

Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais

Referral and counter-referral system in the care network for drug users: contributions from social network analysis

Pedro Henrique Antunes da Costa^{1,2}, Leonardo Fernandes Martins^{1,3},
Amata Xavier Medeiros¹, Juliana Andrade Salgado¹,
Wanderson Maurício Duarte Silva¹, Telmo Mota Ronzani¹,
Fernando Antonio Basile Colugnati⁴

Resumo

O presente artigo analisou o sistema de referência e de contrarreferência de uma rede de atenção aos usuários de drogas a partir da Análise de Redes Sociais (ARS). Trata-se de uma pesquisa de corte transversal realizada no município de Juiz de Fora, em Minas Gerais, com profissionais dos serviços de tratamento aos usuários de drogas. Os dados foram coletados por meio de questionário sobre as relações de referenciamento e de contrarreferenciamento de usuários entre os serviços da rede. Para a análise dos dados a partir da ARS, utilizou-se o software *Gephi*, extraindo as seguintes métricas: centralidade de grau e centralidade de intermediação. Os resultados indicaram uma maior prevalência de referenciamento em detrimento da contrarreferência, com uma centralização nos serviços especializados, de média e alta complexidade, e nos de urgência/emergência. Espera-se demonstrar as potencialidades da ARS na compreensão de redes organizacionais e influenciar a realização de novas pesquisas que visem compreender as diferentes realidades assistenciais aos usuários de drogas no contexto nacional e internacional.

Palavras-chave: rede social; atenção à saúde; assistência à saúde; referência e consulta; transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Abstract

This paper analyzed the reference and counter-referral system of a care network for drug users, from Social Network Analysis (SNA). It is a cross-sectional survey conducted in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, with professionals from the drug users' treatment services. Data was collected through a questionnaire that measured referral and counter-referral relations of drug users between network services. Data from SNA was analyzed using the *Gephi* software, extracting the following metrics: Degree Centrality and Intermediation Centrality. Results indicated a higher prevalence of referencing rather than counter-referral, with a centralization in specialized, medium and high complexity, and emergency services. It is expected to demonstrate the potential of SNA in the understanding of organizational networks and influence new research that aims to comprehend different care realities for drug users in national and international context.

Keywords: social networking; health care (public health); delivery of health care; referral and consultation; substance-related disorders.

¹ Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.

² Faculdade Machado Sobrinho – Juiz de Fora (MG), Brasil.

³ Faculdade Estácio de Sá – Juiz de Fora (MG), Brasil.

⁴ Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.

Trabalho realizado na rede de atenção aos usuários de drogas – Juiz de Fora (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Pedro Henrique Antunes da Costa – Rua José Lourenço Kelmer, s/n, Campus Universitário – São Pedro – CEP: 36036-900 – Juiz de Fora (MG), Brasil – Email: phantunes.costa@gmail.com

Fonte de financiamento: FAPEMIG (PPSUS-REDE, CHE - APQ-03602/12).

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Atualmente, as políticas sobre drogas no Brasil – Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) – pressupõem a abordagem ao problema por meio de redes de atenção integradas^{1,2} aos usuários de drogas, as quais devem englobar o cuidado contínuo por intermédio da promoção de saúde, prevenção, diferentes modalidades de tratamento e inserção social.

Mais recentemente, no ano de 2011, foi publicada a portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)³, que é uma das redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada especificamente para pessoas com sofrimento, transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas. É constituída por sete níveis de atenção: básica; psicossocial especializada; urgência e emergência; residencial de caráter transitório; hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; estratégias de reabilitação psicossocial. Esse níveis são compostos por serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais (CAPS), para crianças e adolescentes (CAPSi) e para usuários de drogas (CAPSad), ambulatorios e leitos para internação em hospitais gerais, assim como serviços de cuidados primários e de base comunitária, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), consultórios na rua (CR), dentre outros, fomentando o *continuum* de cuidado³.

Entretanto, de modo a abordar a complexidade do uso/abuso de drogas e seus determinantes sociais, a constituição dessa rede deve ir além do setor saúde, em uma perspectiva intersetorial⁴. Com o avanço das políticas da assistência social e a configuração do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dispositivos como os Centros de Atenção da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP) e serviços de acolhimento institucional devem ser considerados para uma atenção integral ao usuário de drogas⁵. Ademais, cabe ressaltar a importância dos recursos assistenciais oriundos da própria comunidade, complementares aos dispositivos públicos, ampliando o leque de possibilidades assistenciais, por exemplo, os grupos de ajuda mútua (GAMs) e as entidades socioassistenciais não governamentais que atendem a usuários de drogas⁶.

Apesar da relevância das redes de atenção aos usuários de drogas, Costa et al.⁷ observaram uma escassez de estudos específicos sobre o tema no Brasil, com poucos trabalhos orientados para compreender a realidade dessas redes assistenciais no país. Cabe ainda ressaltar que esses poucos estudos abordam somente serviços especializados aos usuários de drogas, como os CAPSad, clínicas particulares, comunidades terapêuticas (CTs), GAMs, entre outros, sem analisar as redes de forma

ampliada⁸⁻¹¹. Surge então a necessidade de pesquisas que vão além dos serviços especializados e do setor saúde, incorporando a análise dessas redes de forma ampliada e considerando as recentes modificações nas políticas que envolvem a atenção aos usuários de drogas, como a RAPS³.

Adicionalmente, a rede de atenção aos usuários de drogas é compreendida não só por seus aspectos estruturais, envolvendo serviços, profissionais, e influenciada pelas interações por eles estabelecidas, em uma perspectiva relacional¹². Deve-se ter em mente que uma rede não é somente um conjunto ou inventário de serviços. Dessa forma, para uma compreensão mais contextualizada e abrangente das redes de atenção aos usuários de drogas, é necessário que se vá além da identificação dos serviços, procurando entender os processos e as relações que constituem entre si.

Duas dessas relações dizem respeito ao fluxo assistencial dos usuários entre os serviços da rede: a referência e a contrarreferência. Por relações de referência, compreende-se o encaminhamento do usuário para serviços que mais se adequem às suas necessidades e às características da pessoa, isto é, à complexidade de seu caso. A contrarreferência é o processo por meio do qual esse último serviço fica responsável por prestar o cuidado necessário e encaminhar a pessoa de volta para o serviço inicial, viabilizando o cuidado compartilhado. Por intermédio desse sistema de referenciamento e de contrarreferenciamento, espera-se promover a integralidade do cuidado, por meio da comunicação entre os serviços¹³.

Apesar da potencialidade inerente à articulação dos serviços em rede, estudos apontam que, muitas das vezes, esse processo é fragilizado, tanto pela falta de relacionamento entre serviços, pela descontinuidade dos tratamentos¹⁴, ou mesmo pela transferência de responsabilidades de um serviço para outro¹⁵. Descrever e compreender como essas relações se estabelecem dentro de um modelo de rede ampliada na área de drogas é um desafio importante, considerando novamente a lacuna na literatura sobre o tema apontada anteriormente.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo compreender melhor esse cenário por meio da análise do sistema de referência e de contrarreferência de uma rede de atenção aos usuários de drogas a partir da Análise de Redes Sociais (ARS).

MÉTODO

Aspectos gerais

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, do tipo censo, realizada entre maio de 2014 e fevereiro de 2015 com a rede de atenção aos usuários de drogas no município de Juiz de Fora, em Minas Gerais. A utilização do método de ARS ocorreu por ser uma forma de análise que focaliza os aspectos relacionais, identificando e mensurando as interações existentes em um todo e propiciando, portanto, a compreensão do papel das

partes dentro de um sistema – no presente caso, da rede de atenção aos usuários de drogas. Assim, é possível ir além do levantamento dos componentes da rede, identificando também as formas como se relacionam, quais são os dispositivos centrais, além do fluxo estabelecido^{16,17}.

A abordagem utilizada para a ARS foi a sociocêntrica, visando abarcar todos os serviços (caracterizados por *nós*) que fazem parte da rede e as suas ligações (laços) uns com os outros¹⁸. Assim, a estratégia de coleta dos dados foi delineada a partir de um *survey* por saturação (*saturation survey*), método comumente utilizado para redes sociocêntricas. A rede foi mapeada por completo, com a amostragem do tipo censo, da qual foram coletados dados relacionais dos serviços, visando analisar essas relações existentes¹⁹. Todas as relações foram do tipo unidirecional, isto é, o serviço A pode ter relação com o B, mas isso não significa que B tenha automaticamente relação com A.

A rede de atenção analisada no presente estudo foi composta por 187 serviços, que serão detalhados nos resultados. Eles poderiam ser de natureza governamental ou não governamental, do SUS, SUAS ou recursos da própria comunidade, identificados por meio de ferramentas da gestão municipal, bases de dados, contato com entidades de controle social e bola de neve.

Procedimentos

Os participantes da pesquisa foram profissionais dos serviços mapeados. Para a escolha desses profissionais, contataram-se todos os coordenadores/gestores dos serviços e perguntou-se quem eram os profissionais mais capacitados (com maior conhecimento) sobre a rede de atenção aos usuários de drogas.

Os dados foram coletados com questionário aplicado por pesquisadores previamente treinados, na forma de entrevistas estruturadas individuais e em grupos, de acordo com as possibilidades dos participantes. Os questionários foram construídos utilizando a linguagem padrão *XLSForms* na plataforma *Formhub*²⁰, que é um serviço gratuito da internet e de código aberto voltado para a construção, gestão e disponibilização de *surveys online*. As entrevistas foram feitas com o auxílio de tablets. O repositório com o questionário com as informações deste está disponibilizado online²¹.

Visando à adequação dos instrumentos, conteúdo, linguagem e forma de aplicação, foram realizados, por profissionais de serviços semelhantes ao da pesquisa, 15 pré-testes, nos quais foram modificados os cabeçalhos de algumas perguntas e as formas de perguntá-las.

Instrumentos

O instrumento utilizado foi o Questionário de Relacionamentos (QR). Como suporte para as respostas do QR, foi confeccionado e entregue para cada respondente um cardápio/menu com os nomes dos serviços mapeados da rede de atenção para

que pudessem consultar durante a entrevista, minimizando esquecimentos. Inicialmente, os participantes responderam à seguinte pergunta: “No último ano, com quais dispositivos (listados no menu) o seu serviço teve algum tipo de relação/atividade em conjunto referente à atenção aos usuários de drogas?”.

Posteriormente, eles foram perguntados – para responderem com “sim” ou “não” – se os serviços em que trabalhavam mantinham os seguintes tipos de relação com os dispositivos que mencionaram anteriormente: 1) Referência: usuários referenciados a/de outras instituições da rede; 2) Contrarreferência: usuários contrarreferenciados a/de outros serviços.

As respostas foram organizadas em matrizes de adjacência quadradas, em que “sim” (indicando presença de relação) correspondia a 1, e “não” (ausência de relação), a 0.

Análise dos dados

Após o preenchimento dos questionários, os dados foram exportados, em forma de matrizes de adjacência, do repositório no *Formhub* para o software estatístico *R* por meio do pacote “*formhub*”. Posteriormente, essas matrizes foram transpostas do *R* para o software *Gephi* v. 0.8.2²² para a análise dos dados e a construção dos sociogramas.

As medidas utilizadas pela ARS são diversas e aplicadas segundo o propósito do estudo e as características da rede que se pretende analisar. De acordo com o objetivo da pesquisa, foram selecionadas métricas de centralidade, que dizem respeito à posição e ao papel exercido pelos *nós* dentro da rede e também ao quanto essa posição influencia outros *nós* e, conseqüentemente, o fluxo da rede. Identifica, no caso deste estudo, os serviços mais proeminentes, com um grande número de relações dentro da rede, ou seja, dispositivos centrais.

As métricas foram calculadas separadamente para cada tipo de rede: 1) rede de referência (RR) 2) rede de contrarreferência (RC). Inicialmente, foi calculado o grau médio (GM), que indica a média de relações entre os serviços das redes.

Dentro da centralidade, foram extraídas médias das seguintes métricas pelos tipos de serviço: 1) centralidade de grau (CG), que é a soma de todas as ligações feitas por um determinado *nó*, indicando níveis de atividade ou popularidade; 2) centralidade de intermediação (CI) (com valor normalizado entre 0 e 1), que mede o quanto um *nó* medeia o fluxo da rede de acordo com sua posição, isto é, o quanto ele age como ponte para o caminho mais curto entre dois outros *nós*²³. Como as relações entre os serviços eram unidirecionais, para a CG foram calculados graus de entrada e de saída.

Também foram confeccionados dois sociogramas referentes às duas redes, nos quais os *nós* foram coloridos e tiveram seus tamanhos ajustados de acordo com suas CGs. Quanto maior o número de ligações feitas por um dispositivo, maior e mais vermelho ele se encontrará.

Tabela 2. Médias e medianas das métricas de centralidade de grau e de intermediação por tipo de serviço

| Serviços (N=187) | N | Relação | Centralidades | | | | | | | |
|--|-------|---------|---------------|----|-------|----|---------------|-----|-------|-------|
| | | | Grau | | | | Intermediação | | | |
| | | | Entrada | | Saída | | Geral | | M | P50 |
| M* | P50** | M | P50 | M | P50 | M | P50 | | | |
| Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) | 1 | RR | 94 | 94 | 93 | 93 | 187 | 187 | 0,365 | 0,365 |
| | | RC | 52 | 52 | 92 | 92 | 144 | 144 | 0,231 | 0,231 |
| Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) | 1 | RR | 31 | 31 | 18 | 18 | 49 | 49 | 0,025 | 0,025 |
| | | RC | 13 | 13 | 0 | 0 | 13 | 13 | 0,000 | 0,000 |
| Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) | 4 | RR | 15 | 15 | 28 | 20 | 43 | 35 | 0,011 | 0,007 |
| | | RC | 15 | 14 | 18 | 7 | 33 | 25 | 0,018 | 0,015 |
| Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) gerais | 3 | RR | 20 | 17 | 12 | 10 | 32 | 28 | 0,009 | 0,006 |
| | | RC | 16 | 16 | 12 | 9 | 28 | 22 | 0,013 | 0,015 |
| Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) | 9 | RR | 12 | 12 | 15 | 10 | 27 | 25 | 0,011 | 0,007 |
| | | RC | 12 | 10 | 10 | 6 | 23 | 20 | 0,006 | 0,002 |
| Ambulatórios de saúde mental/álcool e outras drogas | 2 | RR | 19 | 19 | 5 | 5 | 24 | 24 | 0,016 | 0,016 |
| | | RC | 11 | 11 | 25 | 25 | 36 | 36 | 0,019 | 0,019 |
| Hospitais com leitos, ambulatórios para álcool e outras drogas | 5 | RR | 16 | 8 | 21 | 12 | 37 | 23 | 0,038 | 0,016 |
| | | RC | 11 | 7 | 20 | 3 | 31 | 13 | 0,024 | 0,011 |
| Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) | 1 | RR | 13 | 13 | 8 | 8 | 21 | 21 | 0,001 | 0,001 |
| | | RC | 11 | 11 | 9 | 9 | 20 | 20 | 0,002 | 0,002 |
| Serviços de acolhimento institucional | 3 | RR | 9 | 10 | 10 | 7 | 19 | 17 | 0,002 | 0,000 |
| | | RC | 11 | 14 | 10 | 2 | 22 | 18 | 0,045 | 0,006 |
| Centros de convivência | 1 | RR | 13 | 13 | 0 | 0 | 13 | 13 | 0,000 | 0,000 |
| | | RC | 12 | 12 | 2 | 2 | 14 | 14 | 0,011 | 0,011 |
| Equipes de consultório na rua | 2 | RR | 4 | 5 | 10 | 5 | 14 | 11 | 0,005 | 0,002 |
| | | RC | 6 | 7 | 6 | 4 | 12 | 12 | 0,008 | 0,005 |
| Unidades Básicas de Saúde (UBS) urbanas | 48 | RR | 6 | 6 | 4 | 4 | 10 | 10 | 0,002 | 0,001 |
| | | RC | 5 | 5 | 2 | 1 | 7 | 6 | 0,001 | 0,000 |
| Entidades socioassistenciais | 10 | RR | 5 | 3 | 8 | 5 | 13 | 9 | 0,007 | 0,004 |
| | | RC | 4 | 2 | 8 | 3 | 11 | 6 | 0,015 | 0,002 |
| Residências terapêuticas | 12 | RR | 2 | 2 | 5 | 7 | 6 | 8 | 0,000 | 0,000 |
| | | RC | 1 | 1 | 5 | 6 | 6 | 7 | 0,000 | 0,000 |
| Clínicas e comunidades terapêuticas | 19 | RR | 3 | 3 | 5 | 2 | 9 | 7 | 0,003 | 0,000 |
| | | RC | 2 | 2 | 4 | 2 | 6 | 5 | 0,004 | 0,000 |
| UBS rural | 19 | RR | 3 | 3 | 2 | 1 | 5 | 4 | 0,000 | 0,000 |
| | | RC | 3 | 3 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0,000 | 0,000 |
| Grupos de ajuda mútua (GAMs)¹ | 47 | RR | 3 | 3 | 2 | 0 | 5 | 3 | 0,001 | 0,000 |
| | | RC | 2 | 2 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0,005 | 0,000 |

¹Fazem parte dos GAMs os Alcoólicos Anônimos (AAs), Narcóticos Anônimos (NAs), Grupos de Apoio aos Familiares de Usuários de Álcool (AL-ANON) e Drogas em geral (NAR-ANON), Grupos de Apoio Amor Exigente (também para familiares) e instituições de natureza religiosa, como a Pastoral da Sobriedade. *Média; **Mediana

de cuidados que considere também a contrarreferência dos serviços especializados e de níveis de complexidade mais altos a esses dispositivos de âmbito primário.

Conforme apontado pelos resultados, dispositivos da saúde mental, especialmente os CAPS e os ambulatórios, mostram-se importantes no fluxo de usuários de drogas na rede. Os índices de CG e CI dos dispositivos do SUAS, como CRAS e CREAS, indicam também sua importância na rede, conforme avaliações prévias na área⁵, abordando os determinantes sociais relacionados ao uso/abuso de drogas. Os maiores indicadores de CG e CI dos CREAS sobre os CRAS podem estar ligados ao fato de se

encontrarem em menor número, com maior concentração de demanda, além do possível foco nos casos de maior complexidade também no SUAS.

Os recursos comunitários, como os GAMs, tiveram as métricas de CG e CI mais baixas entre todos os tipos de serviços. Contudo, isso pode ser explicado pela sua própria filosofia de anonimato, que pode restringir as relações a poucos serviços, geralmente outros GAMs, ou pelo fato de serem dispositivos não governamentais⁶. Essa última explicação também pode ser pertinente para o entendimento dos resultados referentes

às entidades socioassistenciais e clínicas e às CTs, consideradas como serviços complementares.

Os resultados discutidos indicam perspectivas para o estudo e organização das redes de atenção aos usuários de drogas, visto que são arranjos recentes nas políticas^{1,2} e ainda abordados de maneira insuficiente pela academia⁷. Espera-se contribuir com questionamentos e indicações de possíveis caminhos que fortaleçam a organização dessas redes e da assistência prestada, entendendo-as como processos em construção, ao invés de produtos finalizados.

Nesse sentido, ressaltam-se as potencialidades do método, de visão abrangente e fundamentado na ARS, podendo impactar nas pesquisas epidemiológicas, comumente voltadas para atributos populacionais e/ou características dos serviços isolados, em direção a uma perspectiva relacional de rede¹². Adicionalmente, em concordância com Bittencourt e Neto²⁵, a ARS demonstra ser uma ferramenta analítica útil por abordar uma ampla gama de instituições/serviços e possibilitar a problematização dos modelos de organização.

Referente à utilização da ARS no setor da saúde, mais especificamente na perspectiva de análise das redes organizacionais, Costa et al.²⁶ detectaram uma utilização da ARS aquém de seu potencial. Luke e Harris²⁷, Chambers et al.²⁸ e Cunningham et al.²⁹ também apontam a necessidade de os estudos futuros com ARS irem além dos dados descritivos, buscando compreendê-los de forma aprofundada, assim como avaliar e implementar intervenções baseadas em ARS. Nesse sentido, abordagens multimetodológicas indicam perspectivas futuras, possibilitando análises contextualizadas e modificações nas práticas²⁹.

Possíveis vieses de resposta caracterizam-se como limitações do estudo. Além disso, cabe somente ressaltar que, apesar de o enfoque do trabalho ser no sistema de referência e de contrarreferência, sabe-se que a rede de atenção e o trabalho em rede não se reduzem a isso. Conforme apontam Costa et al.¹⁵,

encaminhar não significa necessariamente trabalho em rede. Isso quer dizer que, apesar da relevância de se entender o fluxo entre os serviços, a rede e a integralidade na assistência aos usuários de drogas são perpassadas por outros aspectos, como o cuidado compartilhado, o apoio matricial, o modelo de atenção, dentre outros. Mesmo com esse foco, a presente pesquisa demonstra o quanto a ARS pode ser um instrumento de auxílio na avaliação de serviços e, conseqüentemente, no planejamento de ações, estratégias e políticas.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo sistematiza um esforço inicial de utilização da ARS na compreensão das redes de atenção aos usuários de drogas, especificamente no sistema de referência e de contrarreferência. Assim, estudos de replicação são importantes para a comparação dos resultados e para o entendimento de outros contextos assistenciais. Isso não quer dizer que devam ficar restritos aos mesmos objetivos e objetos de estudo, podendo ampliar o método aqui utilizado e incorporar outras perspectivas e fatores desconsiderados por este estudo.

Os resultados indicaram uma maior prevalência de referenciamento em detrimento da contrarreferência, com uma centralização nos serviços especializados, de média e alta complexidade, e nos de urgência/emergência. Problematiza-se o fluxo assistencial dos serviços primários, especialmente das UBS na saúde, com a necessidade de considerá-las na provisão de um cuidado contínuo e de base territorial.

Espera-se ter demonstrado as contribuições da ARS enquanto instrumento de análise e de compreensão de redes organizacionais na saúde e também para outros setores. Adicionalmente, almeja-se potencializar a realização de novas pesquisas que visem compreender diferentes realidades assistenciais aos usuários de drogas no Brasil.

■ REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Política nacional sobre drogas. Brasília: Conselho Nacional Antidrogas; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 30 de dezembro de 2011.
4. Rush B. Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: origins and key principles. *Nord Alkohol- Narkotikatidskrift*. 2010;27:617-36.
5. Brasil. Tribunal de Contas da União. Sistema nacional de políticas públicas sobre drogas. Brasília: TCU; 2012.
6. Lima HP, Braga VAB. Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. *Texto Contexto – Enferm*. 2012;21(4):887-95.
7. Costa PHA, Mota DCB, Paiva FS, Ronzani TM. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Cien Saude Colet*. 2015;20(2):395-406. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.20682013>. PMID:25715133.
8. Spohr B, Leitão C, Schneider DR. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. *Rev Cienc Humanas*. 2006;39:219-36.

9. Siqueira MM, Barbosa DA, Laranjeira R, Hopkins K. Psychoactive substances and the provision of specialized care: the case of Espírito Santo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(4):315-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000043>. PMID:17713702.
10. Morais 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.
11. Brasil. Secretaria Nacional Antidrogas. 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.
12. Frenk J. Dimensions of health system reform. *Health Policy.* 1994;27(1):19-34. [http://dx.doi.org/10.1016/0168-8510\(94\)90155-4](http://dx.doi.org/10.1016/0168-8510(94)90155-4). PMID:10133134.
13. Fratini JRG, Saupé R, Massaroli A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc Cuid Saude.* 2008;7(1):65-72.
14. Zambenedetti G, Perrone CMO. Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis.* 2008;18(2):277-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000200005>.
15. Costa PHA, Laport TJ, Mota DCB, Ronzani TM. A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. *Saúde em Debate.* 2013;31(N. esp.):110-21.
16. Gomide M, Grossetti M. Rede social e desempenho de programas de saúde: uma proposta investigativa. *Physis.* 2010;20(3):873-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300010>.
17. Blanchet K, James P. How to do (or not to do) a social network analysis in health systems research. *Health Policy Plan.* 2012;27(5):438-46. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czr055>. PMID:21840934.
18. Smith KP, Christakis NA. Social networks and health. *Annu Rev Sociol.* 2008;34(1):405-29. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134601>.
19. Hawe P, Webster C, Shiell A. A glossary of terms for navigating the field of social network analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2004;58(12):971-5. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.014530>. PMID:15547054.
20. Formhub. Formhub. Mobile data collection made easy [Internet] [citado em 15 jun 2015]. Disponível em: <http://formhub.org/>.
21. Formhub [Internet]. [citado em 15 jun 2015]. Disponível em: <http://formhub.org/leomartinsjf/RDJF>.
22. Bastian M, Heymann S, Jacomy M. Gephi: an open source software for exploring and manipulating networks. In: *Proceedings of the 3rd International AAAI Conference on Weblogs and Social Media; 2009 may 17-20; San Jose, California. Palo Alto: AAAI; 2009.*
23. Freeman LC. Centrality in social networks - conceptual clarification. *Soc Networks.* 1979;1(3):215-39. [http://dx.doi.org/10.1016/0378-8733\(78\)90021-7](http://dx.doi.org/10.1016/0378-8733(78)90021-7).
24. 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. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61674-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61674-7). PMID:22225672.
25. Bittencourt ONS, Kliemann Neto FJ. Rede social no sistema de saúde: um estudo das relações interorganizacionais em unidades de serviços de HIV/AIDS. *RAC.* 2009;13(6):87-104.
26. Costa PHA, Ronzani TM, Colugnati FAB. Análise de redes sociais: Uma estratégia avaliativa para a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. In: Ronzani TM, Sartes LM, Perucchi JP, editores. *Psicologia e saúde pública. Contribuições e desafios.* Juiz de Fora: Editora UFJF; 2015. p. 227-46.
27. Luke DA, Harris JK. Network analysis in public health: history, methods and applications. *Annu Rev Public Health.* 2007;28(1):69-93. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144132>. PMID:1722078.
28. Chambers D, Wilson P, Thompson C, Harden M. Social network analysis in healthcare settings: a systematic scoping review. *PLoS One.* 2012;7(8):e41911. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041911>. PMID:22870261.
29. Cunningham FC, Ranmuthugala G, Plumb J, Georgiou A, Westbrook JL, Braithwaite J. Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(3):239-49. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000187>. PMID:22129933.

Recebido em: Jun. 22, 2015

Aprovado em: Jul. 30, 2015