

Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura

Unravelling the skein of care networks on drugs:
a narrative review of the literature

Pedro Henrique Antunes da Costa¹
Daniela Cristina Belchior Mota¹
Fernando Santana de Paiva²
Telmo Mota Ronzani¹

Abstract *Heated debates on given models of treatment for drug users have raged in the halls of academia, in public policies, not to mention in the media. The care network on drugs is presented in this context as an important mechanism for users, but its construction turns out to be a challenge. Therefore, a critical analysis and narrative review of the scientific literature on the care network on drugs was conducted, seeking to pinpoint the challenges and opportunities for its consolidation. The results found include: a) a lack of specific studies on the care network on drugs; b) insufficient and disjointed coverage regarding the demand for treatment; c) the need to rethink the role of the Psychosocial Care Centers for Alcohol and other Drugs, seeking to strengthen, expand, structurally improve and readjust their practices; d) lack of critical analysis about the construction process of care models on drugs in public services; and e) the State's responsibility to provide better alternatives to the existing panorama revealed, making progress on strengthening intersectorial actions, structuring care and improving working conditions.*

Key words *Delivery of health care, Substance-related disorders, Substance abuse treatment centers, Mental health services*

Resumo *Acalorados debates sobre determinados modelos de tratamento para usuários de drogas ocorrem no âmbito da academia, das políticas públicas, além da mídia. A rede assistencial sobre drogas é apresentada neste contexto como um importante mecanismo, mas sua construção torna-se um desafio. Assim, realizou-se uma análise crítica da literatura acadêmica acerca das redes assistenciais sobre drogas, na forma de uma revisão narrativa, visando levantar seus desafios e possibilidades de consolidação. Os resultados encontrados foram: a) uma escassez de estudos específicos sobre a rede assistencial sobre drogas; b) cobertura insuficiente e desintegrada frente à demanda de tratamento; c) necessidade de se repensar o papel dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, visando seu fortalecimento, expansão, melhoria estrutural e readequação de práticas; d) ausência de análises críticas sobre o processo de construção dos modelos assistenciais sobre drogas nos serviços públicos; e, e) responsabilidade do Estado em fornecer melhores alternativas ao panorama encontrado, avançando no fortalecimento das ações intersectoriais, articulação do cuidado e no aprimoramento das condições de trabalho.*

Palavras-chave *Assistência à saúde, Transtornos relacionados ao uso de substâncias, Centros de tratamento de abuso de substâncias*

¹ Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora. R. José Lourenço Kelmer s/n, Campus Universitário São Pedro. 36036-330 Juiz de Fora MG Brasil.

phantunes.costa@gmail.com

² Faculdade Machado Sobrinho.

Introdução

Atualmente, presenciamos acalorados debates sobre determinados modelos de tratamento para usuários de drogas nos âmbitos da política, mídia e academia. Frente a esse cenário, uma indagação se faz necessária: quais os motivos para as escassas problematizações acerca da rede assistencial sobre drogas nestas discussões? Acredita-se que, antes de qualquer debate sobre a necessidade de implantação de certos modelos de tratamentos, precisa-se: a) ter um panorama mais aprofundado sobre a oferta assistencial para os usuários de drogas; b) analisar se essa cobertura assistencial é universal e suficiente; e, c) avaliar a organização dos serviços existentes e sua acessibilidade.

Os três pontos não podem ser abarcados separadamente. Somente a partir do entendimento sobre como os serviços se organizam frente à sua demanda pode-se trabalhar em seu fortalecimento e, conseqüentemente, para um melhor cenário de provisão de tratamento. A partir disso, objetiva-se realizar uma análise crítica da literatura acadêmica sobre as redes assistenciais sobre drogas, na forma de uma revisão narrativa.

A atual transição epidemiológica no Brasil pressupõe uma modificação nas configurações dos sistemas de saúde¹. Novos comportamentos e estilos de vida, em conjunto com transformações demográficas, sociais e econômicas repercutem diretamente na mudança nos padrões de morte, morbidade e invalidez². Modelos de comportamentos não saudáveis vão se impondo, configurando novos perfis no quadro dos problemas de saúde, ressaltando o peso do estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior longevidade. Dentre estes problemas, destaca-se o uso de drogas³.

Atrelado a isso, emerge a necessidade de atualização e ampliação dos conceitos e das ações em saúde. Os aspectos psicossociais têm sido enfocados para aumentar a qualidade dos serviços e equipamentos públicos de saúde, adequando-os às necessidades da população⁴. Mudanças vêm sendo percebidas, como um maior enfoque epidemiológico para as condições crônicas com ênfase na prevenção, no cuidado, monitoramento, interdisciplinaridade e criação de redes de saúde integradas⁵.

Nessa atual conjuntura, existe um movimento em busca da construção do sistema de saúde com foco nas redes de atenção à saúde (RAS) em detrimento de sistemas fragmentados¹. Entende-se as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecno-

lógicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”⁶. As redes de atenção apresentam melhores resultados em diversos aspectos dos sistemas de saúde, como: acessibilidade dos usuários aos serviços, redução da fragmentação do cuidado, melhorias na eficiência global do sistema, redução dos custos e maiores impactos positivos na saúde das pessoas^{1,7}.

Entretanto, para compreender a rede de atenção a partir desta perspectiva integrada é necessária a superação de práticas fragmentadas, que acarretam na ausência de diálogo/interação entre os atores e os setores que a constituem e em polarizações entre serviços ambulatoriais ou hospitalares, sem comunicação entre os diferentes pontos de atenção⁵. Como elucidam Hartz e Contandriopoulos⁸, apesar de integração significar uma coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação/fortalecimento de um sistema de saúde, na prática, as iniciativas para o monitoramento e a avaliação sistemática desta integração são incipientes.

O cenário apresentado anteriormente pode ser visto nos dias atuais quando se aborda o processo de implementação da atual política brasileira sobre drogas. Num panorama político, temos a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas⁹, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (PAIUAD) do Ministério da Saúde¹⁰ e, mais recentemente, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)¹¹.

Apesar de suas particularidades, a PNAD, a PAIUAD e o PIEC compartilham do objetivo de implantar e fortalecer redes assistenciais a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de drogas⁹⁻¹¹. Admitem que o tratamento e a reinserção social destes usuários devem resultar da configuração da rede assistencial integrada. Especificamente, a PAIUAD propaga que os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad) serão os articuladores dessa rede, responsáveis pela assistência direta das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e também do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), atuando em conjunto, principalmente, com a Atenção Primária à Saúde (APS) através das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Centros de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS)¹⁰.

Contudo, para entender a rede assistencial sobre drogas, devemos compreendê-la conformada

pela RAS e também pela rede de atenção psicossocial (RAPS). A RAPS pode ser entendida como a articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas no SUS¹². Assim, quando falamos da rede assistencial sobre drogas, devemos ter em mente o seu embasamento na RAS e com a RAPS, articulando a atenção a usuários de drogas com a atenção à saúde e em saúde mental, a partir dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (RP).

Nesse sentido, a rede de atenção sobre drogas pode ser entendida como “uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e de outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada”¹⁰. Entretanto, sabe-se que a estruturação e o fortalecimento de uma rede assistencial integrada e intersetorial para usuários de drogas, constitui um importante desafio¹³. Os CAPSad aparecem em número insuficiente no país, com a necessidade de expansão e readequação de suas práticas¹⁴ e a integração da rede de serviços é um objetivo a ser alcançado¹⁵.

A partir do exposto, pretende-se realizar um exercício crítico-reflexivo da literatura científica sobre as redes assistenciais sobre drogas. Trata-se de uma tentativa de aprofundamento e problematização sobre a temática, levantando desafios e possibilidades a serem observados na construção desta perspectiva de organização dos serviços e fluxo de pacientes.

Metodologia

O presente estudo é uma revisão narrativa. De acordo com Rother¹⁶: “os artigos de revisão narrativa são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual”. São textos que constituem a análise da literatura científica na interpretação e análise crítica do autor. A despeito de sua força de evidência científica ser considerada baixa devido à impossibilidade de reprodução de sua metodologia, as revisões narrativas podem contribuir no debate de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento em curto espaço de tempo¹⁶.

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

Resultados e discussão

(Des)Montando a rede assistencial sobre drogas: características gerais

Atualmente, as redes assistenciais sobre drogas se organizam, prioritariamente, a partir de modelos fragmentados, com cobertura e qualidade dos serviços insuficientes à demanda de tratamento¹⁷. Como se trata de uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, a construção dessa rede deve ser refletida, num intuito de substituir o tratamento em hospital psiquiátrico e avançar no processo da RP¹⁸.

Desde a década de 1980, a partir da RP e da consolidação do SUS, a concepção sobre as drogas mostra-se mais ampliada no discurso político¹⁶. Só que as práticas ainda se mostram desintegradas, formuladas e realizadas setorialmente. Como consequência, estas práticas acabam por não atingir as diferentes realidades em que estão inseridos os atores que compõe a rede assistencial¹⁹.

Em alguns casos, observa-se os pressupostos do modelo hospitalocêntrico prevalecendo ao modelo psicossocial^{20,21}, com grande parte dos investimentos enfocando internações em hospitais exclusivamente psiquiátricos. Estes, por sua vez, empregam uma visão passiva sobre o usuário de drogas, isolando-o do convívio social e o encarcerando em condições inadequadas que podem contribuir para um agravamento de suas condições de saúde¹⁷.

Em relação à distribuição de serviços, a literatura aponta para uma participação aquém do Estado na implementação das políticas sobre a temática²²⁻²⁵. Estudos realizados no Estado do Espírito Santo, na cidade de Florianópolis e na região Centro-Oeste constataram a maior parte da rede assistencial sobre drogas composta por serviços de natureza não governamental²²⁻²⁴. Estes achados coadunam com a realidade nacional analisada em 2006 e 2007, na qual, das 1256 instituições de tratamento mapeadas, apenas 389 (31%) eram de natureza governamental²⁵.

Tais dados contradizem as próprias políticas, que destacam a necessidade de uma rede complementar à rede pública e não o contrário, como constatado. Há, portanto, uma defasagem entre o prescrito e o real. Como possível explicação para o cenário apresentado, tem-se a recentidade das políticas públicas de tratamento para usuários de drogas, mas não se deve deixar de questionar também a posição do Estado, transferindo para a sociedade civil a responsabilidade de solucionar um problema que é constitucionalmente seu dever²².

Como descreve Pitta²⁶, “nesse vazio de alternativas oficiais públicas de rede assistencial”, destacam-se dois dispositivos de natureza não estatal: as comunidades terapêuticas (CT) e os grupos de ajuda mútua. Com relação ao primeiro, apesar de toda a heterogenia de visões e abordagens encontradas no Brasil, percebe-se um crescimento no número de CT e do seu protagonismo político na área. De acordo com Machado e Miranda²⁷, por meio da organização alcançada por estes dispositivos e de seus vínculos com instituições religiosas, eles conseguiram exercer pressão política junto aos órgãos governamentais se estabelecendo na área como modelo de tratamento. Tal fator vem a reforçar uma tendência histórica de manutenção da atenção aos usuários de drogas fora do âmbito do setor público de saúde.

Atualmente, muitas CT recebem recursos públicos para o tratamento de dependentes químicos. Contudo, segundo o Tribunal de Contas da União (TCU)¹⁴, grande parte das CT selecionadas para receber recursos federais não possui licença sanitária e carece de maior fiscalização, acompanhamento e controle sobre suas ações e condições de funcionamento.

Os grupos de ajuda mútua – Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos – representam outra forma representativa de organização da sociedade civil na rede de atenção sobre drogas. Não existem dados definitivos sobre a eficácia destes grupos, estando sujeitos a interpretações muito divergentes²⁸. Entretanto, para responder adequadamente à pluralidade de danos associados ao abuso de drogas e para atingir maior efetividade na oferta assistencial, é importante considerar uma pluralidade de dispositivos, como os grupos de ajuda mútua e as CT, mas também o suporte hospitalar para episódios de desintoxicação, serviços ambulatoriais e residenciais em diferentes modalidades de intensidade²⁹.

Este protagonismo da sociedade civil na resolução das mazelas sociais é fruto de uma agenda neoliberal que predomina no cenário político e econômico brasileiro desde o final da década de

70³⁰. Ademais, no tocante ao tratamento dos usuários de drogas, permeiam discursos religiosos, moralizantes e jurídicos fixados em um horizonte de cura ou abstinência²⁷. Assim, a exclusão e o asilamento em CT são as alternativas viáveis, ao passo de um constante silenciamento do próprio usuário e uma enorme dificuldade em se debater formas de cuidado como a redução de danos.

Nesse caldeirão de fatores instituiu-se uma confluência perversa, uma vez que a mobilização da sociedade a partir da conformação de associações e organizações não governamentais foi potencializada por perspectivas democráticas e, ao mesmo tempo, foi e continua a ser empregada como transferência de responsabilidades³¹. A ideologia da participação ou tomada para si da resolução das questões sociais (como o uso de drogas) pode terminar por construir alternativas que contribuam não para um real redimensionamento do problema, mas para a individualização da questão e a adoção de modelos que se afastem dos preconizados pelo SUS e RP. Portanto, questiona-se o esvaziamento das responsabilidades do Estado em fornecer as condições para o cuidado aos usuários de drogas, necessitando melhores investimentos no setor público, ao invés de aumentar os investimentos na iniciativa privada, o que contribui para o enfraquecimento dos serviços públicos como principais estratégias assistenciais na área.

Nessa direção, deve-se discutir os hospitais gerais como componentes da atenção hospitalar da RAPS e da rede assistencial sobre drogas. Um dos enfoques do PIEC é a ampliação do número de leitos para a atenção integral aos usuários de drogas em hospitais gerais¹². Entretanto, observou-se uma baixa adesão dos hospitais gerais na habilitação destes leitos. Da meta estipulada de 3.492 leitos habilitados, até junho de 2011, somente 179 em hospitais gerais foram habilitados, o que corresponde a 5% da meta inicial¹⁴. Devido a isso, muitos usuários de drogas em situações que exigem internações para desintoxicação ainda são internados em hospitais psiquiátricos, clínicas privadas ou em CT³².

Observa-se uma incapacidade ou não disponibilidade dos hospitais gerais em trabalhar com a temática. Como possíveis causas para esse cenário, o TCU aponta os seguintes fatores: insuficiência ou ausência de profissionais capacitados; preconceitos e estigmas dos profissionais, além do receio sobre o comportamento do paciente; problemas na infraestrutura dos hospitais; e, insuficiência do valor da internação repassada pelo SUS¹⁴. Todos estes elementos demonstram

um número de leitos insuficiente para atender à demanda, com os hospitais gerais desarticulados da RAPS e rede assistencial sobre drogas³². Isso requer uma atuação frente às causas que restringem a provisão desses leitos, fortalecendo o papel dos hospitais gerais na rede.

Em relação aos usuários com maior comprometimento e em situações de grande vulnerabilidade social, recomenda-se uma aproximação dos serviços com essa população, facilitando a acessibilidade³³. Nesta direção, os Programas de Redução de Danos e os Consultórios de Rua apresentam-se como importantes estratégias da RAPS e da rede assistencial sobre drogas, ao focarem a intervenção *in loco* a pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas em situação de rua, baseando-se na perspectiva de redução de danos e possibilitando aproximação entre serviços e comunidade^{33,34}. Assim, estes dispositivos apresentam um novo horizonte para a diminuição da lacuna assistencial existente aos usuários de drogas em situações de vulnerabilidade social e fortalecimento da rede assistencial, devendo ser mais bem compreendidos ao longo dos próximos anos.

Por fim, observa-se em grande parte da literatura analisada uma reificação das redes como forma de organização dos serviços, ou seja, a caracterização das redes como algo que se justifica por si só, uma assertiva pronta, idealizada. Tal aspecto faz com que as redes sejam colocadas como 'salvadoras da pátria', sem problematizar seus princípios, o porquê de se adotar essa forma de organização e não outra. Enfatizam-se, na maioria das vezes, os aspectos estruturais sem colocar em questão os aspectos processuais, isto é, a maneira como os diferentes atores sociais e instituições se constituem e são constituídos a partir do trabalho em rede. Dessa forma, perde-se o entendimento dos aspectos articuladores e relacionais dos grupos envolvidos que conformam e são conformados pela rede¹⁹.

O Papel do CAPSad na Rede

Como visto anteriormente, as políticas nacionais sobre drogas, embasadas pela RP, apresentam um grande avanço ao direcionar o tratamento dos usuários de drogas para a comunidade. Tem-se na APS o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de cuidado, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como elementos organizadores¹⁰. Entretanto, essa função aglutinadora e organizadora da rede de saúde mental e sobre drogas, requerida dos CAPS e CAPSad, aparece ainda como um horizonte a ser

alcançado no plano nacional³⁵. Segundo o TCU, apesar da importante expansão dos CAPS a partir de 2002, sua cobertura ainda é insuficiente, em especial a dos CAPSad. Ao final de 2010, existiam no Brasil 1.620 CAPS implantados, sendo apenas 258 CAPSad¹⁴.

Questiona-se a capacidade do CAPSad de atuar enquanto ordenador da rede. Em grande parte, este dispositivo encontra-se desarticulado de outros serviços fundamentais da RAS, RAPS e da própria rede assistencial sobre drogas, como: os serviços da APS, dispositivos socioassistenciais e comunitários e até outros CAPS e CAPSad³⁶. Assim, o CAPSad ainda não consegue cumprir o objetivo de ser o centro articulador de toda a rede assistencial sobre drogas, uma vez que não tem conseguido realizar o matriciamento dessa rede. Há um comprometimento da continuidade do cuidado e da oferta assistencial nos níveis de complexidade do sistema de saúde, o que implica na dificuldade em estabelecer a integralidade³⁷.

Ademais, existem ainda as deficiências conjunturais dos CAPSad. A formação acadêmica dos profissionais é insuficiente e voltada para o modelo biomédico^{20,21,38}. Há uma ausência de planos terapêuticos bem definidos e baseados em evidência³⁷. Problemas na estrutura física, escassez de recursos humanos e falta de subsídios são frequentes¹⁴. Existem hierarquias nos serviços, com os profissionais da área médica exercendo maior poder na tomada de decisões³⁸. O modelo ambulatorial predominante nos CAPS contribui para perpetuar uma visão e abordagem simplista do usuário de drogas, fomentando uma lógica de fragmentação do trabalho em rede¹⁸. Todos estes fatores comprometem substancialmente o funcionamento dos CAPSad e o cuidado aos usuários, levantando a necessidade de políticas que visem a superação destes problemas.

A partir disso, a reinserção social dos usuários de drogas apresenta-se como outro grande obstáculo para a atenção integral, com os CAPSad tendo dificuldades para o estabelecimento de estratégias de reinserção eficazes^{37,39}. Presencia-se o chamado 'risco de manicomialização' destes dispositivos, com práticas contraditórias aos princípios da RP, considerando o processo de reinserção social dos usuários passível de ser realizado apenas dentro dos limites dos CAPS⁴⁰. Contudo, como colocam Campos e Furtado³⁵, estas observações "se não guarnecidas de um corpo de categorias para o seu enfrentamento e superação, poderão expor os serviços ao risco de sua deslegitimação social sem que os impasses sejam suficientemente identificados e enfrenta-

dos”. Assim, defende-se a reflexão sobre o CAPSad e seu papel na RAPS e rede assistencial sobre drogas, visando ao seu fortalecimento, expansão, melhoria estrutural e readequação de práticas.

A articulação com as redes de saúde e assistência social

Adentrando no setor da saúde, os dispositivos da rede assistencial sobre drogas aparecem desarticulados com a RAS, principalmente a APS, resultando em uma participação insuficiente na atenção integral dos usuários drogas^{21,36,37}. O encaminhamento é utilizado muitas das vezes como forma de maior integração dos serviços, no qual seu aumento significa maior integração dos serviços⁴¹. Essa tônica dos encaminhamentos que, por sua vez, inserem-se num sistema de referência e contrarreferência pouco efetivo, pode auxiliar para uma descontinuidade dos tratamentos e em desresponsabilizações por parte dos profissionais⁴².

Dessa forma, são necessárias problematizações sobre a maneira na qual a descentralização vem sendo promovida da saúde mental/drogas para a APS, através de uma transferência de responsabilidades, e não como um trabalho compartilhado⁴². Isso também indica a importância de um maior envolvimento entre as diferentes categorias profissionais⁴¹. A articulação entre os dispositivos da rede assistencial sobre drogas – considerando nesse cenário a RAS e a RAPS também – deve ser pautada, principalmente, através do trabalho multiprofissional e intersetorial de forma integrada¹⁹.

Um questionamento relevante, contudo, é: quais os limites da atuação de profissionais da APS na área das drogas? Visando superar o déficit de formação dos profissionais, tem-se apontado a importância de capacitações sobre a temática. Entretanto, a aquisição de conhecimentos e habilidades proporcionada pelas capacitações não é suficiente para garantir, em longo prazo, a atuação destes profissionais⁴³. Tal ação é obstaculizada por fatores como a escassez de recursos técnicos e operacionais e a falta de apoio matricial dos CAPSad^{36,44,45}. Assim, acreditamos que a atuação da APS não deve ser analisada isoladamente, uma vez que as fragilidades da rede também impactam na consolidação de ações nesse nível assistencial.

Outra questão impactante nessa equação refere-se ao fato de que a abordagem ao uso de drogas deve ser realizada integralmente nos níveis de atenção (primário, secundário e terciário). Isso possibilita uma maior flexibilização e articulação das ações, ampliando a assistência e

organizando a demanda de acordo com as necessidades e possibilidades dos usuários e não em função das ofertas de cuidado dos serviços⁴⁶. Entretanto, além dos problemas referentes à própria fragmentação da rede assistencial sobre drogas e a incapacidade dos CAPSad de gerenciar essa rede, existe ainda a desintegração entre os níveis de atenção do sistema de saúde, que corrobora ainda mais para a falta de integralidade da rede sobre drogas. Para atingir um impacto em nível populacional, seria importante que o todo o sistema estivesse preparado para acolher, avaliar e referenciar os usuários para o nível ou cuidado mais adequado²⁹.

A rede de atenção sobre drogas e a rede de assistência social também aparecem desarticuladas. Segundo o TCU¹⁴, grande parte dos gestores dos serviços da assistência social considerou como alta ou muito alta a importância da articulação com os CAPS para o sucesso das ações de reinserção social. Entretanto, na avaliação destes gestores e dos profissionais da rede de assistência social, esta articulação com os CAPSad é insuficiente. Para 55% dos CRAS e 45% dos CREAS respondentes à pesquisa, a articulação com os CAPSad é inexistente ou muito baixa¹⁵.

Sabe-se que o uso de drogas constitui um problema multifacetado, com inúmeras determinações. Os dispositivos da assistência social possibilitam uma visão mais ampla e abrangente para o cuidado, não podendo ser analisados somente como locais de encaminhamento. A articulação com estes serviços deve ser planejada institucionalmente e não ficar a mercê de iniciativas individuais^{14,41}.

Verifica-se também no Brasil que grande parte dos serviços assistenciais ao uso de drogas é organizada a partir da opinião e experiências pessoais de seus profissionais⁴⁷. Com isso, desconsideram características contextuais e informações fundamentais de revisões sistemáticas e avaliações prévias. Isso contribui para originar serviços com potencial de atendimento limitado e desvinculado das necessidades das populações –alvo^{47,48}.

Devido aos problemas citados, vem sendo percebido um processo de cronificação dos usuários na rede e sua conseqüente dependência em relação a alguns serviços de tratamento³⁵. Como ressaltam Dimenstein e Liberato⁴⁹, a insuficiência de serviços públicos para atender a demanda, aliada à falta de integralidade e intersetorialidade, produz efeitos como a sobrecarga dos profissionais de saúde e a burocratização de suas práticas, além da promoção de uma rede restrita que

se retroalimenta causando a estagnação do fluxo de pacientes.

Transposições de Modelos Descontextualizados?

Outro ponto pertinente de discussão é, na opinião dos autores, a ausência de análises mais apuradas acerca do que chamaremos de ‘transposição do modelo assistencial’ da saúde mental para a área de drogas. Muito se fala da não homogeneidade dos projetos e das práticas profissionais embasadas em concepções pessoais que destoam dos princípios orientadores das políticas nacionais⁵⁰. Contudo, pouco se questiona sobre o processo de construção dos modelos assistenciais sobre drogas no âmbito dos serviços públicos, principalmente nos CAPSad, e a sua adequabilidade.

Cabe considerar que os modelos tradicionais de alocação de serviços são tipicamente baseados em fatores históricos e políticos e não nas reais necessidades da população⁵¹. No caso do Brasil, a formulação das políticas sobre drogas originou-se da política de saúde mental, a qual tem como principal enfoque a luta antimanicomial³⁰. Consequentemente, em seu processo de implementação, as políticas sobre drogas no Brasil adquiriram uma perspectiva marginal e incremental, reproduzindo o que está previsto para o setor de saúde mental⁵².

Na construção das ações e da rede assistencial foi priorizado o enfoque em serviços extra-hospitalares para atendimento de usuários com cronificação de longo prazo, como os quadros graves de esquizofrenia, antes mantidos em hospitais psiquiátricos. Assim, questiona-se se os CAPSad constituem uma resposta adequada para atender as necessidades dos usuários de drogas, ou se representam uma replicação do modelo de CAPS geral, sendo apenas um continuísmo do modelo previsto para a área de saúde mental, com uma frágil estruturação para abarcar as variedades e as especificidades clínicas da área de drogas⁵².

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

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

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

Como exemplificação, sinaliza-se que a população que procura e frequenta os serviços de tratamento de drogas, em especial os CAPSad, possui características diferentes dos usuários dos CAPS para transtornos gerais⁵³. Observou-se uma predominância de pacientes do sexo masculino dentro dos CAPSad analisados (em torno de 90%), com o nível de escolaridade fundamental sendo o mais frequente. No que diz respeito à taxa de adesão ao tratamento, a despeito das diferenças entre os estudos, o cenário encontrado é de uma elevada não adesão por parte da maioria dos usuários^{33,53-55}.

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

Além de compreender os determinantes do uso de drogas, é importante avaliar como o CAPSad e outros dispositivos podem ser fortalecidos para de fato trabalharem nas causas estruturais do problema. Esta discussão pode contribuir para avançarmos com propostas de inserção social, uma vez que diversas questões já sinalizadas limitam a concretização desta proposta.

Não se pretende aqui, de forma alguma, deslegitimar o movimento da RP e suas conquistas, mas questionar os motivos dessas transposições da saúde mental para a área das drogas não serem problematizadas na mesma intensidade que os componentes estruturais dos serviços (cobertura, recursos etc.) são. Acreditamos que os CAPS e os seus modelos de tratamento devem estar abertos a críticas e reformulações constantes e não adotar práticas que desconsiderem o cenário no qual se insere. As intervenções no CAPSad precisam ser constantemente avaliadas, assim como em outros

dispositivos incorporados no cuidado ao usuário de drogas. Tais apontamentos são fundamentais na consideração de particularidades do tratamento para o uso e dependência de drogas, traduzindo-as em políticas públicas e práticas mais eficazes e conectadas às necessidades e realidades dos usuários e população²⁴.

Falta de conexão entre as políticas e a produção acadêmica

Apesar da temática das drogas caracterizar-se como um vasto campo de estudo, ainda são escassas as pesquisas destinadas a compreender especificamente as redes assistenciais. A posição destacada da rede sobre drogas dentro da política nacional parece não reverberar em um aumento da produção científica. Discrepância essa também percebida quando comparada à produção científica na área de saúde mental estritamente. Essa escassez de produção nos faz questionar dois aspectos: 1º) Existe uma falta de assimilação ou de interesse da academia sobre a temática? 2º) Seria essa uma temática difícil de se abordar ou analisar?

Sinalizamos aqui dois pontos que podem influenciar na atual escassez da literatura sobre o assunto: a) a reinserção das redes no debate sobre a organização dos serviços na área da saúde somente a partir da década passada; e b) a recentidade das políticas públicas que abarcam o tratamento ao uso de drogas no Brasil.

Como alertam Kuschnir e Chorny⁵⁶, apesar da discussão sobre a reorganização do sistema de saúde brasileiro ter como cerne a necessidade de integração dos serviços em redes, devido a questões políticas e pelos próprios rumos do processo de descentralização, este assunto é deixado de lado nos anos 90, retomando sua posição central somente a partir dos anos 2000. Além disso, devemos considerar também a ausência de políticas públicas para o tratamento de usuários de drogas. Até a década de 90 e início dos anos 2000, o tratamento disponível restringia-se basicamente à reclusão dos usuários de drogas em hospitais psiquiátricos³⁰.

Por outro lado, observa-se uma subutilização das evidências científicas existentes na construção das políticas sobre drogas. O debate público nesta área aparece, em grande parte, embasado por questões de natureza não científica como demandas políticas e concepções ideológicas. Consideramos que as evidências científicas, mesmo que escassas, constituem-se como importantes ferramentas para fundamentar as deliberações

políticas, orientando a tomada de decisão pelos gestores e governantes para a seleção de políticas que maximizem a saúde^{51,57}. Por esta razão, a formulação, a implementação e a avaliação de políticas públicas pode ser altamente beneficiada e potencializada pelo investimento na produção de conhecimento de qualidade existente em nosso país.

Nesta direção, cumpre ressaltar as ações do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), mais especificamente o PET Saúde/Saúde Mental – crack, álcool e outras drogas (PET-AD). Este Programa visa à educação em serviço para estudantes de diversos cursos da área da saúde. Ademais, objetiva a integração entre a academia, os serviços que compõem a rede assistencial e a comunidade⁵⁸.

Dessa forma, o PET-AD se apresenta como uma possibilidade de conexão entre as políticas e a produção acadêmica no que tange à rede assistencial sobre drogas, englobando ensino, pesquisa e extensão⁵⁹. A relação entre graduandos e profissionais possibilita a instituição de um ambiente de trocas de saberes e práticas verticalizadas, estimulando a reflexão e contribuindo para a reorientação dos serviços⁶⁰. A inserção dos graduandos no sistema público de saúde também favorece uma formação mais ampliada e compatível com a realidade da assistência ao usuário de drogas, possibilitando um maior contingente de trabalhadores no setor no futuro⁶⁰.

Contudo, a despeito da experiência propiciada pelo PET-AD, é preciso ressaltar sua falta de continuidade. Tendo em conta o histórico de carência de profissionais e pesquisadores especializados na área, seria importante um investimento de maior envergadura e uma continuidade do impacto proporcionado na rede assistencial, justamente pela potencialização do diálogo entre acadêmica e serviços.

Por fim, espera-se que o PET-AD e outras iniciativas que, porventura, venham a se desenvolver no cenário político e acadêmico estejam em contínua construção e articulação, e que futuramente seja possível analisá-las e observar concretamente os seus resultados.

Considerações finais

O objetivo do presente artigo foi analisar criticamente o panorama atual da produção acadêmica sobre as redes assistenciais sobre drogas. Não se pretendeu chegar a uma resposta conclusiva, mas, pelo contrário, levantar uma discussão fun-

damental por si só, e que se torna ainda mais relevante devido ao atual momento das políticas e debates na área. Ao mesmo tempo, não se almeja deslegitimar tal perspectiva de organização dos sistemas de saúde, assim como os serviços mencionados, suas racionalidades e modelos de atenção, mas sim problematizá-los. Acredita-se que saberes e práticas podem ser potencializados a partir de reflexões mais aprofundadas, especialmente em uma área tão complexa como a estudada.

Devido ao mencionado anteriormente, algumas considerações finais permanecem. Primeiramente, novos estudos se fazem necessários para uma melhor compreensão das reais condições dos serviços e da rede assistencial sobre drogas e para sua possível estruturação e fortalecimento. Este aspecto vem a contribuir para uma maior conexão entre os serviços, a academia e as políticas, reverberando no planejamento e na implantação de projetos e ações mais contextualizados e eficazes.

No entanto, como propõem Strang et al.⁵⁷, não importa o quão eficaz é um tratamento, pois, se for inacessível, irá produzir poucos benefícios para os indivíduos e para a sociedade. Programas bem organizados, com serviços mais abrangentes e profissionais dispostos para atender a demanda fornecem resultados muito melhores. Ou seja, um dos fatores diferenciais para a efetividade do tratamento é a disponibilidade dos serviços e de seus profissionais para o atendimento aos usuários de drogas. Isso se torna um problema no cenário brasileiro, a partir da constatação de que a cobertura existente é insuficiente à demanda de tratamento e organizada de forma desintegrada e, além disso, os profissionais apresentam uma formação deficitária com dificuldades para atender a demanda existente.

Cabe considerar que uma proporção relativamente pequena de pessoas que possuem problemas devido ao abuso de drogas procura os serviços especializados, gerando uma 'lacuna de tratamento'. Para se atingir um impacto em nível de saúde pública, as intervenções na área sobre drogas devem ser planejadas e implementadas em larga escala e em um sistema de serviços integrados, superando a ênfase exclusiva em serviços especializados. Para isso, é importante a adoção de uma perspectiva intersetorial, envolvendo uma ampla gama de serviços e contextos^{28,51}.

Dentro desse cenário, torna-se imperativo também repensar o papel dos CAPS e CAPSAd dentro da rede assistencial. Eles representam avanços na visão apregoada aos usuários e seus respectivos tratamentos, mas ainda carecem de

maiores reflexões. Apesar de sua expansão, estes dispositivos ainda são insuficientes, no que diz respeito à sua quantidade e distribuição pelo país, para serem considerados os centros articuladores de toda uma rede assistencial. O modelo de funcionamento ambulatorial ainda é predominante, o que necessita ser problematizado, sobretudo, tendo em vista os aspectos psicossociais no tratamento dos usuários de drogas.

É preciso ter cautela, porém, em relação às críticas levantadas aos modelos abertos de tratamento. O que se defende aqui é a necessidade de maior cobertura, definição de planejamentos terapêuticos e profissionais preparados para tais funções. Em tempos onde vários interesses estão em jogo nesta área, não se pode enfraquecer os serviços ofertados e gerenciados pelo Estado como principal estratégia assistencial na área. Portanto, a tese alicerçada pelo presente estudo é a da expansão e readequação dos CAPSAd no país, e não a da sua deslegitimação.

A RP, tendo em vista sua importância no Brasil, e a despeito das contradições e conflitos que lhe são inerentes, terminou por influenciar os processos de análise e intervenção na área das drogas. Consequentemente, isto se refletiu na construção de modelos assistenciais. Nesse sentido, é fundamental pensar as especificidades destas áreas, e podemos destacar algumas questões: 1) o mesmo modelo de tratamento pensado para os CAPS é adequado para os CAPSAd?; e, 2) uma vez que a integração da rede assistencial deve ser centralizada pelos CAPS, quais as diferenças na articulação de uma rede de saúde mental e na articulação de uma rede sobre drogas? Considerando ainda que existe uma forte interface entre as áreas, haja vista as comorbidades entre os transtornos de saúde mental e causados pelo abuso de drogas, é importante aprimorar a articulação entre esses campos, sem que isso signifique a sobreposição de uma única racionalidade assistencial.

Por fim, levando em consideração o papel do Estado dentro dessa discussão, concluiu-se que este deve assumir a sua responsabilidade em fornecer melhores alternativas ao panorama atual. A expansão da cobertura assistencial e a melhoria da oferta de tratamento dos serviços públicos, com diretrizes bem estabelecidas e baseadas em evidências são os pontos prioritários para a melhoria do cenário assistencial sobre drogas. Contudo, como visto anteriormente, é necessário ter clareza de que a ampliação da rede de serviços não é, por si só, suficiente para a atenção integral à saúde dos usuários²¹. Para isso, deve-se avançar também no fortalecimento das ações interseto-

riais, articulando o cuidado nas redes de atenção à saúde e psicossocial, na readequação da formação profissional e no aprimoramento das condições de trabalho.

Colaboradores

PHA Costa trabalhou na concepção do estudo, processo de coleta dos materiais, análise e redação final do artigo. DCB Mota, FS Paiva e TM Ronzani trabalharam na análise, redação e revisão do artigo.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela bolsa de iniciação científica através do Programa de Apoio a Núcleos Emergentes de Pesquisa. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelos fomentos à linha de pesquisa na qual o presente estudo faz parte. Aos revisores que contribuíram com importantes sugestões, de modo a melhorar substancialmente o conteúdo do presente trabalho.

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.
2. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4):897-908.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Washington: OPAS; 2009.
4. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):190-198.
5. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2012.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington: OPS; 2010.
8. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):331-336.
9. Brasil. Conselho Nacional Antidrogas (Conad). *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: Conad; 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: MS; 2004.
11. Brasil. Decreto de Lei nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 21 maio.

12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 24 dez.
13. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad Saude Publica* 2009; 25(11):2309-2319.
14. Brasil. Tribunal de Contas da União (TCU). *Sistema nacional de políticas públicas sobre drogas*. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo; 2012.
15. Wandekoken KD, Siqueira MM. Discursos políticos e a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. *Saúde em Debate* 2011; 35(88):105-112.
16. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. Enferm* 2007; 20(2):v-vi.
17. Vinha IR. Cenário da Assistência em Saúde Mental/Uso de Substâncias Psicoativas na Região de Saúde de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2011; 7(1):25-31.
18. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol cienc prof* 2008; 28(3):632-645.
19. Paiva FS, Costa PHA, Ronzani TM. Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidades na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde. *Aletheia* 2012; 37(1):57-72.
20. Ambrósio BT, Benincá FB, Fejoli MM, Siqueira MM, Buaziz V. Rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas: mapeamento de serviços e equipes de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* 2009; 11(2):318-326.
21. Moraes M. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):121-133.
22. Moraes RP. *Redes socioassistenciais de tratamento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas na região Centro-Oeste (Brasil 2006/2007)* [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.
23. Siqueira MM, Barbosa DA, Laranjeira R, Hopkins K. Psychoactive substances and the provision of specialized care: the case of Espirito Santo. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(4):315-323.
24. Spohr B, Leitão C, Schneider DR. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. *Rev de Ciências Humanas* 2006; 39:219-236.
25. Carvalho DBB, coordenador. *Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007*. Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
26. Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12):4579-4589.
27. Machado AR, Miranda PSC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil. *História, Ciências e Saúde* 2007; 14(3):801-821.
28. Lima HP, Braga VAB. Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. *Texto contexto – enferm* 2012; 21(4):887-895.
29. Rush B. Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2010; 27(6):617-636.
30. Machado AR. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras Drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

31. Dagnino A. Políticas culturais, democracia e o projeto neoliberal. *Rev Rio de Janeiro* 2005; 15:45-66.
32. Pereira MO, Vargas D, Oliveira MAF. Reflexão acerca da política do ministério da saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das ausências e das emergências. *SMAD. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* 2012; 8(1):9-16.
33. Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad Saude Publica* 2011; 27(11):2263-2270.
34. Jorge JS, Corradi-Webster CM. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. *Saúde Transform. Soc.* 2012; 3(1):39-48.
35. Campos RTO, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5):1053-1062.
36. Fodra REP, Rosa AC. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad): análises dos discursos e da prática no contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. *Saúde em Debate* 2009; 33(81):129-139.
37. Shiokawa E. *Avaliação da eficiência da rede de atenção à saúde mental e da resolutividade do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad* [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2010.
38. Souza J, Kantorski LP, Gonçalves SE, Mielke FB, Guadalupe DB. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. *Rev Enferm UERJ* 2007; 15(2):210-217.
39. Moraes MM. *O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais* [dissertação]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
40. Azevedo EB, Filha MOF, Araruna MHM, Carvalho RN, Cordeiro RC, Silva VCL. Práticas inclusivas extramuros de um Centro de Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras. *Saúde em Debate* 2012; 36(95):595-605.
41. Costa PHA, Laport TJ, Mota DCB, Ronzani TM. A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. *Saúde em Debate* 2013; 37(N. esp.):110-111.
42. Zambenedetti G, Perrone CM. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis* 2008; 18(2):277-293.
43. Ronzani TM, Mota DCB, Souza ICW. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 1):51-61.
44. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):129-138.
45. Severo AK, Dimenstein M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol cienc prof* 2011; 31(3):640-655.
46. Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3069-3078.
47. Ribeiro M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(Supl. 1):59-62.
48. Rush B. The evaluation of treatment services and systems for substance use disorders. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul* 2003; 25(3):393-411.
49. Dimenstein M, Liberato M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental [CD-ROM]*. 2011; 1(1).
50. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):297-305.
51. Babor TF, Caulkins JP, Edwards G, Fischer B, Foxcroft DR, Humphreys K, Obot I, Rehm J, Reuter P, Room R, Rossow I, Strang J. *Drug Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford; 2010.
52. Mota DCB. *Implementação de políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas em nível municipal* [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011.
53. Faria JG, Schneider DR. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicol. Soc.* 2009; 21(3):324-333.
54. Monteiro CFS, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Esc. Anna Nery* 2011; 15(1):90-95.
55. Peixoto C, Prado CHO, Cristiele PR, Cheda JND, Mota LBT, Veras AB. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J. bras. psiquiatr.* 2010; 59(4):317-321.
56. Kuschner R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2307-2316.
57. Strang J, Babor TF, Caulkins JP, Fischer B, Foxcroft DR, Humphreys K. Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet* 2012; 379(9810):71-83.
58. Campos RO, Trapé TL, Belo KO, Kores RC, Dorigatti AE. O PET-saúde como instrumento para a articulação da saúde mental e coletiva: narrativas da formação e do trabalho em saúde. *Cad. Bras. Saúde Mental* 2012; 4(8):176-185.
59. Costa AG, Camurça VV, Braga JM, Tatmatsu DIB. Drogas em áreas de risco: o que dizem os jovens. *Physis* 2012; 22(2):803-819.
60. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12):4665-4674.

Artigo apresentado em 25/08/2013

Aprovado em 20/10/2013

Versão final apresentada em 25/10/2013