

POLÍTICA DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS: AVANÇOS E DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Human Rights And Drugs Policy: Advances And Challenges For The Consolidation Of Brazilian Psychiatric Reform

Liana de Menezes Bolzan¹

Luíza Rutkoski Hoff²

Artigo encaminhado: 15/04/2017

Aceito para publicação: 13/12/2017

RESUMO: O presente artigo apresenta a discussão acerca dos avanços e limites da atenção a saúde para as pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas, refletindo sobre a forma como se reeditam práticas conservadoras no processo de cuidado em saúde, que tem se agravado diante da ampliação da rede via instituições filantrópicas. Como também aborda a análise com relação ao acesso e acessibilidade das mulheres nos diferentes serviços especializados para atenção à saúde referente ao uso de álcool e outras drogas, demonstram que há uma baixa incidência de mulheres que realizam tratamento e aponta-se que o consumo de drogas realizado por mulheres é atravessado pelo estereótipo de gênero, que as colocam num lugar de descumprimento de normas sociais historicamente impostas.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Direitos Humanos. Política de Álcool e outras drogas.

ABSTRACT: This article presents the discussion about the advances and limits of health care for people who use alcohol and other drugs, reflecting on the way in which conservative practices are reissued in the health care process, which has been aggravated by the through philanthropic institutions. As well as analyzing the access and accessibility of women in the different specialized services for health care related to the use of alcohol and other drugs, they show that there is a low incidence of women who undergo treatment and it is pointed out that the consumption of drugs carried out by women is crossed by the gender stereotype, which places them in a place of non-compliance with historically imposed social norms.

Keywords: Psychiatric Reform. Human rights. Alcohol and Other Drug Policy.

1 INTRODUÇÃO

A história do Movimento Antimanicomial está diretamente relacionada à busca pela garantia dos direitos humanos, dentre eles, o direito à saúde e o direito ao cuidado em liberdade. Comprova-se na história, que os manicômios foram locais de

¹ Assistente Social. Especialista em Saúde Mental Coletiva – UFRGS. Mestre em Serviço Social (PUCRS). Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Serviço Social PUCRS. Pesquisadora CAPES no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho Saúde e Intersetorialidade/NETSI.

² Assistente Social. Especialista em Saúde Mental Coletiva - Escola de Saúde Pública de Porto Alegre/RS. Mestra em Serviço Social (PUCRS). Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Serviço Social PUCRS. Pesquisadora CNPQ no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho Saúde e Intersetorialidade/NETSI.

segregação de pessoas com transtorno mental, época em que a liberdade só poderia ser acessada pelos considerados “iguais”, por aqueles julgados com capacidade para exercer direitos e deveres. Principalmente a partir da década de 1960, começaram a surgir movimentos, em países como a Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália, de questionamento à forma como a Psiquiatria até então fora exercida.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica surge de forma concreta a partir do processo de redemocratização em fins da década de 1970. Esta Reforma tem como fundamentos, além de uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, uma crítica estrutural ao saber e às Instituições Psiquiátricas Clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995).

O ano de 1978 se constitui como um marco inicial do movimento social de luta pelos direitos das pessoas com transtorno mental no país, denominado de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este Movimento passa a protagonizar denúncias referentes às violações ocorridas nos manicômios, aos processos de mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica brasileira determinou o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, para serem substituídos por leitos em hospitais gerais e deu início a construção de uma rede de serviços especializados e ambulatoriais, com isso, são criados novos dispositivos de atenção em saúde mental, como: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No que tange a atenção à saúde para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas na saúde pública brasileira, percebe-se que se produziu historicamente uma lacuna na política de saúde, em que foram ocupadas por instituições – na maioria filantrópicas – da justiça, segurança pública, benemerência e associações religiosas. Essa ausência do Estado, propiciou a disseminação de “alternativas de atenção” com caráter total, fechado, baseadas numa intervenção predominantemente psiquiátrica ou médica e de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência (BRASIL, 2005). Dessa forma, o uso de álcool e outras drogas foi historicamente compreendido numa perspectiva de

criminalidade, com intervenções baseadas na exclusão dos usuários do convívio social.

No Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, se aponta para a necessidade da construção de uma política de saúde mental para o uso de álcool e outras drogas, baseada no respeito aos direitos humanos, diretrizes e princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, como também a necessidade de criação de uma rede de serviços de atenção substitutivos que visem a evitar a internação em hospitais psiquiátricos.

Nessa perspectiva, são criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas modalidades, para o atendimento decorrente ao uso de álcool e outras drogas, essa portaria estabelece o CAPSAD como modalidade assistencial. Esse serviço especializado da rede álcool e drogas é uma importante ferramenta de intervenção na atenção à saúde pois atua numa perspectiva de cuidado no território e em articulação com os demais serviços da rede.

No ano de 2004, foi criada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Através dessa política, o Ministério da Saúde reconhece o atraso histórico dessa responsabilidade pelo SUS e o seu impacto econômico e social, salientando que o consumo de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, abordando a estratégia de redução de danos com o desenvolvimento de ações de prevenção e atenção aos usuários de álcool e outras drogas que privilegie as suas singularidades, o acolhimento, o vínculo, o respeito aos desejos e diferentes escolhas dos indivíduos.

A partir disso, são publicadas diversas portarias para suprir as demandas com relação à atenção em saúde para o uso de álcool e outras drogas como a portaria que instituiu 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 SUS. Esta rede é composta pela Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Mesmo com os diversos avanços nas políticas públicas sobre álcool e outras drogas propostas pelo Ministério da Saúde, este enfrenta vários obstáculos para consolidar um modelo de atenção integral para esses usuários, pois a lógica

repressiva e segregadora ainda se encontra bastante presente através de ações higienistas e moralistas.

Perante a esse cenário, não podemos desconsiderar que a tentativa de retomada da perspectiva conservadora nas estratégias de intervenção e cuidado da política de saúde se dá no cenário capitalista de exploração, dominação e reprodução das desigualdades. Isto reflete na fragmentação, no focalismo, na descontinuidade e especialmente no financiamento das políticas sociais, em que se amplia o lócus de intervenção do setor privado na máquina pública.

Tófoli (2015) aponta que tem ocorrido um crescimento das forças políticas conservadoras no país, em que muitos possuem relações com grupos religiosos e estão intimamente associadas aos modelos de tratamento centrados na abstinência, dificultando a compreensão das potencialidades de outras abordagens, como o da redução de danos, apesar desta estar determinada oficialmente como a política oficial do Estado brasileiro.

Esse modelo de intervenção, que vai na contramão da Reforma Psiquiátrica, se faz presente nas Comunidades Terapêuticas, que em sua maioria possuem viés religioso, utilizando suas doutrinas como forma de tratamento, tudo isso financiado com dinheiro público, o que é bastante incoerente dentro de um Estado que constitucionalmente se declara como laico.

Deste modo, é preciso superar a dicotomia delito versus doença com relação às drogas na atualidade, em que muitas intervenções ficam restritas entre a prisão ou internação dos indivíduos que fazem uso de drogas. Diante de um contexto marcado pelo jogo de interesses políticos, “as respostas ditas oficiais nas políticas de drogas configuram um campo em plena disputa”, ainda que diversos avanços foram consolidados, estes ainda não possuem “força suficiente para vencer a matriz de pensamento conservador que se afina à ética da “guerra às drogas”, em que torna as discussões “sobre o que é política oficial e o que é o campo da execução pragmática destas políticas um terreno eivado de contradições” (TÓFOLI, 2015, p. 4).

Assim, tal escrita se organiza em três subtítulos onde são apresentados resultados das pesquisas de mestrado das autoras, que possuem como temáticas a interface entre as instituições privadas sem fins lucrativos e a Política de Saúde Mental álcool e outras drogas e o acesso e acessibilidade das mulheres nos serviços especializados a partir da discussão sobre a transversalidade de gênero.

2 METODOLOGIA

Os estudos apresentados nesta escrita caracterizam-se como pesquisas qualitativas, utilizando-se como referencial epistemológico o método dialético crítico, que possibilita interpretar a realidade, e ao mesmo tempo, a partir desta interpretação, busca a sua transformação.

A pesquisa “O hibridismo público e privado e as inflexões na Política de Saúde Mental” possui como objetivo geral “investigar a interface entre as instituições privadas sem fins lucrativos e a Política de Saúde Mental álcool e outras drogas em Porto Alegre, destacando as influências mútuas e a consonância com os princípios do SUS, a fim de contribuir na consolidação e efetivação desses princípios”. Participaram desta pesquisa instituições filantrópicas que atendem na Rede de Saúde Mental álcool e outras drogas no município de Porto Alegre, que possuem convênio com a Secretaria de Saúde Municipal. Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados: Grupo Focal e Entrevista Semi-estruturada.

A pesquisa denominada “Onde estão as mulheres? a homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas”, tendo como objetivo geral analisar como as políticas de saúde e de saúde mental abordam as transversalidades de gênero referentes às mulheres usuárias de substâncias psicoativas, a fim de contribuir com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos de atendimento para este segmento. O campo de coleta de dados foi a rede de saúde do Município de Porto Alegre representada pelos três níveis de atenção, constituída por serviços da atenção básica, atenção especializada em saúde mental e atenção em alta complexidade que prestam atendimento para mulheres que fazem uso de drogas. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: o grupo focal com trabalhadores; a entrevista semiestruturada com as usuárias dos serviços pesquisados. Além disso, realizou-se a pesquisa documental, buscando a categoria gênero nos textos dos documentos oficiais como políticas públicas, legislações, plano municipal e estadual de saúde.

3 INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS NO SUS “NOSSO LEMA É OTD: ORAÇÃO, TRABALHO E DISCIPLINA”¹

Ressalta-se, neste subtítulo, a importância de analisar essas “novas” parcerias estabelecidas pelo Estado e do quanto isso repercute no processo de garantia de direitos, no uso do recurso público de maneira adequada, de acesso a essas políticas de maneira universal e conforme os princípios estabelecidos nos textos legais. Analisar a inserção das instituições filantrópicas na Política de Saúde é um movimento delicado, pois entende-se que se caracteriza em terreno fértil para a disseminação de ideologias, que tem repercussões no modelo de Estado.

No entanto, a forma como tais instituições vêm funcionando ao longo de décadas, é perceptível, principalmente quando se trata da relação proteção social com pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, que é inconteste a presença de fundamentos conservadores na forma como se oferta e se criam novos dispositivos de atenção - serviços. Ou seja, de posicionamentos e práticas que perpassam a punição, a individualização e a responsabilização do usuário (como único agente responsável pela condição em que se encontra) e sua família.

Além disso, os traços conservadores se renovam e se engessam no momento em que a rede de atenção passa a ser composta por instituições filantrópicas. Se antigamente tais instituições atendiam somente a pessoas que se enquadrassem nas regras destas instituições, avalia-se que hoje tal discurso se renova, no momento em que no atendimento aos usuários se estabelecem relações que preveem o “ajustamento” destes à sociedade. Movimento este contraditório, pois o cenário aponta para instituições que recebem recurso público e que se movimentam na contramão dos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Avalia-se que, em se tratando da rede álcool e drogas a presença de tais instituições é ainda mais significativa.

Em pesquisa nos sites das instituições que fizeram parte da coleta de dados no projeto de pesquisa – uma Comunidade Terapêutica e um Hospital geral com leitos de saúde mental, ambos filantrópicos -, identificaram-se palavras e termos que são repletos de significados quanto ao atendimento e às práticas conservadoras desenvolvidas em cada instituição. As pesquisas nos sites dialogam diretamente

¹ Este item apresenta alguns resultados da pesquisa intitulada: “O hibridismo público e privado e as inflexões na Política de Saúde Mental” São fragmentos da transcrição da coleta de dados da dissertação da autora Luíza Rutkoski Hoff.

com a coleta realizada em cada instituição.

Ressaltam-se alguns termos que foram retirados dos sites, porém, de maneira fragmentada para não identificar as instituições participantes da pesquisa. Como por exemplo: “visão colaborativa”, “visão corporativa”, “gestão compartilhada”, “solidariedade”, “co-responsabilização dos cidadãos”, “valores éticos, morais, intelectuais e espirituais”, “honestidade”, “amor responsável”.

Partindo dos referidos termos, identifica-se, ainda que de maneira superficial, a forma como as práticas estabelecidas em cada instituição tendem um viés conservador, no sentido da moralização e da responsabilização dos sujeitos. Situação que se torna ainda mais grave quando se trata de sujeitos em vulnerabilidades. Tais características são apresentadas para a sociedade enquanto alternativa para mudança de valores destas pessoas que não estão, pode-se dizer, em “sintonia com a sociedade”. Uma ação que soluciona o problema, que transforma o sujeito. Ou seja, de usuário problema, passa a ser sujeito inserido na sociedade, alinhado a ela e funcionando de acordo com suas regras. Nota-se que, tais termos, utilizados por estas instituições, apresentam soluções e formas de cuidado, muitas vezes encobrindo o processo de negação de direitos e de distanciamento dos princípios e diretrizes do SUS.

Os participantes das instituições contempladas na pesquisa, quando no grupo focal foram questionados sobre a missão da instituição tiveram dificuldades em responder em um primeiro momento. Posteriormente, surgiram respostas que incidiram na reinserção social. Porém, as duas instituições se alinham quando avaliam que o caminho para se conseguir alcançar esse objetivo – reinserção social -, é repleto de elementos que perpassam tanto a ausência de dispositivos na rede, aspectos da própria organização da instituição, e o financiamento.

Conforme segue, fragmento da fala de profissional da primeira instituição, que avalia que a missão é a reinserção social, embora muitas vezes não seja possível concretizá-la. E a missão do Hospital parece estar muito mais próxima a: “aceitar qualquer paciente”,

A missão pelo o que a gente vê, pelo nosso entendimento é isso: trabalhar com a reinserção. Acho que uma das missões que Hospital x tem é de aceitar qualquer paciente. Seja ele com familiar, sem familiar, então de dá um atendimento, de prestar esse primeiro atendimento a qualquer paciente. Aí acontece aquelas coisas, igual a colega disse, que talvez algumas coisas não se consigam, mas a

visão é essa: de reinserir ele novamente na sociedade. De aceitar qualquer um, qualquer paciente que precise de atendimento e tratar a doença. A missão deles é essa (1/T. 1).

A segunda instituição pesquisada, também apresenta a reinserção social como objetivo, no entanto, a forma como se desenvolve as atividades explicitam uma maior intervenção e/ou enquadramento do usuário a certo modelo de tratamento, conforme mencionado no início do artigo, fica evidente a forma de atendimento que se pauta em fundamentos conservadores, quando, a proposta é “moldar” esse usuário. Na fala, é apresentada a “mudança de valores” como uma das ações, conforme segue:

Nossa missão vai desde o início até o final, com todo o programa montado de mudança de comportamento, da mudança de valores, respeitando a pessoa nas suas crenças, tratando a pessoa de forma igual respeitando a integralidade, seus valores, religiosos (2/T. 5).

Sobre esse fragmento em que aparece a “mudança de valores” e “mudança de costumes”, interessante dialogar com Simões (2012) que vai lançar luz sobre a discussão da moral. Para Simões, a norma moral emerge como um sistema essencial aos indivíduos, em sua subjetividade, tanto mais vital quanto maior sua privatização e sua pacificação, porque possibilita-lhes determinado equilíbrio com o conjunto. Ou seja, para setores da sociedade, na realidade dos usuários em uso prejudicial de álcool e drogas, a intervenção deve acontecer no sentido de retomada do equilíbrio, e resolução da “situação problema”.

Nas instituições, sujeitos da pesquisa, o trabalho com a reinserção social aparece como uma finalidade e a missão da instituição, aparece como além da reinserção social, o fato de receber qualquer paciente que necessita de atendimento, em qualquer circunstância. Disso deriva o apelido que teria sido dado à instituição: “Hospital dos excluídos”, que carrega a marca de uma instituição que se aproxima da caridade e que, pode-se inferir, guarda marcas das antigas “Santas Casas” e “misericórdias”.

Por outro lado, o fato de receber qualquer paciente, que esteja em qualquer situação faz com que os leitos permaneçam sempre lotados, o que é apontado tanto como um impeditivo para um melhor acompanhamento a estes pacientes, como

enquanto possibilidade de maior repasse financeiro do poder público. Conforme fala de outro profissional:

E isso é uma coisa que não nos desmotiva, mas de alguma forma tem que parar discutir, ver o que pode ser feito... retomar, porque esses são os problemas que vão acontecendo diariamente e que daí a gente diz que por ser um **Hospital que aceita todo tipo de paciente** e eu acho que tem que aceitar mesmo, porque se não eles não teriam como se tratar, mas essas dificuldades são bem maiores (1/T. 2)

A desvinculação da garantia de direitos ao atendimento em saúde e de uma inserção precária do Poder Público no acompanhamento e fiscalização destes serviços, fica em evidência em uma das falas dos trabalhadores. Quando questionados quanto a existência de autonomia da equipe, com a seguinte pergunta do roteiro do Grupo Focal: “Como vocês avaliam sua autonomia profissional/autonomia da equipe?”. A autonomia surge nas respostas, vinculada à possibilidade de atuação profissional devido à ausência de recursos financeiros.

Por outro lado, a questão das doações e do voluntariado, aparece de forma latente nos dois grupos focais. Sabe-se que ações de voluntariado/doação não garantem direitos, também não tem garantia de continuidade. Conforme Fagundes (2006) considera-se que o voluntariado, na perspectiva da solidariedade, pode caracterizar o retorno à refilantropização que se constrói não a partir de referências políticas, mas baseada na moral de ajuda ao outro, reforçando que não se produzem direitos possíveis de serem reclamados judicialmente. Nota-se que, este tratamento “faz-se acompanhar pela destituição de direitos sociais, pela erosão das políticas de proteção social, preconizadas na Constituição de 1988” (FAGUNDES, 2006, p. 12).

Dialogando com os processos de destituição de direitos, acima mencionado, nos fragmentos de fala que segue, fica em evidência o quanto este processo pode estar descolado da garantia de direito. Como por exemplo: “*Uma vai atrás da doação de uma coisa, outra vai atrás de uma doação de outra, pede para um voluntário vir tocar, enfim, a gente tem que fazer um monte de coisa, porque realmente não se tem o recurso*”.

A questão do voluntariado aparece de maneira muito presente em uma das instituições, onde dois trabalhadores são monitores do serviço e fizeram o seu tratamento de saúde na instituição. Um fragmento de fala bem marcante neste

Grupo Focal é: “*eu continuo a minha vida fora e a minha vida dentro (dentro da instituição), só tenho a crescer*”.

Eu já estou há quatro anos fora da Instituição X, fora assim, da recuperação, quatro anos que eu fiz fazenda, e hoje eu me encontro como voluntário da casa e monitor e é só crescimento. O que eu aprendi eu passo para o pessoal sábado, fim de semana, e continuo a minha vida fora e a minha vida dentro, só tenho a crescer mesmo (2/ T. 3).

Ressalta-se que os usuários, em certa medida, também são cooptados para garantir a existência destas instituições, e esse movimento ocorre de diversas maneiras. Através da propagação desta maneira de cuidado para a sociedade, mas também, pagando para a instituição pelo atendimento que lhe foi prestado, o que é muito grave. Ou seja, os dados direcionam para o trabalho voluntário que acontece na continuidade do tratamento do próprio usuário e que expressa uma forma de “devolver a instituição o cuidado recebido”. É uma forma de “gratidão e pagamento” e, portanto, de não reconhecimento do acesso a um direito.

A partir das falas, nota-se que as equipes avaliam a questão da doação de maneira muito positiva. Um dos trabalhadores faz uma comparação entre “máquina pública” e “terceiro setor” e avalia que a doação das pessoas, trabalhadores do terceiro setor é que faz a diferença, conforme segue em fragmento da fala:

Porque eu acho que, voltando para a questão do terceiro setor, o que diferencia assim, não é nem uma crítica, da máquina pública, vamos dizer assim. Porque a gente sabe que a máquina pública ela vive um mundo à parte. Ela é diferenciada! **Eu acho que é isso, essa doação das pessoas**, aquilo que o fulano falou. A pessoa que está atrás do computador, ela pode ir um pouco além daquilo que ela é contratada para fazer, mas ela só vai poder ir além se ela quiser. Se ela estiver disposta. Se eu for orientado a sentar no computador e dizer para a pessoa, oh tem ficha e não tem mais ficha. (2/ T. 7).

Os trabalhadores avaliam a questão da “doação das pessoas” como um diferencial para as instituições do terceiro setor comparado à “máquina pública”. Doação esta que ocorre de diversas maneiras, e que, no fim, tem se constituído como voluntariado desvinculado do caráter do trabalho, em que está previsto: salário, carteira assinada, enfim, com direitos garantidos. Ainda, a doação corrobora com a ideia de que o atendimento em saúde, nesta instituição, não é um direito

garantido para todos, com qualidade e prestado pelo ente público. Ou seja, esse “mix”: recurso público e “doação das pessoas”, se irmana com a proposta das instituições privadas sem fins lucrativos de manter sua vocação na sociedade quanto com a proposta da Reforma Sanitária que alguns autores chamam de flexibilizada. Ou seja, se há (im) possibilidade de ampliar a rede pública, então, se amplia a rede de maneira flexível/possível com as privadas sem fins lucrativos, e todo seu conjunto de “flexibilizações” que se dá tanto no âmbito da ausência de direitos do trabalhador, quanto do afastamento da saúde como dever do Estado e direito da sociedade.

Além disso se evidencia nestas instituições uma marca conservadora, que influencia o modo como se operacionaliza o cuidado. Ao mencionar que a direção da instituição é composta por voluntários, que foram caracterizados como “pessoas de mais idade” no Grupo Focal, ou seja, que provavelmente ainda ocupam uma função na direção desde antes da realização do convênio.

O que em outros fragmentos é claramente expresso como conservadorismo que pauta toda a lógica da instituição bem como a autonomia da instituição perante o poder público. Que se concretiza na importância da *disciplina, da oração e do trabalho* (título deste subtítulo) na realização do tratamento, e que suplanta outras formas de abordagem.

É o “OTD” oração, trabalho e disciplina. Duas pernas é Saci Pererê, não existe, só trabalho e disciplina não é, no português bem certo é ... só o trabalho e a disciplina não é, tem que ter as três: oração, trabalho e disciplina! (2/T. 4)

Entender nos dias de hoje, a manutenção com recurso público de um serviço que tem como lema “*oração, trabalho e disciplina*” é um desafio para quem acredita no sistema único de saúde público, estatal e de qualidade. Por onde perpassa ou como se constitui essa areia movediça que permite a entrada, manutenção e a multiplicação de instituições que carregam esse lema como “abre alas” do processo de cuidado no SUS, em um Estado laico, ou que se diz laico. Tal instituição consegue respeitar a religião de cada usuário? Por que a oração é constituinte do processo de cuidado? Ou ainda, seria a oração a maneira de garantir a propagação ou proliferação de formas de cuidado como esta?

Ainda que não bastasse a oração se constituir enquanto “carro chefe” do processo de cuidado, suas outras “duas pernas” o “trabalho e a disciplina” vêm

concretar a co-responsabilização do usuário, que na sequência do tratamento, obtém a “alta” por via do trabalho voluntário, seguindo sua *“vida fora e vida dentro da instituição, só tenho a crescer”* (2/T.5). E desta forma permanentemente ligado a instituição e retribuindo a assistência recebida.

A marca da Igreja na realidade da rede de serviços álcool e drogas tem sido muito presente, recuperando e renovando as marcas conservadoras do sistema protetivo à margem dos direitos sociais. Ou seja, renova medidas e ações protetivas que se estabeleceram anteriormente à Constituição Federal de 1988, porém com o agravo de atualmente serem legalmente constituídas e independentes, e ainda responderem à demanda da população enquanto Estado, poder público. Essa hibridez “público/privado” “Igreja/Estado” suplanta novos contornos no campo da garantia de direitos, e na forma como o Estado vem se relacionando e assumindo o papel da proteção social.

Enfim, as questões que estão postas diante da realidade das instituições privadas sem fins lucrativos, do seu perfil, e a relação híbrida que se estabelece com *“a máquina pública”* que *“vive um mundo à parte”* se caracteriza como areia movediça, onde se faz necessário um esforço rigoroso para construir análises consistentes frente a tantas e tantas interrogações. O que fica são interrogações sobre as relações que têm sido estabelecidas, e do quanto, no momento em que tais instituições adentram ao aparelho público e estatal, existe aí um terreno fértil para propagação de práticas e propostas fundadas no pensamento conservador contemporâneo, que tem na Igreja – aparentemente – um dos principais atores.

Diante desse cenário, torna-se necessário conhecer e problematizar como se operam a gestão do cuidado nos serviços para a atenção ao uso de álcool e outras drogas e de que modo as contradições que perpassam pela Polícia de Saúde e da Reforma Psiquiátrica interferem no acesso e acessibilidade das usuárias destes serviços. A partir da compreensão que o fenômeno do uso de drogas realizado por mulheres se constitui de forma complexa, com diversas implicações sociais que requerem uma atenção integral da política de saúde. Para tanto, é preciso compreender como são materializadas as premissas e ações estabelecidas nessas políticas para a atenção das mulheres que fazem uso de drogas, através da concepção dos(as) trabalhadores(as) que atuam na rede de serviços de atenção em saúde mental, que será explicitado a seguir.

4 O ACESSO E ACESSIBILIDADE DAS MULHERES NA ATENÇÃO À SAÚDE PARA O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS²

As condições de acesso e acessibilidade são importantes meios de garantir o processo de cuidado integral em saúde, pois na medida em que ambos não forem realizados, poderão haver obstáculos para a efetivação do cuidado em saúde. A conceituação dos termos acesso e acessibilidade são complexas, já que há variações sobre sua compreensão, alguns autores os abordam como sinônimos, outros os referem com significados distintos. O conceito ao qual se vincula essa escrita emerge da apreensão de ambos os termos como antagônicos, mas complementares entre si para a garantia da atenção à saúde da população.

Dessa forma, entende-se que o acesso consiste na “disponibilidade dos serviços de saúde do ponto de vista da oferta”, já a acessibilidade versa sobre a “possibilidade concreta de aceder aos serviços ou recursos ofertados” (TRAD et al, 2002, p. 1008). Logo, a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos usuários atendidos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Diante disso, a realidade encontrada na coleta de dados nos diferentes serviços especializados para o tratamento referente ao uso de álcool e outras drogas, demonstram que há uma baixa incidência de mulheres que realizam tratamento e que a maioria dos usuários atendidos são do sexo masculino. Apesar de pesquisas apontarem que o consumo de drogas entre as mulheres vem crescendo, há um descompasso no acesso ao tratamento, que ainda é bastante inferior em relação aos homens.

No entanto, para compreender essa realidade é preciso conhecer e problematizar a gestão do cuidado e a estrutura organizacional dos diferentes serviços de atenção à saúde a essas usuárias a fim de reconhecer as estratégias de intervenção para este segmento. Essa dimensão organizacional dos serviços de saúde também corresponde à gestão do cuidado no desenvolvimento de ações do trabalho em saúde, de forma a atender às necessidades de saúde dos indivíduos,

² Apresentam-se neste item alguns resultados obtidos na pesquisa “Onde estão as mulheres? a homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas”.

suas singularidades e especificidades culturais, políticas e sociais, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS.

A incipiente presença de mulheres nos serviços de saúde pesquisados, foi bastante expressiva na fala dos (as) trabalhadores (as), o que se evidencia na fala a seguir:

Eu acho que, na verdade, o atendimento para as mulheres, não difere tanto assim do atendimento para os homens. A gente sabe que não vem, mas ao mesmo tempo a gente também, vai cuidando de quem tá aqui, e muitas vezes acho que a gente tem que ter esse olhar para fora do serviço, para saber porque elas não chegam tanto. Então não vejo uma diferença, assim, no atendimento das mulheres. Talvez não seja um problema de acesso, porque o CAPS é portas abertas (T. 1).

A partir desse relato é possível perceber que o atendimento oferecido às mulheres ocorre da mesma maneira para os homens, sem que haja uma atenção específica para as particularidades femininas. Apesar de o serviço referir ter as portas abertas para o atendimento, esse muitas vezes, se torna espectador da demanda feminina. Ao mesmo tempo, os (as) trabalhadores (as) acreditam que esta questão não ocorra por falta de acesso.

Com isso, é imprescindível refletir sobre a concepção de acesso e acessibilidade das mulheres nos serviços de saúde, pois garantir o acesso ao serviço não significa dizer que o mesmo possa oferecer acessibilidade para as usuárias em atendimento. Já que a acessibilidade vai além da entrada no serviço de saúde, corresponde a um importante meio de concretizar o processo de cuidado. Este termo também contempla as “dimensões socioeconômicas, geográficas, culturais e políticas do contexto social e assistencial que podem expressar-se como barreiras no atendimento das necessidades dos usuários (efetivos e/ou potenciais) do sistema de saúde” (TRAD et al, 2012, p. 1008).

Portanto, a acessibilidade nos serviços de saúde perpassa pela garantia de respeito às necessidades e particularidades dos usuários atendidos, que também se expressa no princípio da equidade através da percepção e reconhecimento das condições de vida e de saúde dos indivíduos, considerando suas especificidades e diversidades. Isso requer a superação de uma abordagem homogeneizante das usuárias atendidas, mas que ainda se faz muito presente nos serviços de saúde.

Dessa forma, o desenvolvimento da equidade na atenção à saúde das mulheres fica comprometido, pois a equidade é um dos princípios fundamentais que constituem o SUS. Compreendendo que todos os cidadãos têm o direito de acesso aos cuidados prestados por esse sistema, a equidade contempla a realidade que locais e pessoas diferentes têm necessidades distintas, e por isso soluções e esforços diferentes devem ser feitos de acordo com o contexto em que estão inseridas.

Também se verifica que acesso das usuárias aos serviços pesquisados ocorrem através do encaminhamento dos demais serviços da rede intra e intersetorial, fica evidenciado nesse relato

O curioso da mulher é que ela chega sempre assistida por algum lugar, uma UBS, um serviço da Assistência. Então quer dizer, sempre tem um suporte, ou é da Casa Lilás, ou é do abrigo, enfim, sempre, dos CRAS, CREAS, sempre tem a rede por trás (T. 3).

O relato explicita que as usuárias acessam os serviços especializados de saúde através de outros dispositivos da rede que não atendem especificamente as demandas referentes ao uso de drogas, como, por exemplo, os serviços da Política de Assistência Social e os serviços da Atenção Básica em saúde, nos quais o número de mulheres que são atendidas é sempre maior em relação aos homens.

Essa realidade denuncia fraturas e contradições historicamente identificadas que diferenciam a inserção de homens e mulheres nos serviços de saúde. Historicamente os homens buscam menos o atendimento em saúde e não possuem a cultura de frequentar estes serviços. As mulheres buscam mais frequentemente e mais cedo o atendimento em saúde do que os homens. De acordo com o levantamento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 76,1% das mulheres haviam consultado médicos nos últimos 12 meses, porém, entre os homens, essa proporção foi de 58,8% (IBGE, 2010).

Esses dados apontam que as mulheres buscam mais os serviços de saúde para situações consideradas “socialmente aceitas” como maternidade, pré-natal, exames ginecológicos, acompanhamento dos filhos, vacinação, etc. No que se refere ao uso de drogas, há uma retenção das mulheres aos serviços e uma “permissão” da busca pelos homens, o que remete a uma “masculinização do uso de

drogas”, que reflete nas intervenções dos profissionais, na própria organização dos serviços e que fomenta processos de inclusão/exclusão através da homogeneização da atenção em saúde.

Diante disso, torna-se importante problematizar as questões pertinentes ao uso de drogas realizado por mulheres e a atenção à saúde ofertada a estas nos serviços de saúde para a atenção do uso de álcool e outras drogas. Assim como, reconhecer as especificidades do universo feminino atravessado pelas questões de gênero e de que modo essas particularidades repercutem nos processos de saúde/doença.

As particularidades femininas com relação ao uso de drogas “estão norteadas por construções socioculturais que estruturam as relações sociais e determinam papéis e comportamentos para homens e mulheres em distintas sociedades” (PAIVA, et al, 2007, p. 626). Portanto, a concepção de gênero permeia a vivência das mulheres que usam drogas, pois gênero é definido como um elemento constitutivo de relações sociais entre homens e mulheres, uma construção social e histórica, com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade, como também padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres (SCOTT, 1995).

Essas concepções contribuem para a culpabilização da mulher, pois ao realizar um uso problemático de drogas e em função disso, ter dificuldades de assumir ou realizar os cuidados pertinentes à maternidade, passa a se sentir culpada e moralizada pela não execução do seu papel de gênero.

Como consequência disso, as mulheres que usam drogas sofrem estigmas provenientes da desigualdade de gênero e do consumo de drogas. O primeiro se expressa através dos papéis sociais atribuídos às mulheres, como o “bom desempenho” em sua função materna e conjugal. O segundo se refere aos estereótipos e julgamentos morais aos quais são impostas por consumirem drogas.

A percepção de que o consumo de drogas é um comportamento desviante, corrobora para que as mulheres façam o uso às escondidas, sendo consideradas como uma fração oculta da sociedade (PAIVA, et al, 2007). Esse ocultamento do consumo torna as mulheres mais vulneráveis e expostas a vários agravos sociais e de saúde.

Desse modo, os atendimentos prestados pelos serviços de saúde a essas usuárias requerem uma atenção integral que possibilite compreender as

especificidades de gênero, como também as relações que as mulheres estabelecem com as drogas, seus padrões de consumo, tipo de substâncias e suas motivações para o uso.

Contudo, apesar das dificuldades impostas aos serviços de saúde para realização da atenção integral, os (as) trabalhadores (as) demonstram importantes contribuições para o processo de cuidado no cotidiano de suas intervenções. Assim, o trabalhador vai “desenhando o cuidado, como trabalho artesanal [...] impulsionado pelo desejo de fazer o cuidado, dando-lhe características próprias, singulares, onde se inscreve sempre seu manejo de situações, que é singular” (FRANCO, s/d. p.3), o que é exemplificado na seguinte fala:

As que são acompanhadas a gente tenta auxiliar da melhor forma, receber, acolher com humanização, proporcionar escuta. Acho que as que tem aqui, que estão vinculadas, estão bem aderidas ao tratamento, participam das atividades. Então, com relação ao tratamento, o acompanhamento das que vem no serviço eu vejo que é feito de uma forma bem humanizada, enfim, positiva. Tem resultados bacanas (T. 4).

Esse relato explicita o processo de cuidado desenvolvido pela equipe com as usuárias atendidas no respectivo serviço, estando implicadas questões como a humanização, o acolhimento, o vínculo e a escuta, que são importantes instrumentos que constituem o processo de trabalho em saúde.

Conforme Cecílio (2001), no momento de encontro do usuário com a equipe é preciso que prevaleça o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde das pessoas que buscam o serviço, apresentadas ou travestidas em demandas específicas, cabendo à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Essa questão manifesta no seguinte relato:

O sucesso maior em adesão é essa questão mesmo do acolhimento, do respeito à decisão do sujeito, em redução em abstinência, ou a escuta, o profissional escutar e não ser um ditador, estar ali para acolher mesmo (T. 16).

O depoimento demonstra uma postura ética com relação ao respeito às decisões das pessoas atendidas, sem impor um tipo de tratamento que não condiz com as predileções das usuárias. Essas atitudes operam de forma positiva no

processo de cuidado, pois garantem a vinculação da usuária ao serviço. Respeitar as diferenças dos usuários no cuidado em saúde, “implica investir na capacidade do sujeito para operar suas próprias escolhas, seu potencial de estabelecer suas próprias normatizações pautadas em sua história e de forma singularizada” (ALVES; GULJOR, 2008, p. 229).

Essa perspectiva de cuidado é imprescindível nas intervenções com as usuárias que fazem o uso de álcool e outras drogas, a fim de considerar as singularidades de cada situação, visando ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde fundamentadas sob a ótica dos direitos humanos, para a superação da lógica de tratamento focada na exclusão e isolamento social dessas usuárias e assim propiciar práticas de cuidado com base em sua reinserção social.

A vivência das mulheres atendidas nos diferentes serviços pesquisados e expressas na fala dos (as) trabalhadores (as) são compreendidas a partir do conhecimento socialmente construído, vinculadas às desigualdades de gênero e que interferem na “elaboração e implantação de estratégias de atenção à saúde, direcionada para pessoas usuárias de drogas, assim como constitui barreira para busca e envolvimento de mulheres usuárias de drogas em serviços especializados” (OLIVEIRA, et al, 2007, p. 697).

Ao mesmo tempo em que os serviços de saúde desenvolvem uma atenção à saúde homogeneizada para as usuárias que fazem o uso de drogas, muitos profissionais indicam em sua fala a compreensão das particularidades de gênero que transversalizam a vida dessas mulheres. Porém, essa percepção não se reflete em grande parte das práticas profissionais. Nessa perspectiva, “o tratamento deve se dirigir mais ao ser mulher e sua problemática do que à dependência propriamente dita” (BRASILIANO, 2003, p. 203).

Entretanto, é necessário reconhecer que o processo de cuidado em saúde é atravessado por questões que envolvem interesses políticos e econômicos, através da precarização do trabalho, com recursos humanos insuficientes, vínculos empregatícios precários, privatização, subfinanciamento, focalização da política de saúde, dentre outros fatores. As consequências disso impactam na qualidade dos serviços prestados, comprometendo o desenvolvimento da atenção integral, acarretando em grandes desafios para a consolidação dos princípios fundamentais do SUS conforme prevê sua legislação.

Diante dessa realidade, é preciso estar atento para não culpabilizar os trabalhadores pelas inadequações dos processos de cuidado, pois é preciso considerar às condições de trabalho a que estes estão expostos, em que muitas vezes há um número reduzido de profissionais para suprir uma grande demanda de atendimentos, o que pode afetar a qualidade dos serviços prestados à população usuária.

Outra questão preponderante, se dá com relação as políticas públicas para as mulheres e o uso de álcool e outras drogas que abordam de modo incipiente a perspectiva de gênero em suas ações, o que torna suas intervenções amplas e generalistas, na qual a questão central é o uso de drogas, contribuindo para a invisibilidade e homogeneização da atenção à saúde das mulheres, e conseqüentemente repercute nas intervenções profissionais que muitas vezes não reconhecem as especificidades femininas.

A partir das problematizações realizadas ao longo do texto, compreende-se que estas não se esgotam nesta escrita, avalia-se que ainda temos muito o que avançar quando se analisa o acesso e a garantia do direito à saúde na Política de Saúde Mental. Tanto em relação ao não acesso das mulheres a política de drogas, quanto a realidade da inserção das instituições filantrópicas no SUS, ambos os temas recolocam no cenário a necessidade de construção de análises críticas quanto à forma/formato ainda conservador que tem se dado o cuidado em saúde e a importância de se apontar caminhos e possibilidades de superação dessa realidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário que se apresenta na sociedade brasileira atualmente é de grande conflito quanto a legitimidade do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Vivenciamos disputas no campo da saúde que se desenham tanto enquanto apoio ao Projeto da Reforma Sanitária – que desencadeou na criação do SUS e de aproximação a garantia de um direito social – como ao Projeto privatista para saúde, que tem como objetivo uma diminuição do dever do Estado na garantia deste direito, e que tem aumentado sua força política, principalmente nos últimos anos. E que reflete na execução da política de saúde, principalmente na política de saúde mental. Em que pese a presença do mercado na execução desta política pública, cabe salientar que vivenciamos uma retomada do conservadorismo, onde formas de tratamento e

cuidado aos usuários que se entendia terem sido suprimidas, retomam nos formatos de atendimento a estes usuários, que se dá pela via da segregação, do isolamento e da estigmatização.

O caráter repressivo e cerceador de liberdade previsto no projeto em questão, opõem-se à trajetória de defesa dos direitos humanos e sociais do Movimento da Luta Antimanicomial. Ao pautar o atendimento em Saúde Mental na perspectiva da reclusão de indivíduos considerados “indesejados”, a proposta fere os princípios constitucionais do direito de ir e vir agrava o processo de estigmatização das pessoas e legitima a mercantilização da saúde por meio de atendimentos específicos em clínicas e/ou comunidades terapêuticas, prestados pela iniciativa privada.

Desta forma, não cabe dizer aqui que não houveram avanços na atenção à saúde para as pessoas que fazem uso de drogas. Ao contrário disso, os movimentos sociais que alavancaram a Reforma Psiquiátrica brasileira, possibilitaram a construção de uma rede de cuidado que busca romper com o atendimento pautado na reclusão e somente voltado ao processo saúde doença. Os avanços foram muitos, mas ainda se reeditam formas de cuidados que se assemelham à realidade das instituições totais.

Para haver uma efetiva transformação de paradigma em saúde mental e romper com a lógica segregadora, torna-se necessário uma mudança no âmbito ético e cultural de toda a sociedade, para assim propiciar um cuidado integral que vise à reinserção social dos usuários desta Política Pública.

Com isso, é fundamental o fortalecimento dos serviços públicos de saúde para o atendimento das demandas em saúde mental, para que os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica sejam respeitados, assim como os direitos humanos dos usuários atendidos, a fim de garantir que o cuidado seja de caráter universal, integral, com base no território, articulado com as políticas intra e intersetoriais, objetivando a realização de ações de reinserção e privilegiando o cuidado na rede extra hospitalar.

Outra questão fundamental para o processo de cuidado integral é que as políticas públicas referentes ao uso de álcool e outras drogas passem a abranger em suas ações o recorte de gênero, raça, etnia e classe social, para contemplar grupos específicos e assim propiciar o desenvolvimento de princípios fundamentais do SUS

como a equidade e a integralidade, com vistas à inserção e garantia de direitos das mulheres que se encontram aquém dessas políticas públicas.

A articulação entre gênero e uso de drogas torna-se imprescindível, pois permite compreender as complexidades que transversalizam o universo feminino e o uso de drogas, contribuindo para a compreensão das particularidades femininas e assim, possibilitar a criação de um processo de cuidado de forma equânime e integral para a sua atenção em saúde.

Portanto, se faz necessário a ampliação do debate sobre as drogas na atualidade, através de estratégias que possibilitem olhar para esses indivíduos sob o prisma dos direitos humanos, na égide do respeito à sua vontade e dignidade como valor humano essencial, como sujeito de direitos, e não reduzi-los apenas a substância que utiliza.

REFERÊNCIAS

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. *O cuidado em saúde mental*. In: PINHEIRO, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de (Orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO, 2004.

AMARANTE, Paulo (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BOLZAN, Liana de Menezes. *Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Porto Alegre: PUCRS, 2015.

_____. *Deméter, Ceres e Bacante: a homogeneização da mulher que faz uso de drogas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

BRASIL. *Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental no Brasil*, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, Ministério da Saúde. 15 anos depois de Caracas, Brasília, novembro de 2005.

_____. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 abr. 2001, 180º da Independência e 113º da República.

BRASILIANO, Silvia. Psicoterapia psicanalítica de grupos para mulheres drogaditas: o que há de feminino? In: BAPTISTA, M; CRUZ, M. S; MATIAS, R, (Orgs.) *Drogas e pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2003.

FAGUNDES, Helenara Silveira. *O voluntariado, a solidariedade e as políticas sociais*. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 6, dezembro de 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/1029> acesso em:

10 de novembro de 2017.

FRANCO, Túlio Batista. *Gestão do trabalho em saúde mental*. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf>>. Acesso em: 06 de julho de 2017.

HOFF, Luíza Rutkoski. *O hibridismo público e privado e as inflexões na Política de Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social PUCRS. 2016. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8419/1/000478895>. Acesso em: 25 de março de 2017.

NETTO, Leila Escorsim. *O conservadorismo clássico: elementos de caracterização e crítica*. São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, Jeane Freitas et al. *Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao hiv/aids em uma perspectiva de gênero*. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11 (4): 625 - 31.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Educação e Realidade. Porto Alegre, v.20, n. 2, jul./dez,1995.

SIMÕES, Carlos. *A ética das profissões*. In: Bonetti et al (orgs.). Serviço Social e ética: convite a uma novas práxis. 13ª edição. Cortez: 2012.

TEIXEIRA, Sonia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 4ª ed. São Paulo, Cortez. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

TÓFOLI, Luís Fernando. *Políticas de drogas e saúde pública: algumas incongruências entre políticas de drogas, saúde coletiva e direitos humanos no Brasil*. In: Revista Sur. v.12. n. 21. Ago. 2015. Disponível em: <http://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2015/07/Sur-21_Luis-Fernando-Acesso> em: 15 jan. 2017.

TRAD, Leny Alves Bomfim, et.al. *Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2002, vol.7, n.3, pp.581-589. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000300015>.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2004.