para Morin (1990), o pensamento fragmentado faz surgir a inteligência cega, que é o conhecimento advindo de um método de fragmentação da realidade, um método que isola o objeto de todo o universo de complexidades que o envolve, ignora a diferença enxergando apenas a unidade ou ignora a unidade enxergando apenas as diferenças. Tal simplificação do pensamento leva à compreensão equivocada da realidade, tem a pretensão de neutralidade e ignora a relação entre o objeto observado e o observador. Segundo Morin (2011), há um descompasso entre os saberes desunidos, compartimentados e as realidades cada vez mais transversais, multidimensionais.

Em contraponto a essa forma de compreensão do objeto, está a complexidade. Essa teoria busca apreender o objeto em seus mais diversos ângulos, com os mais diversos olhares. A complexidade vê o objeto em suas ordem e desordem inerentes. Segundo Morin (1990):

A complexidade (...) é a incerteza no meio de sistemas ricamente organizados. Ela relaciona sistemas semialeatórios cuja ordem é inseparável dos acasos que lhe dizem respeito. A complexidade está, portanto, ligada a uma certa mistura de ordem e de desordem, mistura íntima, ao contrário da ordem/desordem estatística,

onde a ordem (pobre a estática) reina ao nível das grandes populações e a desordem (pobre, porque pura indeterminação) reina nas unidades elementares. (Morin, 1990, p. 33)

A complexidade é a compreensão da desordem da realidade. Apreender a desordem não significa ignorar elementos de ordem e de certeza, significa utilizar tais elementos ciente de que o conhecimento advindo é parcial e só será real se for somado à desordem, se for imerso no contexto inerente ao objeto observado.

Morin (1990) pensa a complexidade por três princípios: dialógico, reclusão organizacional, hologramático. Sobre o princípio dialógico:

A ordem e a desordem são dois inimigos: uma suprime a outra, mas ao mesmo tempo, em certos casos, colaboram e produzem organização e complexidade. O princípio dialógico permite-nos manter a dualidade no seio da unidade. Associa dois termos ao mesmo tempo complementares e antagônicos. (Morin, 1990, p. 33)

O princípio da reclusão organizacional refere-se a um processo em que os fenômenos são, ao mesmo tempo, produtores e produzidos. Ou seja, o fenômeno está em um ciclo em que assume o papel de causa e produtor daquilo que o produziu.

O princípio hologramático traz a ideia de que a parte tem em sua essência a representatividade do todo, assim como o todo, das partes. Nesse sentido, soma-se ao conhecimento do todo, o conhecimento das partes e vice-versa.

Morin (2011) discute os elementos básicos necessários ao que ele denomina de educação do futuro. Para ele, a educação fragmentada em especialidades e disciplinas

trouxe grandes avanços no século XX, mas atualmente representa obstáculo ao exercício do conhecimento pertinente.

Para que um conhecimento seja pertinente, o autor traz a importância de as informações serem contextualizadas. Segundo ele, a palavra necessita do texto, e o texto, do contexto. É preciso, também, levar em consideração o global, que é o conjunto das diversas partes ligadas ao contexto de modo inter-retroativo. Com isso, o autor traz a ideia de uma unidade poder ser, ao mesmo tempo, causa e causadora de fenômenos (princípio da reclusão organizacional). Há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo que lida com todos os aspectos de um mesmo fenômeno. Quando o fenômeno estudado é o ser humano ou a sociedade, portanto unidades complexas, é preciso levar em consideração o aspecto multidimensional: o ser humano é biológico, psíquico, social, afetivo e racional. Assim, a formação deve estimular o que o autor denomina de uso da inteligência geral, que é a capacidade de resolver problemas de forma correlata, utilizando os conhecimentos para superar as antinomias consequentes dos conhecimentos especializados.

Para o autor, os sistemas de ensino estruturados no modelo fragmentado e especializado impedem o exercício do conhecimento pertinente. A necessidade de transdisciplinaridade já é senso comum, mas sem respaldo na prática, pois ela só se configura enquanto solução quando é resultado de uma reforma de pensamento.

Faz-se necessário substituir um pensamento que está separado por outro que está ligado. Esse reconhecimento exige que a causalidade unilinear e unidirecional seja substituída por uma causalidade circular e multirreferencial, que a rigidez da lógica clássica seja corrigida por uma dialógica capaz de conceber noções simultaneamente complementares e antagônicas. (Morin, 2013, p. 20)

Esse é o desafio que está posto para o ensino, para a formação profissional na busca da educação do futuro. Na área da saúde, quem enfrenta essa mudança de paradigma é o modelo biopsicossocial de atendimento em saúde. O maior desafio é diminuir o descompasso de profissionais formados por modelos tradicionais de fragmentação do conhecimento e exigidos para uma atuação biopsicossocial.

Formação em saúde

De acordo com Ceccim (2007), existe um abismo entre a formação e o que se espera da atuação profissional na área de saúde. Para reduzir esse abismo, mais do que transferir automaticamente recursos cognitivos e tecnológicos aos futuros profissionais, a educação para o trabalho em saúde deveria ser pautada na formação de sujeitos capazes de dar continuidade a um projeto de sociedade no qual vigore um conceito ampliado de saúde.

o momento atual é marcado pela consolidação das políticas públicas em torno do modelo de atenção psicossocial de base comunitária, em contraposição ao modelo clássico da psiquiatria, que vê no hospital e no isolamento dos usuários a principal estratégia de cuidado no campo da saúde mental. (Assis, Barreiros, & Conceição, 2013, p. 585)

No entanto, a concepção de saúde predominante continua sendo aquela ligada ao atendimento curativo e hospitalocêntrico, o que fortalece os pressupostos de uma formação para os profissionais de saúde que seja centrada na doença e pautada no modelo biomédico ou flexneriano. Nessa conjectura, a formação acadêmica vem priorizando conteúdos técnicos e práticos apresentados de forma fragmentada em disciplinas. Os futuros

profissionais não são preparados para intervir e transformar a realidade da saúde brasileira, mas para saber fazer mediante a aquisição de conhecimentos tecnológicos e incorporação de protocolos de tratamento (Carvalho & Ceccim, 2006; Ceccim, 2005; Haddad, et al., 2010).

Araújo, Miranda e Brasil (2007) ressaltam a importância de integrar a concepção integral do ser humano como ponto de partida nos currículos de formação de profissionais da área de saúde em contraponto à concepção biomédica. Essa questão é especialmente importante quando se trata da formação do profissional de saúde que exerce ações de reinserção social de usuários de drogas. O profissional que enxerga o usuário de forma fragmentada, sob uma ótica biomédica, não alcançará a dimensão e o impacto social implicados no fenômeno complexo do uso de drogas.

A concepção biomédica tem influenciado a construção de currículos em que as disciplinas são estanques e o estudo do ser humano, fragmentado, desconsiderando fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecimento das pessoas. A concepção integral do ser humano, em contraponto, compreende que essas dimensões são tão importantes quanto a dimensão biológica, e é preciso entendê-las como um conjunto de fatores inter-relacionados de maneira complexa. “É impossível educar por simples referência a um passado de educação. É necessário pensar numa ciência em mutação e num pensamento aberto que se renova.” (Fonseca, 2014, p. 36).

Agudelo (1990) destaca que a concepção biopsicossocial na educação em saúde deve superar o discurso ideológico e ser transposta para uma concepção aplicada na prática. Isso significa transbordar os limites da educação formal, pois se a abordagem biopsicossocial não penetra no tecido social, sua capacidade de transformação positiva das condições de vida e saúde torna-se limitada. A superação do discurso ideológico é

alcançada à medida em que os conteúdos e práticas alcançam o universo acadêmico, bem como as lutas cotidianas e estratégias da sociedade.

O SUS surgiu como uma proposta inovadora de transformação e organização dos serviços de saúde brasileiros, no qual o modelo de assistência pautado em uma atuação curativa, reabilitadora e hospitalocêntrica daria lugar a um modelo assistencial pautado na concepção biopsicossocial, baseado na universalidade e integralidade do ser humano e em práticas de saúde humanizadas para a promoção da saúde, prevenção e ações interdisciplinares voltadas para acompanhamento, cuidado e tratamento da saúde coletiva e individual da população (Carvalho & Ceccim, 2006; Ceccim, 2007). Assim, o SUS penetraria no tecido social e faria ações de saúde voltadas à comunidade e aos indivíduos.

Contudo, para enfrentar os desafios de seguir as diretrizes e princípios do SUS, é necessário atribuir novos objetivos à educação e ensino em saúde, ultrapassando a visão puramente instrumental da formação. Nesse contexto, é preciso refletir sobre a necessidade de reformulação do ensino e formação na saúde na atual conjuntura da sociedade brasileira.

O ensino superior no Brasil ainda não tem dado conta de quebrar os paradigmas flexnerianos e internalizar novas formas de fazer e pensar a formação profissional em saúde. Nas instituições de ensino superior ainda predominam o ensino de base biologicista, direcionado à crescente especialização, os modelos experimentais de pesquisa e a defesa da centralização do hospital como ponto alto da assistência em saúde. Esse modelo de educação reflete na prática do trabalhador e dificulta a concretização dos princípios e diretrizes do SUS (Carvalho & Ceccim, 2006; Silva & Silveira, 2011). As universidades priorizam conteúdos técnicos e práticos destituídos de reflexão e descontextualizados da realidade social e comunitária. Assim, os profissionais não são preparados para uma intervenção transformadora (Carvalho & Ceccim, 2006; Ceccim, 2007; Haddad, et al., 2010).

Ciente desse abismo entre a formação profissional e as práticas de saúde priorizadas pelas diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 198 (2004), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com o objetivo de organizar os serviços de saúde e os respectivos processos de trabalho; transformar e qualificar as práticas de formação, atenção, gestão, controle social/participação popular; organizar e qualificar as práticas pedagógicas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

As normativas legais, bem como os principais autores que debatem o tema, apontam para a necessidade de uma política de educação permanente em saúde. Meireles (2013) explora a diferença conceitual entre educação permanente e educação continuada. O conceito de educação permanente abarca um processo formativo contínuo no tempo que busca a aprendizagem significativa por meio da produção de sentidos e transformação das práticas. Faz-se necessária a reflexão crítica acerca das práticas reais do trabalho. “A educação permanente em saúde trata de um processo mais amplo de formação do sujeito, diferente da educação continuada, cuja dimensão trabalhada diz respeito exclusivamente à atualização de saberes requerida pelos avanços técnico-científicos.” (Meireles, 2013, p. 26). Assim, a educação continuada é um conceito restrito que pressupõe transmissão de conteúdos em uma ação de formação pontual.

Em sua pesquisa realizada em um CAPs AD de Brasília em 2013, a autora identificou que as ações de formação realizadas no momento da pesquisa não se caracterizavam enquanto ações de formação permanente, mas se restringiam às ações de formação continuada que não incluíam os trabalhadores do serviço na construção do processo formativo, que já chegava no formato pré-moldado de conhecimentos a serem transmitidos. O estudo identificou que as ações de formação praticadas estavam distantes do cotidiano e dos processos de trabalho praticados. Dessa forma, não acrescentavam

conhecimento de forma transformadora que reorganizassem os serviços e as ações de atenção à saúde (Meireles, 2013).

Diante do exposto, esta pesquisa adota o conceito de educação permanente como aquele que mantém coerência teórica com a abordagem de RD, com a teoria da complexidade e teoria de rede sociais e como o conceito adequado para estruturar estratégias formativas significativas e transformadoras.

Em 2007, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi revista por meio da Portaria nº 1996 (2007). A portaria define novas diretrizes e estratégias para a implementação da política com o objetivo de adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, que traz como regra a gestão descentralizada e regionalizada. Para tanto, a resolução ressalta a importância da construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde, que deve romper com a lógica de sistema verticalizado e abarcar a ideia do trabalho em rede, gerando um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados que promovam atendimentos em saúde que respeitem contextos e histórias de vida e garantam o adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde dos indivíduos e das populações.

A instituição da PNEPS deu-se em 2004, mas somente em 2014 foram instituídas as diretrizes da política, por meio da Portaria nº 278 (2014), documento que demarca que a PNEPS adota como pressuposto a educação permanente como o conceito pedagógico no setor da saúde, capaz de dar organicidade entre ensino e ações em serviço, entre docência e atenção em saúde, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Portanto, a educação permanente é conceito-chave na formação em saúde.

De acordo com o art. 2º da referida portaria, educação permanente em saúde é a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde” (Portaria nº 278, 2014). Ceccim esclarece que a definição de educação permanente adotada pela política está carregada “pela noção de prática pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação – em saúde – como central aos processos educativos, ao mesmo tempo que o colocava sob problematização, isto é, em auto-análise e autogestão” (Ceccim, 2005, p. 982).

Segundo a PNEPS, a política deve ser constituída de forma a superar as desigualdades regionais, levando em consideração as especificidades de cada região, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Para tanto, o papel das Secretarias de Estado de Saúde é fundamental, pois cabe a elas, em articulação com o Ministério da Saúde, planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde; estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares, e articular-se com as instituições de ensino superior para viabilizar mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, de acordo com as necessidades do SUS.

A PNEPS, em suas diretrizes - art. 2º, VI, Portaria nº 278 -, define como ações de educação permanente os processos de reflexão e aprendizagem no/para o trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais; cursos presenciais e a distância; aprendizagem em serviço; grupos formais de estudos; intercâmbios ou estágios; oficinas, seminários, congressos e outras ações que contribuam para a pactuação dos processos de trabalho, formação, atualização, qualificação profissional e desenvolvimento dos trabalhadores, em

consonância com as diretrizes institucionais do Ministério da Saúde (Portaria nº 278, 2014).

Essas ações de educação permanente devem estar pautadas nas seguintes diretrizes definidas no art. 4º:

- I - valorizar o trabalhador e o trabalho em saúde no Ministério da Saúde, na perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS;
- II - fomentar práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho, fortalecendo o trabalho em equipes multiprofissionais;
- III - promover a aprendizagem significativa por meio da adoção de metodologias ativas e críticas;
- IV - favorecer a autonomia dos sujeitos e a corresponsabilização nos processos de trabalho do Ministério da Saúde;
- V - articular a Educação Permanente em Saúde e a gestão de pessoas por competências para a organização das ações de educação no Ministério da Saúde;
- VI - fortalecer a gestão da Educação Permanente em Saúde de forma compartilhada e participativa, no âmbito do Ministério da Saúde;
- VII - contribuir para a mudança cultural e institucional direcionada à gestão compartilhada e ao aprimoramento do SUS;
- VIII - constituir-se como uma estratégia política para o enfrentamento da fragmentação dos serviços e das ações de saúde; e
- IX - valorizar as múltiplas dimensões humanas nos processos de ensino-aprendizagem (Portaria nº 278, 2014).

A primeira diretriz diz da importância da valorização profissional e do trabalho em saúde, demarcando a intrínseca relação entre essa valorização profissional e a formação

para atuação em saúde. No documento de 2004 do Ministério da Saúde intitulado HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização, o ministério assinala que humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS coloca-se como estratégia inequívoca para melhoria das condições de vida da população, contribuindo para a qualificação da atenção e da gestão, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo (Ministério da Saúde, 2004). Ou seja, valorizar o trabalho em saúde está diretamente relacionado com os processos de humanização e qualificação do atendimento do SUS. O documento ressalta que valorização profissional se relaciona com a gestão participativa e com o trabalho em equipe, o que gera um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades (Ministério da Saúde, 2004). Portanto, não há processo formativo que leve à prática em saúde pautada em uma visão integral e biopsicossocial do ser humano e que leve ao atendimento regionalizado, amalgamado nas questões sociais da comunidade, sem a valorização profissional.

Teoria de Redes Sociais

Teoria de Redes como prática pedagógica para o atendimento em saúde

O SUS surge na legislação brasileira trazendo a descentralização da gestão, a integralidade da atenção à saúde e a participação popular com poder deliberativo como suas diretrizes. Segundo Schaedler (2004), essas diretrizes devem ser os pilares diretivos e operacionais das práticas cotidianas em saúde. A autora salienta que essas diretrizes norteiam várias possibilidades de produção de sentido e, portanto, criam novos territórios de aprendizagem. A autora defende a formação para o trabalho em rede como sendo o território de aprendizagem capaz de abarcar tais diretrizes, pois a essência do atendimento está na ação de trabalhar de forma coletiva, complexa e integral. “Trata-se (...) de tentar

perceber na constituição das redes uma nova prática pedagógica, com possíveis implicações para a formação e o desenvolvimento na saúde e para a educação em saúde.” (Schaedler, 2004, p. 65).

O SUS desafia a área da educação quando torna complexo e múltiplo o que era entendido como planejado e uno. Exige, portanto, uma mudança do fazer em saúde e exige novas práticas pedagógicas (Schaedler, 2004). Para a autora, o trabalho em rede traz algumas implicações que devem ser consideradas no processo formativo:

Acessibilidade: cada ator da rede pode e deve se conectar aos demais atores, garantindo, assim, o acesso irrestrito da população ao serviço, seja qual for a porta escolhida para o primeiro contato com o serviço.

Resolutividade: equipes multiprofissionais devem traçar projetos terapêuticos a partir das histórias de vida que chegam aos serviços.

Preservação da autonomia: refere-se à capacidade de maleabilidade, de escuta das necessidades dos usuários do serviço, bem como dos diferentes profissionais implicados no atendimento.

Direito à informação e à divulgação de informações: devem ser pensadas formas de acesso, inclusão nas discussões, construções/desconstruções de todo o processo do atendimento em saúde, desde conceitos até rotinas de trabalho.

Responsabilidade: a noção de responsabilidade na relação entre os profissionais, e deles com a população, deve ser sempre preservada.

Hierarquização e regionalização: cada ator da rede deve ser unidade produzida e produtora de vínculos, servindo sempre como ponto de entrada da rede. Assim, a rede de serviços garante a proximidade geográfica aos usuários e facilita o ingresso assistencial, além de compor uma rede de cuidados progressivos, de acordo com as necessidades assistenciais que compõem a atenção à saúde.

Milanese (2012) é um dos autores que se dedica a pensar a teoria de redes e a construir metodologias para concretizar essa forma de pensar o atendimento em saúde em sua prática. Schaedler (2004), em consonância com Milanese, propõe a formação dos profissionais de saúde para um trabalho ancorado em redes sociais, pois, para a autora, a teoria de redes sociais é a base teórica capaz de abarcar as diretrizes de constituição do SUS.

Amparada nesses autores, esta pesquisa adota as teorias de redes sociais não só como base teórico-metodológica de pesquisa, mas também defende como sendo uma prática pedagógica essencial para a formação em saúde.

As teorias de redes sociais alinham-se com o modelo biopsicossocial de atendimento em saúde, com o modelo de redução de danos de atendimento a usuários de drogas e com a teoria da complexidade, formando, assim, uma base coerente, na qual se apoia este estudo.

A teoria da complexidade trabalha com o conceito de sistema que abarca, com bastante coerência, a ideia de rede social. O sistema é complexo e, portanto, afeta o meio tanto quanto é afetado por ele, é causa e causador, está ligado ao contexto de modo inter-retroativo, assim como uma rede de relações está inserida em um universo de outras redes e contextos, afetando-os e sendo afetada.

Segundo Morin (1990), sistema é a representação da desordem do real. É uma unidade paradoxal por natureza, pois se fecha para manter seu padrão, sua estabilidade, mas, para se fechar, precisa se abrir, buscando, no meio, formas de se equilibrar, mesmo imerso num universo de desequilíbrio. É imprescindível compreender que essa troca com o meio é elemento constitutivo do sistema.

A realidade está desde então tanto no elo como na distinção entre o sistema aberto e seu meio. Esse elo é absolutamente crucial tanto no plano epistemológico, como no metodológico, teórico, empírico. Logicamente o sistema só pode ser compreendido incluindo-se nele o meio, que lhe é simultaneamente íntimo e estranho e faz parte dele próprio sendo-lhe sempre exterior. (Morin, 1990, p. 33).

Essa compreensão leva ao entendimento de que os sistemas se cruzam, se englobam, formando um universo complexo, um ecossistema. E é também a partir da compreensão dessa complexidade que se estabelecem as bases das teorias de redes.

Sendo assim, este estudo irá aprofundar as teorias de redes sociais em seus principais conceitos, parâmetros e metodologia de análise e principais correntes teóricas.

Origem e pilares das teorias de redes sociais

As teorias de redes sociais buscam compreender os fenômenos sociais de interação, vinculação e comunicação entre pessoas ou instituições – atores – a partir de uma análise dos padrões de interação, dos fatores que influenciam essas interações, do contexto em que elas estão inseridas e das diferentes dinâmicas que podem surgir. Um conjunto de interações e de troca de informações entre diferentes atores (que podem ser pessoas ou instituições) delimitado em determinado contexto social é uma rede. Portanto, um processo de formação sempre vai ocorrer em uma determinada rede social ou pode iniciar o processo de formação de uma. A relação entre os atores da rede vai afetar o processo formativo, assim como o processo formativo vai afetar a relação dos atores. Desse modo, não há como desvincular esses dois processos. Para entender o processo formativo em saúde a partir do olhar das redes sociais, este estudo irá retomar alguns autores e teorias de redes sociais que irão ajudar na compreensão do objeto de pesquisa.

Segundo Molina González (2005), em um artigo em que buscou as raízes dos estudos de redes sociais, elas derivam de duas abordagens: a sociocêntrica e a egocêntrica. De acordo com o autor, a abordagem sociocêntrica surge entre 1922 e 1934, com os autores Simmel e Moreno. Moreno, em 1953, em um estudo sobre sociogramas, faz uma representação gráfica em forma de diagrama de uma rede social (Moreno, 1934). Esse método de representação gráfica posteriormente passa a ser uma forte ferramenta dos analistas de redes sociais. A abordagem sociocêntrica explica as propriedades de um conjunto de relações entre um grupo de atores predefinidos. Assim, trata-se de um sistema fechado. Já a abordagem egocêntrica, segundo Molina González (2005), surge entre 1955 e 1961, com Bott e Epstein, e estuda as conexões que podem ser traçadas a partir de um ator em específico. Ou seja, são estudos que traçam uma rede social a partir das relações de um determinado ator. Para Kadushin (2004), há ainda uma terceira abordagem, que seria o estudo das redes abertas, que são sistemas cujas fronteiras não são delimitadas, como, por exemplo, conexões entre corporações.

Os parâmetros de análise desses estudos surgiram muito antes, com a teoria dos grafos. Essa teoria será abordada com mais profundidade posteriormente neste estudo, mas se trata de estudo publicado originalmente como um problema matemático. Com o desenvolvimento das teorias de redes sociais, esses parâmetros matemáticos de análise passaram a ser utilizados também nas ciências sociais.

As teorias de redes sociais tomam diferentes nuances de acordo com o olhar de cada autor, mas há pilares em que todos os autores se apoiam. O que há de comum a todas as teorias é a noção de um conjunto de relações entre atores que se comunicam e formam um sistema fluido e dinâmico.

Uma rede relacional tem uma dimensão visível, que são os atores que formam a rede e a conexão entre eles. Essa dimensão visível pode, inclusive, ser representada

graficamente. Entretanto, uma rede de relações também tem a dimensão invisível, que é composta por regras, informações, ideias, representações e conceitos compartilhados pelos atores da rede (Milanese, 2012). É essa dimensão invisível da rede que faz com que a ligação entre atores não seja uniforme, e os atores se relacionam de maneira a formar subgrupos. Qualquer alteração na dimensão visível ou invisível da rede vai gerar um movimento em busca do equilíbrio relacional. Entender essa dinâmica de movimento relacional advindo do casamento da dimensão visível com a dimensão invisível da rede é um grande desafio para os analistas de redes sociais.

Mas, para dar aprofundamento às teorias de redes, é preciso, primeiro, abordar alguns elementos comuns às teorias. Alguns autores usam diferentes nomenclaturas ao se referirem a conceitos básicos da teoria:

- Rede pessoal, rede interpessoal, rede subjetiva, rede primária ou perspectiva micro da rede: trata-se do conjunto de relações pessoais de um indivíduo. De acordo com Sanicola (2008), são essas relações que conferem ao sujeito identidade e pertencimento.
- Rede institucional, rede secundária ou perspectiva macro da rede: é o conjunto de relações estabelecidas entre instituições, corporações, organizações do mercado e do terceiro setor.
- Grafo, mapa, mapa mínimo: é a representação gráfica de um conjunto de relações em um determinado momento.
- Matriz: é a representação de um conjunto de relações em forma de tabela. Segundo Hanneman (2002), a representação das redes por meio de matrizes resume muita informação e tem uma apresentação rápida e concisa que obriga os pesquisadores a serem sistemáticos e exaustivos na descrição dos padrões de relacionamentos.

Apesar da matriz e do mapa serem representações de uma lista de atores que se relacionam, Kadushin (2004) ressalva que, para que essas conexões sejam consideradas uma rede, não basta apenas uma lista de pessoas ou instituições que se conhecem, deve haver fluxo de informação entre os atores. Ou seja, se não houver fluxo de informação, não há rede a ser analisada. É comum que qualquer lista de pessoas ou instituições seja considerada uma rede, mas, se não há dados acerca da existência de relação entre os nomeados da lista, não há dados do fluxo de informação e, portanto, segundo o autor, essa lista não pode ser analisada como uma rede social.

Os diversos autores de redes têm diálogo, tendo em vista que eles enxergam o fenômeno de forma compatível e têm contribuições metodológicas e teóricas que se complementam e se retroalimentam. Estabelecidos, então, os principais conceitos e referenciais comuns às teorias de redes, segue-se para o aprofundamento de alguns autores que se complementam em seus olhares.

Redes pessoais

Sluzki (1997) é um dos autores que teorizam sobre as redes pessoais. O autor afirma que construção da rede social é um processo dinâmico que está em constante movimento e fluidez, é um sistema de influências por meio do qual o sujeito central afeta a própria rede e essa rede o afeta. Isso gera o que Sluzki (1997) denominou de *círculo virtuoso* e *círculo vicioso*, sendo o *círculo virtuoso* aquele em que a rede é capaz de proteger, amparar, curar e fortalecer o sujeito central da rede e suas relações. Quanto mais fortalecido o sujeito, mais ele afetará positivamente a rede e mais a rede será capaz de fortalecê-lo. O *círculo vicioso* é aquele em que alguma dificuldade crônica de uma pessoa afeta negativamente a própria rede e a deteriora. Quanto mais fraca a rede, menor é seu poder de fortalecimento; quanto menos fortalecido o sujeito, menor será sua dedicação à manutenção da rede.

A rede social de um indivíduo é um processo dinâmico, de construção e desconstrução constantes de vínculos, e é, também, o movimento relacional no qual o indivíduo está imerso. Sluzki (1997) traz a rede social como um conjunto de relações que podem ser pensadas em subsistemas e podem ser representadas graficamente por meio do que ele denominou de *mapa mínimo*.

O *mapa mínimo* é um mapa das relações pessoais de um sujeito, é representação gráfica estática do momento que o indivíduo usou de referência para sua construção. É a representação estática da realidade dinâmica, em constante movimento e fluidez. No entanto, Sluzki (1997) esclarece que o mapa pode ser complementado com informações adicionais capazes de ultrapassar esses limites. Por exemplo, pode ser interessante investigar se as relações estão em movimento de aumento da intimidade, de redução da intimidade ou se o indivíduo não percebe nenhum tipo de movimento. Esse tipo de informação pode acrescentar um pouco de fluência e de dinamismo ao mapa.

Para Molina González (2005), o indivíduo, e não o lugar, família ou grupo, tornou-se o centro da comunicação e vida social. Esse indivíduo participa de uma variedade de "comunidades" com quem tem um compromisso variável e parcial.

Esse indivíduo, centro comunicativo e social, influencia outros indivíduos e é influenciado por eles por meio das interações estabelecidas. Essa dinâmica de influências ajudou Kadushin (2004) a construir o conceito de limiar. O limiar de uma rede ocorre quando um fenômeno ou comportamento se espalha pela rede. Quando certo nível da rede é atingido, todos os atores acabam reproduzindo o fenômeno ou o comportamento. Nesse modelo, a probabilidade de um ator assumir um comportamento é uma função do número de outros atores da rede que já tenham assumido o comportamento. Essa função se dá em graus e não se trata de um processo linear. O autor defende que os modelos de teoria de rede podem ser aplicados tanto na esfera micro de relações pessoais como na esfera macro

de relações institucionais. Assim, a adoção de determinado comportamento por outras instituições pode influenciar o comportamento da instituição focal da rede.

Redes institucionais

A separação conceitual e didática entre rede pessoal e rede institucional não deve dar a ideia de que se trata de fenômenos absolutamente distintos e estanques. A rede de relações pessoais de um determinado sujeito está ancorada em uma estrutura de grupos, organizações ou instituições que emerge de um contexto sociopolítico local (Molina González, 2005). Assim, a rede pessoal influencia e é influenciada por essa estrutura organizacional.

Segundo Molina González (2005), o estudo das redes pessoais pode dar subsídios para a compreensão de fenômenos sociais, que se apresentam simultaneamente enquanto interações individuais e institucionais e deflagram estruturas sociais empiricamente observáveis. Ou seja, por meio das redes pessoais, podem-se observar interações institucionalizadas, imersas em um contexto social. Relações entre pessoas são mediadas pela estrutura institucional e pelo contexto social inerente e o autor defende o estudo das estruturas institucionais através de levantamentos de redes pessoais.

Segundo o autor, a vantagem nessa compreensão social do fenômeno está no empirismo e na dualidade que permitem estudar simultaneamente fenômenos micro (as interações pessoais) e fenômenos macro (estruturas locais em que estão imersas, incluindo instituições). Diferentes fenômenos macro podem ser estudados a partir dessa perspectiva, tais como comunidades e movimentos sociais. Naturalmente, essa perspectiva está entre as muitas possíveis. A diferença está em tomar as interações sociais como ponto de partida para identificar empiricamente as estruturas em que elas estão inseridas.

Intervenção em rede

Sanicola (2008) também apresenta um olhar para a estrutura macro das redes sociais, a qual ela denomina de rede secundária formal, e se dedica a estudar as implicações metodológicas e operacionais da teoria. O olhar da autora é para a dimensão da operacionalização do conceito de rede e para as possibilidades de ações de intervenção em rede. A rede é um processo dinâmico de construção e desconstrução de relações que independe de qualquer intervenção. Porém, é possível realizar intervenções intencionais e direcionadas em determinada rede, tendo em vista um objetivo específico.

Sanicola (2008) adota a perspectiva da intervenção em rede como um projeto de ação social. Assim, pressupõe-se que os percursos do Estado e do mercado, mediante um projeto de ação social, possam ser mediados por ações de reciprocidade e doação mais que pela obrigação de fornecer serviços.

A intervenção em rede deve ser capaz de articular uma reflexão/ação sobre as relações da rede em busca do estabelecimento de relações de reciprocidade. A rede pode ser induzida a realizar duas formas de movimento: o movimento do individual para a partilha e o movimento da dependência para a autonomia.

Segundo a autora, o primeiro movimento torna a rede capaz de se orientar para a partilha da necessidade mediante um evento crítico, e o aproveita como oportunidade de fortalecimento dos laços existentes ou construção de novos laços. Existe nesse movimento um sentimento de pertencimento e reciprocidade entre os integrantes da rede, existe a disponibilidade para compartilhar uma necessidade (Sanicola, 2008). O segundo movimento também tem como ponto de partida o sentimento de pertencimento e, a partir da partilha das necessidades, há o desenvolvimento da dimensão da liberdade. No processo de liberdade e autonomia é desenvolvida a capacidade de assumir responsabilidades e riscos das opções realizadas.

Em busca da articulação da rede orientada para esses dois movimentos, a intervenção nessa rede deve seguir dois estágios necessários: a exploração e a mobilização das redes. Essas etapas não são estanques ou sequenciais, posto que a própria exploração da rede já traz elementos da mobilização.

Sanicola (2008) argumenta que a exploração da rede consiste em se introduzir num ambiente comunitário buscando conhecê-lo; desenvolver a capacidade de representar e descrever esse ambiente por meio de técnicas e instrumentos apropriados à sua peculiaridade. Nessa fase, inicia-se o processo de identificação e consciência das relações existentes, dos tipos de apoio e formas de vínculo presentes na rede. Esse processo desdobra-se até o desenvolvimento do sentimento de pertencimento dos sujeitos à totalidade.

Com relação às redes secundárias, a autora destaca que a exploração de rede permite mapear quais são os serviços implicados no desenvolvimento de um projeto compartilhado, quais organizações intervêm por competência, ou seja, aquelas que têm obrigações formais e podem ser responsabilizadas, e quais recursos podem ser oferecidos.

Com base nessas informações da exploração da rede, já é possível formular hipóteses para a mobilização da rede. Por exemplo, podem-se construir hipóteses ao avaliar a estrutura da rede e perceber que esta conta com poucas relações, ou relações frágeis. Então, é possível construir estratégias de ação que busquem transformar essa realidade.

Para pensar uma intervenção em rede como um projeto de ação social, como propõe Sanicola, o primeiro passo é conhecer a rede inserida numa dada realidade. Existem metodologias que permitem mapear a rede pessoal e metodologias que permitem mapear as redes secundárias, redes institucionais. Após o mapeamento das redes, é necessário analisar o que o levantamento das relações entre os atores traz de informação importante sobre a rede e, só a partir daí, será possível refletir sobre possibilidade de intervenção em rede.

Para aprofundar os conceitos e parâmetros que permitem transformar um levantamento relacional em informações relevantes, segue-se com a análise de redes sociais.

Análise de redes sociais

A origem da teoria de análise de redes sociais é a teoria dos grafos, que é uma teoria proveniente originalmente da matemática, mas que pode ser aplicada às mais diversas áreas de conhecimento, pois busca estudar relações entre objetos finitos de um determinado conjunto. Segundo Gonçalves (2007), a teoria dos grafos teve origem no século XVIII em um trabalho do matemático suíço Leonard Euler, publicado em 1736, sobre o problema das sete pontes de Königsberg. Euler (1736) apresentou um problema da cidade Königsberg, atual Kaliningrado, na Prússia. A cidade foi construída em uma ilha rodeada pelo rio Pregel, onde havia outra ilha vizinha e sete pontes que ligavam as margens do rio. Veja na imagem à esquerda da Figura 1 (Globo Ciência, 2011), em que cada traço representa uma ponte.

Foi proposto o seguinte problema: seria possível fazer um passeio a pé pela cidade de Königsberg por um caminho que passasse uma única vez por cada uma das sete pontes e retornasse ao ponto de partida?

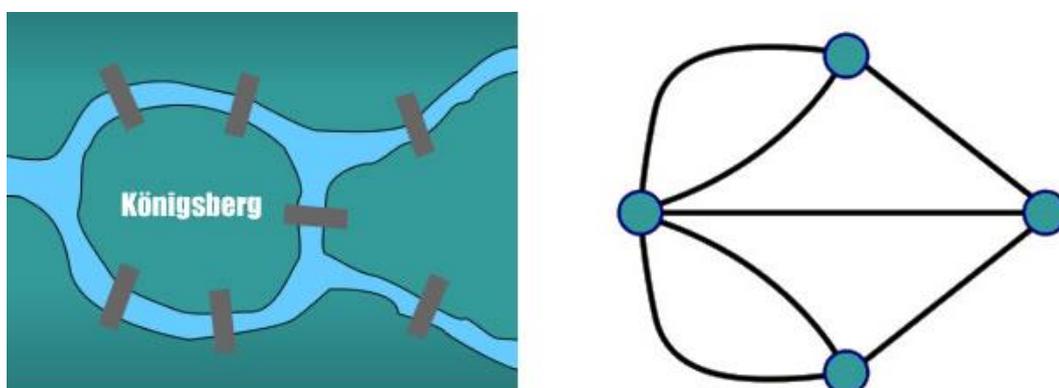


Figura 1. Ilustração da ilha Königsberg e o grafo correspondente

Para responder a esse problema, Euler criou um grafo que representava os elementos da questão matemática, ilustração à direita da Figura 1. O grafo era composto por quatro pontos, o ponto à extrema direita e o ponto da extrema esquerda representam as ilhas, os outros dois pontos representam as margens do rio. As linhas representam as sete pontes. O desafio era traçar um percurso que saísse de qualquer um dos pontos, passasse por todas as linhas uma única vez e voltasse ao ponto inicial. O matemático descobriu ser impossível tal caminho, pois, para passar por qualquer ponto, são necessárias duas linhas, uma para entrar no ponto e outra para sair, e o mesmo é válido para os vértices. Assim, para que esse caminho fosse possível, cada ponto deveria ter um número par de linhas. Entretanto, o grafo das pontes de Königsberg tem pontos com números ímpar de linhas e, portanto, a solução do problema é que não há tal caminho. Ao solucionar esse problema, o matemático desenvolveu uma teoria que analisava as ligações entre um ponto e outro, dando origem à teoria dos grafos (Feofiloff, 2011).

Na aplicação dessa teoria a outras áreas de conhecimento, os pontos podem ser representações de atores e as ligações entre os pontos podem ser as relações estabelecidas entre os atores, sendo, então, o grafo uma representação gráfica das relações existentes entre atores de uma rede. Segundo Wasserman e Faust (1994), ator, no estudo de redes sociais, pode ser uma determinada pessoa, uma corporação ou unidades sociais coletivas. Dessa forma, a teoria dos grafos e seus conceitos foram aplicados à análise de redes sociais. Assim, apresentamos os seguintes conceitos sistematizados por Silva (2003):

- Nós: atores da rede;
- G : conjuntos de nós;
- Arco: relação entre nós;
- U : conjunto de arcos;
- Distância entre dois pontos = número de arcos que liga dois nós;

- Distância geodésica = caminho mais curto entre dois nós;
- Diâmetro = maior distância geodésica entre quaisquer dois nós.

As relações de um conjunto de pessoas podem ser representadas graficamente por meio dos nós (representação de atores) e seus arcos (representação das relações), formando um grafo, ou podem ser valoradas por meio da construção de uma matriz. Essa valoração pode ser realizada de três formas: atribuição de codificação binária para a existência (1) ou não existência (0) de arcos, relações; atribuição de valores ao lado dos arcos para representar a intensidade das relações, e qualificação da relação por meio de sinais positivos ou negativos para representar relações de amizade (+) ou inimizade (-), por exemplo.

Segundo Silva (2003), os grafos podem ser orientados ou não-orientados:

Num grafo orientado, todo arco entre dois nodos tem uma extremidade inicial x e uma extremidade final y . A representação gráfica dos arcos orientados é feita por flechas, cujas pontas acabam em y . Um grafo é completo se, para cada par de nodos (x, y) existe pelo menos um arco da forma (x, y) ou (y, x) interligando-os. Um subgrafo é completo máximo se, ao se adicionar nodos e arcos a este subgrafo, ele deixa de ser completo (Silva, 2003, p. 46).

Silva (2003) apresenta mais alguns conceitos da teoria dos grafos, aqui sistematizados:

- *Clique*: conjunto dos nós de um subgrafo completo. Ou seja, é a representação de um subgrupo formado dentro do grupo estudado, representado pelo grafo;

- *Densidade*: valor entre 0 e 1 que representa a relação entre o número de arcos existentes e o número máximo de arcos possíveis;
- *Cadeia*: sequência de arcos em que cada arco tem uma extremidade comum com o arco que o precede ou com o que se segue;
- *Ciclo*: a cadeia pode formar um ciclo se sua extremidade inicial é idêntica à extremidade final;
- *Caminho*: a cadeia pode formar um caminho se seus arcos forem orientados no mesmo sentido;
- *Circuito*: o caminho pode formar um circuito se a extremidade inicial for idêntica à final; no circuito todos os arcos devem apontar para o mesmo sentido;
- *Laço*: um arco que parte e termina no mesmo nó;
- *Grafo conectado*: grafo em que, para todos os pares de nós, existe uma cadeia unindo-os;
- *Grafo fortemente conectado*: grafo em que, para todos os pares de nós, existe um caminho unindo-os;
- *Componentes*: nós conectados dentro de um grafo não conectado;
- *Vizinhança*: conjunto de nós conectados a um determinado nó;
- *Grau de conectividade de x*: número de nós existentes ao redor de um determinado nó (x). É a medida numérica do tamanho da vizinhança de x.
- *Nó adjacente*: num grafo orientado, um nó pode ser adjacente a ou adjacente de outro nó, a depender do sentido do arco;
- *Grau de conectividade de entrada*: representação do número de arcos que finalizam em um determinado nó;

- *Grau de conectividade de saída*: representação do número de arcos que se iniciam em um determinado nó;
- *Conectividade do grafo*: é a medida se um grafo permanece ou não conectado quando da retirada de determinados nós ou arcos;
- *Coesão do grafo*: mensuração do número de arcos e nós com alto grau de conectividade;
- *Ponto de corte*: é o nó que gera, em sua retirada, a diminuição de componentes do grafo;
- *Ponte*: arco que gera, em sua retirada, a diminuição de componentes do grafo;
- *Nós adjacentes*: dois nós conectados por um arco.

Como explicitado, as relações de uma rede podem ser estudadas por meio de grafos ou por meio de uma matriz. Ou seja, a mesma informação pode ser organizada na forma de um grafo ou de matriz. A matriz permite a utilização de métodos computacionais de análise de redes, como os *softwares* UCINET e NETDRAW, utilizados neste estudo.

A matriz de adjacência ou matriz social é uma organização dos atores de uma rede social em uma tabela quadrada em que cada ator da rede, ou seja, cada nó do grafo, é alocado em uma célula da primeira linha da tabela e em uma célula da primeira coluna da tabela. A sequência dos nós pode ser alterada na tabela, mas deve sempre ser a mesma na linha e na coluna. As células de interseção entre os nós representam a relação entre eles. Se a relação for existente, a célula é preenchida com o valor “1”, se a relação for inexistente, a célula é preenchida com “0”. As células de interseção entre um nó e ele mesmo são preenchidas com valor “0”. No exemplo abaixo, cada letra representa um nó.

	A	B	C
A	0	1	1
B	0	0	1
C	1	1	0

Figura 2. Ilustração de Tabela exemplificativa de matriz social com três atores

O quadro (Figura 2) é sempre preenchido a partir das linhas. O pesquisador vai preenchendo linha a linha as células de interseções entre os nós. A análise de uma matriz social também deve ser realizada a partir das linhas. Analisando o exemplo da Figura 2, extraímos que “A” tem relação com “B”, porém “B” não tem relação com “A”; já a relação entre “A” e “C” é recíproca, tanto “A” tem relação com “C”, quanto “C” tem relação com “A”.

Uma matriz é simétrica quando todas as relações são recíprocas. Assim, a matriz de um grafo não orientado é sempre simétrica, enquanto a matriz de um grafo orientado não necessariamente é simétrica, pois, como no exemplo, o arco existente de “A” para “B” não implica a existência de um arco de “B” para “A”.

Com a aplicação da teoria dos grafos às ciências sociais e o desenvolvimento das teorias de análise de redes sociais, outros conceitos e medidas foram desenvolvidos, principalmente pelo estudo de Freeman publicado em 1979. A seguir, tem-se a sistematização das principais medidas utilizadas nas análises de redes:

- Centralidade de grau (*Degree centrality*): é a medida do número de conexões diretas de cada ator da rede. Pode ser referida como centralidade de grau de entrada (*In-degree centrality*) se contabilizar quantas vezes um nó recebeu indicações de outros atores ou centralidade de grau de saída (*In-*

degree centrality) se contabilizar quantas vezes um nó indicou outros atores da rede;

- Centralidade de proximidade (*Closeness centrality*): é a medida do comprimento do caminho mais curto entre dois atores. É uma medida do afastamento de um ator com relação aos demais. Quanto maior o afastamento de um ator, mais provável ele ser autônomo nas suas escolhas de ações;
- Centralidade de intermediação (*Betweenness*): é a medida do número de ligações que um nó encontra no menor caminho entre dois outros nós da rede. O grau de intermediação indica o quanto um ator é intermediário na relação entre outros atores da rede. Essa medida é um indicador de que um ator com alto grau de intermediação pode ter mais capacidade de controle sobre a circulação de informações da rede;
- Integração (*Integration*): mede as indicações que um indivíduo recebeu e que o integram à rede. A medida de integração é similar à medida de centralidade de proximidade; entretanto, enquanto esta totaliza as distâncias geodésicas a partir das relações recíprocas, a medida de integração totaliza as distâncias inversas entre nós;
- Radialidade (*Radiality*): mede o grau de alcance das indicações feitas por um ator da rede. É a medida das relações que uma pessoa tem com outras pessoas que não têm contato direto entre elas. Uma pessoa com alto índice de radialidade consegue alcançar em média qualquer outro indivíduo da rede com menos passos do que uma pessoa que tem contato com outros indivíduos que têm contato entre eles;

- Medida de Autovetor (*Eigenvector centrality*): é a medida que quantifica o quanto um nó está ligado a outros nós com posição de centralidade na rede. Atores conectados a outros nós centrais têm uma maior centralidade do que aqueles conectados a nós menos centrais na rede. Essa medida é calculada não só levando em consideração a centralidade de um ego, mas também a centralidade dos egos aos quais ele é ligado;
- Intermediação de fluxo (*flow betweenness*): é a medida que mensura os fluxos de informação na rede, considerando todos os caminhos pelos quais uma informação pode passar (Freeman, Borgatti, & White, 1991).

Os conceitos acima sistematizados serão retomados à medida que forem abordados ao longo do texto. Costenbader e Valente (2003) se perguntaram o quanto essas medidas guardavam seu poder de mensuração em pesquisas em que não havia informação de todos os atores da rede. Assim, fizeram um estudo cujo objetivo era avaliar o quanto as medidas de centralidade calculadas a partir de amostra dos atores de uma rede se aproximavam das medidas calculadas a partir dos dados de todos os atores da rede. As medidas de centralidade são aquelas que descrevem a posição de um ator de uma rede em relação aos demais atores e em relação à totalidade da rede.

Para isso, eles retomaram oito pesquisas já realizadas cujas amostras originais abarcaram ou tentaram abarcar todos os membros de uma rede delimitada. Essas oito pesquisas realizaram os estudos com 63 redes sociométricas em uma variedade de configurações. Para selecionar essas oito pesquisas, Costenbader e Valente (2003) consideraram estudos com amostras de 51% a 100% de uma rede delimitada.

Os autores retomaram o banco de dados dos estudos originais e refizeram os cálculos das medidas de centralidade considerando aleatoriamente diferentes proporções de amostras, iniciando em 80% e chegando até 10% da amostra original. Os autores

recalcularam 11 medidas de centralidade, cada medida foi calculada e depois correlacionada com a medida do estudo original. Os autores chegaram aos seguintes indicativos:

Centralidade de grau de entrada mede a quantidade de relações diretamente ligadas a um nó, calculada pela soma do número de indicações recebidas. Mesmo com baixas taxas de amostragem, essa medida tem alta correlação entre o estudo com amostras e o estudo original.

Centralidade de grau de saída também mede a quantidade de relações diretamente ligadas a um nó, mas apenas aquelas autodeclaradas. Essa medida é calculada pela soma de relações que um ator declara ter com os demais. São as relações que saem de um nó. Nessa medida, a correlação entre o cálculo da amostra e o cálculo original foi mais baixa. À medida em que a amostragem era reduzida, houve um declínio mais significativo da correlação do que a medida de centralidade de grau de entrada. Na amostra, os atores da rede retirados do cálculo foram tratados como indivíduos que se ausentaram no dia da coleta de dados. Sendo assim, eles não declararam ter relação com ninguém, porém, outros atores poderiam declarar ter relações com eles. Assim, a medida de centralidade de grau de saída foi mais afetada do que a de centralidade de grau de entrada.

O grau de intermediação, o número de ligações em que um nó se encontra no menor caminho entre dois outros nós da rede, dá informações sobre acesso e controle das informações e é obtido pela extensão que um nó está da distância geodésica dos demais nós da rede. Essa medida, quando calculada a partir da rede simetrizada, obteve correlações mais baixas do que a medida calculada com a matriz direta.

Centralidade de proximidade mede quantos passos, em média, um indivíduo necessita dar para alcançar qualquer outro nó da rede. Atores da rede que têm maior centralidade de proximidade têm maior facilidade de fazer contato com outros atores da

rede (Freeman, 1979). Essa medida pode ser obtida por meio da soma das distâncias recíprocas entre dois indivíduos. A medida também teve melhores resultados de correlação calculados a partir da matriz direta do que da matriz simétrica. Isso porque se trata de matrizes relativamente esparsas, especialmente quando só são contados laços diretos. Um grande número de indivíduos obteve, tanto no cálculo com amostra da rede quanto no cálculo com a totalidade da rede, a mesma medida de centralidade de proximidade quando calculado a partir da matriz assimétrica.

A medida de integração mede as indicações que um indivíduo recebeu e que o integram à rede. Integração é similar a centralidade de proximidade, entretanto, enquanto essa totaliza as distâncias geodésicas a partir das relações recíprocas, a medida de integração totaliza as distâncias inversas entre nós. Essa diferença entre os cálculos da soma das distâncias geodésicas a partir da inversão ou reciprocidade permite que a integração seja uma medida mais direta e mostrou maior grau de correlação no estudo com amostras do que a medida de centralidade de proximidade.

Radialidade mede o grau de alcance das indicações feitas por um ator da rede. É a medida das relações que uma pessoa tem com outras pessoas que não têm contato direto entre elas. Uma pessoa com alto índice de radialidade consegue alcançar em média qualquer outro indivíduo da rede com menos passos do que uma pessoa que tem contato com outros indivíduos que têm contato entre eles. Essa medida é calculada pela integração da matriz de adjacência transposta. No estudo feito por Costenbader e Valente (2003), essa medida foi a que teve maior variação das correlações obtidas entre o estudo com amostra e os estudos originais.

Medida de autovetor de Bonacich é a medida que quantifica o quanto um nó está ligado a outros nós com posição de centralidade na rede. Atores conectados a outros nós centrais têm uma maior centralidade do que aqueles conectados a nós menos centrais na

rede. Essa medida é calculada não só levando em consideração a centralidade de um ego, mas também a centralidade dos egos aos quais ele é ligado. Essa medida apresenta grande flutuação quando levada em consideração apenas uma amostra da rede e não a rede completa.

Mas, quando a medida de autovetor é calculada como um escore bruto simples em uma matriz simetrizada, ela estabiliza e, no estudo, obteve a maior correlação entre o cálculo feito a partir da amostra e o cálculo original. A estabilidade dos dados obtidos nessa forma de cálculo pode indicar que essa é a melhor medida quando os dados da rede são incompletos. O estudo com amostras indicou que essa medida parece ser mais adequada quando o pesquisador sabe exatamente os limites da rede e pode entrevistar todos os membros.

Em resumo, a medida de autovetor, quando calculada como um escore bruto simples em uma matriz simetrizada, parece ser a medida mais estável quando a rede é incompleta, seguida pelas medidas de centralidade de grau de entrada e integração, ambas calculadas principalmente com indicações recebidas. Centralidade de grau de saída e centralidade de intermediação, que dependem principalmente de nomeações enviadas, estavam entre as medidas menos estáveis. De longe, a medida mais instável nos cálculos com a rede incompleta foi a medida de autovetor de Bonacich. Entre os menos instáveis está a medida de radialidade. Essas medidas são semelhantes, pois buscam mensurar a centralidade de um ego.

Com base nos resultados obtidos, os autores concluem que há indicativo de relativa alta correlação entre as propriedades de uma rede completa e as propriedades calculadas a partir de uma amostra da rede. Isso indica que, em algumas circunstâncias, pesquisadores podem utilizar dados de uma rede incompleta para estudar as propriedades da rede ou criar intervenções com base no estudo de redes. Ou seja, pesquisadores que não entrevistaram

todos os membros de uma rede podem usufruir de alguns aspectos da teoria de redes e de suas técnicas. Entretanto, cabe a ressalva de que algumas medidas são mais afetadas em um estudo amostral.

Essas medidas apresentadas podem ser utilizadas tanto em estudos de redes pessoais quanto em estudos de redes institucionais ou análises de estruturas macro. Quanto às estruturas macro, Molina (2005) apresenta uma metodologia para se alcançar dados da estrutura macro a partir de redes pessoais. O autor salienta que é possível agregar informações de diferentes redes pessoais (dimensão micro) em uma única rede social (dimensão macro) e, assim, dispor de uma amostra da rede social da estrutura local. Ou seja, a partir da soma de redes pessoais em uma sociomatrix que relacione os atores em comum pode-se construir uma matriz da estrutura local.

O autor também destaca que as pessoas de uma rede podem pertencer a diferentes grupos ou organizações locais. Assim, segundo Breiger (2004), uma matriz de relações pessoais pode ser complementada por outra matriz de organizações locais, de forma que é possível construir uma matriz de pertencimento de indivíduos a grupos ou organizações. Ou seja, é possível indicar o pertencimento de cada indivíduo à rede de organizações locais, integrando, assim, os níveis micro e macro da rede. Portanto, a análise de estruturas macro por meio das redes pessoais é possível.

Teorias de redes: teoria do campo, teoria dos laços fortes e fracos, capital social, teoria dos buracos estruturais.

A partir do desenvolvimento das medidas para a análise de redes sociais e do desenvolvimento de estudos, sugeriram teorizações explicativas para as configurações que as relações adquirem em uma rede social. Neste estudo serão abordadas quatro teorias: teoria

do campo de ação estratégica, teoria dos laços fortes e fracos, teoria dos buracos estruturais e teoria do capital social.

Teoria do campo de ação estratégica

Fligstein e McAdam (2012) desenvolvem a teoria do campo a partir dos estudos de Pierre Bourdieu, das abordagens neoinstitucionalistas da análise organizacional e das teorias dos movimentos sociais, e constroem o conceito de campo de ação estratégica (CAE). Uma rede de relações toma a configuração de CAE quando os atores formam grupos organizados para fins específicos, cujos atores compartilham o entendimento sobre o propósito do campo e sobre as regras de interação. Numa visão macro, há um ambiente de vários campos intrincados formando um sistema. Os autores, para ilustrar um sistema de campos, fazem uma analogia com bonecas russas. Assim como as bonecas, um CAE forma e é formado por outros campos.

Tanto na visão micro de um CAE quanto na visão macro de sistemas há interações, choques e crises que geram diferentes configurações relacionais, mas há sempre a tendência de buscar uma configuração de equilíbrio, e, uma vez estabelecido o equilíbrio, há uma força na rede, uma tendência a mantê-lo.

Nessa relação de busca de equilíbrio na relação entre campos, o autor destaca tipos de relações: relação de hierarquia, em que um campo depende de outro, e relação de cooperação e reciprocidade. Segundo o autor, essa forma de relação ocorre quando não há grandes assimetrias de recursos.

Os CAEs são formados por atores com diferentes funções e posições na rede e, na visão de Fligstein e McAdam (2012), existem posições privilegiadas no campo, aquelas que dão acesso a uma maior quantidade de recursos. Esses atores influenciam com mais força os propósitos do campo e a forma como ele se organiza. Os autores denominam esses

atores de incumbentes e denominam de desafiantes aqueles em posições menos privilegiadas e que têm menos influência no campo.

Os atores incumbentes e desafiantes terão seus papéis definidos de acordo com o momento do campo. Em campos emergentes, os espaços estão sendo definidos, as identidades e formas de organização estão em disputa, em meio às novas interações surgem os atores socialmente hábeis e os contornos do campo vão se definindo. Em campos que já atingiram certo nível de estabilidade, as posições estabelecidas se institucionalizam, mas isso não significa que se tornam estáticas, continuam em movimentos de mudanças incrementais, em que os atores socialmente hábeis, incumbentes, buscam movimentos para manter ou melhorar sua posição.

Uma vez estabelecida a estabilidade de um campo, ela não é permanente no tempo, e as posições dos atores podem voltar a ser negociadas se configurado um momento de crise. As crises são geralmente resultados de mudanças no ambiente externo ao campo. Em momentos de crise, os atores incumbentes vão adotar comportamentos na tentativa de manter o *status quo* do campo, enquanto os atores desafiantes têm a oportunidade de mudar esse *status quo*, estabelecendo novas formas de ação estratégica e forçar mudanças na ordem estabelecida.

Novas visões para o campo e linhas de inovação nas ações são mais fáceis de ser adotadas por atores desafiantes ou por atores de outros campos, visto que eles são os menos comprometidos com a ordem anterior. Os incumbentes podem até aceitar uma nova ordem estabelecida e adotar nova posição no campo, mas isso vai exigir uma mudança de identidade e de interesses.

Para Fligstein e McAdam (2012), todos os atores coletivos, como instituições, organizações, movimentos sociais e governo, são compostos por campos de ação

estratégica, pois, necessariamente, são compostos por redes relacionais que atuam com um propósito e que compartilham as regras relacionais.

Teoria dos laços fortes e fracos

Enquanto a teoria do campo dedica-se a analisar a relação de poder entre os atores de um campo, a teoria dos laços fortes e fracos analisa a relação entre a força dos laços e o fluxo de informação de uma rede. Granovetter e Soong, em 1983, escreveram um artigo de revisão da teoria sobre a força dos laços. Nessa revisão, os autores defendem a importância dos laços fracos para a disseminação de novas informações em uma rede.

Segundo os autores, grupos com somente laços fortes tendem a ser fechar neles mesmos e as informações são homogêneas para todos os membros do grupo, não há diversidade de experiências ou informações. Já os laços fracos de uma rede são mais capazes de estabelecer conexão entre vários grupos, são heterogêneos, e dão a configuração de rede a grupos que seriam isolados se não tivessem laços fracos. Assim, os laços fracos de uma rede funcionam como pontes entre os subgrupos ou *clusters*. Para o autor, indivíduos com poucos laços fracos em sua rede têm menos informações de partes mais distantes da rede, menos inovação, estão limitados aos conhecimentos do subgrupo de relações fortes. Os laços fracos têm a capacidade de se comunicar sem criar relações de intimidade, reciprocidade ou confiança; assim, a conexão não demanda esforço relacional para ser mantida, é uma relação fluida, pouco intensa.

Segundo Kadushin (2004), ao se referir à teoria de Granovetter e Soong (1983), uma rede que não apresenta laços fracos é fragmentada e incoerente e, portanto, não há boa circulação de informação. Novas ideias se espalham com lentidão e os subgrupos têm dificuldades de estabelecer contato entre eles.

Para Kadushin (2004), os laços fracos têm maior probabilidade de serem pontes na rede porque têm menos custo ao passar uma informação adiante. Por exemplo, se alguém que mal conhecemos tem informação de uma oportunidade de emprego, ela não assume grandes riscos ao passar a informação adiante, mas laços fortes podem ter receio e não aceitar o custo de passar a informação. Laços fortes têm grande credibilidade ao passar uma informação e isso vem com um custo; laços fracos não são comprometidos com a credibilidade da informação e, portanto, assumem riscos menores ao passá-la adiante.

Com relação à credibilidade da informação, Granovetter e Soong (1983) fizeram a ressalva de que, em consequência do fato de que os laços fracos têm baixa credibilidade, as informações transmitidas por eles não têm aceitação imediata. A informação circula, mas para ela ser internalizada por um ator, depende da aceitação de seus laços fortes. Ou seja, os laços fracos são eficientes no transporte de uma informação, mas não são suficientes para que a informação gere ações ou decisões; para isso, é preciso que haja identificação e confiança, o que advém dos laços fortes.

Teoria de redes e o capital social

A dinâmica de circulação de informação em uma rede pode dar vantagens para determinados atores como, por exemplo, aqueles que estão em posições de intermediação entre outros dois atores da rede, assim a circulação de informação depende deles. Vantagens advindas de acesso e controle de informação e recursos são comumente relacionadas nos conceitos de capital social.

Segundo Kadushin (2004), o capital social de um ator se refere à sua posição na rede e à sua capacidade de aproveitar os recursos de outros membros da rede. Ou seja, capital social, para o ator, não é um atributo de um indivíduo, mas é um atributo de sua posição na rede e de sua capacidade de tirar proveito dessa posição.

Já Molina (2005) traz outros dois conceitos de capital social. Segundo ele, existem três grandes grupos conceituais de capital social: capital social centrado na pessoa, capital social centrado na rede e capital social centrado na rede de associações cívicas. O primeiro grupo concebe o capital social como algo inerente às pessoas, ou seja, a quantidade e qualidade das relações do ator central da rede ou ego. O segundo grupo refere-se aos recursos das propriedades da rede de relações, mais do que das pessoas, conceito adotado por Kadushin (2004) e Burt (1992). E, finalmente, o terceiro grupo de conceituação de capital social associa o sucesso econômico de uma região com a rede existente de entidades civis e econômicas. Ou seja, a existência de uma densa rede de organizações contribui para o sucesso econômico de uma região. Há, ainda, uma quarta corrente conceitual que se situa entre o primeiro e o segundo grupos, pois define capital social como o conjunto de recursos imersos na rede social (Burt, Cook, & Lin, 2001). Portanto, esses recursos são tanto uma propriedade das redes pessoais como das características das redes mais amplas nas quais as redes pessoais estão imersas.

As pessoas que ocupam posições de intermediação dispõem de mais e melhores recursos. Esse capital social é composto por dois momentos: o acesso, a capacidade de acessar os recursos, e o uso, a efetiva captação de recursos feita de forma intencional. Para poder medir de forma adequada o capital social definido dessa maneira, é necessário conhecer as posições sociais, por um lado, e o nível de acesso existente, por outro lado. Para isso, Burt et al. (2001) propõem medir esse capital mediante um gerador de posições sociais. Os recursos sociais são desigualmente distribuídos a partir das posições sociais. Para essa definição, pode-se levantar o número de pessoas conhecidas em cada uma das posições existentes em uma estrutura social. Assim, é possível obter uma aproximação do capital social possivelmente acessível. Se, além dessas informações, for possível levantar informações sobre a intensidade da relação com a pessoa que ocupa essa posição, é

possível prever o capital social a ser mobilizado em um dado momento de ação intencional de um ator da rede.

Teoria dos buracos estruturais

Burt (1992) parte do conceito de capital social como algo inerente às características da rede, mas que dá vantagens a um ator específico. Segundo o autor, os buracos estruturais são relações únicas. Por exemplo, somente “A” tem relação com “B”, portanto, se “C” quer estabelecer relação com “B”, tem que primeiro fazer contato com “A”. Assim, “A” pode controlar, facilitando ou dificultando o contato de “C” com “B”.



Os buracos estruturais são características da rede que podem dar mais poder e influência a determinado ator, uma vez que o torna necessário para estabelecer conexões de rede. Assim, é a estrutura da rede social que determina o capital social. Quanto maior o grau de intermediação, ou seja, a capacidade de ser "ponte" na rede, conectando grupos exclusivamente, maior é o capital social potencial de um ator. O capital social é potencial, pois, por mais que “A” possa controlar o fluxo de informação e o contato entre os atores “C” e “B”, a depender da dinâmica relacional e objetivos da rede, pode não haver interesse no contato entre os atores ou pode não haver informações relevantes a serem transmitidas. Sendo assim, “A”, apesar de estar em posição de intermediação, não possui capital social.

Mas, caso a dinâmica de rede concretize o capital social de um ator em posição de intermediação, a esse ator que estabelece relações únicas e tem acesso às informações relevantes e recursos que outros atores da rede não têm, Burt (1992) chamou de *tertius gaudens*. No exemplo dado acima, “A” pode assumir posição de *tertius gaudens*. O *tertius gaudens* tem vantagem competitiva, pois ocupa uma posição privilegiada na estrutura da

rede e pode interceder a favor ou contra o encontro de dois atores que dependam dele para se comunicar.

O conceito de buraco estrutural tem relação com a teoria dos laços fortes e fracos, pois os buracos estruturais não existem em grupos de laços fortes, eles dependem dos laços fracos. Granovetter e Soong (1995) enxergam capital social nos laços fracos pela sua capacidade de transitar informações e recursos em diferentes grupos. Já Burt (1992) lança o olhar sobre o capital social dos laços fracos pela capacidade de controle entre o contato de dois atores que não têm ligação entre eles. Portanto, na teoria dos buracos estruturais, quanto maior o grau de intermediação de um ator, mais potencial de controle ele tem sobre o contato de outros atores da rede, assim, maior a probabilidade de ele assumir o papel de *tertius gaudens* e maior o seu capital social potencial.

Percorrido esse caminho conceitual pelas teorias que embasam este estudo e que serão retomadas na análise de dados, segue-se a definição dos objetivos e metodologia da pesquisa.

Objetivos

Objetivo geral: descrever as contribuições da análise de redes sociais (ARS) para a construção de estratégias de formação permanente e levantar potenciais e lacunas para a atuação em rede de profissionais do SUS que atuam na atenção a usuários de drogas.

Objetivos específicos:

Mapear a rede intersetorial e comunitária de atenção e cuidado a usuários de drogas;

Levantar as principais ações executadas em rede para a atenção e cuidado ao usuário de drogas;

Levantar e analisar potenciais e lacunas/entraves e possibilidades para a atuação em rede na atenção e cuidado ao usuário de drogas.

Método

O percurso metodológico foi desenhado com o propósito de responder às perguntas de pesquisa por meio de estudo de caso em que foi analisada a rede social das instituições e atores comunitários que atendem usuários de drogas, feito levantamento das ações realizadas e, posteriormente, o aprofundamento qualitativo via grupo de discussão.

Segundo Yin (2010), a escolha metodológica por um estudo de caso é uma escolha apropriada quando as perguntas de pesquisa, para serem respondidas, requerem uma descrição ampla e profunda do fenômeno social. Esta pesquisa adota o estudo de caso descritivo, pois, para responder às perguntas de pesquisa, será necessário mapear e descrever como a rede social de atenção a usuários de drogas está articulada. Yin (2010) define essa metodologia como uma investigação empírica em profundidade e, em seu contexto real, é especialmente adequada quando os limites entre o fenômeno e o contexto não puderem ser claramente definidos. Esse é o caso da interação de atores em uma rede social que está imersa em um contexto comunitário, contexto de política pública, de intersectorialidade, entre tantos outros. A metodologia do estudo de caso permite a utilização de diversos procedimentos e técnicas, aqueles que forem os mais adequados para o aprofundamento que o caso necessita. Para esta pesquisa, adotou-se a análise de redes sociais e o grupo de discussão como procedimentos de imersão no caso estudado.

Segundo Souza e Quandt (2008), a análise de redes sociais é uma ferramenta metodológica multidisciplinar que permite analisar propriedades e processos característicos da realidade social por meio da formalização gráfica dessas características. Dessa forma, modelos e teorias formulados com base em conceitos sociais podem ser matematicamente testados. Wasserman e Faust (1994) ressaltam que essa metodologia tem foco no aspecto relacional dos dados coletados. Ou seja, o objetivo é analisar propriedades e conteúdos provenientes da interação entre unidades. O fundamento teórico da análise de redes sociais é a teoria dos grafos. Como exposto, essa teoria tem origem na matemática, mas, neste

estudo, o foco é a aplicação dessa teoria às ciências sociais. Esta pesquisa pretende partir da análise de redes sociais, dos resultados quantitativos e matematicamente testados e, em seguida, aprofundar com a análise qualitativa, no sentido de compreender os potenciais e lacunas da atuação em rede a partir de uma análise da rede intersetorial e comunitária de atenção a usuários de drogas.

Assim, o contexto desta pesquisa será o curso de formação para profissionais que atuam no contexto de atenção a usuários de drogas ofertado pelo CRR-DF/FEPECs. A pesquisa seguirá as seguintes etapas metodológicas:

- 1ª Etapa:** aplicação do instrumento de pesquisa: mapeamento de rede;
- 2ª Etapa:** análise dos dados coletados via instrumento de mapeamento;
- 3ª Etapa:** grupo de discussão com os cursistas com apresentação de parte da análise dos dados coletados via instrumentos.

Construção do instrumento de mapeamento de redes

O instrumento de mapeamento de redes realiza levantamento das relações institucionais e comunitárias para a realização de ações de atenção ao usuário de drogas na perspectiva da redução de danos (RD). O objetivo é investigar como a rede SUS de atendimento ao usuário de drogas está articulada entre si, com a comunidade e com outros setores (Sistema Único de Assistência Social – SUAS, segurança, ONGs, educação, Justiça, setor privado) para promover o atendimento de usuários, na perspectiva do trabalho em rede e do modelo de atendimento de redução de danos. O instrumento de mapeamento (Apêndice 3) foi construído tendo por base os itens do instrumento elaborado pela Rede Latino- Americana de Intervenção em Situação de Sofrimento Social (RAISSS-Brasil): o formulário CBT Quest 2013, que avalia ações de redução de danos e tratamento

comunitário. O instrumento desta pesquisa avalia ações pautadas nos fundamentos da RD e os locais de atuação. As ações analisadas são:

- Assistência em saúde;
- Assistência para abrigo;
- Ações de incentivo à higiene pessoal;
- Assistência à alimentação;
- Assistência financeira;
- Assistência à segurança;
- Assistência jurídica;
- Ações de educação formal ou não formal para a saúde;
- Ações de educação escolar formal ou não formal;
- Ações de formação para o exercício da cidadania;
- Ações de formação profissional;
- Ações de encaminhamento para atividades profissionais;
- Ações de prevenção;
- Ações de construção de redes;
- Ações de atenção ao uso de drogas na comunidade.

Para cada categoria de ação que o respondente afirma realizar, questionam-se quais ações são realizadas por meio de listas predefinidas. Essas listas foram construídas com base nos instrumentos da rede RAISSS, mencionados anteriormente, e são compostas por ações na perspectiva de RD. Justifica-se a opção por apresentar uma lista predefinida de ações ao invés de perguntas abertas sobre as possíveis ações realizadas, pois é de interesse da pesquisa apenas ações realizadas na perspectiva de RD. Caso o instrumento contasse com perguntas abertas, os respondentes poderiam dar foco em ações com outra perspectiva que não seriam de interesse da pesquisa.

Além de especificar as ações, os respondentes também são questionados sobre as parcerias com outras instituições ou com a comunidade para a execução das ações. Inicialmente, o instrumento foi elaborado com uma lista de instituições para facilitar o preenchimento do instrumento e o tornar menos cansativo. No entanto, na aplicação-piloto, percebeu-se que apresentar uma lista de instituições facilitava aos respondentes marcarem instituições com as quais não havia o estabelecimento real de uma relação de parceria. Assim, optou-se por excluir a lista e deixar espaços para que o respondente escrevesse quem são os parceiros para aquela ação.

Em suma, o instrumento consistiu em uma entrevista estruturada autoaplicável em que os participantes responderam se participavam da execução de um conjunto de ações, por exemplo, ações de assistência para abrigo. No caso dos participantes que afirmaram participar da execução de um conjunto de ações, eles tiveram de detalhar quais ações eram realizadas mediante uma lista predefinida, com espaço para outras opções. Ainda com relação ao mesmo conjunto de ações, o participante era questionado se a ação era realizada em conjunto com outras instituições que participavam do planejamento e/ou da realização da atividade. Por fim, o entrevistado deveria detalhar quais eram as instituições parceiras em espaços abertos para escrita. Essa mesma estrutura foi repetida em cada conjunto de ações.

Neste estudo, entendeu-se por parceria pessoas ou instituições que trabalham em conjunto, partilhando as decisões e as responsabilidades para a realização de ações de cuidado e atenção ao usuário de drogas.

Validação do instrumento de mapeamento de redes

Foram realizadas duas aplicações-piloto com a participação de dois respondentes. As aplicações foram individuais e presenciais. Cada participante foi informado de que se

tratava de uma aplicação-piloto cujo objetivo era avaliar o instrumento e não as respostas, e foi solicitada a autorização para gravação de áudio. Após a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido da aplicação-piloto, e fornecida a autorização, o participante foi orientado a iniciar o preenchimento do formulário e a descrever em voz alta a construção de pensamento que o levou a dar cada resposta, bem como as dúvidas que teve durante a aplicação. O áudio gravado foi analisado e suscitou alterações e adaptações do instrumento para que se tornasse mais claro e atingisse os objetivos do estudo.

Como forma de validação das respostas ao instrumento, foram incorporadas duas perguntas-controle. O objetivo era testar o nível de atenção do participante no momento de responder ao instrumento da pesquisa. As perguntas-controle consistiam em uma solicitação para selecionar um número indicado. Se o respondente selecionasse outro número diferente do indicado na pergunta, o formulário deveria ser descartado, pois é um indicativo de baixo nível de atenção do participante.

Método de aplicação do instrumento de mapeamento

Foram convidados a participar da pesquisa os cursistas das duas turmas do curso ofertado em 2014 pelo CRR-DF alocado na FEPECS. O instrumento foi disponibilizado em plataforma *on-line* de formulário fornecido gratuitamente pela empresa *Google*.

Ao final, os participantes foram avisados da segunda etapa da pesquisa em que os resultados dessa aplicação foram apresentados e discutidos em grupo de discussão. Foi orientado que a participação nessa segunda etapa permanecia voluntária, mas a pesquisadora explicitou a importância da participação de todos nesse segundo momento. A segunda etapa da pesquisa, além de cumprir o objetivo de aprofundar qualitativamente o estudo realizado, também proporcionou aos participantes uma devolutiva dos dados coletados na primeira fase da pesquisa. Assim sendo, no desenho metodológico da

pesquisa já estava incluído o momento de *feedback* e diálogo com os participantes acerca dos dados coletados.

Aplicação do instrumento no Distrito Federal

O instrumento foi aplicado em duas turmas do curso ofertado pelo CRR da FEPECs de Brasília. A primeira aplicação foi realizada de forma presencial. No espaço de oferta do curso foi disponibilizada uma sala com computadores aonde os cursistas que aceitaram participar da pesquisa puderam ir durante o intervalo do curso para preencher o instrumento de mapeamento. Alguns cursistas solicitaram que pudessem preencher o instrumento em outro momento por meio do *link on-line* de acesso ao instrumento. A esses, foi disponibilizado o *link* para acesso remoto. Dessa coleta, participaram 10 cursistas, sendo que cinco responderam ao instrumento no local do curso e os outros cinco responderam em outros locais por meio do *link* de acesso ao instrumento. Desses 10 respondentes, um teve de ser descartado, pois apresentou uma resposta incorreta a uma das perguntas de controle. As perguntas de controle têm a função de não permitir que componham o conjunto de respostas, formulários preenchidos com um baixo nível de atenção por parte do participante. Sendo assim, permaneceram nove mapeamentos que foram considerados nesta pesquisa.

Também participaram da pesquisa cursistas da segunda turma de formação do CRR-DF. Nessa segunda aplicação, não foi possível utilizar o formulário *on-line*, pois a estrutura física do ambiente do curso não disponibilizava computadores conectados à internet. A aplicação do mapeamento foi feita por meio de formulário impresso, porém o conteúdo do mapeamento foi integralmente resguardado. Dessa segunda aplicação, 22 cursistas aceitaram, inicialmente, preencher o mapeamento. Desses, três cursistas desistiram de preencher o mapeamento no decorrer da aplicação, e quatro, apesar de terem preenchido o mapeamento, tiveram de ter suas respostas descartadas, pois não trabalhavam

com ações de atenção e cuidado a usuários de drogas. Dos 15 mapeamentos restantes, cinco preencheram o mapeamento por completo e sem respostas contraditórias, 10 apresentaram alguma contradição nas respostas ou preenchimento incompleto, mas foi considerado que os dados poderiam ser utilizados na pesquisa. Esses dados foram considerados da seguinte forma:

Em três mapeamentos, os respondentes não preencheram os locais em que atuam quando estão em serviço, mas foi avaliado que não há prejuízo se, ao analisar essa questão, forem considerados apenas os formulários em que essa pergunta foi respondida.

Em seis formulários, apareceram perguntas respondidas com a resposta “não” sobre se o cursista realizava algum tipo de ação ou se contava com alguma forma de parceria, porém, mesmo respondendo “não”, o participante preenchia as perguntas relacionadas que se seguiam, ainda que o formulário tenha orientado que, no caso de resposta “não”, as perguntas seguintes não deveriam ser respondidas. Nesses casos, foi considerada a resposta negativa e as respostas seguintes, que não deveriam ter sido preenchidas, foram desconsideradas. Optou-se assim, primeiramente, para não acentuar as diferenças entre a aplicação *on-line* e a aplicação por meio de formulário impresso, haja vista que no formulário *on-line*, uma vez que o participante respondia “não” a uma pergunta, as demais perguntas relacionadas não eram apresentadas. Dessa forma, ao responder “não” a uma questão, o respondente não tinha a opção de responder as perguntas relacionadas. No caso da aplicação com formulário impresso, não houve essa possibilidade, e o participante tinha acesso a todas as questões, do que se infere que esse fato pode ter aumentado o desejo dos participantes em declarar mais parcerias ou mais ações do que aquelas que efetivamente ocorrem em seu dia a dia de trabalho. Dessa forma, outra justificativa para o descarte dessas respostas é a tentativa de redução da influência da desejabilidade social dos participantes nas respostas dadas.

Segundo os autores Ribas Jr., Moura, Hutz (2004), desejabilidade social é a propensão dos participantes de pesquisa a responderem as questões de forma tendenciosa, privilegiando respostas consideradas mais aceitáveis ou aprovadas socialmente, e tendendo ainda a negar sua associação pessoal com opiniões e comportamentos que seriam desaprovados socialmente.

No mesmo sentido de tentativa de redução da influência da desejabilidade social dos participantes, perguntas relativas a parcerias preenchidas com a resposta “sim”, indicando que havia parcerias, só foram consideradas efetivamente como respostas positivas se o respondente tivesse preenchido as perguntas seguintes, detalhando quais eram as parcerias existentes. Assim, em três dos formulários em que foi dada uma resposta positiva para parceria, esta não foi detalhada, e a resposta positiva foi desconsiderada.

Sete formulários continham perguntas sem respostas preenchidas. As perguntas sem respostas foram descartadas e as demais perguntas preenchidas do formulário foram consideradas.

Em dois formulários foram preenchidas respostas indicando parcerias com letra ilegível, tornando impossível identificar a instituição parceira. Nesses casos, foram consideradas as demais respostas dos formulários que foram preenchidas com letra legível e as respostas ilegíveis foram descartadas.

Avaliou-se que são válidos para análise de dados os formulários com as questões descritas acima, pois, em alguns casos, foi possível fazer triangulação de respostas para considerar qual informação seria válida. Em outros casos, o formulário foi considerado válido em parte, sendo as respostas inválidas descartadas.

Este estudo de redes coletou informações das relações institucionais do ponto de vista individual dos participantes, porém, as respostas individuais serão unificadas em um único banco de dados para montar uma única rede institucional e comunitária com base no

conjunto de respostas. Assim sendo, por mais que um participante não tenha fornecido todas as informações demandadas no instrumento de mapeamento, as informações válidas ali contidas foram consideradas importantes para compor o quebra-cabeça das relações institucionais da rede.

Outro ponto importante a ser considerado é que os dados obtidos por meio do instrumento de mapeamento foram utilizados para desenhar a rede e analisar algumas de suas características. Esses resultados foram devolvidos aos próprios respondentes por meio da realização de um grupo de discussão. Assim, os participantes puderam, por meio de seu olhar e das construções coletivas do grupo, atribuir significados aos dados ali postos. Dito isso, tem-se que os dados coletados por meio do mapeamento da rede não são analisados isoladamente neste estudo, são completados pelos participantes que conferem significados e auxiliam no aprofundamento qualitativo.

Metodologia de análise dos dados do mapeamento

Para a análise dos dados coletados via instrumento de mapeamento de rede, foi utilizado o *software* UCINET 6.0 e o *software* NETDRAW. O NETDRAW é um programa que auxilia a construção de gráficos que representam atores de uma rede social e as ligações entre os mesmos. A representação gráfica de uma rede facilita sua visualização e interpretação. O UCINET auxilia na realização de cálculos para o estudo de características dos atores e das relações. Os dados do mapeamento serão estudados em diferentes níveis de análise:

- **Construção dos mapas de rede institucional e comunitária** – a análise das relações institucionais será feita por meio da construção de mapas únicos, agrupando as respostas de todos os respondentes do instrumento. O objetivo é desenhar o mapa das relações institucionais e comunitárias dos serviços de atenção ao usuário de drogas e, por

isso, é importante concentrar todas as respostas em um único mapeamento. Para o desenho do mapa, é necessário construir uma matriz relacional.

Para a construção da matriz, cada instituição citada no instrumento foi listada na mesma ordem na primeira linha e na primeira coluna da matriz. O preenchimento foi realizado sempre pelas linhas e, para cada cruzamento de instituições, a célula foi preenchida com “0” ou “1”, em que “0” indica inexistência de relação e “1” indica existência de relação. A partir dessa matriz, o *software* realiza análises conforme os conceitos apresentados no título Teoria dos Grafos. Vide exemplo abaixo:

	Ambulató	CAIS	CAPS	CAPS AD	CAPS i	Casa Pequ	CEA	Centro Dia	Clinica Int	Comunida	Conselho	CPJM	CRAS	CREAS
Ambulató	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAIS	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAPS	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAPS AD	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAPS i	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa Pequ	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
CEA	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Centro Dia	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Clinica Int	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Comunida	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Conselho	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
CPJM	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
CRAS	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
CREAS	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1

Figura 3. Exemplo de matriz para mapeamento de rede institucional

Foi construída uma matriz binária, conforme o exemplo da Figura 3, e foi construída, também, uma matriz não binária para o estudo da intensidade das relações ou estudo da força do laço. Nas matrizes não binárias, ao invés de 0 e 1, os encontros entre duas instituições serão preenchidos com índice de citação. Neste estudo, o índice de citação é definido pela frequência de vezes em que as duas instituições se citaram.

- **Análise de características da rede** – além da medida de força do laço, o mapeamento foi analisado quanto às características das dinâmicas de rede e de suas relações.

- **Análise das ações realizadas pela rede** – foi realizado levantamento das ações exercidas pelos respondentes do instrumento com a indicação de se a ação é realizada em rede ou não.

Aprofundamento qualitativo: grupo de discussão

Após a análise dos dados coletados via instrumentos, os mesmos participantes que responderam aos instrumentos foram convidados a compor um grupo de discussão acerca dos resultados provenientes da referida análise de dados.

O grupo de discussão teve por objetivo apresentar os principais dados obtidos por meio do mapeamento de rede e construir, junto aos participantes, significados para o desenho da rede, análises das configurações da rede e, a partir dessas análises, levantar os potenciais e lacunas da atuação nesse modelo. Adota-se aqui a perspectiva de que todo processo formativo de profissionais da rede SUS deve preconizar a formação para atuação em rede, uma vez que o atendimento intersetorial de base territorializada está nas bases do SUS.

O grupo de discussão busca, então, inserir o participante da pesquisa nesse processo de construção de significados. Optou-se por utilizar a nomenclatura participante para referir os indivíduos que participaram da pesquisa. Essa opção de nomenclatura denota uma escolha de perspectiva frente ao contexto pesquisado. O participante da pesquisa constrói, a partir de seu ponto de vista, interpretações da realidade. A pesquisa pretende, portanto, dar voz ao participante para que ele construa o seu ponto de vista e, para tanto, escolheu o grupo de discussão como espaço coletivo de construção de significados dos participantes da pesquisa.

Entende-se que as dinâmicas de uma rede são complexas e que esse processo de construção conjunta de resultados é essencial para compreender os diversos fatores que

influem na configuração de uma rede, e como a formação pode funcionar como um dos fatores de fortalecimento da rede para a execução de ações de RD.

Partindo de uma concepção filosófica do construtivismo, Creswell (2010) afirma que os indivíduos desenvolvem significados subjetivos, variados e múltiplos de suas experiências. Por sua vez, o pesquisador deve buscar essa complexidade confiando o máximo possível no ponto de vista que os participantes têm do contexto de pesquisa estudado.

Essa concepção filosófica dialoga com o pressuposto teórico básico do interacionismo simbólico, que, segundo Flick (2009), parte da reconstrução dos pontos de vista subjetivos dos participantes para a análise dos mundos sociais.

A pesquisa pretende enxergar o objeto estudado pela ótica dos participantes da pesquisa e, para tanto, parte das seguintes premissas:

- Os participantes agem em relação às coisas com base no significado subjetivo a elas atribuído;
- Os significados atribuídos às coisas provêm da interação social com outras pessoas;
- Os significados são modificados por meio de um processo interpretativo advindo da vivência.

Está posto, então, o papel fundamental do ponto de vista do participante nesta pesquisa: ele não é aquele que apenas fornece dados de pesquisa, mas é aquele que participa ativamente do processo de pesquisa, reconstruindo seus pontos de vista a partir da interação com o contexto de pesquisa.

Nesta pesquisa, o grupo será o espaço de construção de significados a partir do ponto de vista dos participantes. É importante, para o estudo de redes, que o ponto de vista dos participantes seja construído por meio de metodologia que dê conta de fenômenos

coletivos e de interações humanas. O grupo de discussão utiliza a interação grupal para produzir dados e *insights* que seriam menos acessíveis fora do grupo. Nessa estratégia metodológica não se busca consenso, e sim a pluralidade de ideias. Segundo Gui (2003):

O principal interesse é que seja recriado, desse modo, um contexto ou ambiente social onde o indivíduo pode interagir com os demais, defendendo, revendo, ratificando suas próprias opiniões ou influenciando as opiniões dos demais. Essa abordagem possibilita também ao pesquisador aprofundar sua compreensão das respostas obtidas. (Gui, 2003, p. 4)

Hoje, as estratégias de grupo são muito utilizadas. A principal vantagem é a oportunidade de observar uma grande quantidade de interações a respeito de um tema, num período de tempo limitado. Além disso, é dada voz aos participantes da pesquisa, o que os torna ativos na construção do conhecimento.

Flick (2009) salienta que a pesquisa qualitativa conta com uma gama de procedimentos que podem ser utilizados para captar dados de linguagem, texto, figura, tais como entrevistas, métodos de observação e estratégias de grupos. Esses procedimentos podem ser utilizados de forma isolada ou combinados, a depender do método que melhor responde às questões.

Nas estratégias de grupo, o olhar é fruto de um fenômeno coletivo de interações entre participantes. Não deve haver intenção de se buscar consenso, mas sim de levantar compreensões acerca do que as pessoas pensam e sentem em relação ao fenômeno pesquisado (Gui, 2003).

Flick (2009) explica que, no procedimento de entrevista individual, o participante acaba sendo separado de seu contexto de vida, o que pode criar certa artificialidade, enquanto que, nos procedimentos de grupo, tenta-se criar uma situação interativa mais

próxima da vida cotidiana. Nesse sentido, uma estratégia de grupo em que o pesquisador possa observar esses profissionais interagindo, refletindo conjuntamente em torno da questão de pesquisa em um contexto um pouco mais natural, permite que as questões possam emergir com mais facilidade.

No entanto, ao utilizar uma estratégia de grupo, perde-se a noção do individual, as significações ali construídas são fruto de interações coletivas e, dessa forma, pode ser inapropriado atribuir determinada visão da realidade a um participante específico. Levando esse fato em consideração, como a subjetividade individual também é importante na produção de respostas, neste estudo haverá complementação desse procedimento com os procedimentos individuais, por meio dos instrumentos apresentados. Pretende-se mergulhar nos diversos níveis de complexidade do objeto de estudo. Entende-se que os procedimentos individuais trarão uma camada, uma reconstrução individual do fenômeno, e o grupo de discussão trará mais uma camada, um olhar reconstruído coletivamente. Dessa forma, justificam-se, então, as escolhas metodológicas deste estudo.

O grupo de discussão neste estudo tem o objetivo de aprofundar a compreensão das dinâmicas da rede de atenção a usuários de drogas e sua relação com estratégias de formação da rede a partir de reconstrução coletiva dos fenômenos.

O procedimento de grupo seguiu a seguinte estrutura: o grupo foi mediado pela pesquisadora e os participantes foram questionados sobre a possibilidade de gravação do áudio. Após a assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido, deu-se início ao grupo e o áudio foi posteriormente utilizado para análise dos dados.

Inicialmente, foram apresentados aos participantes os resultados da análise dos dados coletados via instrumento e tais resultados funcionaram como questões disparadoras do grupo que elaborou e reinterpretou coletivamente as questões colocadas. Dessa forma, pretendeu-se que o grupo desse o aprofundamento qualitativo às análises da pesquisa.

Resultados e Discussão

Estudo de Caso: Formação da Rede Institucional e Comunitária de Atenção a Usuários de Drogas a partir da análise dos cursistas do CRR-DF/FEPECS

Análise de Rede

A formação dos profissionais que atendem usuários de drogas na perspectiva do trabalho em rede é uma opção pedagógica capaz de abarcar as diretrizes constituintes do SUS. A rede, em sua formação profissional, deve incentivar que cada ator da rede seja uma unidade produzida e produtora de vínculos, e que, através desses vínculos, a rede se articule em torno de objetivos comuns. Assim, cada serviço pode funcionar como ponto de entrada da rede, garantindo a proximidade geográfica aos usuários, facilitando o ingresso assistencial e compondo uma rede de cuidados progressivos (Schaedler, 2004).

Neste estudo, a rede é sempre compreendida do ponto de vista da complexidade. Assim, a pesquisa utiliza elementos de ordem, ciente da parcialidade do conhecimento, e busca somar a esses elementos o contexto que lhes é inerente. Para tanto, buscou-se olhar para o objeto de pesquisa por diversos ângulos e com diferentes olhares (Morin, 1990).

Com base nessa perspectiva, este estudo começa a investigar estratégias de formação para a atuação em rede por meio de um estudo de caso que se inicia no mapeamento e análise da rede institucional e comunitária de atenção e cuidados a usuários de drogas no DF, segue para o levantamento das ações realizadas pela rede e aprofunda questões qualitativas relativas à formação por meio de grupo de discussão.

Caracterização dos participantes

Como dito, o mapa das relações institucionais e comunitárias de atendimento ao usuário de drogas foi construído sendo consideradas todas as respostas válidas ao instrumento de mapeamento. Foram, ao todo, 25 participantes, sendo 24 participantes com respostas válidas. Uma resposta foi considerada inválida e descartada por não responder corretamente à pergunta-controle. Dos 24 participantes considerados nesse estudo, oito estavam, no momento da pesquisa, trabalhando em CAPs, oito estavam trabalhando em Programa de Redução de danos, três em consultórios na rua, três na Secretaria de Saúde, um no centro POP e um no CREAS.

Quanto ao local de exercício da profissão, quatro relataram trabalhar no Distrito Federal, quatro em Brasília/Plano Piloto, três em Ceilândia, três em Samambaia, três em Sobradinho, três em Taguatinga, dois relataram trabalhar nas cidades do Gama, Recanto das Emas e Santa Maria, um relatou trabalhar nas cidades de Itapuã, Paranoá, Planaltina, um em Luziânia e um em Valparaíso. As regiões administrativas Plano Piloto, Ceilândia, Samambaia, Sobradinho, Taguatinga, Gama, Recanto das Emas, Santa Maria, Itapuã, Paranoá e Planaltina são pertencentes ao Distrito Federal. Já as cidades de Luziânia e Valparaíso são cidades da região metropolitana do DF, mas são pertencentes ao estado de Goiás.

Quanto à profissão exercida, oito exerciam a função de agentes redutores de danos, seis eram enfermeiros, três eram assistentes sociais, dois eram agentes comunitários de saúde, dois eram psicólogos, dois eram técnicos de enfermagem e um era orientador social.

Tabela 1. *Profissão dos participantes da pesquisa*

Profissão	Nº respondentes
Agente redutor de danos	8
Enfermeiro	6
Assistente social	3
Agente comunitário de saúde	2
Psicólogo	2
Técnico de enfermagem	2
Orientador social	1

Características da rede

Os 24 respondentes, ao preencherem o instrumento, tiveram de se manifestar se exerciam ou não as ações postas pelo instrumento, se contavam com trabalho conjunto de outros atores no planejamento ou realização das ações e quais eram os parceiros. Ao considerar todas as respostas, foi formada uma rede de 58 atores, vide Tabela 2.

Tabela 2. *Atores da rede de atenção e cuidados a usuários de drogas do DF e região metropolitana*

Atores	Sigla
Associação de Centros de Pesquisa, Prevenção e Tratamento de Uso Indevido de Drogas e Álcool	ACAT
Agência do trabalhador	-
Alcoólicos Anônimos	AA
Albergue	-
Associação de moradores	-
Bancorbrás	-
Centro de Atenção Psicossocial	CAPs
Casa de Misericórdia	-
Casa de Passagem	-
Casa Flor	-
Casa Santo André	-
Centro de saúde	-
Centro de referência especializada em pessoas em situação de rua	Centro POP
Centros de saúde	-
Cidade Acolhedora	-
Sistema Nacional de Empregos	SINE
Comerciantes	-
Comunidade	-
Comunidades Terapêuticas	-
Conselho Tutelar	-
Conselhos	-
Consultório na rua	CR
Centro de Referência da Assistência Social	CRAS
Centro de Referência Especializado de Assistência Social	CREAS
Centros de Testagem e Aconselhamento	CTA
Defensoria Pública	-
Educação de Jovens e Adultos	EJA
Escolas	-
Família	-
Gerência de DST/AIDS	-

Tabela 2. *Atores da rede de atenção e cuidados a usuários de drogas do DF e região metropolitana (Cont.)*

Atores	Sigla
Fórum de Direitos Humanos	Fórum de DH
Hospital	-
Instituto Federal de Brasília	IFB
Igrejas	-
Ministério da Justiça	MJ
Ministério Público	MP
Organização não governamental	ONGs
Polícia Militar	PM
Programa de Redução de Danos	PRD
Profissionais liberais	-
Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego	PRONATEC
Restaurantes Comunitários	-
Sanoli Indústria e Comércio de Alimentação Ltda.	Sanoli
Secretaria de Estado da Criança	SECRIA
Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda	SEDEST
Secretaria de Educação	SEDUC
Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania	SEJUS
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial	SENAC
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas	Senad
Secretaria de Estado de Saúde	SES
Serviço Social do Comércio	Sesc
Sistema Único de Assistência Social	SUAS
Unidade de Atendimento em Meio Aberto	UAMA
Unidade Básica de Saúde	UBS
Unidade de Acolhimento	-
Usuário	-
Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas	VEPEMA
Vila Olímpica	-

Na Tabela 2, estão descritos todos os atores na forma como eles foram citados pelos participantes da pesquisa. Entretanto, para a construção dos mapas e estudos que se seguem, alguns atores, que foram citados de forma separada, foram incorporados pela pesquisa no ator comunidade, são eles: associação de moradores, comerciantes,

comunidade, educadores sociais e igrejas. Assim, para efeitos de pesquisa, a rede a ser considerada é formada por 54 atores.

Para realizar estudo das estruturas macro que compõem a rede de atenção ao usuário de drogas, esta pesquisa realizou um mapeamento das relações institucionais por meio das redes individuais dos participantes da pesquisa. Molina González (2005) ressalta que tomar as interações pessoais como ponto de partida para identificar as estruturas organizacionais em que elas estão inseridas é uma estratégia relevante, pois por meio das redes pessoais observam-se interações institucionalizadas que influenciam, condicionam ou permitem as relações pessoais. Das redes de organizações traçadas a partir das relações pessoais afloram questões como a ação coletiva, mobilização de recursos e agenda política. O autor sugere agregar informações de diferentes redes pessoais em uma única rede social para, assim, dispor de uma amostra da rede social da estrutura local.

Ancorada nesse procedimento metodológico, esta pesquisa agregou as respostas dos 24 respondentes válidos em uma única matriz relacional, com o objetivo de mapear a estrutura macro das redes, deflagrar as relações institucionais, as ações coletivas e os recursos presentes nessa estrutura local de atendimento ao usuário de drogas. Assim sendo, os atores dessa rede são instituições.

Por meio da utilização dos *softwares* UCINET 6.0 e NETDRAW, as respostas dos 24 respondentes foram agrupadas em uma única matriz de adjacência para formar o gráfico representativo da rede institucional de atenção aos usuários de drogas do Distrito Federal e região metropolitana, conforme Figura 4:

Na Figura 4, é possível visualizar três atores centrais: o Programa de Redução de Danos (PRD), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) e o consultório de rua (CR). É preciso contextualizar que esse mapa é a representação gráfica das respostas ao instrumento de mapeamento em que os profissionais do PRD, CAPs e CR foram os mais representativos em número de participantes e, portanto, a centralidade desses atores nesse mapa reflete a grande representatividade de participantes dessas instituições na pesquisa. Não necessariamente a centralidade desses atores nesse mapa reflete a realidade da rede, como será explorado mais adiante.

O *software* NETDRAW também permitiu a representação gráfica da medida de força do laço. Essa medida representa o grau de intensidade das relações do mapa. O programa permite aumentar a linha que liga um ator a outro da rede e alterar a cor da linha para destacar as relações mais fortes, conforme o índice de citação estabelecido pela pesquisa. Assim, a Figura 5 é a representação da matriz de força do laço, em que uma relação entre atores poderia ser representada mais de uma vez, conforme o índice de citação.

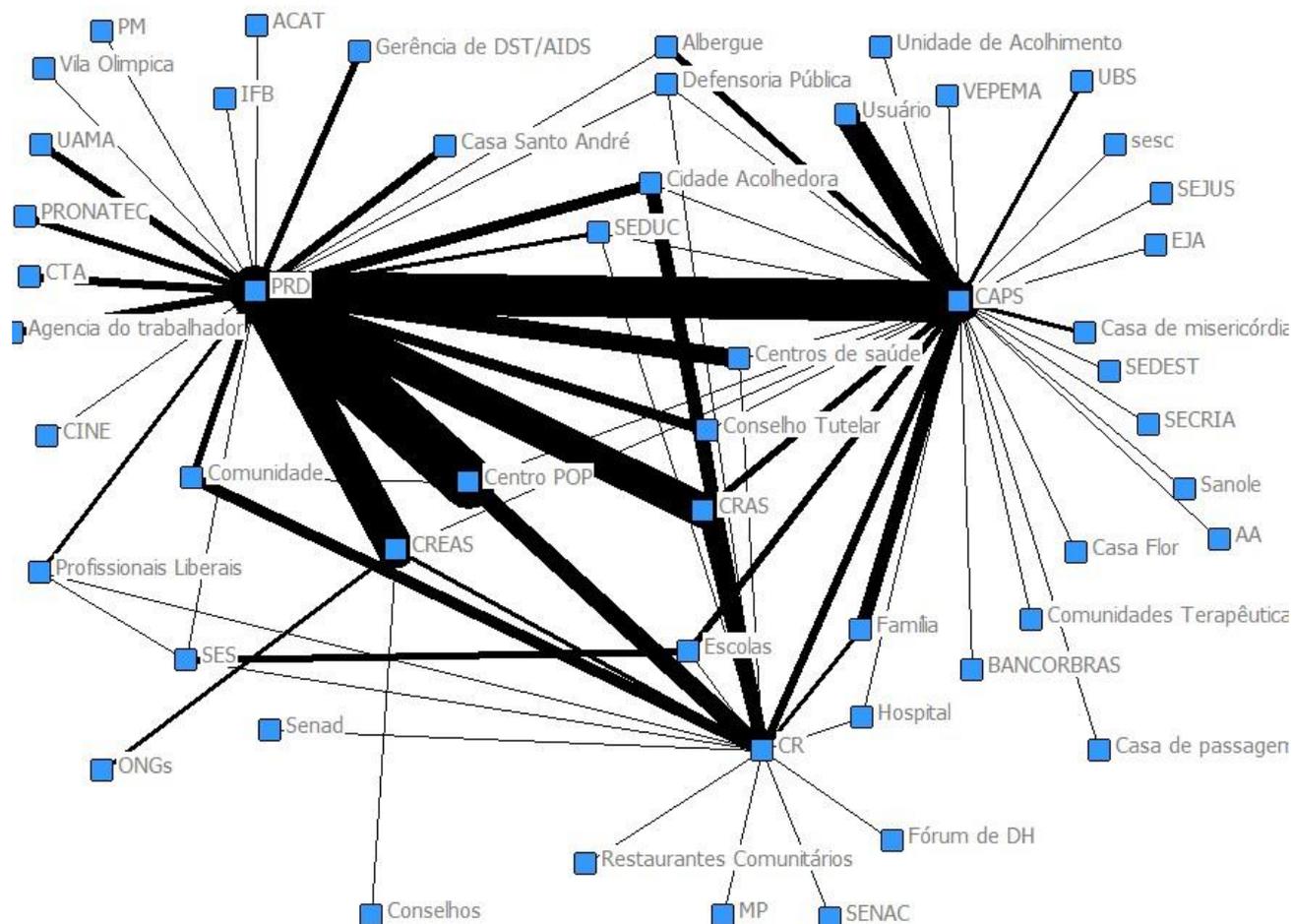


Figura 5. Mapa de força do laço da matriz de adjacência da rede de atenção a usuários de drogas do DF e região metropolitana

Por meio desse mapa (Figura 5), pode-se observar que há relações fortes entre quase todas as instituições de origem dos respondentes da pesquisa (CAPs, PRD, CR, Centro POP, CREAS), com exceção da Secretaria de Saúde (SES). O índice de citação conta com as relações que um ator declarou ter com outras instituições e conta, também, com a indicação que outras instituições declararam ter com o ator. Assim sendo, as instituições de origem dos respondentes da pesquisa poderiam indicar e ser indicadas, enquanto as instituições que não tinham representantes entre os respondentes da pesquisa só poderiam ser indicadas e, portanto, têm probabilidade menor de apresentar uma relação forte com outro ator da rede pelos limites da pesquisa amostral.

As relações fortes indicadas por linhas grossas, de acordo com a teoria dos laços fortes e laços fracos de Granovetter e Soong (1983), são relações entre atores que,

provavelmente, compartilham as mesmas informações e têm alta credibilidade entre si. A credibilidade é uma característica da relação e não do ator. Portanto, um ator com relação forte com outro terá com ele uma relação de credibilidade, mas essa credibilidade não se estende automaticamente para as demais relações.

Nota-se que, mesmo a Secretaria de Saúde sendo representada por três respondentes da pesquisa, ela não apresentou relação forte com nenhum outro ator da rede. A Secretaria de Saúde é o órgão central da gestão em saúde e órgão responsável por articular a formação dos profissionais de saúde das demais instituições do SUS, e seus poucos laços fracos é uma peça a ser levada em consideração nesse quebra-cabeça relacional, pois é um indicativo de que a rede não reconhece a Secretaria de Saúde em seu papel de articulador. Esse é um indicativo de que a Secretaria de Saúde deve estar enfrentando dificuldades para articular essa rede em torno de ações de formação.

Pode-se observar, também, que mesmo não tendo nenhum representante entre os respondentes da pesquisa, o CRAS, os centros de saúde, a cidade acolhedora e os Conselhos Tutelares aparecem no centro do mapa com relações fortes, o que indica que essas instituições foram citadas por diferentes atores e que têm relação forte com ao menos um deles. O fato de nenhum participante da pesquisa ser representante dessas instituições e, ainda assim, elas terem aparecido com laços fortes na rede, reforça a importância dessas relações.

O diagrama da rede foi posteriormente utilizado como disparador da discussão do grupo. Os resultados da discussão do grupo serão aprofundados em seguida. No entanto, pode-se adiantar que o grupo reconheceu o diagrama como uma adequada representação da realidade das redes institucionais e comunitárias de atenção ao usuário de drogas do DF e região metropolitana. Assim, julgou-se pertinente o aprofundamento da análise quanto às características dessa rede.

A partir das respostas dos participantes também foi possível construir uma matriz de afiliação institucional. Matriz de afiliação é a matriz que associa cada ator a determinados eventos (Wasserman & Faust, 1994). Nesse caso, os atores são os respondentes da pesquisa e os eventos a eles associados são os relacionamentos com as instituições. Assim, essa matriz é construída a partir de cada respondente e os respondentes são afiliados às instituições com as quais mantêm relação. Para Molina González (1995), essa forma de olhar para as relações agrega o nível micro das relações pessoais ao nível macro organizacional. O mapa gerado a partir de uma rede de afiliação parte do seguinte pressuposto: atores afiliados aos mesmos eventos têm alta probabilidade de estar em interação e, portanto, são representados com vínculo entre si, e eventos que compartilham os mesmos atores também são representados em interação.

Assim, no mapa gerado a partir da matriz de afiliação, os atores que têm relação com as mesmas instituições são ligados, como instituições que compartilham os mesmos atores também são representados em interação, mesmo que essas relações não tenham sido citadas pelos participantes da pesquisa. Estudar a matriz de afiliação é uma forma de suprir informações da rede advindas da coleta de dados quando esta é amostral. Ou seja, quando não há informações relacionais de todos os atores da rede, a matriz de afiliação pode ajudar a completar essas informações.

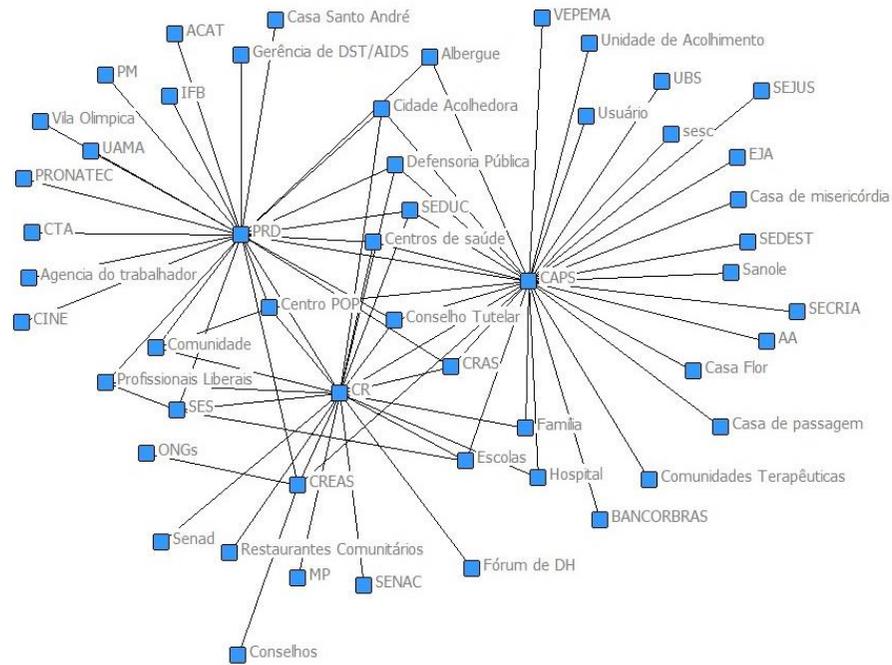
Segundo os estudos de Costenbader e Valente (2003), uma pesquisa realizada a partir de amostra de uma rede pode, sim, deflagrar propriedades dessa rede e ser útil na construção de intervenções com base no estudo de redes. Entretanto, algumas medidas podem sofrer alterações significativas quando a rede estudada não está completamente representada na pesquisa. Com base nos indicativos dos estudos de Costenbader e Valente (2003) e na metodologia de Wasserman e Faust (1994), optou-se por analisar a rede dessa pesquisa por meio da matriz de afiliação, buscando, assim, diminuir a probabilidade de que

as medidas estudadas sejam afetadas pela não representatividade de todos os atores da rede.

Cabe, ainda, a ressalva de que a rede apresentada pela matriz de afiliação não tem por objetivo ser uma representação fiel de todas as relações da rede de instituições de atendimento a usuários de drogas no DF. Ela é um recorte dessa rede, em um determinado momento. Essa pesquisa se ampara no princípio hologramático da teoria da complexidade de Morin (1990) para sustentar a ideia de que a parte tem, em sua essência, a representatividade do todo e, portanto, o estudo desse recorte pode dar indicativos importantes da dinâmica relacional da rede e esses indicativos poderão ser triangulados com outros dados de pesquisa.

Na Figura 6, pode-se observar o mapa da matriz de afiliação ao lado do mapa da matriz binária de adjacência:

Matriz de Adjacência



Matriz de Afiliação

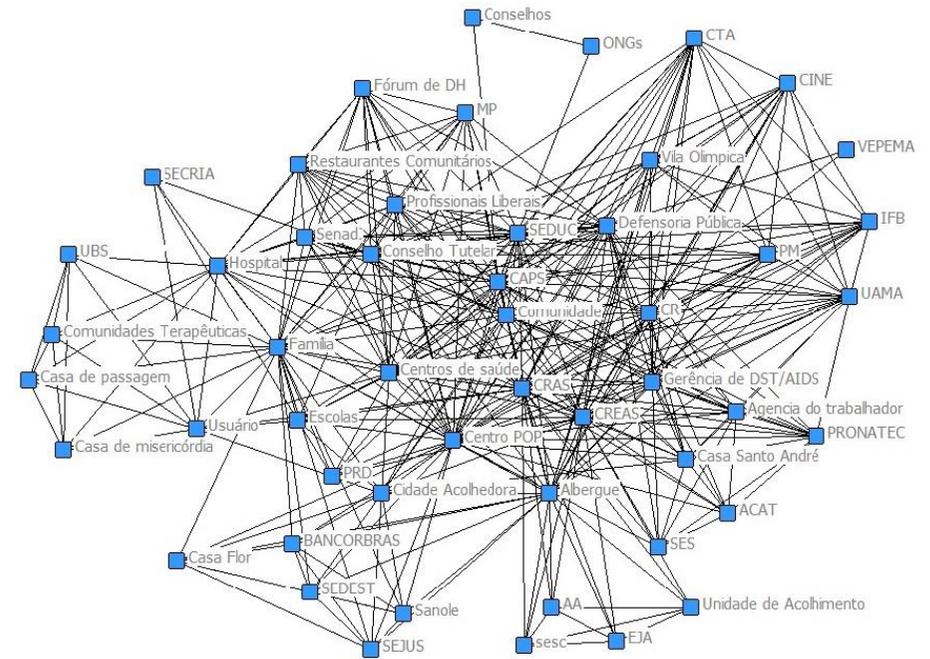


Figura 6. Comparativo entre os mapas da matriz de adjacência e da matriz de afiliação.

Observa-se que o mapa gerado a partir da matriz de afiliação (imagem à direita da Figura 6) é mais completo de relações e tem uma configuração diferente do mapa gerado a partir da matriz de adjacência (imagem à esquerda da Figura 6), em que apenas as relações citadas pelos participantes da pesquisa foram representadas. Entretanto, alguns atores são centrais nos dois mapas: CREAS, Centro Pop, CRAS, Centros de Saúde, CAPs, Conselho Tutelar, SEDUC e CR. Esse é um indicativo de que essas instituições, de fato, ocupam uma posição de centralidade na política de atenção a usuários de drogas.

Com o objeto de complementar as informações observáveis nos mapas apresentados, a pesquisa optou por analisar a rede também por meio das seguintes medidas de centralidade: intermediação de fluxo (*flow betweenness*); centralidade de intermediação (*betweenness*); centralidade de grau (*degree centrality*) e a medida de autovetor (*eigenvector centrality*). As medidas de centralidade indicam o poder dos atores na rede.

A medida de intermediação de fluxo (*flow betweenness*) é a medida que mensura os fluxos de informação na rede. Para o cálculo da intermediação de fluxo, levam-se em consideração todos os caminhos por onde uma informação pode passar entre todos os atores da rede e mensura-se a participação de cada ator em cada caminho (Newman, 2003). Para estudar o fluxo de intermediação da rede de atenção ao usuário de drogas do DF e região metropolitana, foi levada em consideração a matriz de afiliação.

Dentre os atores com maior grau de fluxo de intermediação estão o CAPs, CRAS, famílias, Centro Pop, Albergue e CREAS, portanto, esses são os atores mais presentes nos caminhos em que uma informação pode seguir nessa rede, são os atores que conectam os principais centros de informação da rede.

É interessante, também, analisar a medida de grau de fluxo de intermediação junto à medida de centralidade de intermediação (*betweenness*), pois esta traz o quanto um ator é intermediário na relação entre outros atores da rede. Ou seja, um ator com alto índice de

intermediação conecta outros atores de forma exclusiva. Atores que têm altos índices nas duas medidas são atores que conectam os centros de informação da rede e têm relações exclusivas, isto é, conectam atores que não têm relação entre si. Quando se analisam as duas medidas (Tabela 3), verifica-se que as mesmas instituições aparecem nas seis primeiras posições das duas medidas: CAPs, CRAS, Família, Centro POP, Albergue e CREAS. Mas há uma inversão interessante: o CAPs é o ator com mais alto fluxo de intermediação e, em contraponto, o CRAS é o ator com mais alto índice de centralidade de intermediação. Essa relação será aprofundada mais adiante.

O alto índice de centralidade de intermediação do CRAS indica que a rede está em uma configuração em que existem buracos estruturais (Burt, 1992). Os buracos estruturais de uma rede indicam que há atores que não estão conectados de forma direta. Esse fato, por si só, não é negativo para a rede, pois para a rede funcionar de forma articulada em torno de ações de atenção a usuário de drogas, nem todos os atores precisam ter contato direto. Por exemplo, na rede em questão, o Instituto Federal de Brasília (IFB) não tem contato direto com a Casa Flor, que é uma instituição de acolhimento para mulheres, e esse fato não necessariamente prejudica as ações de atendimento a usuários de drogas.

Os buracos estruturais podem ser positivos para a rede, de acordo com a teoria do campo de Fligstein e McAdam (2012), pois eles colocam determinados atores em posições vantajosas e a rede fica em uma configuração assimétrica. Os campos de ação estratégica são formados por atores com diferentes funções e posições na rede, portanto, é natural que existam atores em posições privilegiadas, o que pode levar os demais atores a buscar melhorar suas posições relacionais. A assimetria da rede pode ser a base de uma competição construtiva entre os atores.

O índice centralidade de intermediação do CRAS indica que esse ator está em uma posição vantajosa do ponto de vista relacional, o que pode provocar um movimento em

outros atores que buscam atingir posições melhores nessa rede, e esse movimento pode ser positivo para o propósito final do campo.

Entretanto, se por um lado a assimetria da rede pode impulsionar positivamente o movimento relacional, por outro lado, se a posição dos atores for muito discrepante, pode ser estabelecida uma relação hierárquica entre eles, em vez de uma relação de cooperação e reciprocidade. Essa forma de relação ocorre quando não há grandes assimetrias de recursos (Fligstein & McAdam, 2012).

Tabela 3. *Medidas grau de fluxo de intermediação e centralidade de intermediação*

Atores da rede	FlowBet*	Atores da rede	Betweenness*
CAPs	266.922	CRAS	14.145
CRAS	209.578	Família	12.361
Família	177.932	CAPs	10.221
Centro POP	136.543	Centro POP	10.008
Albergue	126.796	Albergue	6.330
CREAS	121.969	CREAS	4.879
Usuário	97.671	Hospital	4.528
Defensoria Pública	91.527	Conselho Tutelar	3.525
Hospital	85.622	Defensoria Pública	2.698
Conselho Tutelar	74.033	Centros de saúde	2.494
Centros de saúde	59.140	Usuário	1.960
Cidade Acolhedora	57.790	Cidade Acolhedora	1.551
Casa de Misericórdia	51.259	SEDUC	1.294
Casa de Passagem	51.259	Comunidade	1.253
Comunidades Terapêuticas	51.259	Gerência de DST/AIDS	0,774
UBS	51.259	Escolas	0,576
Conselhos	50.000	CR	0,449
ONGs	50.000	UAMA	0,277
AA	45.917	Casa Santo André	0,247
EJA	45.917	Profissionais liberais	0,179
Sesc	45.917	Agência do trabalhador	0,147
Unidade de Acolhimento	45.917	PRONATEC	0,147
Escolas	45.272	PRD	0,112
Gerência de DST/AIDS	44.389	CTA	0,086
SEDUC	41.488	ACAT	0
BANCORBRÁS	39.230	AA	0
Casa Flor	39.230	BANCORBRÁS	0
Sanole	39.230	Casa de Misericórdia	0
SEDEST	39.230	Casa de Passagem	0

Tabela 3. *Medidas grau de fluxo de intermediação e centralidade de intermediação (cont.)*

Atores da rede	FlowBet*	Atores da rede	Betweenness*
SEJUS	39.230	Casa Flor	0
Comunidade	36.517	CINE	0
Casa Santo André	27.835	Comunidades Terapêuticas	0
CR	27.261	Conselhos	0
Agência do trabalhador	25.958	EJA	0
PRONATEC	25.958	Fórum de DH	0
Profissionais liberais	25.194	IFB	0
UAMA	24.067	MJ	0
CTA	21.360	MP	0
Fórum de DH	20.928	ONGs	0
MP	20.928	PM	0
Restaurantes Comunitários	20.928	Restaurantes Comunitários	0
SENAC	20.928	Sanole	0
Senad	20.928	SECRIA	0
CINE	18.059	SEDEST	0
IFB	18.059	SEJUS	0
PM	18.059	SENAC	0
Vila Olímpica	18.059	Senad	0
PRD	13.444	SES	0
ACAT	12.430	Sesc	0
SES	12.430	UBS	0
SECRIA	7.282	Unidade de Acolhimento	0
VEPEMA	1.077	VEPEMA	0
MJ	0.000	Vila Olímpica	0

Notas: *Dados obtidos a partir da matriz de afiliação, valores em ordem decrescente.

A medida de centralidade de grau (*degree centrality*) é a medida do número de conexões diretas de cada ator da rede (vide tabela 4). Essa medida contabiliza quantas vezes um nó recebeu indicações de outros atores da rede. De acordo com essa medida, os atores com mais conexões diretas são: CRAS, Centro POP, CAPs, CREAS, família, Centros de Saúde e Conselho Tutelar.

Outra medida importante é a medida de autovetor (*eigenvector centrality*), que quantifica o quanto um nó está ligado a outros nós com posição de centralidade na rede. Essa medida identifica os atores mais bem relacionados. Na rede em questão, esses atores são: CRAS, Centro POP, CAPs, Centros de Saúde, Conselho Tutelar, SEDUC.

Tabela 4. Medidas de medida de centralidade de grau e autovetor

Atores da Rede	Degree*	Atores da Rede	Eigenvector*
CRAS	75.000	CRAS	37.911
Centro POP	73.077	Centro POP	37.826
CAPs	63.462	CAPs	35.502
CREAS	57.692	Centros de saúde	33.544
Família	57.692	Conselho Tutelar	32.314
Centros de saúde	55.769	SEDUC	30.979
Conselho Tutelar	53.846	CREAS	30.396
Albergue	50.000	Comunidade	27.115
SEDUC	48.077	Família	26.218
Comunidade	44.231	Defensoria Pública	26.124
Defensoria Pública	44.231	CR	25.076
Gerência de DST/AIDS	40.385	Albergue	25.048
CR	38.462	Gerência de DST/AIDS	24.953
Hospital	38.462	Profissionais liberais	22.762
UAMA	34.615	UAMA	22.749
Cidade Acolhedora	32.692	CTA	21.316
Profissionais liberais	32.692	Hospital	21.233
CTA	30.769	CINE	20.513
CINE	28.846	IFB	20.513
Fórum de DH	28.846	PM	20.513
IFB	28.846	Vila Olímpica	20.513
MP	28.846	Fórum de DH	20.174
PM	28.846	MP	20.174
Restaurantes Comunitários	28.846	Restaurantes Comunitários	20.174
SENAC	28.846	SENAC	20.174
Senad	28.846	Senad	20.174
Vila Olímpica	28.846	Cidade Acolhedora	17.221
Casa Santo André	26.923	Casa Santo André	16.512
Agência do trabalhador	25.000	Agência do trabalhador	15.709
PRONATEC	25.000	PRONATEC	15.709
Escolas	23.077	Escolas	14.924
Usuário	23.077	PRD	13.227
PRD	19.231	ACAT	10.556
ACAT	17.308	SES	10.556
SES	17.308	Usuário	9.618
BANCORBRÁS	15.385	BANCORBRÁS	6.469
Casa Flor	15.385	Casa Flor	6.469
Sanole	15.385	Sanole	6.469
SEDEST	15.385	SEDEST	6.469

Tabela 4. *Medidas de medida de centralidade de grau e autovetor (cont.)*

Atores da Rede	Degree*	Atores da Rede	Eigenvector*
SEJUS	15.385	SEJUS	6.469
AA	11.538	AA	5.355
Casa de Misericórdia	11.538	EJA	5.355
Casa de Passagem	11.538	Sesc	5.355
Comunidades Terapêuticas	11.538	Unidade de Acolhimento	5.355
EJA	11.538	SECRIA	4.066
Sesc	11.538	Casa de Misericórdia	3.274
UBS	11.538	Casa de Passagem	3.274
Unidade de Acolhimento	11.538	Comunidades Terapêuticas	3.274
SECRIA	7.692	UBS	3.274
Conselhos	3.846	VEPEMA	3.134
ONGs	3.846	Conselhos	1.827
VEPEMA	3.846	ONGs	1.827
MJ	0.000	MJ	0.000

Notas: *Dados obtidos a partir da matriz de afiliação, valores em ordem decrescente.

Observa-se que os principais atores em cada medida tendem a se repetir. Isso é um forte indicativo de que a centralidade e poder nessa rede estão concentrados nos mesmos atores. Para ilustrar esse fenômeno, foram contabilizadas quantas vezes cada ator apareceu dentre as seis primeiras posições em cada medida. Na Tabela 5 é representado com o número 1 quando o ator apareceu nas seis primeiras posições de cada medida, e com zero quando o ator não apareceu. Observou-se que o CAPs, o CRAS e o Centro POP apareceram dentre as seis primeiras posições de todas as medidas apresentadas; as famílias e o CREAS apareceram em três das quatro medidas; albergue e Centro de Saúde em duas medidas e Conselho Tutelar e SEDUC em uma medida.

Tabela 5. *Atores com maior importância relacional na rede por frequência nas medidas*

Ator da rede	FlowBet	Betweenness	Degree	Eigenvector	Soma das vezes que o ator apareceu nas 6 primeiras posições das medidas estudadas
CAPs	1	1	1	1	4
CRAS	1	1	1	1	4
Centro POP	1	1	1	1	4
Família	1	1	1	0	3
CREAS	1	1	1	0	3
Albergue	1	1	0	0	2
Centros de Saúde	0	0	1	1	2
Conselho Tutelar	0	0	0	1	1
SEDUC	0	0	0	1	1

A Tabela 5 dá indicativos de quais são os atores da rede com maior grau de importância relacional por meio de contabilização simples de quantas vezes cada ator apareceu de forma significativa nas medidas estudadas. Investigar quais são os atores mais centrais nessa rede é de suma importância para se pensar um processo contínuo de formação, pois são esses atores que podem fazer uma nova ideia ou ação ser disseminada e aceita pela rede ou podem resistir a determinada mudança e impedir que ações que não lhe pareçam interessantes aconteçam nessa rede (Fligstein & McAdam, 2012).

Como essa é uma informação importante, a pesquisa optou por fazer um cálculo mais complexo, no intuito de ratificar o indicativo da Tabela 5. Para isso, adotou-se o cálculo do índice relacional apresentado por Reyes Junior (2008). Para o cálculo do índice, os valores de cada medida foram normalizados da seguinte forma: o valor de cada ator foi dividido pelo maior valor obtido entre todos os atores. Assim, obteve-se um valor entre 0 e 1 para todos os atores em cada medida estudada. O índice relacional é a soma dos valores normalizados que cada ator obteve nas quatro medidas (vide Tabela 6).

Tabela 6. *Atores com maior importância relacional na rede por índice relacional*

Atores	N FlowBet	N Degree	N Betweenness	N Eigenvector	Índice relacional
CRAS	0,7852	1,0000	1,0000	1,0000	3,7852
CAPs	1,0000	0,8462	0,7226	0,9365	3,5052
Centro POP	0,5115	0,9744	0,7075	0,9978	3,1912
Família	0,6666	0,7692	0,8739	0,6916	3,0013
CREAS	0,4569	0,7692	0,3449	0,8018	2,3729
Albergue	0,4750	0,6667	0,4475	0,6607	2,2499
Conselho Tutelar	0,2774	0,7179	0,2492	0,8524	2,0969
Centros de saúde	0,2216	0,7436	0,1763	0,8848	2,0263
Defensoria Pública	0,3429	0,5897	0,1907	0,6891	1,8125
Hospital	0,3208	0,5128	0,3201	0,5601	1,7138
SEDUC	0,1554	0,6410	0,0915	0,8172	1,7051
Comunidade	0,1368	0,5897	0,0886	0,7152	1,5304
Gerência de DST/AIDS	0,1663	0,5385	0,0001	0,6582	1,3630
CR	0,1021	0,5128	0,0000	0,6614	1,2764
Cidade Acolhedora	0,2165	0,4359	0,1097	0,4542	1,2163
UAMA	0,0902	0,4615	0,0000	0,6001	1,1518
Profissionais liberais	0,0944	0,4359	0,0000	0,6004	1,1307
Usuário	0,3659	0,3077	0,1386	0,2537	1,0659
CTA	0,0800	0,4103	0,0000	0,5623	1,0525
Fórum de DH	0,0784	0,3846	0,0000	0,5321	0,9952
MP	0,0784	0,3846	0,0000	0,5321	0,9952
Restaurantes Comunitários	0,0784	0,3846	0,0000	0,5321	0,9952
SENAC	0,0784	0,3846	0,0000	0,5321	0,9952
Senad	0,0784	0,3846	0,0000	0,5321	0,9952
CINE	0,0677	0,3846	0,0000	0,5411	0,9934
IFB	0,0677	0,3846	0,0000	0,5411	0,9934
PM	0,0677	0,3846	0,0000	0,5411	0,9934
Vila Olímpica	0,0677	0,3846	0,0000	0,5411	0,9934
Casa Santo André	0,1043	0,3590	0,0000	0,4355	0,8988
Escolas	0,1696	0,3077	0,0000	0,3937	0,8710
Agência do trabalhador	0,0972	0,3333	0,0000	0,4144	0,8450
PRONATEC	0,0972	0,3333	0,0000	0,4144	0,8450
PRD	0,0504	0,2564	0,0000	0,3489	0,6557
ACAT	0,0466	0,2308	0,0000	0,2784	0,5558
SES	0,0466	0,2308	0,0000	0,2784	0,5558
BANCORBRÁS	0,1470	0,2051	0,0000	0,1706	0,5227

Observe que os oito primeiros atores coincidem nas duas tabelas. O índice relacional ratificou, então, que os atores mais relacionados dessa rede são o CRAS, o CAPs, o centro POP, as famílias e o CREAS. Trata-se de três instituições do SUAS (CRAS, Centro POP e CREAS), uma instituição do SUS e as famílias. Surpreende o fato de ter mais atores do SUAS do que SUS dentre os principais atores dessa rede. Questões relacionadas ao uso de drogas são historicamente relacionadas à área de saúde (Brasil, 2003). Em virtude disso, seria esperado que instituições do SUS estivessem mais implicadas nessas ações do que as instituições do SUAS. Entretanto, o que se observa nessa rede é que a interação das instituições de assistência social é muito maior do que a interação das instituições de saúde.

O Ministério da Saúde vem consolidando uma visão mais ampla das questões relacionadas a drogas e buscando que as questões sociais venham a ser consideradas (Brasil, 2003). A participação das instituições de assistência social e o reconhecimento dos demais atores da rede da importância dessas instituições é um indicativo de que elas estão inseridas e participativas nas políticas de atenção e cuidados a usuários de drogas.

Entretanto, ter apenas o CAPs dentre os principais atores dessa rede é um indicativo de que a política na esfera da saúde está muito centralizada na figura do CAPs, enquanto outras instituições da saúde são coadjuvantes nessa rede. Os atores da saúde não estão interagindo tão bem quanto os atores da assistência social. Certa centralidade no CAPs era esperada, tendo em vista que o CAPs tem a função de ser o articulador das ações de saúde mental na atenção ao usuário de álcool e outras drogas (Andrade, 2011).

Entretanto, as posições pouco relevantes das demais instituições do SUS surpreenderam, como o Programa de Redução de Danos e o Consultório na Rua. São dois atores que lidam diretamente com usuários de drogas, fazem atendimentos nas ruas, ou seja, têm ações territorializadas, mas não são reconhecidos pela rede como atores

A única medida na qual o CAPs se apresenta com uma importância maior que o CRAS é a medida fluxo de intermediação, o que significa que ele está conectado com atores mais importante que o CRAS. O CAPs é o ator com mais alto fluxo de intermediação (n=266.922), mas não apresenta uma medida tão significativa de Centralidade de intermediação (n=10.221). Isso significa que o CAPs não intermedeia muitos atores de forma exclusiva, mas os atores com quem o CAPs tem contato têm um fluxo muito alto de informação. Ou seja, os contatos do CAPs têm acesso a muita informação, mas podem fazer pontes por outros caminhos que não necessariamente incluem o CAPs no percurso (Freeman, 1979; Freeman, Borgatti, & White, 1991).

Assim, o CAPs intermedeia poucos atores de forma exclusiva, mas os atores que ele tem contato são os principais centros de informação. Em contraponto, o CRAS apresenta índice alto nas duas medidas, mas um índice muito mais alto na Centralidade de intermediação (n=14.145). Isso significa que o CRAS conecta atores que não têm contato entre si, assim, a instituição se torna importante na rede pela exclusividade de suas relações de percurso (Freeman, 1979; Freeman, Borgatti, & White, 1991). Na intermediação dessas relações exclusivas, o CRAS tem potencial de controlar o fluxo de informação entre dois atores que não têm contato entre eles, o que, a princípio, lhe daria uma vantagem relacional e alto capital social, de acordo com o conceito de Burt (1992). Entretanto, isso não significa que o CRAS de fato exerça esse controle, ou que a informação de um ator seja relevante para outro.

A menor centralidade de grau apresentada pelo CAPs significa que este é um ator citado por menos atores que o CRAS. Ou seja, o CRAS é citado, reconhecido em sua importância na rede, por mais atores. A rede do CRAS é bem mais numerosa e mais diversificada, como indica a medida de autovetor, ao tempo em que o CAPs tem uma rede

mais concentrada em algum tipo particular de atores percurso (Freeman, 1979; Freeman, Borgatti, & White, 1991).

A rede, em seu processo de formação profissional, deve levar em consideração a importância relacional do CRAS e o contato do CAPs com atores importantes da rede. São atores que devem estar incluídos no processo de construção das ações de formação, caso contrário, se planejada uma intervenção formativa que não represente os interesses desses dois atores, possivelmente a ação não terá impacto no campo (Fligstein & McAdam, 2012).

Comunidade

O SUS nasce no Brasil trazendo o atendimento territorializado, a descentralização da gestão setorial, integralidade da atenção à saúde e participação popular com poder deliberativo como suas diretrizes (Schaedler, 2004). Então, esperava-se que, nessa rede, a comunidade estivesse no centro das relações. A comunidade é mais do que um ator da rede, é o contexto no qual todos os demais atores estão inseridos, é o ator que deveria participar de forma ativa nas decisões desse campo de ação, pois a ele é garantido poder deliberativo, participação na gestão dos demais atores.

O atendimento territorializado tem como pressuposto a interação com atores comunitários, a participação ativa da comunidade. Neste estudo, foram considerados integrantes do ator comunidade todos os atores nomeados pelos participantes da pesquisa, como: associação de moradores, comerciantes, comunidade, educadores sociais e igrejas. Ainda assim, o ator comunidade aparece na 12ª posição de importância relacional, de acordo com o índice relacional. Esse é um forte indicativo de que comunidade não é reconhecida como um ator importante e não está no centro das relações dessa rede.

A comunidade aparece numa posição aparentemente central no mapa, mas as medidas e o índice relacional não corroboram essa centralidade. Isso pode ocorrer porque o mapa criado pelo NETDRAW é a representação plana de uma figura tridimensional.

A comunidade está entre os atores com baixa medida de intermediação de fluxo ($\text{FlowBet}=33.875$). Esse é um indicativo preocupante, pois a comunidade não tem relação com os centros de informação dessa rede. A medida em que a comunidade aparece melhor colocada é na de medida de autovetor, que indica o quanto um nó está ligado a outros nós com posição de centralidade na rede. Ainda assim, a comunidade não está em posição significativa nessa medida percurso (Freeman, 1979; Freeman, Borgatti, & White, 1991).

Esses dados indicam que o atendimento territorializado não está acontecendo de forma adequada nessa rede. Os atores dessa rede não parecem estar emaranhados na comunidade como deveriam. Essa rede precisa ser mobilizada para o despertar da consciência de que a comunidade pode mudar o contexto do consumo de drogas por meio de suas relações (Milanese, 2012), e isso só será possível por meio da reconstrução de práticas em saúde que considerem os saberes e vivências comunitárias, por meio da interação dos demais atores com os atores da comunidade, por meio de uma gestão participativa em que a comunidade esteja no centro das relações.

O atendimento em saúde que não penetra no tecido social tem limitada sua capacidade de transformação positiva das condições de vida e saúde. Os conteúdos e práticas em saúde devem alcançar o universo acadêmico, bem como as lutas cotidianas e estratégias da sociedade (Agudelo, 1990).

O processo de formação dessa rede deve provocar o olhar crítico para o papel da comunidade, para as relações que os atores da rede têm com a comunidade em que estão inseridos. Mas, como provocar o protagonismo de um ator que aparece de forma discreta na rede? Essa provocação deve mobilizar os atores que estão em posições centrais na rede,

como o CRAS, CAPs e o Centro Pop, para que eles sejam os atores que iniciem o processo de mudança na dinâmica do campo.

Usuário e Família

Um campo de ação estratégica, como é a rede de atenção a usuários de drogas, compartilha o entendimento sobre qual é o propósito da rede. Por óbvio, o propósito dessa rede seria o atendimento a usuários de drogas. Esse atendimento, pautado na teoria de redução de danos, deve respeitar a autonomia do usuário e o empoderar como protagonista do processo de sua nova inserção na vida social e comunitária. E, portanto, seria esperado que os usuários estivessem no centro dessas relações.

Entretanto, os usuários não têm medidas significativas de centralidade, e se encontram deslocados do centro do mapa. De acordo com o índice relacional, os usuários estão na 18ª posição de importância relacional nessa rede. Em contraponto, as famílias assumem a 4ª posição. As famílias têm mais contato com os demais atores da rede e assumem mais importância do que o próprio usuário. Se por um lado esse dado é interessante, pois demonstra que as famílias estão participando ativamente das ações de atendimento, por outro lado, demonstra que os usuários parecem não ter participação ativa. Os usuários são menos reconhecidos por essa rede como parte integrante do processo. Será que o propósito desse campo é atender os usuários ou atender as famílias?

A vinculação dos serviços com as famílias dos usuários é de extrema importância, tendo em vista que, em geral, são as famílias as demandantes dos serviços e elas se constituem enquanto peça fundamental para a mobilização da rede social pessoal do usuário de drogas. A pergunta acima não tem o intuito de conduzir o raciocínio de que a relação com as famílias não seja fundamental. Contudo, tem o objetivo de problematizar o

desafio de também dar voz ao usuário e colocá-lo em um papel de importância relacional nessa rede.

As medidas dessa rede indicam que os demais atores estão voltados para o relacionamento com a família e não para o relacionamento com o usuário. O usuário parece ser periférico nessa relação. Dificilmente ele faz parte das ações decisórias de seu próprio processo de reinserção social. Esse é um indicativo de que a rede não está reconhecendo o usuário como protagonista das ações.

O usuário deve ser ativo, participativo na construção de seu projeto terapêutico singular. O projeto terapêutico deve ser o resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com o usuário, com vistas à elaboração de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas. Essas condutas devem respeitar a história e o acúmulo de conhecimentos do usuário, bem como devem fazer sentido e ser pertinentes ao que o usuário percebe como importante para a transformação de sua condição de vida.

Esse é um ponto que não pode passar despercebido em um processo de formação pautado na lógica da redução de danos: o protagonismo do usuário no processo é ponto fundamental da perspectiva ampliada de RD, como destacam MacRae e Gorgulho (2003).

As ações de atenção e cuidado a usuários de drogas, baseadas nessa perspectiva da RD, buscam fazer com que o usuário ressignifique e busque novas inserções na vida social e comunitária. Isso significa que o usuário deve mudar a dinâmica da sua própria rede social, rede em que ele é o centro das relações. E, nessa rede pessoal, as mudanças na configuração serão muito mais facilitadas se partirem do próprio usuário, se ele não for passivo no processo. Para isso, ele deve estar no centro dos processos decisórios, ele deve ter relações significativas com as instituições que o atendem, não basta somente sua família ter relações significativas nessa rede.

Estratégia Saúde da Família

Andrade (2011) ressalta que, para garantir um atendimento territorializado, o CAPs deveria ser capaz de se articular com o programa Estratégia Saúde da Família (ESF). Interessante notar que o ESF não aparece na rede mapeada por este estudo. Nenhum dos 24 participantes deste estudo citou o ESF como um parceiro na política de atenção ao usuário de drogas. Fato curioso, posto que o CAPs surge com a demanda de se articular com o ESF. Os dados desta pesquisa indicam que essa articulação não está ocorrendo na rede do DF, portanto, existe a possibilidade de que essa dificuldade de articulação esteja dificultando as ações com base em ações territoriais (Andrade, 2011).

O papel do ESF na política de atendimento a usuários de drogas e sua articulação com o CAPs pode ser um ponto de exploração na construção de ações de formação dessa rede. É possível traçar estratégias formativas que coloquem esses atores para refletir sobre a articulação dos serviços, sobre como a posição dos atores da rede pode facilitar ou dificultar um atendimento territorializado, sobre possibilidades de dinâmicas e configurações dessa rede para que o CAPs seja articulador das relações, mas que o atendimento a usuários de drogas no âmbito da saúde não fique centralizado somente nele.

Secretaria de Saúde

Nota-se que, mesmo a Secretaria de Saúde (SES) sendo representada por três respondentes da pesquisa, ela não apresentou relação forte com nenhum outro ator da rede. A SES é o órgão central da gestão em saúde e órgão responsável por articular a formação dos profissionais de saúde das demais instituições do SUS.

O mapa da matriz de afiliação vai ao encontro do que também pode ser observado na matriz de adjacência, de que a SES não parece ser reconhecida pela rede como um ator

parceiro. Entretanto, o mapeamento de rede desta pesquisa direcionou as perguntas para mapear atores que trabalham conjuntamente em ações que são executadas no cuidado e atenção a usuários de drogas. A secretaria tem, por natureza, um papel de articulação e gestão e não é órgão executor de ações e, por isso, pode não ter sido mencionada pelos demais atores da rede. Sendo assim, o lugar da SES mapeado neste estudo não deflagra, necessariamente, inoperância em suas atividades de gestão.

Feita essa ressalva, no que se refere às políticas de formação, os dados da pesquisa apontam que a SES pode estar enfrentando dificuldades no exercício do papel de articulador das ações da Política Nacional de Formação Permanente em Saúde, tendo em vista as baixas medidas de centralidade, em especial a medida de intermediação de fluxo, que verifica os caminhos pelos quais uma informação pode transitar na rede. A SES não parece estar fortemente ligada aos centros de informação da rede e isso pode dificultar a articulação de políticas de formação.

SEDUC

A Secretaria de Educação (SEDUC) está na parte central do mapa, possivelmente porque esse ator está ligado a outros atores centrais da rede, conforme indicou a medida de autovetor (*eigenvector centrality*). A SEDUC, por ser órgão central da gestão da área de educação, tem ligação com a política de drogas, mas não era previsível uma posição centralizada nessa rede. É interessante explorar o papel da educação nessa rede, principalmente no que diz respeito às ações preventivas. A presença da SEDUC nessa rede é um grande potencial a ser explorado e fortalecido pelas ações de formação permanente da rede.

Programa de Redução de Danos e Consultório na Rua

Outro ponto interessante de se observar na rede em questão é a posição do PRD (Programa de Redução de Danos) nos dois mapas (apresentados na Figura 6). No mapa da matriz de adjacência, ele aparece como uma das instituições centrais, mas nota-se que se trata de um ator com grande representação entre os participantes da pesquisa (oito participantes da pesquisa trabalhavam no Programa de Redução de Danos). No mapa de afiliação, que minimiza o viés da pesquisa amostral, o PRD é deslocado para uma região periférica do mapa. Também é um dos atores com baixo grau de fluxo de intermediação ($n=13.444$), o que significa que o PRD não se conecta aos principais centros de informação da rede percurso (Freeman, 1979; Freeman, Borgatti, & White, 1991).

O baixo índice de conexão do PRD com outros atores também pode ser observado pela centralidade de grau (*degree centrality*), que é a medida do número de conexões diretas de cada ator da rede (Freeman, 1979), vide Tabela 4. Ou seja, a posição do PRD, deslocada do centro do mapa, é reforçada pelas medidas de centralidade, poder e fluxo de informação, uma vez que o PRD não tem nenhuma medida significativa. Esse fato chama a atenção, pois o PRD é uma instituição que tem por objetivo exclusivo o atendimento a usuários de drogas e, por isso, era esperado que se apresentasse enquanto um ator com mais importância relacional nessa rede. Instituições do SUAS, como o CRAS e Centro Pop, que têm outros objetivos além da atenção e cuidado com os usuários de drogas, apareceram no mapeamento dessa rede com posições mais centrais e empoderadas do que o PRD.

O Consultório na Rua, apesar de estar em uma posição mais central no mapa e apresentar um índice relacional melhor do que o PRD, está em uma dinâmica semelhante ao PRD. O Consultório na Rua também é um ator que lida diretamente com usuários de

drogas nos atendimentos na rua, e também é um ator periférico da rede, sem medidas expressivas de centralidade na rede.

O PRD e o CR são duas instituições do SUS que atendem usuários nos contextos de uso de drogas. Assim, esses atores têm uma dinâmica de atendimento diferenciado do CAPs. Este, em geral, atende usuários que se deslocam até o serviço ou que são encaminhados por outros serviços, enquanto o PRD e o CR são atores do SUS que se deslocam até o usuário e precisariam ter uma boa articulação com os demais atores para introduzir o usuário atendido nas ruas nos demais serviços da rede. Entretanto, os dados deste estudo indicam que, apesar de o CR ter uma importância relacional maior do que o PRD, nenhum dos dois atores são reconhecidos por essa rede como parceiros importantes na política. Assim como o programa ESF, o PRD e o CR são instituições do SUS que têm, em sua essência, o atendimento territorializado, pois trabalham na própria comunidade, emaranhados no contexto social que os cerca. Assim, este estudo aponta que as instituições com maior potencial de relacionamento com a comunidade e com grande potencial de capilaridade no território não são instituições empoderadas na rede de atenções e cuidados a usuários de drogas no DF.

O papel do PRD e do CR nessa rede e suas articulações podem ser alvo de exploração nas reflexões e ações construídas a partir de ações de formação da rede. Buscar compreender o porquê de essa rede ter se configurado dessa forma, quais são as dinâmicas relacionais e como elas podem ser repensadas pode ser importante para que esses atores busquem melhorar suas relações nessa rede e busquem mudar a dinâmica e a configuração relacional, de forma que os demais atores reconheçam o PRD e o CR como atores importantes nas ações da rede.

Conselho Tutelar

O Conselho Tutelar aparece na parte central do mapa e aparece como um ator importante nessa rede. Segundo o índice relacional, apresentou medidas de centralidade relativamente altas, sendo a mais significativa a medida de autovetor (n=32.314), que indica que o Conselho Tutelar está ligado a outros atores centrais da rede (Freeman, 1979). Esse é um forte indicativo de que o contexto de uso de drogas do DF e região metropolitana está afetando crianças e adolescentes e os atores dessa rede reconhecem o Conselho Tutelar como um parceiro importante.

Diante desse indicativo, é interessante buscar formações e preparar os profissionais de saúde que fazem parte dessa rede para lidar com contextos de vulnerabilidade e uso de drogas envolvendo crianças e adolescentes.

Socioeducação e a Unidade de Atendimento em Meio Aberto

Por último, nessa análise dos atores da rede, chama a atenção a presença discreta das unidades de socioeducação. Apesar de atores importantes da rede, como o CRAS e CREAS, serem instituições do SUAS que fazem parte da política socioeducativa, no DF o CRAS e o CREAS não são atores responsáveis pela execução dos programas socioeducativos. A execução fica a cargo de entidades de atendimento, vinculadas à Secretaria de Estado de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude, como a Unidade de Atendimento em Meio Aberto (UAMA). A UAMA apareceu de forma discreta nessa rede, não apresentando nenhuma medida significativa de centralidade. Outras unidades de atendimento socioeducativo, como as unidades em meio fechado e semiliberdade, nem foram citadas pelos atores dessa rede.

Esse é um forte indicativo de que essa rede não está atuando na socioeducação de forma significativa. Segundo relatório do IPEA, publicado por meio da nota técnica nº 20 de 2015 (IPEA, 2015), dos adolescentes em cumprimento de medida de internação em 2013, 26,56% deles foram acusados de infrações relacionadas a tráfico de drogas. Ou seja, as unidades de cumprimento de medidas socioeducativas lidam com adolescentes em contextos de vulnerabilidade associados a uso e tráfico de drogas e cabe ao SUS garantir a atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei (Portaria n. 1.082, 2014). Portanto, a rede pode ser provocada a repensar o seu relacionamento com as unidades socioeducativas e refletir se, de fato, estão trabalhando na atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei.

A análise do mapeamento e das características da rede de atenção e cuidados a usuários de drogas no DF e região metropolitana, bem como a análise das características dos atores da rede, levantaram uma série de pontos de reflexão e indicaram nortes interpretativos que serão aprofundados na análise das ações da rede e na análise do grupo de discussão.

Análise das sub-redes por serviço

Outra análise interessante de ser realizada é a análise da rede de cada serviço. Para fazer este estudo, foi considerada a matriz quadrada de adjacência apenas das seis instituições de origem dos profissionais que responderam ao instrumento. Essas instituições poderiam tanto indicar parcerias quanto ser indicadas por parceiros. Os mapas foram feitos a partir da soma das repostas dos participantes de uma dada instituição e dos demais participantes que indicaram a instituição em análise. Por exemplo, para desenhar o mapa do CAPs, foi construída uma matriz quadrada com a soma das repostas de todos os participantes que declararam trabalhar no CAPs, bem como as repostas dos demais

participantes que indicaram o CAPs como parceiro. Os resultados desses mapas estão disponíveis na Figura 8. Diferente do mapa de afiliação, que representa relações que não foram descritas pelos participantes da pesquisa, nos mapas da Figura 8 apenas relações citadas foram representadas.

É interessante observar que os atores com mais relações com outros atores são o CAPs, o Programa de Redução de Danos (PRD) e o Consultório na rua (CR). Porém, nas medidas da rede de afiliação, somente o CAPs aparece como ator central nessa rede. O PRD e o CR não aparecem com medidas expressivas de centralidade, poder ou no fluxo de informação. Como foi dito, o estudo da matriz de afiliação indica que o PRD e o CR não são reconhecidos na rede como atores com importância relacional. Denota-se desses dados que possivelmente o PRD e o CR têm relações caracterizadas prioritariamente por encaminhamento do que relações de parceria e reciprocidade.

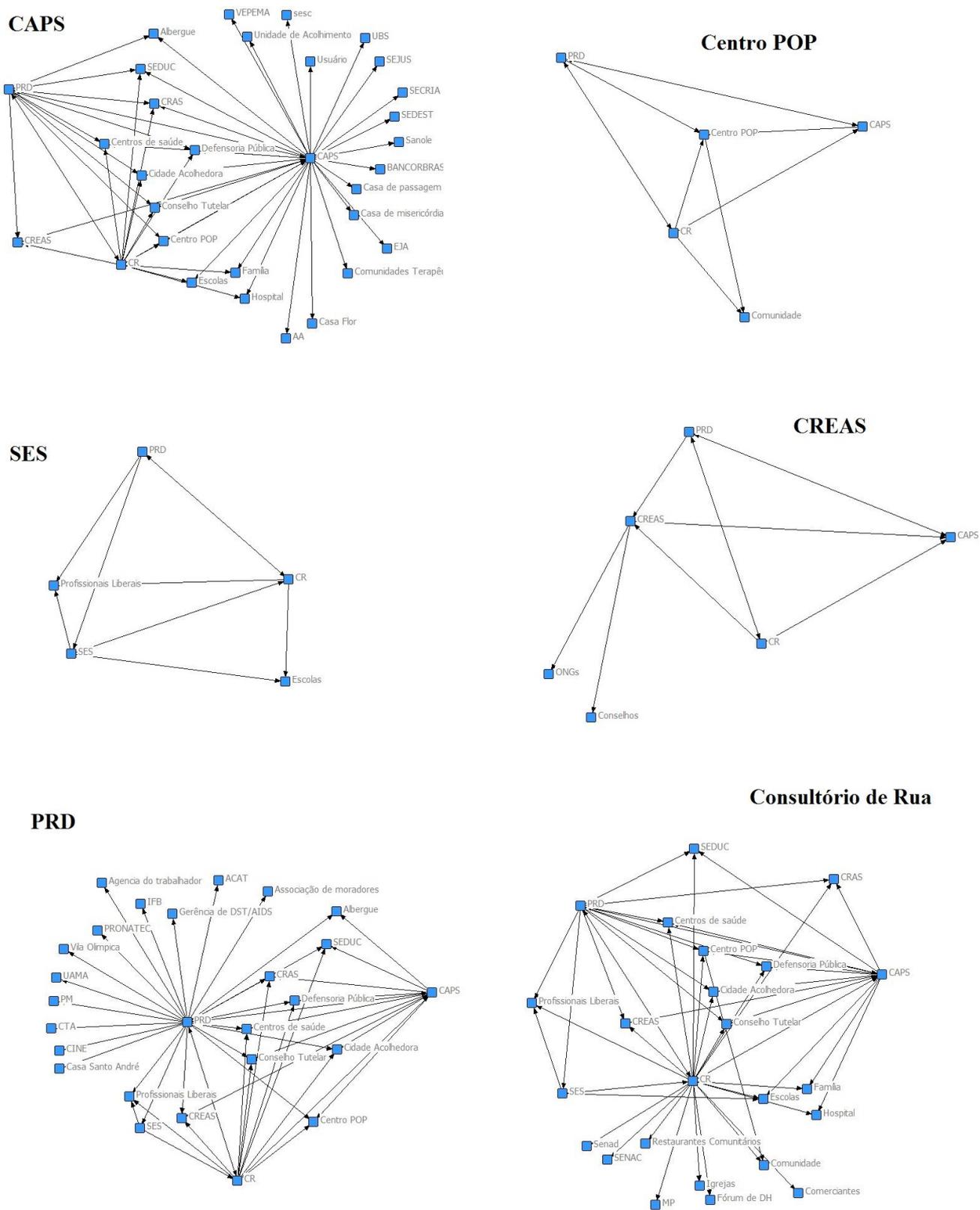


Figura 8. Mapas por serviço

Análise dos subgrupos relacionais

As sub-redes por serviço foram construídas a partir da matriz de adjacência, levando-se em consideração as indicações dos participantes da pesquisa. Outra forma de análise de subgrupos é o cálculo dos grupos relacionais que o UCINET 6.0 realiza a partir dos subgrupos por facções, existem algumas formas de cálculo, neste estudo foi utilizado o cálculo por cliques. Esses são os subgrupos relacionais identificados pelo *software* quando solicitado que analisasse a rede em cinco subgrupos:

Tabela 7. *Grupos relacionais por cinco subgrupos*

Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3	Subgrupo 4	Subgrupo 5
CAPS , Centro POP , Centros de saúde, Comunidade, Conselho Tutelar, CRAS , Defensoria Pública, Escolas, Família , Fórum de DH, Hospital, MP, PRD, Profissionais liberais, Restaurantes Comunitários, SEDUC, SENAC, Senad.	AA, Conselhos, EJA, MJ, ONGs, Sesc, Unidade de Acolhimento.	Albergue, BANCORBRÁ S, Casa Flor, Cidade Acolhedora, Sanole SEDEST, SEJUS.	ACAT, Agência do trabalhador, Casa Santo André, CINE, CR, CREAS , CTA, Gerência de DST/AIDS, IFB, PM, PRONATEC, SES, UAMA, Vila Olímpica.	Casa de Misericórdia, Casa de Passagem, Comunidades Terapêuticas, SECRIA, UBS, Usuário, VEPEMA.

Os atores estão listados dentro de cada subgrupo por ordem alfabética, mas observa-se que os atores mais centrais e importantes da rede estão concentrados em um único subgrupo, o subgrupo 1, à exceção do CREAS, que se encontra no subgrupo 4 da Tabela 7.

Para verificar o quanto esse grupo de atores bem relacionados está fortemente ligado, procedeu-se à análise de subgrupo relacional com 10 subgrupos (Tabela 8). Observa-se que, mesmo quando a rede é fragmentada em 10 subgrupos relacionais, os atores mais centrais permanecem unidos em um só grupo, novamente com a exceção do CREAS. Esse é um forte indicativo de que esses atores bem relacionados estão formando um subgrupo forte e coeso.

Tabela 8. *Grupos relacionais por 10 subgrupos*

Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3	Subgrupo 4	Subgrupo 5
CAPS, Centro POP, Centros de saúde, Comunidade, Conselho Tutelar, CRAS, Defensoria Pública, Família, Fórum de DH, Hospital, MP, Profissionais liberais, Restaurantes Comunitários, SEDUC, SENAC, Senad	Albergue, CINE, CR, CREAS, CTA, Gerência de DST/AIDS, IFB, PM, UAMA, Vila Olímpica	Casa de Misericórdia, Casa de Passagem, Comunidades Terapêuticas, UBS, Usuário	AA, EJA, SESC, Unidade de Acolhimento	MJ
Subgrupo 6	Subgrupo 7	Subgrupo 8	Subgrupo 9	Subgrupo 10
Conselhos, ONGs	ACAT, Agência do trabalhador, Casa Santo André, PRONATEC, SES	VEPEMA	Escolas, PRD, SECRIA	BANCORBRÁS, Casa Flor, Cidade Acolhedora, Sanole, SEDEST, SEJUS

De acordo com a teoria do campo, os atores mais centrais e com mais importância relacional em uma rede são atores que influenciam com mais força a forma de organização do campo, os propósitos e objetivos compartilhados e as regras de interação (Fligstein & McAdam, 2012). Portanto, para que a rede construa ações de formação efetivas que sejam aceitas e disseminadas, é importante que os atores centrais (CRAS, CAPs, Centro POP, CREAS e família) as reconheçam como importantes e interessantes aos propósitos da rede.

Entretanto, tendo em vista que esses atores estão fortemente concentrados em um subgrupo relacional, para a formação dessa rede também é interessante mobilizar atores importantes por subgrupos relacionais. Assim, a informação circulará com mais fluidez e não corre o risco de ficar centrada num único grupo relacional.

A partir do conceito de limiar de Kadushin (2004), pode-se inferir que uma ação de formação não precisa agir diretamente sobre todos os atores da rede para que a rede como um todo adote determinado comportamento ou compartilhe determinada informação ou estratégia. Quando certo nível de rede é atingido, um fenômeno pode se espalhar pela rede. Segundo o autor, esse fato pode ser observado tanto em redes micro, formadas por indivíduos, quanto em redes macro, formadas por instituições. Dessa forma, a impossibilidade de ação formativa direta com todos os atores da rede não significa que a informação ou a adoção de determinado comportamento não será compartilhada por todos. Mas, para que o limiar ocorra, é importante atingir certo nível da rede, assim como é importante que os atores atingidos sejam aqueles que influenciam com mais força essa rede. Assim, a mobilização de atores bem relacionados por subgrupos pode ser uma estratégia formativa interessante para que determinada informação ou comportamento atinja o limiar da rede e se espalhe para os demais atores.

A rede de atenção a usuários de drogas no DF e região metropolitana foi analisada por meio de procedimentos de análise de redes sociais. O objetivo foi compreender como a rede está articulada e quais são seus atores mais centrais e importantes. Essa análise traz muitos pontos para refletir formas de ações de formação que possibilitem uma circulação fluida e eficaz de informações, estratégias e adoção de comportamentos. Com o objetivo de complementar essa análise e trazer mais elementos que auxiliem a compor a complexidade do fenômeno estudado, esta pesquisa segue para análise das ações executadas por essa rede no atendimento a usuários de drogas.

Ações realizadas pela rede

Para realizar o mapeamento das instituições que compõem a rede de atenção e cuidado a usuários de drogas, os respondentes foram primeiramente questionados a

respeito de quais ações eles participavam com frequência em seu cotidiano de trabalho. O verbo “participar” foi escolhido para dar a noção de que os respondentes poderiam marcar tanto as ações prescritas para seu cargo de trabalho quanto ações de outros cargos ou instituições em que eles colaborem por meio de parcerias no cotidiano de trabalho. Pretendeu-se assim, mapear todas as ações realizadas, fossem elas próprias dos cargos dos respondentes ou frutos de parcerias e ações em rede. A expressão “cotidiano de trabalho” e a palavra “frequência” foram postas no questionamento para diminuir a chance de que os respondentes marcassem ações eventuais, ou que já foram feitas, mas não são mais.

Então, ainda que o objeto desta pesquisa seja a formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde, a ideia é explorar as ações realizadas em rede. Assim, o instrumento não se limitou a questionar somente sobre as ações de saúde. O instrumento buscou abarcar o maior número de ações das quais os profissionais do SUS pudessem participar em uma atuação em rede com uma visão biopsicossocial do usuário.

Os itens disponíveis em cada conjunto de ação referiam-se sempre a ações desenvolvidas e não a encaminhamentos, pois este estudo tem o objetivo de focar a rede de instituições parceiras que planejam ou executam ações em regime de coparticipação e corresponsabilidade. Entretanto, mesmo que o instrumento não apresentasse opções de ações de encaminhamento, ainda assim, alguns participantes acrescentaram, no espaço, “outros”.

Dessa forma, buscou-se restringir o estudo a uma rede de instituições que, de fato, exercem parcerias, mas, por força da desejabilidade social dos participantes, algumas ligações de atores que somente fazem encaminhamentos apareceram no mapeamento, como será explorado adiante, na exploração dos dados do grupo de discussão.

Com relação às ações desenvolvidas, o gráfico representado na Figura 9 apresenta a média das ações das quais os respondentes da pesquisa afirmaram participar no cotidiano

de trabalho. É notório que as ações de assistência em saúde ($m=10,77$) se destacam das demais ações como as mais marcadas em média, seguidas pelas ações de educação para saúde ($m=6,38$). As outras ações têm médias bem mais baixas e parecidas, sendo as ações de assistência jurídica ($m=1,17$) e de assistência à segurança ($m=1,20$) as que obtiveram médias mais baixas.

Tendo em vista os dados do mapeamento da rede de atenção de usuários de drogas no DF e região metropolitana, que apontaram para uma forte participação de instituições do Sistema Único de Assistência Social, era esperado que ações de assistência social, tais como assistência para abrigo, alimentação, assistência financeira e profissionalização aparecessem com mais relevância dentre as ações realizadas, mas isso não se confirmou.

Esse dado também pode ser analisado de acordo com a profissão exercida pelos participantes da pesquisa (vide tabela 9). A tabela 9 mostra que 12 participantes da pesquisa são da área de saúde (profissionais de enfermagem, agente comunitário de saúde, psicólogos), quatro participantes são da área de assistência social (assistente social, orientador social) e oito são agentes redutores de danos que trabalham tanto questões de saúde como questões sociais. Assim, por mais que a grande representatividade de profissionais de saúde possa ter enviesado os resultados, pesando mais as ações de saúde, o estudo contou com 12 participantes que, pela essência de sua profissão, deveriam trabalhar com questões da assistência social e, ainda assim, essas ações não foram significativas no levantamento do estudo.

Assim, a priorização das ações de saúde é ressaltada, pois o estudo contou com participantes que trabalham com questões da assistência social. O estudo mostrou grande participação das instituições de assistência social nessa rede e, ainda, evidenciou um foco nas ações realizadas em rede. Portanto, mesmo profissionais da saúde poderiam se envolver em ações de assistência social, segurança e assistência jurídica. Entretanto, a

pesquisa aponta baixo envolvimento dessa rede com questões outras que não sejam ligadas ao conceito restrito de saúde.

Depreende-se desse dado que a rede de atenção e cuidado ao usuário de drogas do DF pode ainda estar muito restrita ao conceito de saúde/doença associada ao uso de drogas. Na evolução dos modelos de atendimento, o uso de drogas já passou pela esfera criminal, sendo considerado crime e uma questão a ser tratada pela Justiça. Depois, passou a ser uma questão de saúde/doença, em que o usuário era visto como uma pessoa doente que necessitava de tratamento de saúde. Com o aprofundamento de estudos na área, hoje a literatura aponta para a necessidade de um modelo de atendimento que abarque questões complexas envolvendo aspectos sociais, psicológicos, biológicos e comunitários que compõem o contexto do uso de drogas (Schneider & Lima, 2011).

Entretanto, os dados desta pesquisa corroboram achados da literatura que indicam que o atendimento em saúde do SUS ainda não superou o modelo de atendimento focado na saúde/doença, modelo biomédico. “Este modelo (biomédico) predomina nos ambulatorios médicos, em clínicas e hospitais psiquiátricos. Nas unidades básicas de saúde do SUS, ele ainda é hegemônico, por mais contraditório que seja com os princípios doutrinários do SUS.” (Schneider & Lima, 2011, p. 172).

Schneider e Lima reforçam o que já estava em pauta na literatura pela discussão de autores como Carvalho, Ceccim e Haddad, que apontam que a concepção de saúde predominante continua sendo aquela ligada ao atendimento curativo e hospitalocêntrico, o que fortalece os pressupostos de uma formação para os profissionais de saúde que seja centrada na doença e pautada no modelo biomédico (Carvalho & Ceccim, 2006; Ceccim, 2005; Haddad, et al., 2010).

Ainda que as instituições do Sistema Único de Assistência Social estejam presentes e sejam atores centrais dessa rede, a rede parece estar focada nas ações de saúde,

denotando uma ação amparada por um conceito restrito de saúde, possivelmente reflexo da formação que ainda reproduz o modelo biomédico de saúde (Leite, 2010).

O foco na doença e na cura impede a visão integral do ser humano e atuações preventivas e de promoção de saúde voltadas para acompanhamento, cuidado e tratamento da saúde coletiva e individual da população (Carvalho & Ceccim, 2006; Ceccim, 2007). Esse apontamento da literatura encontra respaldo neste estudo, cujos resultados demonstram que ações importantes para a reinserção social do usuário de drogas e ações que seriam reflexo da visão integral desse indivíduo não estão sendo realizadas por essa rede de forma significativa, como ações de encaminhamento profissional, ações de educação, ações de segurança, assistência jurídica e todas as demais investigadas neste estudo.

Schaedler (2004) defende a teoria de rede como prática pedagógica para o atendimento em saúde. Mas a rede deve se articular para atender um ser humano de forma integral, biopsicossocial, como um cidadão que vive numa dada comunidade. A rede deve estar atenta para a questão da resolutividade apontada pela autora, que determina que equipes multiprofissionais devem traçar projetos terapêuticos a partir das histórias de vida que chegam aos serviços. Os dados desta pesquisa apontam para a necessidade de que essa rede promova ações de formação que incentivem, induzam a um atendimento pautado no modelo biopsicossocial, que valorizem ações que contemplem um conceito amplo de saúde, considerando o usuário na complexidade de sua história de vida.

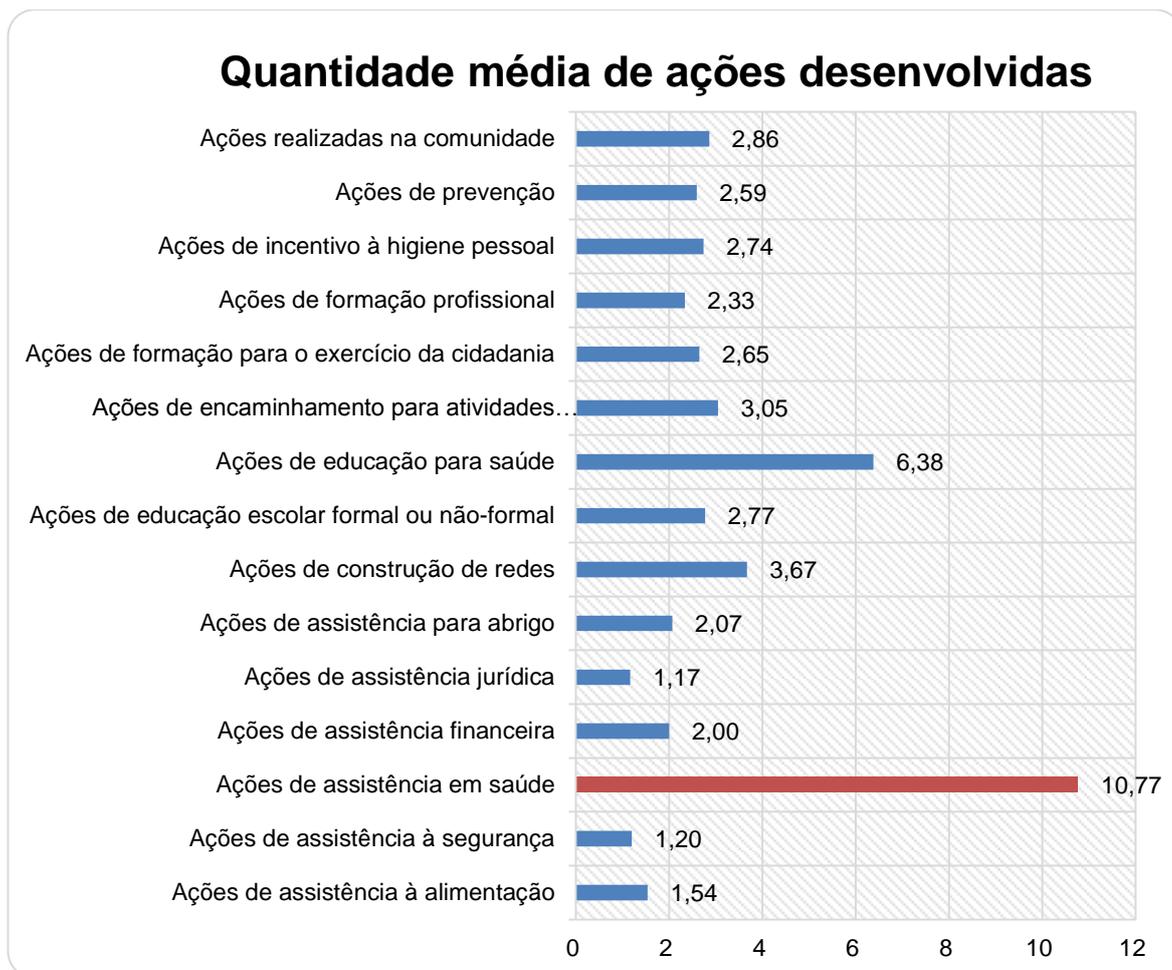


Figura 9. Gráfico com as médias das ações realizadas

A Figura 9 refere-se ao conjunto de ações investigadas pela pesquisa. Nela está representada a média com que os participantes relataram realizar as ações, sejam elas realizadas isoladamente ou em parceria. A Tabela 9 refere-se ao mesmo conjunto de ações, mas nela só são contabilizadas as ações realizadas em parceria com outras instituições ou parceiros comunitários.

Os conjuntos de ações de assistência em saúde, ações de construção de redes e educação para a saúde foram os mais citados como executados em parceria, enquanto que o conjunto de ações de assistência jurídica foi o menos citado. Esse é mais um indicativo da pesquisa que reforça que a rede está articulada para ações focadas em um conceito restrito de saúde, em que questões como formação e encaminhamento para atividades

profissionais, assistência financeira e jurídica, entre outras, não recebem a mesma atenção que as questões da dicotomia saúde/doença.

Tabela 9. *Ações realizadas em parcerias*

Ação da parceria	Nº de parcerias citadas
Assistência em saúde	12
Construção de redes	12
Educação para a saúde	11
Assistência para abrigo	10
Ações na comunidade	8
Ações de prevenção	6
Educação formal ou não-formal	6
Formação profissional	6
Incentivo a higiene pessoal	6
Assistência à alimentação	5
Assistência Financeira	4
Formação para o exercício da cidadania	5
Assistência à segurança e proteção da vida	4
Encaminhamento para atividades profissionais	4
Assistência jurídica	3

As Figuras 8 e 9 trazem todas as ações investigadas no instrumento, acrescidas daquelas que os participantes escreveram no espaço “outros”. Nas figuras, pode-se verificar as ações mais realizadas pelos participantes e aquelas menos realizadas. Chama a atenção o fato de que algumas ações não foram marcadas por nenhum participante da pesquisa, lembrando que os participantes poderiam selecionar ações em que não eram os responsáveis diretos pela execução, aquelas em que participavam como parceiros, colaboradores da ação.



Figura 10. Gráficos das ações realizadas - de ações de assistência em saúde a ações de educação para a saúde

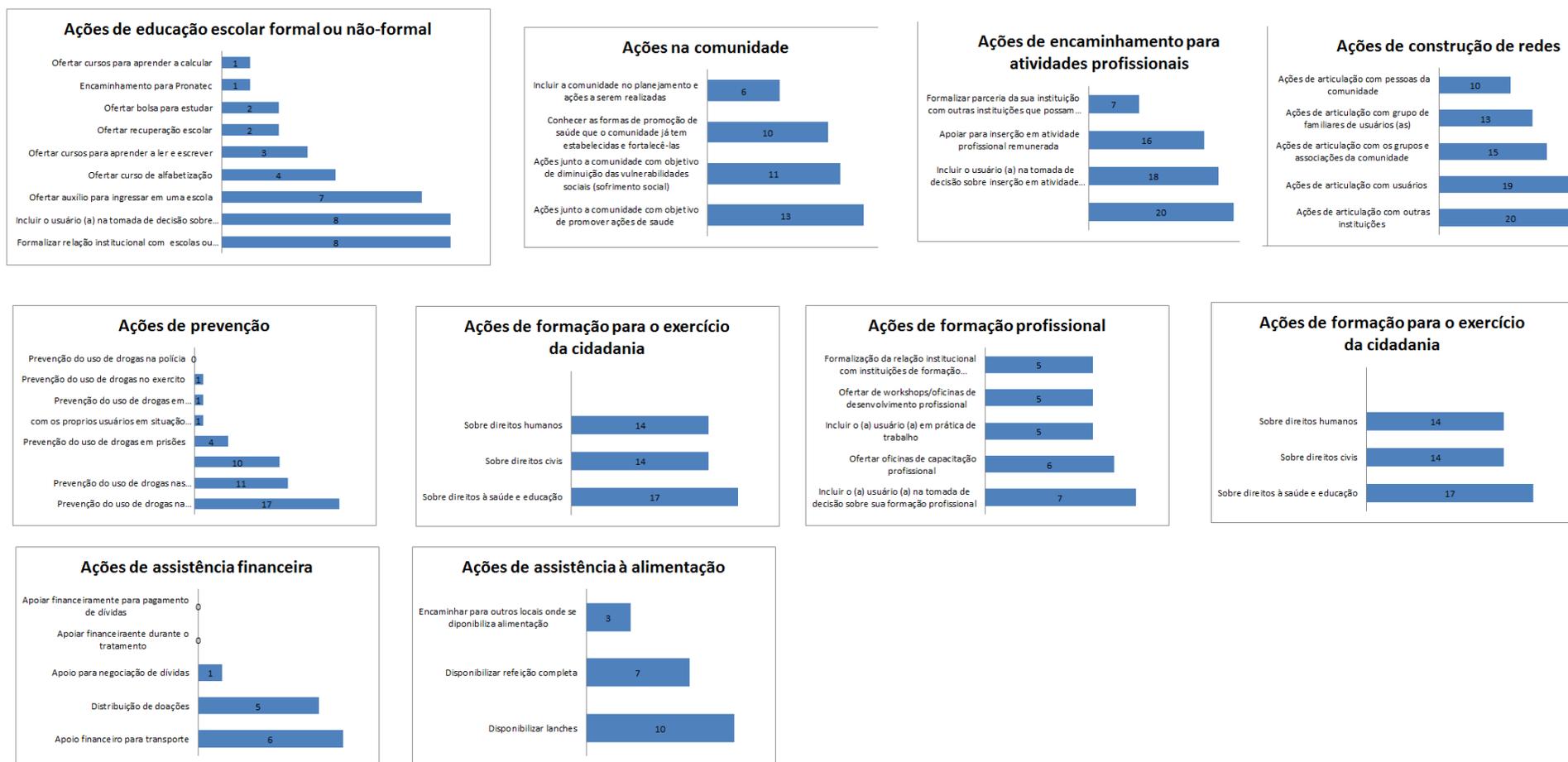


Figura 11. Gráficos das ações realizadas - de ações de educação escolar formal ou não formal a ações de assistência a alimentação

Por meio do levantamento apresentado nas Figuras 8 e 9, é possível verificar em torno de quais ações a rede está mais centrada e verificar quais ações não são realizadas de forma significativa. Assim, tem-se a noção dos potenciais e das lacunas no atendimento ao usuário de drogas ofertado por essa rede.

Por exemplo, na Tabela 10 estão listadas as ações investigadas pelo instrumento que menos de 10% dos participantes da pesquisa marcaram como sendo uma ação em que eles participam. Esse é o indicativo de que se trata de ações que são realizadas de forma significativa ou são ações que são realizadas de forma isolada por alguma instituição que não participou da pesquisa, ou seja, não são ações realizadas em rede.

Tabela 10. *Lista das ações realizadas por menos de 10% dos participantes*

Ações realizadas	Número de participantes que realizam a ação
Ofertar proteção em situações de perigo ou ameaça de morte	2
Ações de defesa dos direitos	2
Ofertar recuperação escolar	2
Ofertar bolsa para estudar	2
Distribuir medicamentos para tratamento de HIV	1
Realizar diagnósticos	1
Terapia ocupacional	1
Oficina de autocuidado	1
Apoio para negociação de dívidas	1
Educação para a saúde sobre dependência	1
Ofertar cursos para aprender a calcular	1
Prevenção do uso de drogas em hospitais	1
Prevenção do uso de drogas no exercito	1
Apoiar financeiramente durante o tratamento	0
Apoiar financeiramente para pagamento de dívidas	0
Oferecer apoio para defesa Legal, advocacia, em caso de conflito com a lei	0
Prevenção do uso de drogas na polícia	0

Tendo em vista os dados das ações realizadas pela rede e das ações em que há indicativo de que elas não estão sendo realizadas em rede, pode ser interessante uma ação formativa que foque determinados grupos de ações, buscando o fortalecimento das

parcerias. A Tabela 11 mostra as parcerias mais citadas para cada grupo de ação. Por exemplo, caso seja o objetivo de uma ação de formação o fortalecimento das ações de encaminhamento profissional realizadas por essa rede, é interessante a mobilização do CRAS, que foi o parceiro mais citado para esse grupo de ações.

Tabela 11. *Lista das parcerias mais citadas por grupo de ações*

Ação	Assistência para saúde	Assistência para abrigo	Ações de incentivo à higiene pessoal	Assistência à alimentação	Assistência financeira
Parcerias mais citada	CAPs, Centro de saúde, CR	Centro POP, Casa Santo André, Cidade acolhedora, albergue	Centro POP	Centro POP	CRAS, CREAS

Ação	Ações de educação para a saúde	Educação para a cidadania	Educação formal e não formal	Formação profissional	Encaminhamento profissional
Parcerias mais citadas	CAPs, Gerência DST/AIDS	CRAS	CRAS	Agência do trabalhador e Pronatec	CRAS

Ação	Ações de segurança e proteção da vida	Assistência jurídica	Construção de redes	Ações na comunidade	Ações de prevenção
Parcerias mais citadas	CAPs	Defensoria Pública	CAPs, UAMA	Centros de saúde, CRAS, CREAS	Escola e usuário

Alguns dados chamam a atenção neste levantamento de ações, principalmente quando triangulado com os dados do mapeamento da rede (vide as Tabelas 12 e 13).

Tabela 12. *Lista de ações destacadas para análise – ações junto ao usuário e à comunidade*

Ações junto ao usuário	Nº de participantes que realizam a ação	% de participantes que realizam a ação	Ações junto à comunidade	Nº de participantes que realizam a ação	% de participantes que realizam a ação
Ações de articulação com usuários	19	79%	Prevenção do uso de drogas na comunidade	17	71%
Incluir o (a) usuário (a) na tomada de decisão sobre inserção em atividade profissional	18	75%	Ações de articulação com os grupos e associações da comunidade	15	63%
Incluir o (a) usuário (a) na etapa de planejamento de seu tratamento	16	67%	Ações junto à comunidade com objetivo de promover ações de saúde	13	54%
Ações de articulação com grupos de familiares de usuários (as)	13	54%	Ações junto à comunidade com objetivo de diminuição das vulnerabilidades sociais (sofrimento social)	11	46%
Incluir o (a) usuário (a) na tomada de decisão sobre atividades de educação	8	33%	Conhecer as formas de promoção de saúde que a comunidade já tem estabelecidas e fortalecê-las	10	42%
Incluir o (a) usuário (a) na tomada de decisão sobre sua formação profissional	7	29%	Ações de articulação com pessoas da comunidade	10	42%
			Incluir a comunidade no planejamento e ações a serem realizadas	6	25%

Tabela 13. *Lista de ações destacadas para análise – ações junto ao sistema socioeducativo*

Ações junto ao sistema socioeducativo	Nº de participantes que realizam a ação	% de participantes que realizam a ação
Prevenção do uso de drogas no sistema socioeducativo	10	42%

Observa-se que os participantes da pesquisa marcaram ações de articulação e inclusão do usuário nas ações da rede, contudo, o usuário não aparece como ator relevante na dinâmica relacional da rede. Sendo assim, esses dados não apontam para a mesma direção. O mesmo ocorre com a comunidade e com o sistema socioeducativo. É possível que os participantes da pesquisa tenham marcado essas ações por força da desejabilidade social, mas, de fato, elas não ocorrem de forma tão significativa quanto o apontado. Outra possibilidade é a de que as ações junto à comunidade, ao usuário e ao sistema socioeducativo estejam, sim, sendo realizadas, mas ainda não estão fortalecidas o suficiente para refletir na dinâmica e organização dessa rede. Os atores da rede podem ser instigados a refletir sobre essas questões durante um processo formativo.

A aplicação do instrumento de mapeamento de rede trouxe para a pesquisa uma série de informações acerca da rede institucional e comunitária do DF e região metropolitana que atendem usuários de drogas, permitiu a construção dos mapas apresentados e a análise de dados dessa rede, permitiu também verificar quais ações a rede está realizando de forma mais significativa e deflagrou pontos de reflexão sobre como a rede pode estar mais fortalecida em algumas situações e menos fortalecida, em outras.

Tudo isso foi possível a partir da reconstrução do ponto de vista dos participantes da pesquisa por meio do instrumento. A escolha metodológica de análise desses dados

possibilitou que, através de informações individuais de cada respondente, fosse construído um olhar sobre o todo. Cada respondente deu o seu olhar individual sobre a rede e o trabalho realizado. A soma desses olhares resultou no mapeamento da rede e em sua representação gráfica por meio de mapas.

No entanto, esta pesquisa assume a posição de que os dados resultantes da aplicação do instrumento é um dos olhares possíveis sobre o fenômeno e não pode nunca ser entendido como verdade absoluta.

Tendo dito isso, é preciso ressaltar que assumir a parcialidade da realidade representada por meio dos dados de pesquisa em nada tira o crédito dos dados enquanto aspectos relevantes de pesquisa. São dados que auxiliam a montar o quebra-cabeça complexo dessa rede, pois têm, na essência, a representatividade do todo (Morin, 1990).

Segundo Morin (1990), o objeto fragmentado é a simplificação, por vezes necessária, mas não uma verdade. Verdade absoluta é um status que não será atingido, pois em todo conhecimento cabe o incerto, mas a simplificação pode ser complementada com a ampliação do fenômeno observado e das formas de enxergá-lo.

Nesse sentido, a pesquisa buscou ampliar as formas de enxergar o fenômeno estudado. O mapeamento da rede por meio do instrumento forneceu dados sobre a rede, mas ficou evidente a necessidade de aprofundar a pesquisa para ampliar o olhar sobre a formação dessa rede e, assim, cercar com mais olhares o objeto estudado: a formação de profissionais de saúde para a atuação no SUS, no desenvolvimento de ações de atenção ao usuário de drogas, na perspectiva da atuação em rede. Para aprofundar o estudo, optou-se pela realização de um grupo de discussão.

As estratégias de grupos são procedimentos qualitativos em que o olhar é fruto de um fenômeno coletivo de interações entre participantes (Gui, 2003) e pode ser vantajoso, pois, no grupo, tenta-se criar uma situação interativa mais próxima da vida cotidiana,

enquanto que em procedimentos de entrevista individual o participante acaba sendo separado de seu contexto de vida, o que pode criar certa artificialidade (Flick, 2009).

Como a aplicação do instrumento de mapeamento pode ter causado esse efeito de desconexão com o cotidiano, a escolha metodológica pela realização do grupo de discussão como procedimento complementar ao instrumento colocou-se como adequada para auxiliar a responder às perguntas de pesquisa.

Grupo de discussão

O grupo de discussão foi realizado no dia 19/11/2014, com a participação de parte dos respondentes do instrumento de mapeamento. O grupo foi reunido no mesmo ambiente em que estavam ocorrendo as aulas do curso do CRR da FEPECs. A coordenação do curso disponibilizou um momento e um espaço para a realização dessa etapa da pesquisa. Participaram do grupo de discussão 11 pessoas que haviam respondido ao instrumento de mapeamento e duas pessoas que não estavam presentes no dia da aplicação do mapeamento, mas fazem parte da rede de atenção ao usuário de drogas do DF. O ambiente era uma sala de aula com janelas abertas, o que não propiciou um ambiente perfeitamente adequado à discussão, devido ao barulho externo. Ainda assim, foi possível realizar a discussão.

O grupo seguiu a seguinte metodologia: o mapa gerado a partir de todas as repostas válidas ao instrumento foi apresentado como tema orientador da discussão e seguiu-se com algumas perguntas norteadoras, com o objetivo de que a discussão seguisse temas que ajudassem a responder às perguntas de pesquisa. A pesquisadora projetou o mapa, Figura 12, por meio de um retroprojetor para que todos pudessem visualizá-lo durante a discussão. Foi realizada breve descrição do mapa e iniciada a discussão com as seguintes perguntas:

- Vocês se enxergam nesse mapa apresentado?

- Nesse mapa, está faltando alguma coisa, sobrando alguma coisa?

E, a partir dessas perguntas, o grupo iniciou a discussão. No início, o grupo se apresentou um pouco tímido, ainda não tão engajado na proposta do grupo de discussão, mas, a partir das falas dos primeiros participantes, o grupo foi se aquecendo, se engajando na discussão e, ao final, quando se esgotou o tempo da atividade, o grupo quis estender a discussão um pouco mais. O grupo esteve engajado na atividade do grupo de discussão durante 1 hora 14 minutos e 14 segundos.

Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido que autorizava a gravação do áudio do grupo. O áudio foi degravado, gerando material em texto para análise de dados.

Nesse sentido, após a análise dos dados do mapeamento, surgiu a necessidade de aprofundamento da pesquisa por meio da realização de um grupo de discussão. O material em texto, resultado da transcrição de áudio do grupo de discussão, é dado qualitativo de pesquisa que visa complementar os dados obtidos pelo mapeamento. A metodologia de análise desse material, escolhida por este estudo, é a análise de conteúdo.

Segundo Bauer e Gaskell (2002), a análise de conteúdo abarca descrição numérica de algumas características do texto, mas também tem sido utilizada para analisar “tipos”, “qualidade” e “distinções” do texto. Assim, a análise de conteúdo pode ser uma ponte entre o formalismo estatístico e a análise qualitativa.

A análise de conteúdo “é uma técnica para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada” (Bauer & Gaskell, 2002, p. 191). A maneira objetivada refere-se a procedimentos explícitos, sistemáticos e replicáveis, mas não resulta em uma única leitura válida do texto. A validade da análise de conteúdo está na coerência com as bases teóricas e com o objetivo da pesquisa, bem como na fundamentação nos materiais pesquisados (Bauer & Gaskell, 2002).

A análise de conteúdo prevê a codificação dos materiais e, de acordo com Bauer e Gaskell (2002), a codificação é uma seleção teórica que incorpora o objetivo da pesquisa e é o referencial para a interpretação do texto. Para auxiliar no processo de codificação do texto provindo da degravação do áudio do grupo de discussão e auxiliar nos procedimentos de análise de conteúdo, optou-se pela utilização do *software* NVivo.

Segundo Creswell (2007), a análise de dados qualitativos pode ser melhorada com a utilização de programas de computador como *softwares* de análise qualitativa. Segundo o autor, a utilização de programas computacionais dinamiza e qualifica o processo de análise, bem como otimiza o tempo. Bardin (2009) também se refere à utilização de tecnologias como forma facilitadora na análise de conteúdo. Mas é preciso a compreensão

de que os *softwares* de análise de dados são apenas ferramentas facilitadoras e não podem ser compreendidos como tendo um fim em si mesmos (Teixeira & Becker, 2001).

Portanto, o NVivo é uma ferramenta que auxiliará esta pesquisa em várias etapas, mas não exclui a importância do olhar da pesquisadora, que buscará alcançar coerência teórico-metodológica em cada escolha dos procedimentos de análise de dados. O *software* será utilizado na organização das categorias e subcategorias analíticas para potencializar e intensificar o alcance e a profundidade da pesquisa, aumentar a capacidade de exploração da complexidade dos dados e apresentação dos resultados.

Descrição dos procedimentos para análise dos dados do grupo de discussão

Para analisar os dados do grupo de discussão com o auxílio do *software* NVivo, o material em texto resultante da gravação do áudio do grupo foi exportado para o *software*. Procedeu-se, então, à codificação do material: o material em áudio e em texto foi ouvido e lido exhaustivamente, sob a perspectiva de que se trata de representações e de que a análise de conteúdo por meio da codificação é um meio de sistematizar a reconstrução dessas representações e realizar inferências sobre o contexto das falas (Bauer & Gaskell, 2002).

Na primeira análise, buscou-se, por meio de análises semânticas, identificar palavras, frases, trechos do texto que trouxessem ideias que, unidas, formassem um todo coerente de sentido. A esse todo coerente de sentido foi atribuído um código. O texto foi analisado buscando-se categorias de sentido que contribuíssem para responder às perguntas da pesquisa e que pudessem ser trianguladas, refletidas à luz dos demais dados da pesquisa. Sendo assim, a codificação do material realizada por esta pesquisa é apenas uma das inúmeras possibilidades de codificação e classificação do material. “Embora o corpus de texto esteja aberto a uma multidão de possíveis questões, a AC interpreta o texto apenas à

luz do referencial de codificação, que constitui uma seleção teórica que incorpora o objetivo da pesquisa” (Bauer & Gaskell, 2002, p. 199).

Sendo assim, o material em texto da pesquisa foi classificado de acordo com os seguintes códigos ou nós: percepção das dinâmicas da rede; preconceito com os usuários em situação de rua; o papel da comunidade; o papel da gestão; necessidade de formação da rede; estratégias de formação da rede. Na Figura 13 está a representação da quantidade de texto que foi codificada em cada nó. Assim, observa-se que 17,22% do texto analisado foi classificado no código *Percepção das dinâmicas da rede*; 10,96% foi classificado no código *Necessidades de formação*; 8,21% foi classificado no código *Estratégias de formação da rede*; 6,85% no código *O papel da gestão*; 2,94% no código *Preconceito com os usuários* e 1,61% no código *O papel da comunidade*.

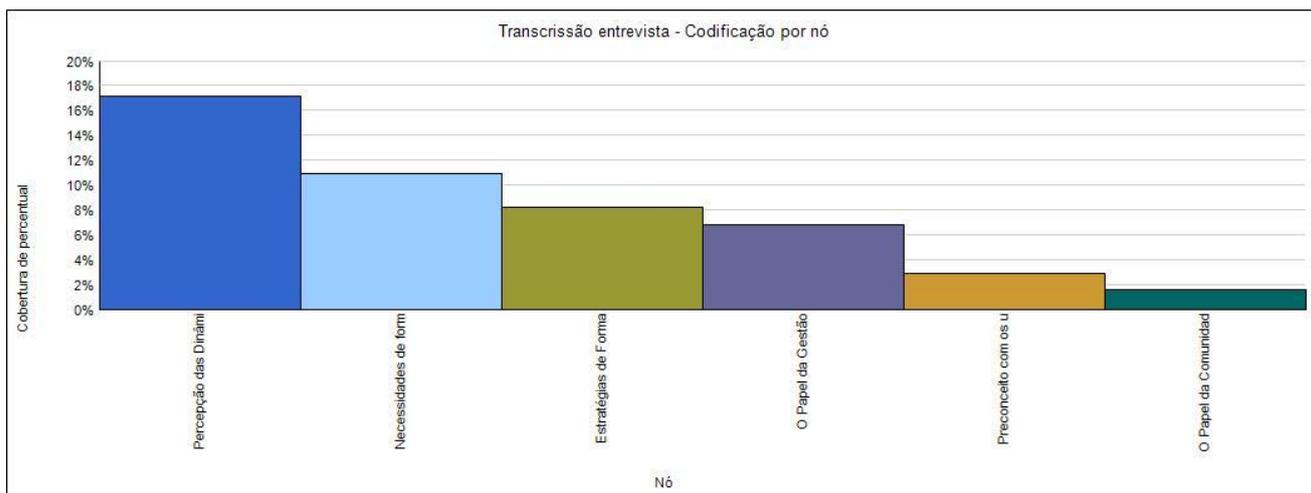


Figura 13. Gráfico com a representação da proporção de cada código no texto analisado

A seguir, serão apresentadas a descrição e a análise das categorias de sentido codificadas à luz da teoria e dos demais dados de pesquisa.

Percepção das Dinâmicas da Rede

As falas que foram codificadas segundo esse código foram as falas que buscavam avaliar as relações da rede, as parcerias interinstitucionais. Dessas falas, 13 avaliavam relações entre instituições de forma positiva, como parcerias institucionais que se configuravam enquanto trabalho conjunto e comunicação entre instituições com o objetivo de dar *feedback* de casos encaminhados. As instituições citadas enquanto parceiras foram: Comércio, Fórum, CTA, CRAS, CREAS, CAPs, Gerência DST/AIDS, Consultório na Rua, Casa Santo André, Hospital, Casa Flor, igrejas, Centro POP e o ESF (Ceilândia).

Observe que, dos cinco atores apontados pela análise do mapeamento de rede como sendo os principais atores dessa rede, quatro foram indicados pelo grupo de discussão como parcerias efetivas que fazem trabalhos conjuntos com os demais atores, sendo eles o CRAS, CAPs, Centro POP e CREAS. Dos cinco principais atores indicados pela análise de rede, apenas as famílias não foram citadas enquanto parceria efetiva. Porém, as famílias não foram alvo de análise do grupo, ou seja, o grupo não se manifestou quanto à parceria com as famílias dos usuários, nem de forma positiva nem negativa. Assim, entende-se que

os dados do grupo de discussão estão coerentes com os dados do mapeamento, reforçado o indicativo de que esses atores são, de fato, importantes na atual configuração da rede.

A articulação dessas parcerias foi colocada como resultado de trabalho de sensibilização para o serviço articulado, que é realizado, aos poucos, pelos próprios trabalhadores em seus contatos pessoais com pessoas de outros serviços. Foram apontados como facilitadores desse processo eventos e cursos que juntam pessoas de vários serviços.

Veja na fala abaixo:

“É aos poucos que a gente consegue fazer essas articulações. E de uma coisa puxa a outra. São eventos que a gente vai... Por exemplo, nesse curso mesmo que nós encontramos pessoas que nunca tinham ouvido falar da redução de danos. E, a partir do momento que a gente começa a falar já vou replicando para o serviço (...). Isso que vai fazendo essa rede girar e funcionar.”

Outro facilitador do trabalho em rede que foi apontado pelos participantes foi a reunião de rede. A reunião de rede é uma reunião interinstitucional, que acontece uma vez por mês em quase todas as regiões administrativas, por iniciativa dos próprios serviços.

“(Fala da pesquisadora) Vocês diriam que essa reunião de rede é hoje a principal estratégia de formação do profissional em serviço?

– Não sei se é a principal, mas é fundamental.

– Fundamental para a rede funcionar.”

Foi apontado como um dificultador da articulação da rede a rotatividade de pessoas no serviço, pois, quando uma articulação entre um serviço e outro depende do contato pessoal, se um ator da relação se afasta do serviço, a relação se quebra. Abaixo, falas que representam esse ponto:

“Por exemplo, se a gente vai em um Centro de Saúde que a gente já fez uma articulação, e a gente quando volta nesse local, aquelas pessoas que foram sensibilizadas, elas não estão mais lá (...)”

“Por exemplo, às vezes, você vai na reunião de rede esse mês, aí você encontra o João lá. Aí no outro mês, já é outro João. É a Maria. Só que o João não falou nada.

– Para a Maria.

– Sabe? Assim, as pessoas não necessariamente replicam aquilo. Aí, assim, a gente vai depender...

– (Fala da pesquisadora) Ela não carrega o histórico daquele trabalho?

– É. A gente está sempre: “Quem são vocês?”

– Reiniciando.

– Reiniciando.

– (Fala da pesquisadora) Reiniciando os vínculos?

– É. Exatamente. Reiniciando. Assim, acontece muito isso.

– (...)(Fala da pesquisadora) Elas vão como pessoas e não como instituição?

– Exatamente.”

Essa dificuldade gerada pela rotatividade de pessoas nos serviços indica que o comportamento de trabalhar de forma articulada com outros serviços ainda é um comportamento isolado na rede, ou seja, esse comportamento ou forma de trabalhar ainda não atingiu a rede de forma significativa a ponto de se espalhar por ela por meio do mecanismo de interações e influências do limiar (Kadushin, 2004). Analisando esse fato à luz da teoria de Kadushin (2004), se o comportamento de trabalhar de forma articulada estivesse presente em parte significativa dos atores da rede, a probabilidade de um novo ator adotar o mesmo comportamento seria grande. As falas do grupo de discussão apontam para o fato de que isso não acontece na microrrede, ou seja, na rede de relações pessoais

para o serviço. Quando uma nova pessoa entra em um serviço, o vínculo antes estabelecido se quebra e o comportamento de trabalhar de forma articulada não é adotado de imediato. Isso gera grande frustração e percepção de retrabalho.

Assim, os dados deste estudo indicam que o trabalho interinstitucional e comunitário articulado acontece na rede de atenção a usuários de drogas do DF, porém, ainda de maneira limitada. A rede ainda não foi atingida por essa forma de trabalhar a ponto de atingir o limiar em que esse comportamento se espalharia pela rede. Portanto, ainda é importante a adoção de estratégias de indução do trabalho articulado em ações de formação da rede.

Com relação às falas que avaliavam relações distantes ou restritas a encaminhamentos entre as instituições, essas foram 10 falas. As instituições apontadas como atores que mantêm relações restritas com essa rede foram: Cine, PM, Vila Olímpica, UAMA, IFB, Agência do Trabalhador, SENAD, SENAC, Restaurante comunitário, MPU, Centros de saúde, ESF (Samambaia).

Os motivos apontados para relações institucionais distantes foram: a gestão de alguns serviços que não está aberta à articulação, alguns trabalhadores que não estão sensibilizados para o serviço, a percepção de que a articulação entre serviços pode aumentar a carga de trabalho, falta de perfil de alguns servidores para o trabalho, preconceito e destrato com pacientes. Veja as falas abaixo que representam esses pontos:

“Porque, às vezes, os próprios profissionais de gestão se acham os donos da instituição e não abrem as portas, porque há profissionais, há serviços a serem oferecidos, e há uma demanda lá fora. E, às vezes, a gente se sente muito incapaz. Talvez a única saída, como profissional, é trabalhar os recursos de encaminhamentos.”

“A gente (agentes comunitários) é o elo entre a comunidade e o Centro de Saúde. Quando a gente entra lá é como se fosse um corpo estranho. Como se a gente tivesse ido lá para dar serviço para eles e tal.”

“É umas pessoas que não têm educação, ganham bem; porque eu vou falar uma coisa: ninguém ganha mal na Secretaria de Saúde. Quem falar que ganha mal está mentindo, entendeu? E se não está com perfil de trabalhar com o povo, vamos fazer outra coisa, vai pintar, vai... Porque a pessoa tem que ter perfil. Tem que ter paciência.”

“(...) porque nem todas as pessoas do serviço são sensibilizadas com o serviço. Então, assim, por exemplo, existem alguns serviços que a gente não consegue acessar todas as pessoas que trabalham lá, não é?”

“Então, para eles (pacientes) é mais difícil ainda, para nós é difícil quando chega um paciente acamado, mora sozinho, tem só uma perna, cadeira de rodas, ele é maltratado.”

Com relação à falta de perfil de alguns trabalhadores, a solução apontada foi o investimento em formação para um atendimento humanizado. O detrato a pacientes por servidores foi colocado várias vezes pelo grupo de discussão.

“Então é uma coisa que, se não tiver humanização, que eu acho que é mais humanização. Você saber lidar: ‘Não senhor, só mais um tempinho, a gente vai ver aqui e tal...’”

– *(Fala da pesquisadora) Seria uma formação para um atendimento mais humanizado?*

– *Isso. Porque desde que a pessoa se coloque no lugar da outra, ela não veio aqui passear, ela está sentindo dor. Se a pessoa está nervosa, espera ela acalmar para você poder falar. A pessoa quer falar mais alguma coisa, está lá a frente, entendeu? Paciente sempre tem razão. Quando uma pessoa trabalha numa loja, o cliente sempre tem razão.”*

Observe que Estratégia Saúde na Família (ESF) apareceu durante as discussões tanto como um parceiro quanto como um ator que mantém relações distantes com essa rede. Como dito anteriormente, o ESF não foi citado por nenhum participante da pesquisa durante o preenchimento do instrumento de mapeamento e, por consequência, ele não apareceu como ator no mapa apresentado ao grupo de discussão. Esse ponto foi levantado por uma trabalhadora do ESF que trabalha na unidade de Samambaia, que questionou os demais participantes do grupo de discussão se eles tinham relação com o ESF. Apesar de o representante do Consultório na Rua, que atende em Ceilândia, ter prontamente respondido que consegue uma boa articulação com o ESF, posteriormente ele relatou uma articulação realizada com o ESF que foi enfraquecida por medo da falta de capacidade de atendimento.

A representante do ESF no grupo de discussão relatou não perceber nenhuma relação de parceria no atendimento a usuários de drogas. Relatou nunca ter sido procurada nem ter procurado construir uma articulação para o atendimento. Verbalizou, ainda, que antes do curso do CRR, ela desconhecia os serviços do PRD e do Consultório na Rua. Segundo as falas no grupo, o ESF não realiza nenhum trabalho com população de rua, o que limita o atendimento a usuários de drogas. Veja as falas que se seguem:

– (Fala da pesquisadora) Então, na sua RA, que é Ceilândia, funciona o trabalho articulado com a estratégia de Saúde da Família?

– A gente (CR)... quando precisa, a gente consegue. Tem uma pessoa que está indo fazer visita...

– (Fala da pesquisadora) Nos demais serviços, as demais regiões? Vocês identificam que a articulação com a estratégia Saúde na Família existe? Não existe? Porque não apareceu aqui...

– (ESF) *Em Samambaia, na minha experiência pessoal, nunca nenhuma equipe de redução de danos ou consultório nas ruas me procuraram e nem procuram, que eu saiba o centro de saúde em que eu trabalho.*

– (Fala da pesquisadora) *E vocês (ESF) procuraram algum trabalho conjunto com eles (PRD, CR)?*

– *Porque eu nem conhecia o trabalho deles (PRD, CR). Eu já tinha ouvido falar deles, mas nunca, assim, conversei igual estou conversando agora com vocês, entendeu?”*

“(ESF) criou uma agenda para atender as meninas usuárias que precisavam fazer pré-natal, essas coisas, fazer exame de prevenção, mas aí as pessoas que trabalham no PSF ficaram com medo porque elas começaram a ir em grandes números. Disse ‘A gente não tem capacidade para isso’”. Então, a gente (CR) começou a diminuir. ”

Apesar de haver um relato de parceria com o ESF de Ceilândia, foi mais presente na discussão o lugar do ESF como um ator fora da rede de atenção e cuidados a usuários de drogas. A própria participante que representava o ESF no grupo se reconheceu fora da rede, reconheceu a falta de conhecimento dos atores da rede e as limitações do atendimento à população de rua. Portanto, a análise das falas do grupo de discussão corrobora o que já tinha sido apontado pelo mapeamento dos atores da rede e o que indica a literatura.

Andrade (2011) apontou que a ênfase na atenção básica ainda é recente no Brasil, está em processo de construção e, por isso, o ESF tem muita dificuldade em inserir ações de redução de danos em suas práticas. O CAPs e o ESF não se articulam, enfrentam grandes barreiras para o trabalho conjunto e, assim, o atendimento territorializado previsto no SUS tem uma importante ferramenta inutilizada. Os dados desta pesquisa vão ao encontro dessa colocação de Andrade. Como dito, o ESF não parece ser um ator da rede, há indicativos de que a instituição não está fazendo um trabalho articulado para o atendimento a usuários de drogas.

Como indicado por Andrade e pelo grupo de discussão, o ESF é uma importante ferramenta de territorialização do atendimento. Portanto, o papel do ESF nessa rede é um tópico de discussão e reflexão importante nas estratégias de formação dos profissionais.

Preconceito com os Usuários

Algumas falas do grupo de discussão apontam para a existência de preconceito de trabalhadores dos serviços com os usuários de drogas, principalmente aqueles em situação de rua. Como foi relatado no grupo, o ESF não faz atendimento de pessoas em situação de rua, pois moradores de rua não têm endereço fixo, não entram no conceito de “família” e, portanto, não são atendidos pelo serviço. Outras falas referem-se ao destrato ou falta de educação de funcionários do serviço com os usuários, como mostram as seguintes falas do grupo:

“(...) é difícil quando chega um paciente acamado, mora sozinho, tem só uma perna, cadeira de rodas, ele é maltratado.”

“Porque se eu pego um paciente que está com uma pressão alta e mando para o Centro de Saúde, chega lá ele é mal recebido.”

“(...) íamos todo trajado, todo caracterizado de usuário mesmo, como população em situação de rua. Nós vimos, sim, o preconceito das pessoas olhando a gente na instituição (...)”

“(Fala da pesquisadora) Morador de rua não entra no conceito de família?”

– Não entra, é como se ele não tivesse família e muitas vezes tem. O endereço? Onde você mora? Não existe endereço informal no PSF.”

Os dados deste estudo indicam uma distância entre os funcionários do serviço e o usuário, possivelmente fruto do estigma do usuário de drogas e do morador de rua. Apesar do fato de os participantes da pesquisa terem indicado que realizam ações de articulação e

inclusão do usuário nas ações da rede, esse dado não foi corroborado pelos demais dados da pesquisa, tendo em vista que o usuário não foi apontado como um ator relevante pela análise da rede e o grupo de discussão apontou para a existência de preconceito no serviço com usuários de drogas. Assim, os dados indicam que o usuário dificilmente é incluído nas decisões de seu próprio processo de reinserção social e que a rede não está reconhecendo o usuário como protagonista das ações nem como ator importante da rede de atendimento a usuários de drogas.

Esses dados ratificam o que traz Ronzani, Noto e Silveira (2014) sobre o estigma dos usuários de drogas. Segundo os autores, o estigma interfere diretamente no cuidado e atenção destinados a usuários, pois muitas vezes eles são vistos pelos serviços de saúde como perigosos, violentos e como sendo os únicos responsáveis pela sua condição. Os autores ressaltam que o uso de drogas ainda é comumente visto como falha de caráter, o que limita as possibilidades de atendimento e o acesso aos serviços.

Sendo assim, o estudo indica que o estigma de usuários de drogas ainda não está superado e é uma questão a ser trabalhada nos serviços. Entretanto, para além da superação do estigma, também é preciso trabalhar a necessidade de o usuário assumir o protagonismo de seu processo e ser incluído como ator importante nessa rede de atenção ao usuário de drogas.

O Papel da Comunidade

O grupo de discussão não se aprofundou muito sobre a relação com a comunidade ou seu papel na rede de atenção a usuários de drogas. Porém, como o papel da comunidade é tópico importante para o presente estudo, tudo o que foi discutido sobre a comunidade foi codificado para análise.

A comunidade apareceu nas falas no papel de demandante da rede, ou seja, quando diante de uma situação de uso de drogas ou demais situações de vulnerabilidade, a

comunidade aciona os serviços da rede, o que foi colocado de forma positiva pelo grupo. Contudo, a comunidade ainda não parece assumir o papel de parte integrante e participante da rede, não participa dos processos de planejamento e construção conjunta de ações. Por exemplo, no grupo de discussão foi relatado que a reunião de rede é aberta à comunidade, mas não há participação efetiva.

Diante desse panorama, a representante do ESF relatou que o programa tem boa relação com a comunidade e que o ESF poderia servir de ponte para ingressar a comunidade nessa rede. Mas, para que isso aconteça, é importante que o próprio ESF esteja, de fato, participando das ações dessa rede. Veja as falas abaixo:

“Aí a comunidade já está um pouco mais consciente da problemática, já fala: ‘Olha, esse encontro de... Tem pessoas em situação de rua, tem uma garota que trabalhava, de repente surtou, tá na rua, vocês podem fazer uma abordagem? A comunidade tá se envolvendo um pouco’.”

“– Isso, e o que é mais interessante é que ‘Quando vocês vai atender esse menino?’”

“– Agora, o que falta é a parte comunitária, não é? Porque ela (reunião de rede) também é aberta para a comunidade.

– E a comunidade não vai?

– Não vai, a gente não conseguiu trazer a comunidade para essas reuniões.”

Os participantes do mapeamento relataram realizar ações de inclusão da comunidade nas ações da rede. Entretanto, o que foi colocado no grupo de discussão sobre o papel da comunidade não reflete essa inclusão e está coerente com o mapeamento de rede em que a comunidade apareceu como um ator discreto dessa rede, com baixa importância relacional. Sendo assim, os resultados deste estudo apontam que a comunidade

não tem participado das ações da rede de atenção a usuários de drogas do DF e região metropolitana de forma significativa.

Levar em consideração as características da comunidade e fazer com que a rede se entranhe em seus espaços e processos é ponto fundamental para um atendimento pautado no modelo biopsicossocial de saúde, é ponto fundamental para o atendimento territorializado (Carvalho & Ceccim, 2006; Ceccim, 2007). A comunidade é um sistema dinâmico, complexo e só será incorporada à rede se organizações e pessoas da comunidade participarem ativamente das ações da rede.

O processo formativo dessa rede deve levar em consideração que pode e deve ir além da transferência de recursos cognitivos e tecnológicos aos profissionais. As estratégias formativas podem formar sujeitos capazes de dar continuidade a um projeto de sociedade no qual vigore um conceito ampliado de saúde (Ceccim, 2007).

O Papel da Gestão

O grupo de discussão usa o termo gestão ora para se referir à gestão de serviços específicos ora para se referir à Secretaria de Saúde. No decorrer do texto, essa distinção de sentidos será demarcada.

Os gestores dos serviços foram colocados, durante os discursos, num lugar de inacessibilidade, como pessoas inalcançáveis, incomunicáveis. Gestores que não têm conhecimento do trabalho que é realizado diretamente com os usuários de drogas, trabalho que os participantes do grupo denominaram de trabalho de ponta. Então, a gestão dos serviços foi descrita como uma gestão que impõe suas decisões sem ter real conhecimento de como o trabalho de ponta é realizado. A gestão foi apontada como não estando aberta para o estabelecimento de ações conjuntas, não estando interessada em participar de ações de formação, ou então participa, mas não coloca em prática os conhecimentos adquiridos. Os gestores dos serviços também foram caracterizados como pessoas que têm medo de

mostrar seu lugar e seu papel na rede, que não falam a mesma linguagem dos demais trabalhadores. Mas, principalmente, os gestores foram descritos como pessoas que precisam participar de ações formativas e precisam ter conhecimento de como a rede opera.

Como descritas acima, as falas sobre a gestão dos serviços foram predominantemente falas negativas, carregadas de sentido de desconexão dos trabalhadores com seus gestores diretos. Não havia no grupo nenhum representante da gestão dos serviços e, portanto, as falas trazem o olhar apenas dos trabalhadores, isto é, um olhar parcial. Ainda sendo um olhar parcial, que não dá conta de abarcar todo o universo da relação dos trabalhadores com a gestão direta, esse olhar evidenciou uma desconexão, um problema relacional dentro dos próprios serviços. Trata-se de um problema que foi apontado como um dificultador das relações de parceria entre os serviços.

As microrrelações não foram estudadas pelo mapeamento de rede e, sendo assim, essa questão não foi apontada pela análise de redes nem pelo levantamento de ações realizadas. Esse indicativo de dificuldade de relação com a gestão direta restringe-se aos dados do grupo de discussão. Contudo, essa tensão apareceu de forma muito marcante no grupo, com falas de serviços diferentes relatando as mesmas dificuldades.

Diante desse indicativo, este estudo aponta para a necessidade de aprofundamento nas questões relacionais das microrredes dos serviços, principalmente no tocante à relação dos trabalhadores com seus gestores diretos. Esse aprofundamento pode ser objeto de outros estudos, bem como pode ser objeto de ações de formação que busquem trabalhar essas relações. Falas do grupo:

“Os próprios profissionais de gestão se acham os donos da instituição e não abre as portas.”

“E não adianta a gente ser só os multiplicadores. Eu acho que a falha é a mesma. Os gestores têm que estar inseridos e participar.”

“Gestores têm medo de mostrar a sua rede, medo de mostrar o seu papel como organizador, planejador, têm medo.”

“Muitas vezes a gente não consegue acessar ao gestor (...)”

“Por que então que o serviço público, dentro da área da saúde, não funciona do jeito que tem que funcionar? É por causa da gestão, se a gestão lá em cima não fala a mesma linguagem que eu estou falando aqui, de maneira nenhuma o serviço vai andar, o serviço vai dar certo.”

Com relação à gestão da Secretaria de Saúde, quase não houve manifestação. O único momento em que a Secretaria de Saúde foi citada foi no contexto em que o grupo discutia o porquê de o programa ESF não participar dessa rede de forma significativa. Então, a Secretaria foi apontada como principal responsável pela não inclusão do ESF na rede. Ou seja, a Secretaria de Saúde não foi representada pelo grupo como um ator da rede, mas como fator responsável por uma falha na rede.

– (Fala da pesquisadora) O PSF não apareceu aqui (no mapa de redes). Achei curioso também. Na rede ele não apareceu. O que isso reflete para vocês?

– Reflete que eu acho que a gestão central não está procurando incluir o PSF nessa estratégia de enfretamento.

– (Fala da pesquisadora) A gestão central do SUS?

– Do SUS e do PSF, Secretarias de Saúde... A gestão central que eu digo, assim, os gestores maiores, na solução desses problemas de saúde.”

Assim como o que é expresso pelo grupo durante a discussão, o que não é falado também pode ter significados importantes. Como dito, a fala representada acima foi o único momento em que a Secretaria de Saúde foi citada. Mais significativo do que a

citação com uma representação negativa da Secretaria, é a não percepção da Secretaria enquanto um ator da rede. O ESF foi percebido como um ator faltante na rede, ou seja, um lugar vazio que precisava ser ocupado, já a Secretaria de Saúde nem foi percebida como um ator faltante na rede, como se seu lugar nessa trama de relações não existisse.

Esse dado do grupo de discussão aponta para a mesma direção da análise de redes que indicou uma Secretaria de Saúde que não participa da rede de forma significativa e, por isso, deve enfrentar grandes dificuldades em exercer o seu papel de articuladora das ações de formação.

Necessidades de Formação da Rede

Durante a discussão do grupo foram emergindo vários pontos em que o grupo identificava necessidades de formação. Um ponto muito discutido e que já foi abordado nos tópicos anteriores é a necessidade de a gestão participar das ações de formação. A desconexão entre os trabalhadores e a sua gestão imediata foi posta como resultado de comunicação ineficaz e falta de compreensão por parte da gestão das necessidades dos trabalhadores do serviço. Fica clara, então, a necessidade de um trabalho de articulação nas microrredes dos serviços.

Outro ponto já abordado é a necessidade de formação para o atendimento humanizado, em razão de episódios frequentes de falta de humanização no trato com usuários e com trabalhadores de outros serviços. O Ministério da Saúde reconhece essa necessidade e promove ações de humanização dos serviços de saúde. Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS é estratégia essencial para melhoria das condições de vida da população e para a qualificação da atenção e da gestão. A humanização passa pela valorização dos trabalhadores e pela democratização da gestão. Ou seja, valorização profissional relaciona-se com a gestão participativa e com o trabalho em equipe, induzindo

a um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades (Ministério da Saúde, 2004).

À luz dessa abordagem teórica adotada pelo Ministério da Saúde, o atendimento humanizado não está acontecendo de forma adequada nessa rede, assim como a gestão participativa também não está – haja vista a dificuldade relacional com a gestão –, e esses dois fatores têm relação direta. O trabalho em equipe não ocorre adequadamente nas microrrelações em razão da dificuldade de comunicação com a gestão direta, e esse fato impacta na humanização do atendimento e no trato com os demais serviços. A valorização profissional parece ser ponto essencial para que essa rede de microrrelações engrene em relações fluidas de trocas e solidariedade e passe a se refletir no atendimento humanizado ao usuário e nas macrorrelações institucionais.

As construções do grupo também abordaram a necessidade de as instituições, atores da rede de atenção e cuidados a usuários de drogas se conhecerem, conhecer no sentido de saber da existência umas das outras e compreender o papel de cada uma no serviço. Houve relatos que demonstraram que, por vezes, um ator da rede não conhece o outro e que cursos e eventos interinstitucionais são boas ferramentas, pois promovem o encontro de atores.

Essa é uma questão crucial, pois o grupo revela a existência de buracos estruturais críticos nessa rede. Segundo a teoria de Burt (1992), a existência de buracos estruturais não é necessariamente um ponto negativo da rede. Buracos estruturais são reflexos das dinâmicas de rede em que nem sempre é interessante que todos os atores tenham contato direto uns com os outros. Apesar da não necessidade do contato direto de todos os atores, é importante que uma rede de atores institucionais, e em grande parte governamentais, se perceba em sua extensão. É crítico que atores governamentais atuantes no mesmo território, com objetivos em comum, não se conheçam. Essa é uma falha gravíssima da formação desses profissionais, identificada por este estudo.

“Porque eu (ESF) nem conhecia o trabalho deles (PRD, CR). Eu já tinha ouvido falar deles, mas nunca, assim, conversei igual estou conversando agora com vocês, entendeu?”

“Por exemplo, nesse curso mesmo que nós encontramos pessoas que nunca tinham ouvido falar da redução de danos.”

“(para o trabalho em rede acontecer é necessário) Se conhecer, saber quem é quem, como que funciona e onde é que estão e para que...”

“a gente (PRD) encontra pessoas que falam assim: ‘Nossa, eu nunca ouvi falar de vocês’.”

Nas falas transcritas acima, percebe-se que as falas que retratam o desconhecimento de atores estão, na maioria, relacionadas ao desconhecimento do Programa de Redução de Danos. Esse dado vai ao encontro dos dados do mapeamento de redes que indicam que o PRD não é um ator com importância relacional na rede. É interessante que estratégias de formação busquem trabalhar melhor o lugar e o papel do PRD nessa rede.

Outro ponto marcante que surgiu durante o grupo foi o quantitativo de profissionais concursados que não se adaptam ao serviço, que não têm perfil para o cargo para o qual foram aprovados. Segundo o grupo, isso acaba gerando uma dificuldade na gestão, que busca realocar pessoas para cargos outros nos quais elas se adaptem melhor, porém, para os quais elas não têm, necessariamente, qualificação. Outra questão pontuada é que a não adaptação ao serviço por vezes gera questões psíquicas como a depressão, o que faz com que servidores se afastem do serviço por atestado médico.

“(...) muitos profissionais frustrados, que não gostam do que fazem, fazem só para cumprir as horas. E aí, está fazendo alguma diferença? Não.”

“É umas pessoas que não têm educação, ganham bem; porque eu vou falar uma coisa. Ninguém ganha mal na Secretaria de Saúde. Quem falar que ganha mal está

mentindo, entendeu? E se não está com perfil de trabalhar com o povo, vamos fazer outra coisa, vai pintar, vai... Porque a pessoa tem que ter perfil. Tem que ter paciência. Porque se eu pego um paciente que está com uma pressão alta e mando para o Centro de Saúde, chega lá ele é mal recebido, além da pressão dele aumentar mais ainda, ele nunca mais vai querer ver minha cara. Entendeu?”

“Não adianta colocar açougueiro para tomar conta de uma doceria, que a tonalidade do sabor não vai dar certo.”

Essa é uma questão importante de ser considerada no planejamento de estratégias de formação profissional, pois muitos cursos ofertados ou ferramentas de formação, como reuniões intersetoriais, são de participação voluntária. Ou seja, participam dessas estratégias de formação aqueles profissionais que estão engajados no serviço e procurando melhorar. Porém, como atingir aqueles profissionais que não estão motivados para o serviço e para a formação? Como atingir profissionais que têm problemas relacionais nas microrrelações da rede? Como trabalhar o desenvolvimento de competências com profissionais que não se adaptaram ao serviço? O grupo, ao refletir sobre essa questão, apontou estratégias que podem ser utilizadas e que serão abordadas no próximo tópico.

Estratégias de Formação da Rede

Como estratégia para alcançar profissionais não adaptados, desmotivados, em sofrimento psíquico gerado pelo serviço, o grupo sugeriu uma atuação mais presente do setor de recursos humanos das secretarias. Segundo o grupo, a atuação dos recursos humanos limita-se a acolher os novos funcionários, enquanto seria necessário um acompanhamento continuado, com ações de formação continuada. É importante que o setor de recursos humanos acompanhe a adaptação do profissional ao serviço, que tenha ações de desenvolvimento de competências e, principalmente, que trabalhe na integração desse novo profissional às microrrelações já estabelecidas pelos profissionais do serviço. O

ingresso desse novo profissional à microrrede relacional do serviço é de extrema importância para sua adaptação ao trabalho e o setor de recursos humanos pode desenvolver estratégias de indução da entrada dos novos servidores, atores, na rede de relações pessoais do serviço.

Segundo Sluzki (1997), a rede de relações pessoais é ponto central para a construção identitária, para experiências individuais de bem-estar e competência e para o desenvolvimento da capacidade de adaptação em uma crise. Sanicola (2008), seguindo a linha de Sluzki, traz que as redes sociais desenvolvem o sentimento de pertencimento e são fonte de identidade pessoal e social.

Compreendendo, então, a questão posta pelo grupo sobre a falta de perfil ou não adaptação de alguns profissionais ao serviço através do olhar da teoria de redes sociais, este estudo propõe que o processo de adaptação de novos servidores e o desenvolvimento de novas competências possam ser realizados por meio da rede social, para que o novo servidor se sinta pertencente à rede daquele serviço, que por meio da rede ele compartilhe novas experiências e desenvolva competências para o exercício do cargo. Em suma, que a rede lhe desenvolva uma identidade profissional.

O grupo avaliou que o setor de recursos humanos das secretarias não realiza o acompanhamento ou a formação continuada dos servidores. Porém, as falas não apontaram para a total inexistência de ações de formação, ao contrário, indicaram que existem, sim, ações de formação, na forma de cursos ofertados aos serviços, e avaliaram positivamente a qualidade dos cursos. Contudo, houve a demarcação de que é frequente a sobreposição de ações de formação, em especial no período do final do ano. Indicaram a necessidade de planejamento das ações para que os cursos de formação ocorram no decorrer do ano inteiro e que não fiquem concentrados no segundo semestre. Veja a fala abaixo:

“Aí o que a gente vê? De novo, final de ano, inclusive vai ter mudança de gestão, o recurso estava lá parado e todo mundo tem que prestar conta, começa a fazer curso, tem esse curso aqui, temos outro e tal. A gente está até falando de coincidir data.”

“Chega o final do ano aparece um monte de curso para fazer, em EAD, presencial... O que você vai fazer isso? Planejamento da política o quê? De recurso, da política financeira, da política pública. Não tem planejamento. Aí fica a sobreposição de ações, das políticas. Ou, senão, divisão do pessoal.”

Ainda com relação a cursos, surgiu uma questão muito interessante: os representantes do Programa de Redução de Danos no grupo de discussão demarcam a existência de curso ofertado pelo PRD aos gestores dos demais serviços com o objetivo de trabalhar a abordagem de redução de danos. Entretanto, relatam a falta de adesão ao curso e descrevem um desinteresse das demais instituições em participar do curso ofertado pelo PRD.

“(...) o Programa de Redução de Danos tem a ferramenta de capacitar todas as instituições parceiras interessadas em redução de danos. Então, a ferramenta existe. O que não existe é o interesse na capacitação (...)”

Analisando esse relato à luz dos demais dados desta pesquisa, pode-se levantar algumas hipóteses de por que essa estratégia de formação é falha e como ela poderia ser repensada. Segundo a análise de rede social realizada por meio do mapeamento dessa rede de atenção a usuários de drogas, o PRD não é um ator central nessa rede e não está em uma posição de importância relacional. O PRD não se conecta aos principais centros de informação da rede e tem baixo índice de conexão com outros atores. Então, as dificuldades enfrentadas para conseguir adesão ao curso promovido pelo PRD podem ser explicadas por seu lugar na rede. O lugar do PRD na rede não é um lugar de fácil mobilização dos demais atores.

Seria interessante que o PRD fortalecesse seu laço com o CAPs, que é o ator com mais alto fluxo de intermediação, o que significa que é o ator que está conectado com atores mais importantes da rede. Ou seja, por meio da relação com o CAPs, o PRD pode fazer com que sua estratégia de formação atinja os atores com importância relacional na rede.

É interessante, também, que o PRD fortaleça seu laço com o CRAS, que tem alto índice de centralidade de intermediação, o que significa que o CRAS conecta atores que não têm contato entre si. Por meio do CRAS, o PRD pode atingir atores com relações exclusivas na rede (Freeman, 1979; Freeman, Borgatti, & White, 1991).

Como dito anteriormente, ao pensar em sua formação, essa rede deve levar em consideração a importância relacional do CRAS e o contato do CAPs com atores importantes da rede. São atores que devem estar incluídos no processo de construção das ações de formação. Uma intervenção formativa planejada por um membro externo, que não tenha sido construída com esses atores e que não represente seus interesses, possivelmente não terá impacto (Fligstein & McAdam, 2012).

Sob o olhar das teorias de análise de redes sociais adotadas neste estudo, é provável que o PRD obtenha êxito em sua estratégia de formação se ela for fruto de articulação com o CAPs e o CRAS. A estratégia de formação do PRD pode, inclusive, ser a ferramenta pela qual o PRD consiga alterar o seu lugar nessa rede, fortalecer seus laços e encontrar um espaço de maior importância relacional.

Vale dar destaque também à reunião de rede, estratégia construída pelas próprias instituições, que busca reunir todos os serviços e a comunidade para discutir as ações de atendimento a usuários de drogas. Essa reunião acontece mensalmente em quase todas as regiões administrativas. Essa é uma estratégia interessante, pois foi criada a partir da mobilização dos próprios atores. É, ao mesmo tempo, uma estratégia de mobilização da

rede, de construção conjunta de ações e, conseqüentemente, de formação profissional. A reunião foi colocada pelo grupo como estratégia fundamental de formação. É através da reunião que os atores dessa rede estão se conhecendo e compreendendo a função de cada um na rede.

Essa é uma estratégia de formação que pode e deve ser fortalecida. Para isso, é essencial que a comunidade faça parte dessa reunião, que sua participação seja valorizada e que, por meio dos atores comunitários, a rede consiga se amalgamar no território atendido. A reconstrução de práticas em saúde que considerem os saberes e vivências comunitárias se dá por meio da interação dos demais atores com os atores da comunidade, por meio de uma gestão participativa em que a comunidade esteja no centro das relações (Milanese, 2012). Então, sendo hoje a reunião de rede a estratégia fundamental de formação e articulação da rede, é essencial que a comunidade esteja inserida e participe ativamente dessa estratégia.

Como já foi pontuado, a mobilização da comunidade para a participação na reunião de rede pode ocorrer por meio do programa ESF. Mobilizar o ESF e a comunidade é imprescindível para a territorialização dos serviços. Como pode ser observado na fala abaixo, o próprio grupo pontuou a necessidade de articulação com atores da comunidade.

“– Agora, o que falta é a parte comunitária, não é? Porque ela (reunião de rede) também é aberta para a comunidade.

– E a comunidade não vai?

– Não vai, a gente não conseguiu trazer a comunidade para essas reuniões.”

Análise de Cluster

Para finalizar a análise de conteúdo do material em estudo, procedeu-se a uma análise de agrupamento dos nós por similaridade de palavras, ou análise de *cluster*. Os nós foram agrupados de acordo com a homogeneidade de palavras por meio do *software* NVivo, utilizando o coeficiente de Pearson. Assim, o *software* gerou a Figura abaixo:

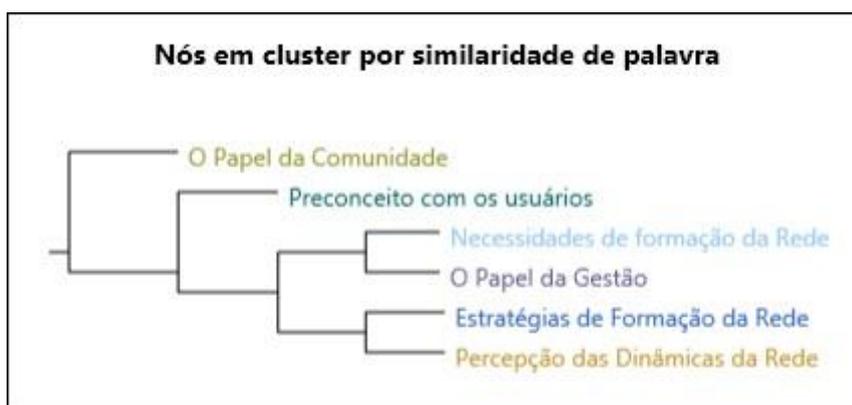


Figura 14. Relação entre os códigos por análise de *cluster*

Analisando a Figura gerada, percebe-se que o nó *Necessidades de Formação da Rede* está bem próximo ao nó *O Papel da Gestão*, o que deflagra a percepção do grupo de que a participação da gestão nas ações de formação é uma grande necessidade formativa da rede.

Também pode-se observar que o nó *Estratégias de Formação da Rede* está próximo ao nó *Percepção das Dinâmicas da Rede*, o que pode ser entendido como reflexo da relação de círculo virtuoso que existe entre aspectos, ou seja, as dinâmicas de rede criam estratégias de formação, assim como as estratégias de formação geram dinâmicas de rede. Esses processos se retroalimentam de forma fluida. Nas falas do grupo, foi possível perceber que, por meio de cursos ofertados para representantes de diferentes instituições, os atores da rede se conhecem e criam dinâmicas de rede que antes não aconteciam, da mesma forma que, a partir de uma dinâmica de rede como é a reunião entre instituições,

surtem ações de formação. Assim, fica claro que as ações de formação não podem ser desvinculadas das dinâmicas já existentes nessa rede.

É importante que esses dois aspectos estejam sempre associados na construção de estratégias de formação, pois, além da retroalimentação presente entre eles, existe também uma forte influência das dinâmicas de rede na efetividade de ações de formação. A ARS demonstrou o quanto o olhar para as relações institucionais e comunitárias pode conduzir a estratégias de formação que, possivelmente, não seriam pensadas sem esse olhar. Esses dois aspectos estão, portanto, interligados.

Fato curioso foram os nós *O Papel da Comunidade e Preconceito com o Usuário* terem aparecido como os dois guarda-chuvas que se relacionam com os demais nós, o que deflagra o quanto a comunidade e os usuários são peças fundamentais nas demandas e estratégias de formação, bem como devem estar no centro das dinâmicas dessa rede. Essa rede deve construir suas estratégias de formação levando em consideração a importância do relacionamento com a comunidade, para que as ações da rede, de fato, sejam transformadoras das realidades locais e das condições de vida dos sujeitos, bem como essa rede deve se estruturar para possibilitar um lugar de protagonismo do usuário. O usuário deve ter garantido seu poder deliberativo quanto às ações que lhe impactam diretamente, devendo ser convidado a participar do planejamento e execução de ações globais, pois os usuários são profundos conhecedores das demandas e necessidades de atendimento, atenção, cuidado e prevenção no contexto de uso de drogas.

Considerações Finais

Este estudo teve por objetivo explorar as contribuições de uma análise de redes sociais para a elaboração de estratégias de formação de profissionais que atuam na atenção ao usuário de drogas, bem como levantar potenciais e lacunas para a atuação em rede desses profissionais no SUS e nas instituições parceiras. Para isso, foi realizado um estudo de caso da rede institucional e comunitária de atendimento a usuários de drogas do DF e região metropolitana. Os procedimentos metodológicos que compuseram o estudo de caso foram um mapeamento de redes, levantamento das ações realizadas e a realização de grupo de discussão.

Para alcançar os objetivos, o estudo elaborou uma metodologia de estudo de caso de redes sociais que passou pela construção de instrumento específico, no qual procurou-se a adequação à realidade da rede e das ações realizadas. Dessa forma, o estudo deixa uma contribuição metodológica para análise de redes instersetoriais e explora parâmetros da ARS que contribuem para a compreensão da dinâmica relacional em um contexto de instituições públicas de atendimento.

Este estudo demonstrou que a análise de redes sociais (ARS) tem muito a contribuir com a elaboração das estratégias formativas para a atuação intersetorial no território. A ARS conta com uma gama de medidas, parâmetros e análises que permitem que uma dada rede se conheça com mais profundidade e que seja possível mapear seus atores, aqueles que são mais centrais e aqueles mais bem relacionados, além de ter informação sobre a distribuição de poder da rede e sobre o fluxo de informação, entre outros recursos. Essas informações são importantes para que a rede se perceba e construa estratégias de formação permanente que produzam conhecimento pertinente.

No estudo de caso do DF e região metropolitana, a pesquisa indicou que, de acordo com o índice relacional do estudo, os principais atores dessa rede são o CRAS, o CAPs, o Centro Pop, as famílias dos usuários e o CREAS. O CAPs destaca-se como o principal ator que se conecta aos demais atores que são centros de informação da rede, e o CRAS se destaca como o principal ator que intermedeia a relação entre outros atores de forma exclusiva e como aquele que mais tem relação direta com atores centrais da rede e mais conexões diretas com os demais atores.

O Centro Pop tem alto nível de relação direta com atores importantes da rede e tem alto número de conexões diretas com os demais atores. As famílias dos usuários têm alto índice de intermediação na relação entre outros atores. E o CREAS tem muitas relações diretas com atores importantes da rede. A importância do CRAS, CAPs, Centro POP e CREAS nessa rede foi indicada não só pela ARS, mas também pelos dados do grupo de discussão. O grupo destacou esses atores como sendo aqueles que estabelecem uma relação de trabalho conjunto com outras instituições e estabelecem comunicação de *feedback* sobre casos encaminhados. Assim, tanto os dados do mapeamento quanto os dados do grupo de discussão apontam para esses atores como aqueles mais centrais na rede, aqueles que conseguem estabelecer relações de parceria e de reciprocidade com outros atores da rede.

Essas informações são relevantes para o planejamento das estratégias de formação da rede, pois seus atores formam grupos organizados para a finalidade de atender usuários de drogas, compartilham os propósitos em suas atuações e as regras que medeiam essas interações. Trata-se, portanto, de um Campo de Ação Estratégica (CAE). Esses atores que estão em posições privilegiadas têm acesso a maior quantidade de recursos e influenciam com mais força os propósitos da rede e a forma como ela se organiza (Fligstein & McAdam, 2012). Ações de formação dos profissionais terão maior probabilidade de serem efetivas se partirem dos atores centrais da rede - CRAS, CAPs, Centro POP, Famílias e

CREAS. Sendo assim, para uma ação de formação na rede do DF, é importante que as estratégias sejam construídas em conjunto com esses atores, respeitando seus interesses, relações e conhecimentos acerca do campo.

Entretanto, no caso da rede estudada pela pesquisa, esses principais atores estão muito concentrados em um único subgrupo relacional, assim, mobilizar apenas esses atores para um processo de formação pode deixar a informação restrita a um único grupo relacional. A pesquisa aponta que, para o caso dessa rede, é importante mobilizar atores não tão centrais no grupo como um todo, mas que são centrais em seus subgrupos, sendo eles: alcoólicos anônimos, albergue e usuários.

O mapeamento de rede também indicou que os atores que têm maior potencial de territorializar o atendimento a usuários de drogas por suas características de atendimento na própria comunidade, de forma geral, não são atores bem relacionados nessa rede. O grupo de discussão apontou que, em algumas regiões administrativas (RAs), a parceria de outros atores com o EFS e o CR pode, sim, ocorrer.

O Programa de Redução de Danos, o Consultório na Rua e o programa Estratégia Saúde na Família são atores imprescindíveis para a estratégia de territorialização do atendimento. Eles têm, por essência, o objetivo de realizar um atendimento enraizado no território e estabelecer relações com a comunidade. Entretanto, por mais que, em algumas RAs, a parceria ocorra, os dados da pesquisa indicam que o papel desses atores na rede de atendimento a usuários de drogas do DF e região metropolitana precisa ser fortalecido. Esta pesquisa indica que essa rede pode estar enfrentando dificuldades em realizar um atendimento territorializado, e que o atendimento parece estar restrito ao próprio serviço. Tendo em vista esses dados da ARS, é possível que a rede articule estratégias de formação que visem ao fortalecimento desses atores e das ações de territorialização do atendimento.

Esse indicativo da ARS aponta para uma lacuna que deve ser considerada na formação de seus profissionais. A atuação em rede só será plena quando os atores da comunidade forem centrais, protagonistas e com força para influenciar as decisões e propósitos da rede. Corroborando o dado que indica a fraca atuação territorializada dessa rede, a ARS aponta para a comunidade como um ator que não tem centralidade e não é bem relacionado com os demais atores da rede.

É importante fazer a ressalva de que este estudo focou a análise da atuação em rede dos atores e, portanto, o indicativo de que um ator não faz parte da rede, como o programa ESF, ou de que há atores com pouca centralidade na rede, como o PRD, o CR e a comunidade, não significa que esses atores não estejam atuando na política de atenção e cuidado ao usuário de drogas, mas é um indicativo de que a atuação não está acontecendo em rede. A atuação isolada de atores faz com que o atendimento seja restrito ao próprio serviço e limita muito o poder de transformação da realidade do usuário e da comunidade em que esses atores estão inseridos.

Outra lacuna na atuação em rede apontada pela ARS é o indicativo de que os usuários de drogas também não são atores centrais nessa rede. Apesar de o modelo de redução de danos preconizar a autonomia e protagonismo do usuário, a rede institucional e comunitária do DF e região metropolitana não parece reconhecer o usuário como um ator importante ou central nesse processo.

A ARS também apontou que a rede estudada não parece estar atendendo ao sistema socioeducativo de forma significativa. Os adolescentes atendidos pelo sistema socioeducativo estão, muitos deles, envolvidos em contexto de tráfico de drogas, sendo o SUS responsável pelo atendimento e cuidado com a saúde desses adolescentes. A ARS indicou que as instituições do SUS que atendem usuários de drogas não têm relações significativas com as unidades de socioeducação. Apenas a UAMA foi citada pelos

respondentes da pesquisa e, ainda assim, ela apareceu de forma discreta nessa rede. Isso não significa que adolescentes do sistema socioeducativo não estejam sendo atendidos pelas instituições estudadas, mas é um indicativo de que o atendimento não está ocorrendo em rede.

Essas lacunas apontadas pela ARS são questões de extrema importância para se repensar as estratégias de formação dos profissionais no sentido de construir uma formação permanente capaz de instrumentalizá-los para uma atuação em rede plenamente territorializada que garanta o acesso irrestrito da população ao serviço, mesmo aquela parcela da população em restrição de liberdade, que respeite as histórias de vida e a autonomia dos usuários, que garanta o direito à informação e faça com que cada instituição seja uma unidade produzida e produtora de vínculos (Schaedler, 2004).

O levantamento das ações realizadas pela rede também ajudou a identificar algumas questões que podem ser trabalhadas para fortalecer e aprimorar a atuação dessa rede. Este estudo indicou que a rede parece estar atuando em uma perspectiva restrita de saúde, se focando nas ações de assistência à saúde e atuando de forma menos significativa nas demais áreas, como ações de assistência social, jurídica, financeira, ações de educação e profissionalizantes. Esse dado reforça os pontos trazidos pela literatura de que a atuação do SUS ainda não superou por completo o modelo de atendimento biomédico e tem dificuldades em construir um modelo de atenção biopsicossocial (Carvalho & Ceccim, 2006; Ceccim, 2005; Schneider & Lima, 2011). Essa dificuldade na atuação dos profissionais revela uma formação que ainda se estrutura com base no modelo biomédico (Leite, 2010).

É importante que essa rede construa ações de formação permanente que produzam conhecimentos pertinentes e contextualizados, que superem a educação fragmentada em

especialidades e considerem o aspecto múltiplo e complexo da realidade, que contemplem o ser humano na sua integralidade psíquica, social, biológica (Morin, 2011).

Em contrapartida, a rede também apresentou potenciais que podem ser reforçados por ações de formação. Como dito acima, esta pesquisa indicou que há ações que não estão sendo exercidas de forma significativa por essa rede, mas que são de extrema importância para que o usuário de drogas seja compreendido de forma complexa. Os dados da ARS apontaram quais são os atores mais citados para cada conjunto de ações. Assim, ações que ainda não são realizadas de forma significativa pela rede podem ser incentivadas por meio da mobilização dos atores que foram citados como parceiros relevantes em uma dada ação. Por exemplo, a defensoria pública foi a parceria mais citada nas ações de assistência jurídica, que são ainda pouco realizadas pela rede. Assim, esta pesquisa indica que, para incentivar ações de assistência jurídica, uma boa estratégia é a mobilização da defensoria.

A ARS também apontou para os potenciais dessa rede e pontos que podem ser fortalecidos por ações de formação. O papel central dos atores da assistência social é um dado que surpreende positivamente, posto que questões relacionadas ao uso de drogas foram historicamente associadas às questões de saúde (Brasil, 2003). Os dados da pesquisa sugerem que os atores de assistência social estão presentes e participativos nas políticas de atenção a usuários de drogas. Por sua vez, há que se cuidar para que não se reforce a perspectiva reducionista de considerar a drogadição como uma questão da esfera exclusivamente social, devendo-se compreender seu caráter multimodal e complexo.

Embora o levantamento das ações realizadas indique que, mesmo com a participação das instituições de assistência social, as ações realizadas em rede ainda pareçam estar restritas às questões de saúde e abordando muito discretamente as questões relacionadas a vulnerabilidades sociais, a presença central das instituições de assistência

social nessa rede pode facilitar a mobilização dos profissionais para atuar em rede de forma mais significativa nas questões sociais que se relacionam com o uso de drogas.

Outro ponto forte dessa rede é a centralidade do CAPs. Embora o CRAS tenha sido apontado como o ator mais importante dessa rede, o CAPs também é um ator central e de importância relacional nessa rede, pois ele está conectado a atores que são os principais centros de informação da rede. Esse dado aponta para o fato de que o CAPs, na rede do DF e região metropolitana, tem assumido o seu papel de ser o pilar das ações de atenção e cuidado a usuários de drogas e de ser o articulador da política, conforme previsto na Portaria n. 336 (2012).

O papel das famílias nessa rede também merece destaque. A rede parece estar voltada para o relacionamento com as famílias dos usuários. É importante que as famílias tenham um lugar de centralidade nessa rede. As famílias dos usuários têm papel de intermediação nessa rede, elas podem ser o elo com a comunidade e com os usuários, podem ser a ponte pela qual a rede irá fortalecer sua relação com esses atores e colocá-los em papéis mais centrais na rede.

Entretanto, há que se refletir se essa centralidade da família na rede não é reflexo das demandas por internação compulsória dos usuários, tendo em vista que a internação compulsória, no Brasil, é realizada mediante demanda ou autorização da família. As famílias, muitas vezes, solicitam a internação como um pedido de ajuda baseado na crença de ineficácia do atendimento em rede, de base territorial, cujo objetivo é de não desvincular o usuário de seu contexto social.

O uso indiscriminado da internação compulsória ou involuntária como principal alternativa, principalmente no que se refere às pessoas em situação de rua, e antes mesmo da utilização de ações extra-hospitalares de base territorial, reflete ainda importante força das concepções moral-jurídica e biomédica, tão amplamente

discutidas pela reforma psiquiátrica, no campo de trabalho com usuários de drogas. (Assis, Barreiros, & Conceição, 2013, p. 591)

Portanto, é importante fortalecer o papel das famílias, porém, a rede deve estar atenta para construir junto às famílias uma cultura de valorização do atendimento extra-hospitalar de base territorial, que fortaleça os processos de socialização do usuário. Dessa forma, a rede evita incorrer no uso indiscriminado da internação compulsória.

A posição da Secretaria de Educação também se destaca, pois ela está ligada aos atores centrais da rede e se trata de um ator bem relacionado e que pode ser mobilizado para ações de prevenção, ações educativas e ações de promoção de saúde. Pode ser explorado, também, como um elo com a comunidade. É importante o fortalecimento da educação, pois quando suas instituições estão inseridas e participativas na rede de atenção a usuários de drogas, está posto mais um olhar. Trata-se de mais uma dimensão desse ser humano complexo que está sendo cuidada pela atuação em rede. A participação da educação fortalece o processo de transformação da realidade econômica, social, política, cultural da comunidade. O espaço educacional é privilegiado no que se refere a convivência social e a construção de relações favoráveis à promoção da saúde e formação integral do ser humano e de sua condição cidadã.

O grupo de discussão pontuou algumas ações que facilitam ou colaboram para o trabalho em rede, como cursos e eventos intersetoriais que facilitam o contato e a vinculação dos trabalhadores de diferentes serviços. Outra ação pontuada foi a reunião de rede, que consiste em uma reunião intersetorial, em que os trabalhadores dos serviços discutem casos de usuários atendidos por mais de um serviço, realizam ações de formação e trocam informações. São ações que promovem o encontro e a construção de vínculos direcionados para o serviço e o atendimento a usuários de drogas.

Neste estudo procedeu-se a uma análise de redes sociais das instituições e atores comunitários dessas redes, mas essa é apenas uma dimensão macro do fenômeno. No grupo de discussão surgiram aspectos da dimensão micro, das relações pessoais. Ficou evidente o quanto esses dois aspectos do mesmo fenômeno completam seu significado. As relações institucionais só irão acontecer se as pessoas que compõem as instituições se relacionarem com vistas ao planejamento e promoção das ações.

A importância das relações pessoais destacou-se durante a discussão do grupo como o fenômeno imprescindível para a consolidação do trabalho em rede. Esse dado corrobora o que é pontuado por Milanese (2012) sobre a importância das relações pessoais e da possibilidade de que essas relações sejam mobilizadas para um propósito conjunto. Fatores que dificultam ou quebram vínculos pessoais foram apontados pelo grupo de discussão como dificultadores do trabalho em rede, são eles a alta rotatividade de pessoas nos serviços, o afastamento de trabalhadores por licenças e os trabalhadores que não investem na cordialidade nas relações pessoais.

A dimensão das relações pessoais no trabalho em rede é ponto crucial de ser abordado durante a formação permanente dos profissionais, pois o investimento nas relações pessoais ainda é percebido como aspecto informal do serviço, como ação periférica feita pelos trabalhadores “de mais boa vontade”.

Contudo, o trabalho em rede está nos pilares das diretrizes do SUS, é aspecto fundamental para a abordagem de redução de danos e para o modelo biopsicossocial de atendimento. Sendo as relações pessoais no serviço peça fundamental para que o trabalho em rede funcione, a rede deve construir uma formação capaz de fazer com que os trabalhadores ressignifiquem o lugar das relações pessoais nas ações de atenção e cuidado aos usuários de drogas. Elas devem ser encaradas como ação fundamental do serviço e não como uma ação extra, realizada apenas por aqueles trabalhadores mais dedicados.

Entenda-se, aqui, por relações pessoais, a ligação e a relação de reciprocidade entre pessoas com o objetivo de realizar ou planejar ações de atenção a usuários de drogas, que não se confundem, necessariamente, com relações de amizade ou relações que compartilham outros objetivos que não os pertinentes ao serviço.

No que diz respeito às relações pessoais, parece haver a necessidade de um investimento especial na relação dos trabalhadores com a gestão direta. O grupo de discussão apontou para uma importante falha nesse diálogo, que parece ser um grande empecilho para a atuação em rede. É importante que as ações de formação invistam nessa relação e busquem minimizar os ruídos de comunicação e, assim, potencializar as ações em rede.

No momento em que o investimento nas relações pessoais e no trabalho em rede for uma diretriz concreta de todos os serviços e os profissionais estiverem em constante formação que induza a essa forma de trabalho, o comportamento de realizar ações integradas pode atingir o limiar da rede, fazendo com que novos trabalhadores tenham alta probabilidade de adotar esse comportamento (Kadushin, 2004). Isso pode diminuir o impacto da rotatividade de pessoas nos serviços.

Dessa forma, a própria rede pode ser usada como ferramenta de formação permanente dos trabalhadores. No senso comum, quando se fala em ações de formação, surge logo a oferta de cursos como estratégia. Cursos formais podem, sim, fazer parte das ações de formação permanente, mas, se forem ações isoladas, ficarão limitados a uma formação continuada. Para que, de fato, se efetive uma formação permanente, é imprescindível que a própria rede seja explorada enquanto ferramenta pedagógica.

A rede estudada já construiu uma estratégia de formação que explora a própria rede em seu potencial pedagógico, que é a ação das reuniões de rede. Esse é um ponto muito forte dessa rede que pode e deve ser fortalecido. Essa estratégia pode ser o meio pelo qual

essa rede vai atingir aqueles profissionais desmotivados, adoecidos e aqueles que precisam desenvolver competências. Porém, há que se ter um investimento no caráter pedagógico e contínuo dessa ação. A percepção de descontinuidade das pautas pactuadas, pela alta rotatividade de pessoas, desmotiva a participação dos trabalhadores nessa estratégia, pois ela passa a ser entendida como ação puramente burocrática.

Um maior investimento na reunião de rede, e em outras estratégias que fortaleçam a própria rede em sua capacidade formativa, pode minimizar os fatores dificultadores para a atuação em rede apontados pelo grupo de discussão. Nesse sentido, também é importante o fortalecimento das ações de RH dos próprios serviços. Como foi apontado pelo grupo, é importante que esses setores de recursos humanos se impliquem nas ações de formação para que os serviços desenvolvam autonomia na construção de suas ações de formação permanente. O investimento na autonomia formativa e a utilização da própria rede como instrumento pedagógico em nada exclui ou diminui a importância da oferta de cursos de formação continuada por instituições externas, apenas engrandece e diversifica as estratégias de formação.

A atuação em rede também pode ser uma forte ferramenta para suprir uma necessidade de formação identificada por esta pesquisa, que é a de evitar o eventual desconhecimento que uma instituição tenha de outras. É preciso que os principais atores da rede se conheçam, explorem as formas de trabalhar, saibam qual o papel exercido na rede por cada um e as maneiras pelas quais cada instituição pode ter suas ações complementadas. É importante que as instituições que fazem parte da rede de atendimento a usuários de drogas se percebam enquanto unidades de um mesmo conjunto, saibam as potencialidades e necessidades umas das outras para buscarem juntas soluções para questões do dia a dia de trabalho.

Por fim, também é importante trabalhar na rede a dimensão do estigma do usuário de drogas e da população em situação de rua. O relato do grupo de discussão de que o preconceito ainda é presente nos trabalhadores da rede é preocupante e vai ao encontro dos dados do mapeamento que indicam que o usuário não está ativamente inserido nessa rede. Em virtude disso, este estudo indica que essa pauta deve ser abordada nas ações de formação de forma expressiva. O preconceito e estigma do usuário de drogas impacta nas ações de promoção da autonomia e inclusão do usuário nos processos decisórios do seu próprio atendimento.

Assim, retomaram-se, neste capítulo, os principais fatores, identificados pela pesquisa, que se constituem enquanto entraves e potenciais para a atuação em rede e que podem ser encarados como necessidades e demandas de formação permanente. Este estudo realizou um mapeamento da rede intersetorial e comunitária de atenção e cuidado ao usuário de drogas do DF e região metropolitana e levantou as principais ações executadas. Por meio desses procedimentos, foi possível explorar as contribuições da análise de redes sociais para identificar potenciais/possibilidades, lacunas/entraves na atuação em rede com vistas a colaborar com a reflexão acerca da formação dos profissionais da rede. Foi realizado, também, aprofundamento qualitativo por meio de grupo de discussão para explorar temas e questões que não emergiriam no procedimento de mapeamento, mas na discussão em grupo, sendo afloradas pelas questões postas e pela natureza dialogada do procedimento. Esses diferentes procedimentos ajudaram a compor o olhar multidimensional para o objeto e ajudaram esta pesquisa a abordá-lo com algum contexto e complexidade que lhes são inerentes.

A pesquisa é, por essência, limitada, por não dar conta de toda a complexidade do objeto de pesquisa. É limitada, também, por ser circunscrita a um tempo e um contexto de campo de pesquisa. Os limites do campo se fizeram presentes nesse estudo, pois não foi

possível entrevistar representantes de todos os atores da rede. Também não foi possível ter representantes de todas as regiões administrativas do DF e região metropolitana. Entende-se que tais limites não interferiram no objetivo de explorar as contribuições da ARS na construção de estratégias de formação para a atuação em rede. Contudo, é indicado que, em estudos futuros, a rede seja representada por uma amostra mais robusta de participantes. Assim, pode ser viável construir e analisar a rede de cada território, tornando a ARS mais fiel a realidade local.

Também é interessante que os indicativos dessa pesquisa sejam confrontados com outros estudos quantitativos e qualitativos para a construção de um conhecimento científico vasto na área. Outro ponto para estudos futuros, são as questões pouco exploradas nessa pesquisa, como a relação entre a participação das famílias na rede e a demanda por internação compulsória. Por fim, a metodologia e os instrumentos do mapeamento de redes podem adaptados e utilizados para pesquisas de redes pessoais com o objetivo explorar as contribuições da ARS no estudo das microrelações nessa área.

Referências

- Agudelo, S. F. (1990). La Violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. *Boletín Epidemiológico de la OPS*, 11, 1-7.
- Almeida Filho, N. (2010). Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(12), 2234-2249.
- Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674.
- Araújo, D., Miranda, M., & Brasil, S. (2007). Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana Saúde Pública*, 31(1), 20-31.
- Aschidamini, I. M., & Saupe, R. (2004). Grupo focal, estratégia metodologia qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare em Enfermagem*, 9(1), 9-14.
- Assis, J. T., Barreiros, G. B., & Conceição, M. I. (2013). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 584-596.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Brasil, C. S. (2003). *A perspectiva de redução de danos com usuários de drogas: um olhar sobre os modos éticos e existência*. (Unpublished master's thesis). Porte Alegre, RS: UFRGS.
- Breiger, R. L. (2004). The analysis of social network. In: 2004, M. Hardy, & A. Bryman (Eds.), *Handbook of Data Analysis* (pp. 505 - 526). London: Sage Publication.
- Burt, R. S. (1992). *Structural Holes: The Social Structure of Competition*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burt, R. S., Cook, K., & Lin, N. (2001). *Social Capital. Theory and Research*. New York: Aldine de Gruyter.

- Campos, R. H. (2000). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Candido, S. E. (2013). Teorizando a dinâmica da estabilidade e da mudança nas organizações. *Revista de Administração de Empresas*, 53(2), 216-217.
- Carvalho, Y. M., & Ceccim, R. B. (2006). Formação e educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: G. W. Campos, & et al. (Orgs), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 149-182). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Carvalho, Y. M., & Ceccim, R. B. (2006). Formação e educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: G. W. Campos, M. S. Minayo, M. Akerman , M. Drumond Júnior , & Y. Carvalho , *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 149-182). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 10(4), 975-986.
- Ceccim, R. B. (2007). Invenção da Saúde Coletiva e do Controle Social em Saúde no Brasil: Nova Educação na Saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revistas de Estudos Universitários*, 33(1), pp. 29-48.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília, DF. Acesso em 05 de agosto de 2015, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Costenbader , E., & Valente, T. W. (2003). The stability of centrality measures when networks are sampled. *Social Networks*, 25(4), 283-307.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Delgado, P. G., & Cordeiro, F. (2011). A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: *O uso de substância psicoativa no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

- Delgado, P. G., & Cordeiro, F. (2012). Rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. *Prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar*, 3. Brasília, DF: Ministério da Justiça.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Euler, L. (1736). Solutio problematis ad geometriam situs pertinentis. *Commentarii Academiae Scientiarum Imperialis Petropolitanae*, 128–140.
- Feofiloff, P. (2011). *Entenda o enigma das pontes de Königsberg que instigou a geometria*. Acesso em 1º de setembro de 2015, disponível em <http://redeglobo.globo.com/globociencia/noticia/2011/12/entenda-o-enigma-das-pontes-de-konigsberg-que-instigou-geometria.html>
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Science.
- Flick, U. (2009). *Uma introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fligstein, N., & McAdam, D. (2012). *A theory of fields*. New York: Oxford.
- Fonseca, D. M. (2014). *Tópicos Epistemológicos da Pesquisa Qualitativa*. Brasília, DF: Thesaurus.
- Freeman, L. C. (1979). Centrality in social networks: conceptual clarification. *Social Networks*, 1, 215-239.
- Freeman, L. C., Borgatti, S. P., & White, D. R. (1991). Centrality in Valued Graphs: a measure of betweenness based on network flow. *Social Networks*, 13, 141–154.
- Funck, R., & Vargas, L. M. (2005). Uma Representação Formal da Estrutura Organizacional do Conhecimento. *Revista Eletrônica de Administração*, 11. Fonte: <http://seer.ufrgs.br/read/article/view/40622/25834>
- Gill, R. (2002). Análise de discurso. In: M. W. Bauer, & G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Globo Ciência. (2011). *Entenda o enigma das pontes de Königsberg que instigou a geometria*. Recuperado em 06 de outubro, 2015, de

<http://redeglobo.globo.com/globociencia/noticia/2011/12/entenda-o-enigma-das-pontes-de-konigsberg-que-instigou-geometria.html>

Góis, C. (1993). *Noções de psicologia comunitária*. Fortaleza: UFC.

Gonçalves, A. L. (2007). *Grafos: Aplicações ao jogo*. (Unpublished master's thesis). Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

Granovetter, M., & Soong, R. (1983). Threshold models of diffusion and collective behavior. *Journal of Mathematical Sociology*, 9(3), 165-179.
doi:10.1080/0022250X.1983.9989941

Gui, R. T. (2003). Utilização do grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho - rPOT*, 3(1), pp. 135-159.

Haddad, A. E., Morita, M. C., Pierantoni, C. R., Brenelli, S. L., Passarella, T., & Campos, F. E. (2010). Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), pp. 383-393.

Haddad, A. E., Morita, M. C., Pierantoni, C. R., Brenelli, S. L., Passarella, T., & Campos, F. E. (2010). Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 383-393.

Hanneman, R. A. (2002). *Introducción a los métodos de análisis de redes sociales*. California: Universidad de California Riverside. Acesso em 5 de maio de 2015, disponível em <http://revista-redes.rediris.es/webredes/text.htm>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. (2015). O adolescente em conflito com a Lei e o debate sobre a redução da maioria penal: esclarecimentos necessários. *Nota técnica nº 20*.

Kadushin, C. (2004). *Introduction to Social Network Theory*. Acesso em 15 de maio de 2015, disponível em http://www.cin.ufpe.br/~rbcp/taia/Kadushin_Concepts.pdf

Kind, L. (2004). Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, 10(15), pp. 124-136.

- Kirkpatrick, D. (1976). Evaluation of training. In: L. R. Craig, *Training and development handbook: A guide to human resource development* (pp. 317 – 319). New York: McGraw Hill.
- Lei n. 8.080, de 20 de setembro de 1990* (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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. Recuperado em 21 de setembro, 2015, de <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>
- Leite, I. (2010). Novas perspectivas em educação e saúde. *Revista Espaço Acadêmico*, 114, 126-134.
- Lemieux, V., & Ouimet, M. (2012). *Análise estrutural das redes sociais*. Lisboa: Instituto Piaget.
- MacRae, E., & Gorgulho, M. (2003). Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5), 371-374.
- Marlatt, G. A. (1999). *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamento de risco*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Meireles, B. R. (2013). *Formação em saúde, trabalho e sofrimento de profissionais de saúde que atuam em um CAPS ad: um estudo exploratório*. (Unpublished master's thesis). Brasília, DF: UnB.
- Menicucci, T. M. (2009). O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1620-1625.
- Milanese, E. (2012). *Tratamento comunitário: manual de trabalho* (2a ed.). São Paulo: Instituto Empodera.
- Ministério da Saúde. (2001). *Manual de redução de danos: saúde e cidadania*. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

- Ministério da Saúde. (2004). Série B. Textos Básicos de Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Molina González, J. L. (2005). El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectiva. *Empiria: Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 71-105.
- Moreno, J. (1934). *Who shall survive? A new approach to the problems of human relations*. Washington: Nervous & Mental Disease Publishing Co.
- Morin, E. (1990). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morin, E. (2011). *Os sete saberes necessários à educação do futuro* (2a ed.). São Paulo: Cortez.
- Morin, E. (2013). A Dupla Missão. In: M. C. Almeida., & E. A. Carvalho, *Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios* (6a ed., pp. 15-28). São Paulo, SP: Cortez.
- Nardi, H. C., & Rigoni, R. Q. (2005). Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 273-282.
- Newman, M. E. (2003). *A measure of betweenness centrality based on random walks*. eprint arXiv:cond-mat/0309045. Fonte: <http://arxiv.org/pdf/cond-mat/0309045.pdf>
- Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992, (1992). Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007, (2007). Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, (2002). Dispõe sobre as modalidades de CAPS I, II e III. Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
Recuperado em 21 de setembro de 2015 de <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=322>
- Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004, (2004). Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

- Portaria n. 278, de 27 de fevereiro de 2014*, (2014). Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- Resolução nº 03, de 27 de outubro de 2005*, (2005). Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Conselho Nacional Antidrogas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- Reyes Junior, E. (2008). *As redes sociais em aglomerações de empresas: O caso dos curtumes de Estância Velha*. (Unpublished master's thesis). São Leopoldo, RS: Unisinos.
- Ribas Jr, R. C.; Moura, M. L., & Hutz, C. S. (2004). Adaptação brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne. *Avaliação Psicológica*, 3, 83-92.
- Ronzani, T. M., Noto, A. R., & Silveira, P. S. (2014). *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores*. Juiz de Fora: UFJF.
- Sanicola, L. (2008). *As dinâmicas de rede e o trabalho social*. São Paulo: Veras.
- Schaedler, L. I. (2004). Sistema Único de Saúde como Rede em Prática Pedagógica. In: Ministério da Saúde, *VER-SUS/Brasil: caderno de textos* (pp. 82-89). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Schneider, D. R., & Lima, D. S. (2011). Implicações dos modelos de atenção à dependência de drogas na rede básica em saúde. *Psico*, 42(2), 168-178.
- Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. (1992). *Portaria nº 224*. Brasília, DF.
- Silva, I. D., & Silveira, M. A. (2011). A humanização e a formação do profissional em Fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 1535 -1546.
- Silva, M. C. (2003). *Redes sociais intraorganizacionais informais e gestão: um estudo nas áreas de manutenção e operação da Planta Hyco-8*. (Unpublished master's thesis). Bahia: Universidade Federal da Bahia.
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, Q. R., & Quandt, C. O. (2008). Metodologia de Análise de Redes Sociais. In: F. Duarte, C. Quandt, & Q. Souza, *O tempo das redes* (pp. 31-63). São Paulo: Perspectiva.

Teixeira, A. N., & Becker, F. (2001). Novas possibilidades da pesquisa qualitativa via sistemas CAQDAS. *Sociologias*, 5, 94-113. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222001000100006>

Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social network analysis: methods and applications*. New York: Cambridge University Press.

Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. São Paulo: Bookman.

Anexo A. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A formação como espaço de fortalecimento das redes para ações intersetoriais e comunitárias no contexto da saúde **Pesquisador:** Marília Mendes de Almeida **Área Temática:**

Versão: 3

CAAE: 34622914.1.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia -UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

820.958 **Data da**

Relatoria: 19/10/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado será desenvolvido no âmbito do projeto Fortalecimento do Ensino na Saúde no Contexto do SUS: Uma Proposta Interdisciplinar da Universidade de Brasília na Região Centro-Oeste. O projeto - conhecido também como Pró-Ensino na Saúde - foi aprovado em 2011 por submissão de proposta à edital da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) fruto de parceria entre o Instituto de Psicologia e o campus de Ceilândia da Faculdade Universidade de Brasília – UnB. A autora argumenta que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se esforçado por ampliar o conceito de saúde para a atenção ao biopsicossocial, porém, os profissionais muitas vezes reforçam outras abordagens, já em desuso no SUS. E isso se reproduz no que diz respeito ao uso de drogas. No que diz respeito as políticas de drogas, existem estratégias de Redução de Danos que dão uma dimensão ampliada para a atenção ao usuário.

A partir de uma compreensão complexa do fenômeno da drogadição e ancorada nos pressupostos teóricos de redes sociais, da teoria da complexidade, do modelo biopsicossocial de atuação em saúde, e da redução de danos procura-se analisar o potencial do espaço formativo ofertado por Centros Regionais de Referência para a Formação Permanente de Profissionais da Rede de Atenção

Continuação do Parecer: 820.958

a Usuários de Crack e outras Drogas (CRR). Os Centros Regionais de Referência para a Formação Permanente de Profissionais da Rede de Atenção a Usuários de Crack e outras Drogas (CRRs) são parceria da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) com instituições de ensino superior para a formação permanente de profissionais que atuam na atenção a usuários de drogas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: mapear como a rede do SUS está articulada com outros setores e com a comunidade nas ações de RD, verificar como os cursos ofertados pelo CRR-DF pode ter fortalecido essa rede e como as crenças dos participantes podem influenciar na adoção de ações pautadas na perspectiva de RD.

Objetivos específicos:

Analisar as alterações das redes institucionais de atenção ao uso de drogas, na perspectiva de cursistas do CRR-DF, após a conclusão do curso.

Descrever e comparar as ações de atenção e cuidado ao usuário de drogas na perspectiva da redução de danos realizadas por cursistas do CRR-DF;

Investigar a relação entre as crenças relacionadas às ações de redução de danos e a execução de ações nessa perspectiva;

Analisar a relação entre a percepção de impacto do curso ofertado pelo CRR-DF e a execução de ações na perspectiva de redução de danos;

Analisar a rede intersetorial de cidades cujos profissionais da rede SUS passaram pela formação ofertada pelo CRR-DF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora argumenta que os riscos são mínimos visto que se trata de uma análise de redes institucionais. Argumenta também que a pesquisa pode auxiliar na formação dos profissionais em saúde, visto que possibilitaria uma reflexão sobre como as ações de educação permanente e a articulação da rede no SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é bastante atual e extremamente relevante para as reflexões que hoje estão sendo realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados de acordo com a resolução 466/12.

Continuação do Parecer: 820.958

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, considera-se o projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 06 de Outubro de 2014

**Assinado por:
Lívia Barbosa
(Coordenador)**

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: A formação como espaço de fortalecimento das redes para ações intersetoriais e comunitárias voltadas a usuários de drogas. O nosso objetivo é o de mapear as ações que estão sendo executadas pela rede intersetorial de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: 15 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui ao final do curso do Centro Regional de Referência para a Formação Permanente de Profissionais da Rede de Atenção a Usuários de Crack e outras Drogas, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a pesquisadora: **Marília Mendes de Almeida, telefone (61) 9616-9056**, em horário comercial.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, CEP-IH. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955 ou pelo e-mail cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Marília Mendes de Almeida

Brasília, ____ de _____ de _____

ACEITE INSTITUCIONAL

A Sr./Sra. Maria Dilma Alves Teodoro, Diretora Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde/FEPECS/SES-DF, está de acordo com a realização da pesquisa "A formação como espaço de fortalecimento das redes para ações intersetoriais e comunitárias no contexto da saúde", de responsabilidade da pesquisadora Marília Mendes de Almeida aluna de doutorado no Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura e o Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, realizado sob orientação de Maria Inês Gandolfo Conceição, após revisão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP/IH. O objetivo da pesquisa é mapear como a rede do SUS está articulada com outros setores e com a comunidade nas ações de redução de danos, verificar como o curso ofertado pelo CRR-DF pode ter fortalecido essa rede e como as crenças dos participantes podem influenciar na adoção de ações pautadas na perspectiva da redução de danos.

O estudo envolve a realização de aplicação de instrumento de entrevista estruturada com duração média de 15 minutos e realização de grupos focais com duração média de 50 min. As atividades de pesquisa serão realizadas com 120 cursistas do curso ofertado pelo Centro Regional de Referência para a Formação Permanente de Profissionais da Rede de Atenção a Usuários de Crack e outras Drogas do Distrito Federal (CRR-DF). A pesquisa terá a duração de meses, com previsão de início em outubro/2014 e término em Fevereiro/2014.

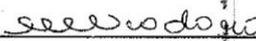
Eu, Maria Dilma Alves Teodoro, Diretora Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde/FEPECS/SES-DF, declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Brasília, 15 de setembro de 2014.

Marília Mendes de Almeida
Nome do(a) responsável pela pesquisa


Assinatura e carimbo do(a) responsável

Maria Dilma Alves Teodoro
Nome do(a) responsável pela instituição


Assinatura e carimbo do(a) responsável pela instituição

Maria Dilma Alves Teodoro
Escola Superior de Ciências da Saúde
Diretora Geral
cep_ih_modelo_termo_de_aceite_institucional

Apêndice 2: Aceite Institucional

Apêndice 3: Instrumento de Mapeamento de Rede**Ficha de Identificação****Nome completo**

E-mail de contato

O endereço de e-mail, assim como os demais dados aqui fornecidos é confidencial e só será utilizado para entrar em contato sobre a presente pesquisa.

Telefone de contato

O número de telefone, assim como os demais dados aqui fornecidos é confidencial e só será utilizado para entrar em contato sobre a presente pesquisa.

() _____

Formulário de ações de atenção ao uso de drogas V4

Identifique a sigla da instituição em que atua

Se você trabalha em mais de uma instituição, escolha aquela que seja do SUS para responder esse questionário

Escreva por extenso o nome da instituição em que atua

Se julgar necessário, identifique o setor, departamento ou área em que trabalha.

A que sistema ou setor sua instituição pertence?

Marcar apenas uma opção.

- () Sistema Único de Saúde - SUS
- () Sistema Único de Assistência Social - SUAS
- () Sistema de Justiça
- () Segurança Pública
- () Educação
- () Comunidade
- () Outro:

Região administrativa da instituição em que trabalha: _____

Profissão exercida: -

Ações de assistência em saúde

1. **No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de assistência em saúde voltadas para usuários de álcool e outras drogas?** *Marcar apenas uma opção*
 - () SIM *Siga para a próxima pergunta*
 - () Não *Ir para a pergunta 5 – borda azul*

2. **Marque as ações de assistência em saúde nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho.** ** Marque todas as opções que se aplicam.*
 - () Acolher o (a) usuário (a) na chegada à instituição
 - () Administrar medicamentos
 - () Oferecer apoio para mulheres grávidas
 - () Realizar atendimento na comunidade para tratamento médico e psicológico
 - () Realizar atendimento ambulatorial, na instituição em que trabalha, para tratamento
 - () médico e psicológico
 - () Realizar atendimento para desintoxicação
 - () Realizar atendimento residencial para tratamento médico e psicológico
 - () Realizar curativo em feridas
 - () Distribuir de seringas
 - () Distribuir de preservativos
 - () Distribuir de Kits de higiene pessoal
 - () Distribuir de kits de redução de danos
 - () Distribuir de medicamentos para tratamento de HIV
 - () Distribuir de medicamentos para tratamento DSTs
 - () Realizar grupos de discussão
 - () Incluir o usuário na etapa de planejamento de seu tratamento
 - () Orientar a respeito de formas de uso de outras drogas e medicamentos para
 - () substituição do uso de álcool e drogas
 - () Realizar ações de redução de danos do consumo de drogas
 - () Realizar psicoterapia individual
 - () Realizar testes de HIV

- () Realizar diagnósticos
- () Realizar testes de DSTs
- () Realizar terapia de Grupo
- () Realizar terapia Familiar
- () Participar de visitas Familiares
- () Realizar oficinas de promoção de saúde
- ()

Outro: _____

3. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? *Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 5 - borda azul

4. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas atividades de assistência em saúde? Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes das instituições ou "comunidade", "usuário", "família de usuário".

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Assistência para abrigo no caso de situações de moradia de rua

5. **No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de assistência para abrigo voltadas para usuários de álcool e outras drogas?**

**Marcar apenas uma opção*

() SIM *Siga para a próxima pergunta*

() Não *Ir para a pergunta 9 - borda azul claro*

6. **Marque as ações de assistência para abrigo nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho.** ** Marque todas as opções que se aplicam.*

() Ofertar abrigo aos filhos ou crianças sob a guarda do (a) usuário (a)

() Ofertar abrigo a usuário durante a noite

() Ofertar abrigo a usuários durante o dia

() Outro:

7. **Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades?** ** Marcar apenas uma opção*

() SIM *Siga para a próxima pergunta*

() Não *Ir para a pergunta 9 - borda azul claro*

8. **Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas atividades de Assistência para abrigo no caso de situações de moradia de rua? Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou "comunidade", "usuário", "família de usuário".**

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de incentivo à higiene pessoal

9. No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de incentivo à higiene pessoal voltadas para usuários de álcool e outras drogas? *Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
 () Não Ir para a pergunta 13 - borda vermelha

10. Marque as ações de incentivo à higiene pessoal nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho. * Marque todas as opções que se aplicam.

- () Disponibilizar banheiro
 () Disponibilizar local para lavar roupas
 () Disponibilizar roupas limpas
 () Ofertar a possibilidade de uso de chuveiro
 () Ofertar itens de higiene pessoal
 () Outro: _____

11. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? * Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
 () Não Ir para a pergunta 13 - borda vermelha

12. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de incentivo à higiene pessoal? Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou "comunidade", "usuário", "família de usuário".

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de assistência à alimentação

13. Essa questão é apenas para controle, por favor, marque a opção 2. **Marcar apenas uma opção.*

() 1

() 2

() 3

() 4

14. No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de assistência à alimentação voltadas para usuários de álcool e outras drogas? ***

() SIM *Siga para a próxima pergunta*

() Não *Ir para a pergunta 18 - borda rosa*

15. Marque as ações de assistência à alimentação nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho. **Marque todas as opções que se aplicam.*

() Disponibilizar lanches

() Disponibilizar refeição completa

()

Outro: _____

16. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? **Marcar apenas uma opção.*

() SIM *Siga para a próxima pergunta*

() Não *Ir para a pergunta 18 - borda rosa*

17. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de assistência à alimentação? *Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou "comunidade", "usuário", "família de usuário".*

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de assistência financeira

18. No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de assistência financeira voltadas para usuários de álcool e outras drogas? *Marcar apenas uma opção

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 22 - borda verde

19. Marque as ações de assistência financeira nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho. *Marque todas as opções que se aplicam.

- () Apoiar financeiramente durante o tratamento
- () Apoiar financeiramente para pagamento de dívidas
- () Apoiar para negociação de dívidas
- () Apoiar financeiramente para transporte
- () Distribuir doações
- () Outro:

20. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? *Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 22 - borda verde

21. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de assistência financeira? Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou "comunidade", "usuário", "família de usuário".

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de assistência à segurança e proteção da vida em caso de situações de perigo ou ameaça de morte

22. No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de assistência à segurança e proteção da vida em caso de situações de perigo ou ameaça de morte voltadas para usuários de álcool e outras drogas? * Marcar apenas uma opção.

- () SIM *Siga para a próxima pergunta*
- () Não *Ir para a pergunta 26 - borda laranja*

23. Marque as ações de assistência à segurança nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho. *Marque todas as opções que se aplicam.

- () Ofertar proteção em situações de perigo ou ameaça de morte
- () Ações de prevenção de situações de perigo ou ameaça de morte
- () Outro:

24. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? * Marcar apenas uma opção.

- () SIM *Siga para a próxima pergunta*
- () Não *Ir para a pergunta 26 - borda laranja*

25. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de assistência à segurança e proteção da vida em caso de situações de perigo ou ameaça de morte? Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou "comunidade", "usuário", "família de usuário".

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de assistência jurídica

26. **No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de assistência jurídica voltadas para usuários de álcool e outras drogas?** * *Marcar apenas uma opção.*

- () SIM *Siga para a próxima pergunta*
- () Não *Ir para a pergunta 30 – borda amarela*

27. **Marque as ações de assistência jurídica nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho.** **Marque todas as opções que se aplicam.*

- () Oferecer apoio para defesa Legal, advocacia, em caso de conflito com a lei
- () Ações de defesa dos direitos
- () Ações de defesa dos direitos humanos
- () Outro: _____

28. **Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades?** **Marcar apenas uma opção.*

- () SIM *Siga para a próxima pergunta*
- () Não *Ir para a pergunta 26 - borda amarela*

29. **Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de assistência jurídica?** *Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou “comunidade”, “usuário”, “família de usuário”.*

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de educação para saúde

30. No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de educação para a saúde voltadas para usuários de álcool e outras drogas? *Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 34 - borda roxa

31. Marque as ações de educação para saúde nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho. *Marque todas as opções que se aplicam.

- () Sobre efeito das drogas
- () Sobre uso de drogas
- () Sobre HIV
- () Sobre DSTs
- () Sobre sexo seguro
- () Sobre diferentes alternativas de utilização das drogas de modo a reduzir os prejuízos à saúde
- () Sobre primeiros socorros
- ()
Outro: _____

32. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? *Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 34 – borda roxa

33. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de educação para a saúde? Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou “comunidade”, “usuário”, “família de usuário”.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de formação para o exercício da cidadania

34. No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de formação para o exercício da cidadania voltadas para usuários de álcool e outras drogas? *

Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 38 – borda verde-claro

35. Marque todas as ações de formação para o exercício da cidadania nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho. * Marque todas que se aplicam.

- () Sobre direitos à saúde e educação
- () Sobre direitos humanos
- () Sobre direitos civis
- () Outro:

36. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? * Marcar apenas uma oval.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 38 – borda verde-claro

37. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de formação para o exercício da cidadania? Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou “comunidade”, “usuário”, “família de usuário”.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de educação escolar formal ou não-formal

38. No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de educação escolar formal ou não-formal voltadas para usuários de álcool e outras drogas? *Marcar apenas uma opção.

() SIM Siga para a próxima pergunta

() Não Ir para a pergunta 42 – borda cinza

39. Marque as ações de educação escolar formal ou não-formal nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho. * Marque todas as opções que se aplicam.

() Ofertar auxílio para ingressar em uma escola

() Ofertar bolsa para estudar

() Ofertar curso de alfabetização

() Ofertar cursos para aprender a calcular

() Ofertar cursos para aprender a ler e escrever

() Formalizar relação institucional com escolas ou instituições de ensino

() Incluir o usuário (a) na tomada de decisão sobre atividades de educação

() Ofertar recuperação escolar

() Outro:-

40. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? *Marcar apenas uma opção.

() SIM Siga para a próxima pergunta

() Não Ir para a pergunta 42 – borda cinza

41. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de educação formal ou não formal? Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou “comunidade”, “usuário”, “família de usuário”.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de formação profissional

42. No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de formação profissional voltadas para usuários de álcool e outras drogas? *Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 46 – borda marrom

43. Marque as ações de formação profissional nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho. *Marque todas as opções que se aplicam.

- () Formalizar relação institucional com instituições de formação profissional
- () Incluir o (a) usuário (a) em prática de trabalho
- () Incluir o (a) usuário (a) na tomada de decisão sobre sua formação profissional
- () Ofertar de workshops/oficinas de desenvolvimento profissional
- () Ofertar oficinas de capacitação profissional

()

Outro: _____

44. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? *Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 46 – borda marrom

45. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de formação profissional? Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou “comunidade”, “usuário”, “família de usuário”.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de encaminhamento para atividades profissionais

46. **No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de encaminhamento para atividades profissionais voltadas para usuários de álcool e outras drogas?** * *Marcar apenas uma opção.*

- () SIM *Siga para a próxima pergunta*
- () Não *Ir para a pergunta 50 – borda azul escuro*

47. **Marque todas as ações de encaminhamento para atividades profissionais nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho.** * *Marque todas que se aplicam.*

- () Conversar com usuários com o objetivo de incentivar a procura por atividades profissionais
- () Incluir o usuário (a) na tomada de decisão sobre inserção em atividade profissional
- () Apoiar para inserção em atividade profissional remunerada
- () Formalizar parceria da sua instituição com outras instituições que possam ofertar emprego à usuários

()

Outro: _____

—

48. **Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades?** * *Marcar apenas uma opção.*

- () SIM *Siga para a próxima pergunta*
- () Não *Ir para a pergunta 50 – borda azul escuro*

49. **Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de encaminhamento para atividades profissionais?** *Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou “comunidade”, “usuário”, “família de usuário”.*

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações na comunidade

50. No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações realizadas na comunidade voltadas para usuários de álcool e outras drogas? * Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 54 – borda vinho

51. Marque as ações realizadas na comunidade nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho. *Marque todas as opções que se aplicam.

- () Ações junto a comunidade com objetivo de diminuição das vulnerabilidades sociais (sofrimento social)
- () Ações junto a comunidade com objetivo de promover ações de saúde
- () Conhecer as formas de promoção de saúde que o comunidade já tem estabelecidas e fortalecê-las
- () Incluir a comunidade no planejamento e ações a serem realizadas

()

Outro: _____

–

52. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? * Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 54– borda vinho

53. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações na Comunidade? Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou “comunidade”, “usuário”, “família de usuário”.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de prevenção

54. No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de prevenção voltadas para usuários de álcool e outras drogas? *Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 58– borda lilás

55. Marque as ações de prevenção nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho. * Marque todas as opções que se aplicam.

- () Prevenção do uso de drogas na comunidade
- () Prevenção do uso de drogas nas escolas e contextos educativos formais
- () Prevenção do uso de drogas no sistema socioeducativo
- () Prevenção do uso de drogas no exercito
- () Prevenção do uso de drogas na polícia
- () Prevenção do uso de drogas em hospitais
- () Prevenção do uso de drogas em prisões

()

Outro: _____

56. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? *Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
- () Não Ir para a pergunta 58– borda lilás

57. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de prevenção? Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou “comunidade”, “usuário”, “família de usuário”.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ações de construção de redes

58. Essa questão é apenas para controle, por favor, por favor, selecione a opção 3. *
 Marcar apenas uma opção

- () 1
 () 2
 () 3
 () 4

59. No seu cotidiano de trabalho você participa frequentemente de ações de construção de redes voltadas para usuários de álcool e outras drogas? * Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
 () Não Ir para a pergunta 63– borda verde-água

60. Marque as ações de construção de redes nas quais você participa em seu dia a dia de trabalho. *Marque todas as opções que se aplicam.

- () Ações de articulação com grupo de familiares de usuários (as)
 () Ações de articulação com usuários
 () Ações de articulação com os grupos e associações da comunidade
 () Ações de articulação com outras instituições
 () Ações de articulação com pessoas da comunidade
 ()
 Outro: _____

61. Alguém de fora da sua instituição participa constantemente no planejamento e/ou na realização dessas atividades? *Marcar apenas uma opção.

- () SIM Siga para a próxima pergunta
 () Não Ir para a pergunta 63– borda verde-água

Ações de construção de redes

62. Quais instituições (ou comunidade, usuário ou família de usuário) trabalham em conjunto com a sua instituição participando do planejamento e/ou da realização dessas ações de construção de redes? *Não identifique os nomes das pessoas, escreva apenas os nomes de instituições ou "comunidade", "usuário", "família de usuário".*

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Locais de atuação

63. Selecione abaixo todos os locais de atuação em que você realiza as atividades do cotidiano de trabalho **Marque todas que se aplicam.*

- () Espaço físico da instituição em que trabalho
- () Atuação fazendo contato com usuários (as) na rua
- () Em visitas domiciliares
- () Instituições religiosas
- () Outras instituições
- () Na comunidade

()

Outro: _____

Outras ações e demais comentários

64. Existem outras atividades que você realiza frequentemente em seu dia a dia de trabalho que não foram abordadas aqui? Quais?

65. Comentários sobre o questionário