



CURSO DE MEDICINA

YREZA CAROLLE SOARES DA CRUZ

É TUDO PRA ONTEM: PRÁTICAS MÉDICAS DESENVOLVIDAS PARA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA NOS CAPS-AD EM SALVADOR-BA.

SALVADOR-BA

2022

YREZA CAROLLE SOARES DA CRUZ

É TUDO PRA ONTEM:

**PRÁTICAS MÉDICAS DESENVOLVIDAS PARA SAÚDE
MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA NOS CAPS-AD EM
SALVADOR-BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial do 4º ano de Medicina.

Orientadora: Patrícia Chaves

SALVADOR-BA

2022

AGRADECIMENTO

Em primeiro plano gostaria de agradecer a deus, aos céus, ao que de maior nos protege e nos guia. Nenhum caminho se dá por escolhas apenas individuais e agradeço ao universo por meus passos só fazerem sentido se ecoam as vozes dos que não são ouvidos. Por isso, agradeço a força, a coragem e a sensibilidade.

À minha família, especialmente à minha mãe, que se faz presente nos momentos mais difíceis e iluminados dessa trajetória. Sou grata a todos pelo carinho, colo, apoio e por acreditar em mim e nos meus sonhos. Mais uma etapa importante da minha graduação vem se fechando e essa conquista é fruto de uma luta coletiva. Vem, vamos além!

Aos meus amigos, obrigada pela escuta, pelos conselhos e apoio. Vocês são um pedacinho do céu que eu escolhi aqui na Terra. Aos cafés, reflexões, choros, abraços e acolhimento, sou eternamente grata. À Prof. Mary, muito obrigada pela compreensão, incentivo e carinho. Seu trabalho e dedicação me fazem lembrar a importância do cuidado numa trajetória onde é tão fácil nos perdermos dos nossos propósitos.

À minha orientadora, Patrícia Chaves, que não só me auxiliou na parte técnica e reflexiva desta escrita, mas me acolheu nos momentos mais desafiadores desse percurso. Muito obrigada Pat, por me mostrar que a realidade embora seja difícil, não pode nos encrudescecer. O amor e o sorriso continuam sendo o maior instrumento de transformação desse mundo.

RESUMO

Introdução: Perante um contexto de movimentos sociais que surgiram no Brasil na década de 70 com caráter de questionamento e denúncias contra as negligências do Estado brasileiro, inicia-se no país a construção de uma Reforma Psiquiátrica, processo político comprometido com a formação de uma sociedade sem manicômios e engajado na luta pelos direitos dos trabalhadores e, portanto, contra o racismo. Afinal, além de ser um determinante social de saúde, o racismo foi o meio pelo qual a Psiquiatria buscou justificar sua atuação, afirmando a relação entre raça e loucura. Tomando esse princípio como norte, ao longo da história, o saber psiquiátrico propiciou um solo fértil para a elaboração de políticas de exclusão e genocídio da população negra, que hoje marcada pelo racismo, apresenta números elevados de iniquidades, dentre elas, destaca-se o uso abusivo de drogas. **Objetivo:** O presente estudo busca analisar as práticas assistenciais desenvolvidas por médicos(as) para a saúde mental da população negra nos Centros de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas (CAPS-AD) do município de Salvador-BA. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, na qual os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com médicos(as) que atuam nos CAPS-AD de Salvador. Os encontros ocorreram por meio da plataforma digital, Zoom.US e presencialmente, variando a depender da preferência dos profissionais. As entrevistas foram gravadas, transcritas e os dados coletados foram submetidos ao método de análise de conteúdo. **Resultados e discussão:** Dos CAPS-AD que abrangem administração da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, todos os médicos(as) foram entrevistados, totalizando 4 profissionais, 2 de cada serviço. A partir das entrevistas, emergiram 7 categorias temáticas, nomeadamente: Práticas de cuidado, na qual trouxe à tona elementos terapêuticos importantes como a redução de danos, as oficinas, a equipe multiprofissional, as redes de atenção e o papel da família na construção do cuidado, sendo cada um destes analisados como subcategorias; Perfil dos usuários do CAPS-AD, revelando a percepção por parte dos profissionais da raça/cor predominantemente negra nos consultórios; Impacto do racismo; A cor de Salvador; Mito da democracia racial; Desconhecimento acerca das demandas de saúde da população negra; e Desconhecimento acerca de Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, categorias que se entrelaçam e explicam como as práticas médicas desenvolvidas pelos profissionais corroboram para a manutenção do racismo nos serviços de saúde. **Considerações finais:** Os médicos(as) que participaram da pesquisa trouxeram recursos de cuidado utilizados nos CAPS-AD que são inegavelmente essenciais para a assistência aos usuários dos serviços. No entanto, o que fica evidente nos discursos é que esses instrumentos de cuidado não passam por uma perspectiva racializada, uma vez que o mito da democracia racial ainda opera de tal forma no imaginário coletivo dos profissionais, que a ideia de um Brasil universal e igualitário escamoteia o racismo e as demandas específicas da população negra. Assim, atitudes e práticas médicas em saúde mental que sejam sincronizadas com as reais necessidades da população negra no país se tornam um grande desafio para a saúde pública.

Palavras-chave: Saúde Mental. Psiquiatria. População Negra. Racismo. Atitudes e Práticas em Saúde.

ABSTRACT

Background: In a context of social movements that emerged in Brazil during the 1970s to question and denounce the negligence of the Brazilian State, the construction start of a Psychiatric Reform in the country, political process committed to the construction of a society without asylums and engaged in the fight for workers' rights and, therefore, against racism. After all, besides being a social determinant of health, racism was the means by which Psychiatry attempted to justify its actions, strengthening the relationship between race and insanity. Based on this principle, throughout history, psychiatric knowledge has provided fertile ground for the elaboration of exclusion policies and genocide of the black population, which today, marked by racism, presents high numbers of inequities, among which the abusive use of drugs stands out. **Aim:** The present study aims to analyze the care practices developed by doctors for the mental health of the black population in the Centers for Psychosocial Care-Alcohol and Drugs (CAPS-AD) in Salvador-BA. **Method:** This is a research with a qualitative approach, in which data were collected from semi-structured interviews proceeded with doctors who work at Salvador's CAPS-AD. The meetings took place through Zoom platform.US and in person, depending on the professionals preference. The interviews were recorded, transcribed, and the data collected was submitted to the content analysis method. **Results and discussion:** Between the CAPS-AD administered by the Municipal Health Secretariat of Salvador, all the doctors were interviewed, totaling 4 professionals, two from each service. Seven thematic categories emerged based on the interviews, namely: Care practices, in which brought out important therapeutic elements such as harm reduction, the workshops, the multiprofessional team, the care networks, and the role of the family in the construction of care, each of these being analyzed as subcategories; Profile of CAPS-AD users, revealing the perception by professionals of the predominantly black race/color in the offices; Impact of racism; The color of Salvador; Myth of racial democracy; Ignorance about the health demands of the black population; and Ignorance about the National Policy of Integral Health of the Black Population, categories that are entangled and explain how the medical practices developed by professionals corroborate for the maintenance of racism in health services. **Conclusion:** The doctors who attended the survey brought up care resources used in CAPS-AD that are undeniably essential for the assistance to service users. However, it's evident in their speeches that these care resources do not have a racial perspective, since the myth of racial democracy still operates in such a way among collective imagination of professionals that the idea of a universal and egalitarian Brazil conceals the racism and the specific demands of the black population. Therefore, medical practices and attitudes in mental health, synchronized with the real needs of the country's black population, become a great challenge for public health.

Keywords: Mental Health Assistance. Psychiatric Aide. Blacks. Racism. Health Knowledge, Attitudes, Practice

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	7
2.1	Objetivo Geral	7
2.2	Objetivos Específicos	7
3	REVISÃO DE LITERATURA	8
4	METODOLOGIA	13
4.1	Tipo de estudo	13
4.2	Local, população e tamanho amostral	13
4.3	Critérios de elegibilidade	13
4.4	Mecanismo para entrada em campo	13
4.5	Técnica e instrumento para coleta de dados	14
4.6	Procedimento de análise	14
4.7	Aspectos éticos	14
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista	44
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido Virtual	46
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido Presencial	49
	APÊNDICE D – Tabela das Unidades de Registro das Categorias Temáticas	52
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	53

1 INTRODUÇÃO

Com o despontar da redemocratização brasileira em 1970, a formação de movimentos sociais com caráter de questionamento e denúncias ampliou-se no país, entre os quais, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgiu denunciando os maus-tratos e negligências vivenciadas por pacientes internados nos hospitais psiquiátricos¹. Nesse contexto, nasce a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que mais tarde, em 1987, culmina com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial².

Para tal, a Reforma Psiquiátrica se compromete não só com a luta de uma sociedade sem manicômios, mas também com a luta pelos direitos e justiça dos trabalhadores, inclusive contra o racismo. Como principal estratégia para a transformação da história de isolamento e falta de assistência aos sujeitos com adoecimento psíquico, os Centros de Atenção Psicossocial se configuram como serviços que se diferenciam das estruturas tradicionais, ao fornecer espaços que se orientam pela participação social, pela não segregação e pela valorização da subjetividade do sujeito que sofre³.

O racismo, “forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencem”⁴ também se expressa como estratégia de manutenção da lógica manicomial, ao observar-se, no campo da saúde mental, um afastamento do debate étnico-racial, em especial, sobre o colonialismo e seus efeitos na constituição da tal subjetividade⁵.

Para além desse afastamento, teorias racistas desenvolvidas por psiquiatras ao longo da história excluíram o negro do ambiente social e o inseriu nos manicômios ao justificar a relação entre raça e loucura⁶. Como práxis desse racismo científico, o genocídio e a desassistência pública se concretizam como estratégias de uma política de Estado que mata e deixa morrer aquele que tem o corpo marcado pela cor. Dentre os dados que ratificam essa necropolítica, destaca-se o fato das 51% das mulheres negras em uso abusivo de crack também estarem em situação de rua⁷.

Portanto, diante do cenário da saúde mental construído no Brasil, calcado historicamente no racismo e genocídio da população negra, cabe ao presente trabalho analisar conhecimentos e práticas em saúde comprometidos com a preservação e a potencialização da vida negra no campo da assistência mental, a fim de avançar na disseminação de práticas antirracistas mais alinhadas aos princípios da Política Nacional da Saúde Integral da População Negra.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar as práticas assistenciais desenvolvidas por médicos(as) para a saúde mental da população negra, nos Centros de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS-AD) do município de Salvador-BA.

2.2 Objetivos específicos:

- 1) Descrever o conhecimento dos médicos(as) dos CAPS-AD acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- 2) Identificar profissionais dos CAPS-AD que consideram o racismo como matéria estruturante no processo de sofrimento psíquico da população negra;
- 3) Descrever as atitudes tomadas pelos(as) profissionais frente ao sofrimento psíquico de uma pessoa negra.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Até a segunda metade do século XIX no Brasil, aos sujeitos com adoecimento psíquico não havia outra opção de “assistência em saúde” específica senão as ruas e as celas dos hospitais gerais da Santa Casa Da Misericórdia. Dessa forma, por pressão de médicos que exigiam o tratamento dos “loucos” num espaço minimamente higiênico e arejado. Em 1852 inaugurou-se no país o Hospício D. Pedro II, o qual mais tarde foi renomeado Hospital Nacional dos Alienados. Depois de passar por drásticas diminuições orçamentárias e tornar-se “uma casa para detenção de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem qualquer fiscalização”, no governo de Rodrigues Alves e com a direção do Hospital dos Alienados por Juliano Moreira, a Psiquiatria passa a ganhar um novo espaço no cenário brasileiro⁸.

Todavia, mesmo após anos e o alcance do reconhecimento jurídico da Psiquiatria como especialidade médica, do desenvolvimento de pesquisas e da conquista de leis que resguardassem o direito à saúde mental, a confusão entre a associação de fenômenos psiquiátricos e sociais sempre trouxeram à luz preconceitos mascarados por teorias e o estabelecimento de uma Psiquiatria eugenista forjada de pensamento científico⁸.

Para Galton¹, a eugenia é “o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente”⁸. Tal pensamento ganhou espaço no Brasil num momento oportuno em que intelectuais da época começaram a questionar a identidade étnica do país. Tendo como pilar a teoria de Galton, as crises enfrentadas durante o início do regime republicano foram -ideologicamente- explicadas pela constituição étnica do povo brasileiro, ou melhor, explicadas pela mistura com as raças consideradas inferiores⁹.

Cabe ressaltar que diferentemente da sociedade escravocrata, na qual o negro era reconhecido como inferior apenas pelas características biológicas, na construção de uma ordem capitalista, outros dispositivos, como a desigualdade social, foram criados para manter o negro na mesma posição da estrutura de classes da antiga ordem¹⁰. Portanto embora tenha bases iniciais nas características fenotípicas, raça no Brasil é entendida como um grupo de indivíduos que compartilha de um mesmo prestígio social e valores culturais¹¹.

No país, o eugenismo seguiu a linha neo-lamarckiana, na qual se acreditava que as deficiências

*¹ Peignot, Henri. “Eugénique et eugénisme”. In *Encyclopedia universalis*, v. 6, 1970, p. 731 apud (8)

genéticas pudessem ser superadas numa só geração¹². Dessa forma, acreditando no assimilacionismo de características mais aprimoradas, ou seja, pelo embranquecimento do povo brasileiro, começaram a surgir políticas públicas que se propuseram a garantir a limpeza étnica do país, entre elas a política de imigração¹², destacada no Decreto nº 528, de 28/06/1890:

É inteiramente livre a entrada, nos portos da República, dos indivíduos válidos e aptos para o trabalho que não se acharem sujeitos à ação criminal de seu país, exceptuados os indígenas da Ásia ou da África, que somente mediante autorização do Congresso Nacional poderão ser admitidos de acordo com as condições que forem então estipuladas.

Em 1918, se institucionaliza o movimento eugênico no país através da criação da Sociedade Eugênica de São Paulo. Em 1923 é fundada no Rio de Janeiro a Liga Brasileira de Higiene Mental, a qual tinha como objetivo melhorar a assistência aos doentes mentais pela qualificação dos profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. No entanto, a partir de 1926, psiquiatras influenciados pelas teorias raciais e higienistas, começaram a se afastar das ideias iniciais da Liga e a desenvolver, então, projetos de prevenção de doenças, eugenia e educação dos indivíduos⁸.

O psiquiatra Pacheco e Silva, por exemplo, realizava a manicomialização de crianças negras acreditando que as medidas educativas corretivas precoces poderiam evitar anomalias neuropsíquicas responsáveis por uma determinada 'personalidade delinquente'¹⁴. O médico psiquiatra Dr. Henrique Roxo ao analisar o 'Quadro estatístico dos doentes internados no pavilhão do Hospital Nacional de Alienados (1894-1903)' enfatizou que, mesmo sendo inferior o número absoluto de negros asilados, o percentual de negros internados era maior que o de brancos, uma vez que os estrangeiros eram maioria na cidade do Rio de Janeiro¹⁵. Embora o médico não tenha realizado nenhum estudo populacional concreto que justificasse essa ideia, conclui que haveria uma suposta inferioridade da população negra que a levava a um maior número de hospitalizações psiquiátricas.

Assim, extrapolando os limites da Psiquiatria, novamente a ciência pretendia explicar as violências sociais como resultado de aspectos biológicos individuais, ao invés de reconhecer tais fracassos como fruto do racismo estrutural e institucional presentes desde o início do processo de escravização dos corpos negros. Não por acaso, essa justificava se entrelaça a ideia de Hannah Arendt de que a política de raça se relaciona à política de morte, afinal o racismo é a tecnologia que garante ao biopoder o direito de matar e deixar morrer¹⁶, assim como garantiu aos médicos o direito de encarcerar e “tratar” aqueles que representassem um perigo ao desenvolvimento nacional, ou seja, aqueles que pertenciam a “raça inferior”.

Seguindo por esses caminhos durante anos, erguer-se um movimento de repúdio à violência institucionalizada nos hospitais psiquiátricos não seria inusitado. Em 1978, três denúncias realizadas por profissionais acerca das irregularidades existentes numa instituição psiquiátrica do Rio de Janeiro, deflagrou uma grande greve que mais tarde com o apoio dos conselhos de classe e outros setores da sociedade, culminou com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM)¹.

O número significativo de profissionais do MTSM inseridos nas estruturas de gestão do Estado fizeram com que o movimento se configurasse como impulsionador não só da luta antimanicomial, como também de uma luta mais ampla no campo macropolítico. Sendo assim, o encontro de Bauru em 1987 define como marco da Reforma Psiquiátrica a extinção dos manicômios e o compromisso com os movimentos populares para promover transformações sociais¹⁷.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida¹⁸.

Com o início da Reforma Psiquiátrica, o deputado Paulo Delgado apresentou, em Santos, o projeto de lei 3.657/89, que somente após 12 anos de tramitação, ou seja, em 2001, foi aprovado². A lei dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas que vivem com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde, propondo a extinção de qualquer forma de abuso e exploração, bem como o fortalecimento de um serviço de saúde comunitário¹⁹.

Em 2003, o Presidente da República assinou um decreto que institucionalizava a criação de um Grupo Interministerial para discutir a assistência aos usuários de álcool, o que culminou com a elaboração da Política de Atenção integral em álcool e outras drogas, voltada para a reabilitação e reinserção social. Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se baseia nessa política, organizada através de dispositivos e equipamentos que possibilitam a atenção à saúde mental da população a partir das demandas territoriais²⁰.

Entre esses dispositivos estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), espaços terapêuticos ambulatoriais que recebem usuários tanto de forma espontânea quanto encaminhados de outros serviços²⁰. O CAPS é um serviço de referência para casos graves que precisam de cuidados mais intensivos e reinserção social, que ultrapassem os cuidados ofertados pela Estratégia de Saúde da Família. Assim, quando há uma demanda espontânea no CAPS, a pessoa deve ser

acolhida para avaliar a necessidade de acompanhamento no serviço ou de um redirecionamento para as equipes de Saúde da Família. Os Centros de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas compõe uma das modalidades de CAPS, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes, atendem sujeitos de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas²¹.

Segundo o Plano Municipal de Salvador de 2018 a 2021, o município possui 19 Centros de Atenção Psicossocial, dentre os quais 3 são CAPS tipo AD que atendem a população com transtornos devido ao uso de drogas. No CAPS AD, há um maior acesso por parte dos homens, representando 79% dos atendimentos, o que provavelmente se deve às questões de gênero e ao consumo de drogas. Já os critérios de raça/cor não são caracterizados no Plano²².

No entanto, frente a reprodução e perpetuação do racismo científico que há anos percorre as veias do Brasil, assiste-se diariamente as atrocidades direcionadas a população negra. Segundo o relatório da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack⁷, 78,56% das mulheres que fazem uso prejudicial de crack são negras. De acordo com o Atlas da Violência realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP)²³, entre 2008 e 2018, as taxas de homicídio para os negros aumentaram 11,5%, enquanto para os não negros houve uma diminuição de 12,9%. Apesar de não se ter dados mais atuais quanto ao número de suicídios cometidos pela população no geral, segundo o IBGE²⁴, em 2016 a cada 100 suicídios em jovens brancos, 134 jovens negros se suicidaram.

Por essas e outras iniquidades, em 1990, lideranças do Movimento Negro (MN) já questionavam a relação entre racismo e saúde, exigindo a inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação²⁵. Com a implementação, lenta e gradual, desse quesito, os dados epidemiológicos evidenciaram as desigualdades raciais e o seu impacto na saúde²⁶. Assim, em resposta a essa realidade e diante do processo de mobilização e articulação do MN, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde, o qual elaborou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), publicada pelo Ministério da Saúde em 2009²⁷.

A PNSIPN é um compromisso de combate à desigualdade racial, de preservação e de potencialização das vidas negras. A partir dela se reconhece o racismo como mecanismo estrutural e institucional que marca o corpo negro como alvo das taxas de mortalidade materna e infantil, das doenças crônicas, infecciosas e mentais²⁸.

Logo, a pesquisa em questão tem como interesse expor práticas de saúde que vem apresentando resultados positivos para a população negra, possibilitando o reconhecimento e replicação destas. Além de evidenciar outras atitudes que podem agravar o quadro de saúde da população em estudo. Afinal, depois de décadas atravessadas por teorias eugenistas que encontraram na Psiquiatria um solo fértil para se desenvolverem, após anos de luta para a construção de um movimento social contra os manicômios e a favor dos direitos dos trabalhadores, onde está hoje a ciência que uma vez extrapolou os limites dos consultórios para ratificar as barbaridades cometidas pelo Estado brasileiro? Onde se encontra a Psiquiatria que agora precisa encarar o racismo -fenômeno social- como determinante das condições de saúde? Como diria Fanon²⁹, “a ideologia que ignora a cor pode apoiar o racismo que nega.”

4 METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa que visa aprofundar a compreensão do fenômeno analisado. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes³⁰. Por isso, cabe aqui a interpretação da experiência humana considerando suas interações e construções de sentidos, não se prendendo ao sujeito como um objeto de estudo passivo e aculturado.

4.2. Local, população e tamanho amostral

Os dados foram coletados a partir dos Centros de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas do município de Salvador-BA por meio da plataforma digital, ZOOM.US e presencialmente pois alguns profissionais tiveram preferência em participar da pesquisa no ambiente de trabalho. A população alvo foi formada por médicos(as) que atuam nos CAPS-AD de Salvador e, o tamanho amostral foi equivalente a quantidade de profissionais presentes no serviço, ou seja, 4 profissionais, 2 de cada CAPS-AD.

4.3. Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão foram médicos(as) que trabalhavam nos CAPS-AD da cidade de Salvador durante o período do estudo, sendo excluídos aqueles(as) que tivessem prestado serviço aos CAPS-AD por menos de 2 meses.

4.4. Mecanismos para entrada em campo

Por meio de ofício timbrado da Instituição de Ensino, solicitamos a autorização à Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ou seja, o Termo de Anuência Institucional (TAI) para a coleta de dados da pesquisa. Após análise do projeto e emissão do parecer de aprovação, submetemos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) o projeto com o termo de anuência anexado. Com a aprovação do CEP, foi enviado um e-mail à SMS evidenciando sua aprovação. Esperamos, então, o ofício emitido pela CGPS informando ao Distrito Sanitário a autorização para a realização da pesquisa na rede da SMS.

Em seguida, entramos em contato com o serviço de saúde para obter o número de telefone ou

e-mail dos profissionais para assim convidá-los a participar da pesquisa.

4.5. Técnicas e instrumentos para a construção de dados

Para a coleta de dados, a fonte de informações se deu através de entrevistas (APÊNDICE A), uma vez que permite averiguar fatos ocorridos, conhecer a opinião e o sentimento das pessoas sobre o tema específico e ainda descobrir quais foram, são ou seriam as condutas dos profissionais³¹. A entrevista (APÊNDICE A) foi semiestruturada, ou seja, combinou perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à pergunta formulada.

Os encontros ocorreram a partir da plataforma digital, ZOOM.US e presencialmente, variando com a preferência do profissional, e após a coleta, o material foi preparado para análise. Para isso, fizemos uma transcrição da entrevista gravada.

4.6. Procedimentos de análise

O procedimento de análise seguiu a abordagem conhecida como análise de conteúdo, na modalidade temática. Para Bauer³², a análise de conteúdo é uma técnica para construir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetiva.

Na primeira etapa, ocorreu uma pré-análise, ou seja, uma leitura exaustiva para organização dos dados. Para isso, após a leitura fizemos a decomposição do material em partes e distribuímos as partes em categorias. Na segunda etapa, realizamos a descrição dos resultados da categorização. E por fim, na terceira etapa, foram realizadas inferências e interpretações dos resultados obtidos através da fundamentação teórica adotada na pesquisa³⁰.

4.7. Aspectos éticos:

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e encontra-se inscrito na Plataforma Brasil com CAEE nº 49263621.0.0000.5544 e parecer circunstânciado nº 5.128.050. Além disso, antes da entrevista foi necessário a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES B e C), o qual tinha modelo respectivo à categoria de preferência do profissional, virtual ou presencial. No caso do TCLE utilizado para entrevista presencial, foram impressas duas vias de igual conteúdo, uma ficou com a pesquisadora e outra com o profissional. Todas as páginas foram rubricadas e a última assinada. O TCLE devidamente assinado e rubricado será armazenado pela pesquisadora por um período de cinco anos, assegurando o sigilo da identidade do(a) entrevistado(a).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas que abrangem administração da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, identificados no trabalho como CAPS-AD 1 e 2, todos os médicos(as) que trabalhavam nos serviços durante a coleta de dados da pesquisa foram entrevistados(as), totalizando 4 profissionais, 2 de cada Centro de Atenção.

Todos se enquadraram nos critérios de inclusão pré-definidos no estudo, não havendo nenhuma exclusão de participantes no processo de coleta. O quadro 1 a seguir apresenta as características dos médicos(as) entrevistados e suas respectivas formações na área de saúde

Quadro 1 – Características dos profissionais que compõem a amostra. Salvador, Bahia, Abril de 2022.

Entrevistado 1	
Idade	35 anos
Raça	Parda
Gênero	Mulher
Orientação sexual	Heterossexual
Local de atuação	CAPS-AD 1
Tempo de atuação no serviço	7 anos
Formação	Residência em clínica médica, gastroenterologia e endoscopia
Curso em saúde mental	Não
Entrevistado 2	
Idade	38 anos
Raça	Indígena
Gênero	Homem
Orientação sexual	Heterossexual
Local de atuação	CAPS-AD 1
Tempo de atuação no serviço	4 anos
Formação	Psiquiatria
Curso em saúde mental	Residência em psiquiatria
Entrevistado 3	
Idade	47 anos
Raça	Negro

Gênero	Homem
Orientação sexual	Heterossexual
Local de atuação	CAPS-AD 2
Tempo de atuação no serviço	Oito anos
Formação	Residência em clínica médica, gastroenterologia, endoscopia e título de especialista em Medicina de Família e Comunidade
Curso em saúde mental	Não
Entrevistado 4	
Idade	45 anos
Raça	Branca
Gênero	Mulher
Orientação sexual	Heterossexual
Local de atuação	CAPS-AD 2
Tempo de atuação no serviço	10 anos
Formação	Residência em clínica médica e endocrinologia
Curso em saúde mental	Não

A partir das falas e discurso dos entrevistados emergiram 7 categorias temáticas, apresentadas no Quadro 2, sendo assim denominadas: Práticas de cuidado, Perfil dos usuários do CAPS-AD, Impacto do racismo, A cor de Salvador, Mito da democracia racial, Desconhecimento acerca das demandas de saúde da população negra, e Desconhecimento acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN. A primeira categoria contém subcategorias para melhor análise. Todas estão contidas em Unidades de Contexto que auxiliam a compreensão das Unidades de Registro (URs), as quais são palavras ou frases que carregam a significação correspondente ao conteúdo categorizado e estão presentes no Apêndice C.

Quadro 2 – Unidades de Contexto das Categorias Temáticas Emergidas na entrevista. Salvador, Bahia, Abril 2022.

Categorias Temáticas	Unidades de Contexto
Práticas de cuidado	Sentença que infere sobre as estratégias de atenção ofertadas aos pacientes, utilizadas e percebidas pelos profissionais.
Perfil dos usuários do CAPS-AD	Sentença que infere sobre a percepção do perfil epidemiológico (idade, gênero, raça/cor e droga mais utilizada) dos usuários do serviço de atenção.
Impacto do racismo	Sentença que infere sobre a compreensão dos profissionais acerca do impacto do racismo.

A cor de Salvador	Sentença que infere sobre a o perfil epidemiológico da cidade de Salvador e a situação socioeconômica da população negra no município.
Mito da democracia racial	Sentença que infere sobre a negação do racismo, a perspectiva universal da sociedade brasileira e o impacto dessa ideologia na saúde da população negra.
Desconhecimento acerca das demandas de saúde da população negra	Sentença que infere sobre a a falta de conhecimento dos profissionais acerca das demandas específicas de saúde mental e física da população negra no país.
Desconhecimento acerca da PNSIPN	Sentença que infere sobre a falta de leitura e conhecimento dos profissionais acerca da PNSIPN, assim como seu impacto para saúde da população negra

Tão importante quanto apresentar os profissionais e as categorias que emergiram a partir dos seus discursos, faz-se fundamental que o campo de trabalho seja notado. Afinal a estrutura carrega significados em si e para si que tecem atitudes e propõe pensamentos.

Ao visitar o CAPS 1 me deparo com um serviço de portas abertas, céu aberto, árvores bonitas, espaço arejado, portas e janelas largas, pessoas, a maioria em par, negras, esperando e conversando pelos corredores ao redor, cartazes com avisos, informativos em saúde . Aguardar os médicos para a entrevista na sala de descanso revela a combinação de elementos que edificam o ambiente. É evidente a influência dos princípios do Sistema Único de Saúde. No mural têm-se informatvos do Ministério da Saúde sobre a população LGBT, contendo frases como “Respeite o nome social” e desenhos com a bandeira da população trans. Ao mesmo tempo têm-se corações recotados em emborrachado com a palavra “Deus” escrita no centro, revelando as influências pessoais que se inserem também no espaço.

Um cachorro entra no serviço acompanhado de alguém que talvez seja usuário do CAPS. O médico conversa e acaricia o cachorro como se isso fizesse parte da rotina. Ambiente aberto. Ao sair, reparo um guarda na parte de cima do CAPS que atento observa os arredores. Embora seja um lugar de portas abertas, não deixa de remontar controle e vigilância. Há muros altos com cercas de arame ao redor da sede. E nisso se percebe um espaço que tenta fugir da lógica manicomial mas que ainda possui resquícios e amarras de um passado opressor.

No CAPS 2, o espaço recordava uma antiga casa. As paredes eram brancas, as portas, as escadas de madeira, havia fotografias grandes, molduradas, em preto e branco, de pessoas em rodas de conversa, sorrindo, se alongando ou simplesmente reflexivas. Na entrada, um espaço a céu aberto com muito verde, flores e sol. Nos murais, avisos, informativos em saúde, frases como “Aqui somos todos loucos uns pelos outros”, imagens como a de Marielle Franco e borboletas

pintadas em arco-íris. Em cada porta, um música impressa e colada. Pinturas e desenhos feitos pelos usuários espalhados pelos corredores. Ambiente vivo.

Durante a primeira visita estava ocorrendo uma confraternização entre os usuários do serviço e os profissionais de saúde. Os pacientes estavam pintando as unhas, escovando o cabelo, fazendo penteados. Havia música, karaokê, sorrisos, cantos e atenção voltada para os palhaços que se apresentavam no local. As pessoas, em sua maioria negras, tinham na cabeça uma coroa confeccionada em cartolina amarela, o que nos faz lembrar que:

“Todo menino é um rei
Eu também já fui rei
Mas quá!
Despertei!”

Roberto Ribeiro

Nesses espaços que resistem às tentativas de institucionalização da vida humana, foram realizadas entrevistas com médicos(as) que atendem os usuários dos CAPS-AD de Salvador e as discussões a partir das suas falas foram realizadas por meio de categorias temáticas como apresentadas a seguir.

Práticas de cuidado

Nesta primeira seção objetiva-se compreender as práticas de cuidado desenvolvidas pelos médicos atuantes no serviço onde foi realizada a pesquisa, reconhecendo suas limitações e potencialidades no processo terapêutico dos usuários do sistema de saúde. Sustentando-se nos caminhos já percorridos pela saúde mental no Brasil, a qual passou pela Reforma Psiquiátrica, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as práticas de cuidado no ambiente do CAPS-AD são entendidas como um conjunto de ações assistenciais, políticas, jurídicas e técnicas que garantem liberdade, inclusão social e atendimento integral e comunitário aos pacientes a partir da articulação dos serviços de saúde³³.

Assim, mediante esta perspectiva de cuidado, os discursos dos profissionais trouxeram à tona elementos terapêuticos importantes como a Redução de Danos (RD), as oficinas, a equipe multifprofissional, as redes de atenção e o papel da família na construção de saúde. Estes elementos foram destacados como subcategorias para melhor interpretação dos dados.

Redução de Danos

No Brasil, a RD se disseminou como estratégia para promover o combate às políticas de droga proibicionistas e o enfrentamento da Aids, uma vez que a transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis alcançava números alarmantes³⁴. Assim, a redução de danos tem como objetivo delinear ações em saúde que buscam reduzir os riscos e as consequências do consumo de drogas, ainda que os usuários não consigam ou não pretendam interromper seu uso. Para isso, esse consumo é visto como produto de questões psíquicas, familiares e sociais, ao invés de uma escolha individual³⁵.

Dessa forma, os profissionais apontam o uso de substâncias psicoativas (SPA's) como sendo um fenômeno multifatorial:

Eu acho que tem tudo. Tem o convívio familiar, muitas vezes tem o desemprego ne, tem as desigualdades sociais, acho que é todo um conjunto e aí acaba que aquele que tem uma predisposição ou algo mais genético ou sei lá acaba atendo uma pior evolução (E1).

Geralmente o problema é muito maior do que o uso de drogas só, uso de drogas é só a ponta do iceberg. Você vai lá ver por que que ele começou a usar drogas. (pausa). Vindo de uma família disfuncional, onde ele sofreu muito trauma, muita agressão, aí ele foi pra rua, ou os pais eram viciados também em drogas... e tudo isso. (E2)

Huum... acho **que questões sociais** também ne. Falta de apoio também. Sempre que a pessoa ta em **situações complexas** ne, o álcool é uma fuga ne temporária e isso pode se tornar constante ne e está associada a questão de aumento de dependência por causa disso, por causa daquela fuga. (E3)

É importante ressaltar que a Redução de Danos se contrapõe ao antigo modelo moral/criminal, no qual o uso de drogas é visto como pecado ou crime que tem como única forma possível de tratamento a abstinência. A RD afirma que em muitos casos, a abstinência é de fato eficaz, mas a imposição desta terapêutica não deve existir, afinal assim estaria reduzindo-se um problema social a uma questão meramente biológica e individual³⁶. No entanto, apesar de responderem utilizar a RD como estratégia de cuidado e reconhecerem a complexidade no que tange o uso de drogas, algumas contradições quanto aos princípios da RD foram verificadas, como no exemplo abaixo:

Tem um paciente que eu acompanho ele há muito tempo, que é um senhorzinho, tem seus 60 anos eu acho, etilista e que aí ele... andava só realmente com um grupo que tomava todas... aí **eu consegui através da parte clínica fazer com que ele parasse** de beber realmente assim. (E1)

A médica aqui, ao trazer um caso de um paciente que ela atendeu, traz à tona como a abstinência é tida como alvo de todo trabalho terapêutico realizado no CAPS-AD. Embora seja muito claro os efeitos nocivos que as drogas podem trazer à esfera biológica de cada sujeito, cuidar dos

sofrimentos sociais e psicológicos advindos do abandono, da estigmatização, da dificuldade de reinserção no ambiente de trabalho e dos conflitos relacionais produzidos pelo abuso de drogas -por vezes muito mais prejudiciais à saúde- não parece ser tão valorizado pelos profissionais assim como é a abstinência, que insiste em ser colocada em um pedestal.

Outro ponto relevante a ser destacado é que a Redução de Danos nasce da Política de Atenção Integral em álcool e drogas, a qual tem por objetivo a reabilitação e reinserção social dos usuários. Logo, a exclusão dos usuários dos ambientes sociais aos quais eles estão vinculados não faz parte de uma linha de cuidado que se orienta a partir da RD³⁷. Apesar disso, essa lógica foi trazida durante a entrevista por um dos profissionais:

No dia a dia é isso né, na verdade as estratégias são essas né. Redução de danos é o que? Cê afastar das áreas onde a pessoa faz uso ou adquire a droga, a boca, bares, cê afastar do círculo de amigos que também é... faz com que eles faziam uso das drogas. (E2)

Como evidenciado em outros estudos, os profissionais de saúde possuem muitas limitações para lidar com o tema de drogas por conta da fragilidade da formação e das influências pessoais que acabam atribuindo às SPAs uma perspectiva imoral e criminalizatória³⁸. Nas entrevistas realizadas é possível notar a dificuldade dos profissionais em citar especificamente estratégias de redução de danos que eles utilizam no dia a dia, inclusive há uma terceirização dessa prática de cuidado, revelando muitas vezes seu pouco conhecimento acerca do assunto.

Bem...a gente é... é... é complexo. É meio difícil de responder essa pergunta viu. A gente tem algumas estratégias né. É... as estratégias de tentar entender como ele lida com o uso né e alguma forma de menor exposição a... ao uso quanto. Algumas estratégias, desenvolver né atender o paciente pra ver se tem alguma forma de... que ele se expor menos não somente ao uso, mas também aos riscos associados ao uso (E3)

Aqui também tem, a parte do pessoal faz as oficinas pra redução de danos. (E1)

Esse desconhecimento e despreparo por parte dos profissionais não se restringe aos CAPS-AD da cidade de Salvador. Outros estudos realizados com os profissionais da atenção primária de São Paulo, por exemplo revelaram discursos que priorizavam a abstinência e presença de uma concepção também limitada quanto as consequências do uso de SPAs e as estratégias de redução de danos^{39,40}.

Para além dos territórios citados, a dificuldade do trabalho com os usuários de drogas se trata de um fenômeno sociocultural. O estigma relacionado ao uso de drogas ainda é um grave problema para a saúde pública que se sustenta no descaso do Estado e da mídia que veiculam o uso de drogas como algo individual, biológico e tido como extremamente danoso, ruim,

errado e imoral. Assim, se perpetua inexoravelmente um modelo de doença no qual o poder psiquiátrico exerce o domínio e o controle dos indivíduos fortalecendo a institucionalização dos pacientes⁴¹.

Nessa perspectiva limitada, o sujeito que precisa de cuidado e acolhimento acaba não sendo visto dentro das suas complexidades e potencialidades, remontando a comprometida relação paciente-médico na qual a “doença”, nesse caso a dependência, é valorizada a todo custo em detrimento do ser humano que se apresenta⁴². E por isso, muitas vezes, a continuação da canção extrapola a poesia:

“Por cima do mar da ilusão
 Eu naveguei! Só em vão
 Não encontrei o amor que eu sonhei
 Nos tempos de menino
 Porém menino sonha demais
 Menino soha com coisas
 Que a gente cresce e não vê jamais.”

Roberto Ribeiro

Oficinas terapêuticas

O CAPS-AD se estrutura na lógica da redução de danos, a qual não se preocupa somente com a diminuição dos riscos físicos relacionados ao uso crônico de drogas, mas também com os prejuízos sociais e psicológicos mediante o uso abusivo destas. Portanto, pertence a esses espaços de atenção, a função de operar como mediadores de reflexões e transformações subjetivas para os usuários assistidos³⁷.

As oficinas terapêuticas (OTs) têm se destacado por cumprirem esse papel de acolhimento que possibilita diálogos e a reconstrução de vínculos. Para isso, são organizadas atividades nos ambientes de convivência que permitem a expressão, a produção artística, corporal, verbal e musical dos usuários do serviço⁴³.

Embora não fossem realizadas pelos médicos entrevistados, e sim por outros profissionais dos CAPS-AD, as oficinas terapêuticas foram citadas como ações importantes para redução de danos e cuidado integral do paciente.

Tinha, mas **depois da pandemia pararam ne**. Tinham as oficinas que agora a gerente tava querendo ver quando que vai voltar a funcionar mas é... tinha as oficinas de diferentes tipos. **Tinha jardinagem , tinha de violão, tinha roda de conversa, tinha de tabagismo, tinha um jogo de futebol uma vez por semana...** Então quando eles estão aqui fazendo atividades isso evita ne, eles ficam por aí andando, se expondo ao uso de drogas. (E2)

Para ratificar a importância das atividades exercidas, um estudo qualitativo realizado com os usuários de um determinado CAPS-AD também da cidade de Salvador revelou através dos discursos dos próprios pacientes como as oficinas realizadas no serviço possibilitavam novas formas de ser e de se cuidar⁴⁴. Da mesma forma, um estudo realizado em Feira de Santana (BA) relatou a importância das oficinas terapêuticas como forma de criar estratégias de cuidado nas quais os sujeitos se tornam mais ativos⁴⁵.

Estando evidenciada a relevância das OTs para o cuidado, durante a pandemia, como mencionado pelos profissionais, a falta desses espaços para a realização de atividades em grupo trouxe um impacto negativo na trajetória de reabilitação e reinserção dos usuários.

A gente tem muitas oficinas ne. Por questão da pandemia, acabou que deu uma segurada. (E1)

...teve que fechar tudo isso porque não tinha como fazer grupos ne, manter as pessoas em grupo. Então **isso prejudicou bastante, fez com que muita gente tenha tido muitas recaídas**. (E2)

Portanto, é possível compreender que o trabalho desenvolvido nas oficinas terapêuticas não se configura meramente como um passatempo ou entretenimento. As atividades desenvolvidas com os usuários é um valioso instrumento para o tratamento clínico mediante a possibilidade de novas construções de ser e estar no mundo. As oficinas, juntamente com outras estratégias de promoção de saúde, se configura como um espaço de acolhimento, partilha, cuidado e reflexões que possibilita a reinserção do sujeito em sofrimento mental aos contextos familiares e sociais, alavancando seu desenvolvimento individual⁴⁶.

Equipe multiprofissional

Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, um marco importante para a reinvenção dos modelos de assistência em saúde mental no país foi a desinstitucionalização dos pacientes. A partir desse paradigma, o usuário do serviço, antes visto como objeto de estudo da Psiquiatria, passou a ser reconhecido como sujeito singular, autônomo e capaz de produzir vida. Assim, tomando essa ideia como norte e diante da complexidade das demandas psicossociais de cada paciente, tornou-se imprescindível debates e práticas de saúde interprofissionais para a implementação de práticas de cuidado verdadeiramente efetivas⁴⁷.

No campo do CAPS-AD, as equipes se orientam a partir dessa lógica e portanto, através da Portaria nº 336 do Ministério da Saúde, é considerado como recurso humano para uma equipe técnica mínima do serviço a presença de um psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico para realizar triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, quatro profissionais de nível superior como psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e mais seis com nível médio, entre eles técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão⁴⁸.

Apesar dos serviços onde foi realizada a pesquisa não possuem por completo a equipe mínima preconizada pela Portaria, tendo em vista a necessidade da abordagem multiprofissional, os médicos entrevistados enfatizaram em alguns momentos a importância da presença da equipe multiprofissional responsável pela operacionalização do cuidado dos pacientes no CAPS-AD.

...a gente tem uma equipe multidisciplinar que [pausa] a gente tem uma equipe multidisciplinar que acaba dando esse suporte pra a gente tentar inserir esse paciente de volta na rotina ne, ter essa questão do cuidado do **paciente como um todo**. Não só a parte clínica, **não só a parte psiquiátrica**, mas como um todo. (E1)

Então, é... é uma rede assim multidisciplinar. Assistente social, psicólogo, educador físico, psiquiatra, todo mundo fazendo sua parte ne, dentro. (E2)

Durante as entrevistas, os médicos trouxeram o termo “multidisplinar” para se referirem a equipe. Segundo Reeves⁴⁹, “multidisciplinar” se relaciona aos diferentes campos de conhecimentos e áreas de estudo, enquanto o termo “multiprofissional” faz referência ao campo de prática em si, mas ambos atuam em interdependência. No CAPS-AD devem estar atuando diferentes profissionais como psicólogos, médicos e enfermeiros, e além disso, os médicos por exemplo podem também ter especializações diferentes, conferindo um caráter multidisciplinar, que contribui para um olhar mais complexo em relação às questões de saúde.

Ademais, é preconizado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em suas diretrizes, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços de saúde mental, ofertando-se cuidado integral e assistência multiprofissional aos usuários sob a lógica interdisciplinar, ou seja, objetiva-se a descentralização do saber e do poder pela divisão de responsabilidades²¹. Dessa forma é possível que os pacientes tenham direito a um atendimento no qual não se pretende a resolução de todas as suas demandas mas que sejam intensificados esforços para a construção de sua autonomia e da sua identidade⁵⁰. Portanto, a presença de uma equipe formada por profissionais com representações não hegemônicas é de fundamental importância para a ruptura de modelos

assistências reducionistas e manicomialis.

Os furos da rede institucional

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é voltada para a assistência às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. A finalidade da RAPS é a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para os usuários dos serviços, tendo como objetivo a qualificação do cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Assim, a RAPS é dividida por diferentes componentes e não apresenta apenas as unidades que fornecem atenção psicossocial como os CAPS, mas também abrange as unidades de Atenção Básica em Saúde, de Atenção às Urgências e Emergências, além da Atenção Hospitalar e Residencial de Caráter Transitório²¹.

No entanto, apesar dos esforços constitucionais, como trazido pelo Plano Municipal de Saúde de Salvador, a reorientação da assistência em saúde mental, a qual migra do modelo de tratamento asilar para uma lógica de cuidado ampliada e compartilhada, ainda presencia um cenário de desarticulação entre os dispositivos de atenção. Mesmo perante um aumento progressivo de unidades na rede, principalmente da Atenção Básica, os equipamentos em saúde ainda são insuficientes para responder às demandas da população²¹. Essa realidade também foi pontuada pelos médicos entrevistados na pesquisa:

Muitas vezes a gente pega pacientes que tem um cuidado diferente, um cuidado que você tem que direcionar e a **gente não tem muitas vezes pra onde encaminhar**, pra onde dar seguimento pra continuar nesse cuidado ne. (E1)

A gente não tem muito apoio. É algo muito forte. A gente identifica problemas, mas nossa **rede é insuficiente ne**. (E3)

Dessa forma, há uma fragmentação no cuidado e na assistência à saúde mental, fazendo com que a principal via de acesso à rede de atenção psicossocial ocorra quando os usuários se encontram em crise. Como não há uma integralidade e compartilhamento de cuidado de forma adequada, estratégias de prevenção, ações e promoção em saúde mental acabam não sendo colocadas em prática efetivamente. Assim, é de suma importância a ampliação de instrumentos de cuidado no território através das equipes de atenção primária para legitimar as vulnerabilidades psicossociais das condições de vida que atingem a população em sofrimento psíquico, além de promover o acompanhamento e encaminhamento adequado dos usuários do sistema de saúde.

Família

Segundo Minuchin⁵¹, a família se configura como um complexo sistema de organização com crenças, valores e práticas desenvolvidas a partir das transformações da sociedade, buscando adaptação para sobrevivência de seus membros e da instituição como um todo. A família representa o espaço de socialização, local para o exercício da cidadania e para o desenvolvimento individual e grupal.

O CAPS é um serviço substitutivo dos modelos asilares que tem demonstrado efetividade no tratamento ao não isolar os pacientes de suas famílias e da comunidade, e sim envolvê-los no processo de cuidado para garantir recuperação e reintegração social do sujeito em sofrimento psíquico⁵². Assim, algumas pesquisas revelam a inegável importância da rede de apoio familiar estar também vinculada ao serviço, acompanhando o usuário para melhoras substanciais da qualidade de vida e de saúde dos pacientes^{53,54}. Afinal, esse engajamento mútuo favorece a uma visão mais compreensiva da dependência química e das necessidades de mudanças coletivas⁵⁵.

Os médicos entrevistados trouxeram em algumas falas essa relevância, como mostrado abaixo:

A grande maioria, não são todos lógico, mas a grande maioria vem com algum familiar. Acho que é aquela... acho que eu não sei se aqui acaba sendo aquela primeira... aquele primeiro olhar que eles tem as vezes “vou levar pra ver se ele quer se cuidar”, então vem com alguém pra tentar ajudar, pegar no pé, fazer o que tem que ser feito pra tentar ajudar nessa melhora, nessa reabilitação. (E1)

E se a família não for apoiar pior ainda porque ele por conta própria não toma medicamento. (E2)

No entanto, ao se falar sobre CAPS-AD é necessário compreender que o estigma relacionado ao uso de drogas também está presente na família e portanto, as consequências da dependência química interferem diretamente no contexto familiar, levando a desorganização, sofrimento e angústia⁵⁶. Além disso, é fundamental compreender também que a dependência muitas vezes é produzida dentro das relações familiares, uma vez que a drogadição pode ser entendida como um sintoma não só do usuário mas de todo o sistema familiar⁵⁶. Alguns estudos apontam aspectos preditores do abuso de substâncias psicoativas como a comunicação conflituosa, contextos de violência intra-familiar, modelos repetitivos de perpetuação do uso de drogas no ambiente familiar, conflitos conjugais ou geracionais^{57,58,59}, que foram ratificados nos discursos dos profissionais:

Você vai lá ver por que que ele começou a usar drogas. (pausa). Vindo de uma família disfuncional, onde ele sofreu muito trauma, muita agressão, aí ele foi pra rua, ou os pais eram viciados também em drogas...(E2)

... a história de vida de cada um é que consequentemente leva ao uso de álcool e outras drogas. Então, ou a desestruturação da família, ou a perda de emprego ou morte

mesmo de parentes ne...(E4)

Dessa forma, como apontado pelos médicos e por evidências científicas, a instituição familiar funciona como rede de apoio essencial para a reabilitação e cuidado dos usuários de drogas, mas a mesma pode estar em sofrimento, produzindo adoecimentos coletivos. Por isso, a presença da família no processo terapêutico desenvolvido no CAPS-AD, não é fundamental apenas por esta ser considerada base ou alicerce dos sujeitos, mas por esta necessitar também de acolhimento e tratamento das suas demandas.

Além disso, assim como a rede institucional, que dispõe de uma equipe multiprofissional e estruturas físicas que acolhem os usuários de drogas, a família também deve ser vista como essa rede de apoio para os sujeitos em abuso às SPAs, pois como apregoa Tykanori, a autonomia no paciente psicótico só será construída à medida que ele cria mais relações e dispõe de mais serviços que funcionem como pilares para esse sujeito⁶⁰. Assim, cada vez mais é importante a participação da família no trabalho terapêutico, assim como a articulação dos componentes que fazem parte da RAPS, não restringindo o cuidado apenas ao CAPS-AD.

Perfil dos usuários do CAPS-AD

Segundo o último Relatório Brasileiro sobre Drogas, nos anos de 2001 e 2005, a estimativa de dependentes de álcool no país foi superior em relação a outras drogas, correspondendo a 11,2% e 12,3% respectivamente, seguida pela dependência por tabaco, 9,0% e 10,1% e a por maconha, 1,0% e 1,2%. Entre os usuários, houve uma maior prevalência de uso e dependência entre homens do que entre mulheres⁶¹.

Reforçando os dados obtidos no relatório, o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira realizado em 2017 apontou que 46 milhões de pessoas fizeram o uso de substâncias alcólicas nos 30 dias anteriores à pesquisa e, que 2,3 milhões de usuários entre 12 e 65 anos apresentaram critérios para dependência nos 12 meses anteriores, sendo que entre os homens a dependência foi 3,4 vezes superior comparado às mulheres⁶². Fato evidenciado nas falas dos profissionais:

“Mais **homens**, tem algumas mulheres mas eu diria que é muito mais homens... o público que eu atendo muitas vezes é mais paciente de 50, **50 e poucos anos** e mais **etilistas** do que usuários de outras drogas... a maioria **negra**, raça negra.” (E1)

Quanto ao quesito raça/cor, tanto no Relatório quanto no III Levantamento não estavam presentes dados referentes a essa questão. Nos dados desagregados do Plano Municipal de

Saúde da cidade de Salvador²², correspondente aos anos de 2018 a 2021 consta informações dos pacientes atendidos no CAPS-AD segundo o gênero, revelando o percentual muito maior de homens do que mulheres, 79% para 21%. Mas não traz dados acerca do quesito raça/cor. O novo Plano Municipal que ainda está em aprovação não revela o percentual dos pacientes segundo o gênero, nem segundo os critérios de raça/cor⁶³, revelando que o plano sob consulta além de não avançar nos dados do perfil, retrocede.

Apesar desse apagamento na literatura e nas evidências atuais, os profissionais apontam a população negra como sendo maioria dos pacientes atendidos no CAPS:

Sim, em geral mais pretos e pardos ne, mais pretos e pardos **até por conta da nossa própria demografia ne**, nossa região, Bahia, Salvador temos isso mais. (E2)

É porque o que eles... é... é uma coisa que... habitualmente eu acho que são **negros ou pardos**, mas a maioria negra, raça negra. (E4)

Desde 2005, a Organização Mundial de Saúde reconhece que as dinâmicas sociais, econômicas, políticas, de raça/etnia, de gênero entre outras precisam ser consideradas na atenção e cuidado à saúde. A coleta do quesito raça/cor pelos profissionais é de suma importância para o enfrentamento do racismo enquanto determinante social em saúde, uma vez que preenchendo esse critério, há uma visibilidade maior em relação às iniquidades raciais e assim estratégias para a superação de práticas racistas podem ser fortalecidas⁶⁴.

Embora os médicos da entrevista abordem essa questão, dentro das suas falas é possível perceber elementos (destacados em negrito) que corroboram para a manutenção do racismo nos serviços de saúde. Para melhor compreensão, os discursos foram organizados e analisados nas categorias subsequentes.

Impacto do racismo

De acordo com o Plano Municipal de Saúde do município de Salvador⁶³, entre 2005 e 2012, a cidade registrou 8.653 homicídios na faixa etária de 15 a 29 anos, deste total, 92% eram jovens negros. No ano de 2020, além das mortes registradas por COVID-19, houve um aumento nos óbitos decorrentes de um desarranjo do sistema de saúde pública, incluindo a linha de cuidado de atenção à mulher, o que elevou os casos de mortalidade materna. Destes casos, 88% eram mulheres negras. No período de 2015 a 2020 registrou-se piores indicadores de cobertura do número mínimo de consultas pré-natais para mulheres negras, tendo apenas 60% delas acompanhamento adequado, inferior a todos os indicadores de cobertura para mulheres brancas ao longo dos anos. Além disso, quanto aos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis, observou-se uma maior frequência para doenças hipertensivas com destaque também para

população negra.

Durante a entrevista, foi perguntado aos profissionais o que eles entendiam e quais eram suas percepções sobre o racismo. As respostas seguiram essa linha:

Rapaz como assim? Eu não vejo isso tão forte aqui, ta? O racismo em si com relação a raça. O que eu vejo muito é uma discriminação em relação a doença psiquiátrica. Isso parece que é muito mais forte, entendeu? (E3)

Eu acho que assim é até assombroso hoje em dia a gente ainda tem que falar sobre isso, sabe. Ainda ter que se depara com situações tão constrangedoras de discriminação. O mundo ta tão evoluído ne em tantos pontos (risos) e a gente continua aqui, realmente que... impregnado ne na sociedade. É complicado ne, é deplorável mesmo. (E4)

Com o discurso dos profissionais é possível perceber que para eles o racismo abrange apenas uma concepção individualista. Nesse sentido, fundamentando-se nos escritos do advogado e filósofo Silvio Almeida, o racismo para esses médicos seria uma “irracionalidade” entendida apenas como “preconceito” que se faz presente na discriminação direta, ou seja, que permeia apenas os campos do comportamento e da educação e que portanto, deve ser combatido com punições. No entanto, esse pensamento limita a compreensão de que o racismo é um processo histórico e político que gera condições para que um grupo racial seja discriminado sistematicamente⁴. Dessa forma, mesmo com as evidências, não sabendo o que é o racismo e como ele opera, quando questionados sobre o impacto deste na saúde da população negra, os médicos entrevistados revelaram dificuldades para responder.

Não sei te responder, eu nunca parei pra pensar sobre isso ne. Nunca notei também isso, como eu falei eu nunca perguntei claramente. É.. é... racismo assim claro como deve ser identificado na minha prática. (E3)

Eu não sei, não sei te responder essa questão não, porque assim **acaba que o público que eu tenho aqui é um público da nossa grande maioria da população de Salvador ne, de Salvador, da Bahia**. Então não é algo que eu observo aqui. (E1)

Embora os médicos não consigam ter um discurso sobre os impactos do racismo na saúde da população negra, é necessário enfatizar aqui que estando no CAPS-AD e lidando com sujeitos em sofrimento psíquico por conta do uso abusivo de drogas, torna-se imprescindível perceber como a política proibicionista no Brasil recai diretamente numa guerra contra a população negra. A primeira lei que visava a proibição de drogas no país, a Pito do Pango, criminalizava tanto a maconha como a macumba, ou seja, já revelava o caráter racista que as políticas anti-drogas suplantariam no país. A Lei 11.343 que diferenciou o porte pessoal de drogas e o tráfico, não estabeleceu um critério objetivo para essa diferenciação, e assim a aplicação desigual da lei levou ao aumento exponencial da população carcerária, saltando de 32.880 para 146.276, sendo que 64% dessa população é negra⁶⁵.

A cor de Salvador

No último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁶⁶, entre as opções de raça/cor branca, preta, parda, indígena ou amarela, na qual se compreende a população negra como o somatório dos autodeclarados pretos e pardos, a população de Salvador correspondia a 2. 675.656 habitantes, sendo que 82,1% se declarava preta e/ou parda. Apesar desse número expressivo de pessoas negras, Salvador ainda continua remontando desigualdades de quando era capital da colônia. Segundo o Atlas Brasileiro do Desenvolvimento Humano²³, há uma discrepância em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (renda, longevidade e educação) entre a população negra e branca, na Bahia e no Município de Salvador, como representado na tabela abaixo:

IDH Censo	Bahia	Salvador
Desagregação BRANCO IDHM Renda Censo	0,737	0,888
Desagregação BRANCO IDHM Longevidade Censo	0,8	0,85
Desagregação BRANCO IDHM Educação Censo	0,612	0,787
Desagregação NEGRO IDHM Renda Censo	0,634	0,725
Desagregação NEGRO IDHM Longevidade Censo	0,779	0,832
Desagregação NEGRO IDHM Educação Censo	0,545	0,664

E apesar dos dados evidenciarem essa desigualdade racial, quando questionados sobre a demandas específicas da população negra, os profissionais trouxeram falas como as seguintes:

Assim... **eu acho que Salvador não tem muito (risos)** Não tem muito assim... é.. vamos dizer... o branco é exceção mesmo, ne... acho que a maioria é **parda e negros** ne..(E4)

É... na população negra eu, é... não vejo muita diferença em relação a transtorno mental propriamente dito. Esquizofrenia, bipolaridade essas coisas. Mas, é... eu não sei se é **por conta do território, da nossa geografia**, onde tem mais população negra nessa área, vamos dizer que mais de 80% ne dos usuários são de raça **negra e parda**, dos usuários de drogas nesse CAPS. (E1)

É importante pontuar que diversas vezes durante as entrevistas, os médicos usaram as expressões “negros ou pardos”, como destacado nas duas falas acima. Não saber que negros se refere ao somatório de pretos e pardos já demonstra um desconhecimento acerca da identificação da população negra que impacta diretamente na atenção em saúde. Uma das médicas entrevistadas se autodeclara parda, outro por exemplo se identifica como negro, mas segundo os dados coletados, para eles os negros são sempre o “outro”. Isso dificulta não só o

reconhecimento da população negra por parte dos profissionais, mas como também desfalca toda a luta do Movimento Negro para se compreenderem pretos e pardos como sujeitos negros.

Ademais, diante dos dados expostos -que não são novidades-, mesmo atendendo uma população majoritariamente negra, negar as demandas de saúde dessa população a despeito de uma homogeneização é negar um cuidado individualizado, singular e integral às pessoas negras, impactando negativamente na construção de práticas de saúde antirracistas. Mas essa negação não é fruto do acaso e para isso é preciso compreender como o mito da democracia racial ainda opera no imaginário coletivo dos brasileiros levando a perpetuação do racismo.

Mito da democracia racial

A ideologia funciona como imagem invertida do mundo real, estando presente nas relações sociais para ocultar mecanismos de opressão. O mito da democracia racial foi e continua sendo uma ideologia construída para escamotear as falhas do Estado brasileiro perante a desassistência direcionada a população negra⁶⁷.

Em 1888, ocorre no Brasil a abolição da escravidão com a Lei Áurea, no ano seguinte, tem-se a Proclamação da República que reafirma os direitos cidadãos. A partir desses momentos históricos foi criado no imaginário coletivo a ideia de que a população negra agora teria liberdade e oportunidades iguais aos brancos para conquistarem espaços importantes. No entanto, apesar dos avanços constitucionais, não houve nenhuma política implementada pelo Estado para promover o acesso aos bens públicos e privados pela população negra, que se encontrava desamparada após sua escravização, o que aconteceu foi um processo de negação de direitos que se perpetua até os dias atuais. Mesmo assim, para a elite brasileira o fracasso da pessoa negra era fruto da falta de competência, inteligência ou esforço próprio, uma vez que o Brasil era o país da “mistura e paraíso das raças”⁹.

Dessa forma, no período que se instaura a República, para justificar as “deficiências individuais” do povo negro, as teorias raciais da época foram responsáveis por endossar a ideia de degeneração associada a raça negra, e, portanto, a construção identitária pretendida pela nação precisava passar pelo embranquecimento da população para garantir a limpeza étnica do país⁹.

Embora, em 1930, cresce no Brasil uma preocupação quanto ao desenvolvimento social do país e assim as teorias raciais tornaram-se obsoletas, Gilberto Freyre retoma a utopia do paraíso das

raças e, através de Casa Grande & Senzala transforma a “mestiçagem” - antes vista como degenerada - em marco positivo do povo brasileiro, reforçando a cordialidade inata e a benignidade da escravidão⁶⁸. Essa “miscigenação” vista como meramente benéfica, mas que encobre propositalmente o racismo operado pelo Estado é palco ainda de muitas falas e pensamentos atuais:

E quanto a raça? Qual o perfil dos pacientes aqui? (Eu)

A raça... eu não sei, acho muito complicado raça em brasileiro viu. Porque nós **somos uma raça mestiça ne**. Eu não me atento muito a isso não sabe. Pra mim é... **eu não consigo enxergar isso muito bem**. Pra mim quase **todo mundo é mestiço, é negro ou mulato**. (E3)

O termo “raça” não é fixo e estático, mas sim um conceito fluido que está atrelado às circunstâncias históricas, logo se vincula às relações de poder e decisão⁴. Embora a raça seja fruto de uma construção política e social organizada para separar os sujeitos e justicar o racismo, em decorrência da posituação do movimento negro para resistir aos processos de dominação, a ideia de raça se ressignificou ao ponto de ser entendida como instrumento de luta por direitos, para afirmação de valores e de identidade^{9,64}.

Logo, é inegável a importância de se enxergar a dimensão racial para reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil e sua conseqüente marginalização e vulnerabilidade perpetuada desde a abolição da escravatura.

No entanto, o objetivo de instalar no ideário brasileiro o mito da democracia racial foi e continua sendo afastar o Estado da responsabilidade de lidar com as iniquidades raciais, justificando inclusive a meritocracia e abrindo espaço para discursos como esses:

Mas ah... a princípio eu não concordo com as cotas, eu acho que até... me parece discriminação sabe. Poxa se fosse pelo nível só socioeconômico é uma coisa, ta bom vai ter uma cota pra escola pública... agora pela cor? (E4)

A meritocracia se liga estreitamente ao neoliberalismo ao passo que incentiva o individualismo como premissa para o sucesso, responsabilizando os sujeitos acerca de aspectos das suas vidas que na verdade cabem à estrutura social. A negação do racismo e o mito da democracia racial encontram seus pilares no discurso da meritocracia⁴. Afinal, através dessas concepções, acredita-se que o Brasil oferece oportunidades iguais para os diferentes grupos raciais e portanto, políticas públicas que combatam às iniquidades de raça seriam desnecessárias uma vez que a não ascensão de uma pessoa negra aos espaços de poder é responsabilidade exclusivamente da sua falta de esforço⁶⁹.

No entanto quando uma pessoa branca se posiciona contra o sistema de cotas, já revela a

fragilidade do discurso meritocrático, pois se de fato a meritocracia é entendida como o meio pelo qual as pessoas devem conquistar seus espaços e isso é tido como o comportamento das pessoas brancas, quem se esforça, ou seja os brancos, não deveriam se incomodar ou se sentirem ameaçados com as políticas afirmativas, já que o espaço deles está garantido pelo mérito. O que na verdade a contraposição às cotas revela é o não querer abrir mão do privilégio branco e sim que se permita a manutenção de vantagens concedidas aos brancos sob a égide do racismo. E dessa forma, com medidas injustas que beneficiam pessoas de cor branca, essa hegemonia racial vem se construindo por séculos através da perpetuação do poder político, econômico, educacional e judiciário nas mãos de pessoas brancas⁶⁹.

O racismo no Brasil mata e deixa morrer aqueles que tem a pele marcada pela cor. Segundo o Atlas da Violência de 2020²², 75,7% das 57.956 mortes violentas ocorridas no país foram de vítimas negras, sendo 68% desse total representado por assassinatos a mulheres negras. Somando-se aos dados, a taxa de óbito por COVID-19 é muito maior entre a população negra, representando 57% de mortes em comparação aos 34,4% de mortes de pessoas brancas⁷⁰.

Segundo o IBGE⁶⁶, a proporção da população branca ocupada exercendo trabalho foi de 45,6% em comparação a 53,5% da população negra. Apesar disso, há uma segregação no mercado de trabalho ainda muito significativa na qual pretos e pardos ocupam mais atividades de Agropecuária, Construção e Serviços domésticos. Em 2020, a população ocupada branca ganhava em média 73,3% a mais do que a população negra. Outro dado importante é que a pandemia intensificou as desigualdades também encontradas na educação. Estudantes de 15 a 17 anos de raça branca apresentaram percentual de 67,3% para acesso a computador ou notebook e Internet no domicílio enquanto estudantes pretos e pardos tinham 46,8%, uma diferença de mais de 20 pontos percentuais. A proporção de pessoas em famílias que consideram sua condição de moradia “ruim” foi significativamente mais alta entre negros em relação aos brancos, 9,5% e 5,3% respectivamente.

Apesar dos dados, a negação ao racismo fundada na ideia de democracia racial tecem pensamentos e atitudes aparentemente ocasionais que solidificam o desconhecimento e a perpetuação proposital das iniquidades raciais.

Desconhecimento acerca das demandas de saúde da população negra

As pesquisas desenvolvidas até o presente momento, trazidas inclusive nas categorias anteriores, constata sem dúvida alguma que existe no Brasil uma diferença brutal nas

condições de viver, adoecer e morrer dependendo da raça/cor da população no país. Inexoravelmente, indicadores socioeconômicos como educação, renda familiar, ocupação e moradia determinam os processos de saúde e doença dos sujeitos. Ao cruzar essas variáveis com o quesito raça/cor, os resultados reforçam o impacto dessas condições nos níveis de morbimortalidade da população negra⁷¹.

Ratificando o que foi dito, atualmente já há respaldo científico para identificar algumas doenças mais prevalentes na população negra, como a anemia falciforme, a doença hipertensiva específica da gravidez, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Ademais, é evidente por exemplo que existe uma maior porcentagem de mortes evitáveis nos óbitos de crianças negras decorrentes de pré-natais e partos sem assistência adequada, além de uma maior taxa de mortalidade materna também referente às mulheres negras⁷¹. No entanto, apesar dessa ampla constatação, há ainda quem não reconheça a presença do racismo na sociedade brasileira e desconheça as demandas de saúde da população negra, como visto nas falas dos profissionais entrevistados:

Você consegue notar diferenças nas demandas de saúde da população negra em relação a população branca?(Eu)

É porque como...pensando na saúde mental, eu só trabalho aqui desse jeito, não trabalho em outro setor pra fazer essa comparação. (E1)

Rapaz, é... existe alguns tipos de transtornos ne que são mais assim relacionados que a gente pode correlacionar melhor com algumas raças, essas coisas ne. É... na população negra eu, é... não vejo muita diferença em relação a transtorno mental propriamente dito. (E2)

Inicialmente, foi perguntado aos profissionais acerca de demandas saúde, mas por estarem no CAPS-AD, os mesmos fizeram um recorte referente à saúde mental. Não sabendo responder sobre estas demandas, foi perguntado então quanto às questões apenas de “saúde física”. As respostas seguiram essa lógica:

É... não eu não consigo fazer essa distinção não, acho que tem muito mais a ver com a situação econômica, socioeconômica ne. (E4)

Sim, a gente tem por exemplo **tem lugares** é.. que a gente vê que o acesso é mais difícil. Mas eu não sei se é por questão... **não acho que é por questão de raça**, acho que é **por questão de acesso financeiro sabe?** E aí pode ser uma questão secundária ne, mas por exemplo a gente vê que a quantidade de pacientes mestiços, é... negro e mulatos em unidades por exemplo hospitalares e o acesso a particular por exemplo a convênio é menor. (E3)

Segundo Myrdal, a situação da população negra deve ser explicada pelo que se denominava causas cumulativas. Por exemplo, por pessoas negras serem discriminadas no acesso à

educação, elas têm mais dificuldade para conseguir um trabalho, além de terem menos informações sobre cuidados com a saúde. Assim, há uma maior dificuldade em conseguir um emprego e também de permanecer nele⁷².

Inúmeras pesquisas demonstram que a raça é um marcador determinante de desigualdade socioeconômica, e portanto direitos sociais, políticas de combate à pobreza são irrelevantes se o fator raça/cor não for levado em consideração⁴. Dessa forma, não há como falar sobre agravamento das iniquidades sociais trazendo uma perspectiva somente de classe, uma vez que a raça também atravessa os indicadores socioeconômicos e revela maior marginalidade e vulnerabilidade da população negra no Brasil.

No entanto, ao tocar nesse ponto – socioeconômico -, o que as falas dos profissionais carregam é a tentativa a todo custo de negar o racismo e as demandas de saúde da população negra, nesse caso chegando a justificar possíveis iniquidades, como a falta de acesso aos serviços de saúde, apenas às desigualdades econômicas que para eles não têm raça nem cor.

Desconhecimento acerca da Política de Nacional de Saúde Integral da População Negra

Um dos pilares do Sistema Único de Saúde no Brasil é a equidade, a qual se baseia no princípio de “justiça redistributiva”, ou seja, cabe ao sistema de saúde reparar situações de desigualdade através da oferta adequada de serviços e condições de vida⁷³. Assim, à medida que o Ministério da Saúde reconheceu a legitimidade da existência do racismo institucional, em 2009 foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), cujo compromisso é reconhecer o racismo e combatê-lo com vistas à promoção de equidade em saúde²⁷.

Para os trabalhadores da Atenção Primária, conhecer a PNSIPN é de suma importância para a implementação de práticas de saúde sincronizadas com as reais necessidades da população negra, ao passo que estudos revelam que 76% dos atendimentos no SUS são de usuários negros e negras⁷¹. Embora, muitos profissionais ainda não conhecem ou nunca leram nada sobre a Política. Essa realidade também foi percebida pelos médicos entrevistados na pesquisa.

Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? (Eu)

Sim. Já ouvi falar, mas nunca li. (E4)

Já ouvi falar, já ouvi falar, mas assim as regras se você me perguntar, as pautas mesmo eu não saberia dizer (E2)

Assim, não tendo lido a Política nem sabendo o que de fato a PNSPN se propõe, os médicos

entrevistados não têm ideia também do impacto e a importância da Política para a promoção de saúde da população negra, como demonstrado nas falas seguintes:

Não consigo, não consigo avaliar porque como eu não li a política aí eu não sei o que tá escrito, eu não consigo avaliar. Nunca parei, **por exemplo aqui no caps a gente nunca discutiu sobre isso.** (E3)

Não entendo muito as políticas. Então não sei como seria esse impacto que você me pede, esse impacto porque não sei, eu vejo que talvez... eu nem sei, nem sei direito quais são essas políticas assim em si especificamente. (E2)

Esse desconhecimento e despreparo por parte dos médicos da pesquisa não se construiu por acaso. O racismo institucional não se refere apenas às dificuldades de acesso por parte da população negra aos serviços que são seus por direito, mas também se apresenta quando profissionais e gestores ignoram a questão racial e se ausentam de conhecimentos e reflexões que contribuem para práticas de saúde antirracistas⁷⁴. Como já abordado nesse trabalho, o mito da democracia racial, ainda presente no Brasil, possibilita a perpetuação de práticas discriminatórias e faz soar irrelevante qualquer esforço que se direcione contra o imaginário de um país homogêneo, universal e igualitário. Embora pareça ser ingênuo, negar o conhecimento acerca das demandas de saúde da população negra, bem como acerca da Política que visa combater as iniquidades raciais é a forma mais arquitetada de manutenção do racismo no Brasil, afinal não se combate aquilo que não se vê ou que está em paz.

Pra um pesadelo estéril até durou demais

Reconheça sério que o mal foi sagaz

Como um bom cemitério tudo está em paz

Em paz

Emicida

Vale ressaltar que o trabalho apresentado possui algumas limitações. Entre elas, destacam-se o método de coleta de dados e o tamanho amostral. Como a forma de coleta variou a depender da preferência do profissional, um dos médicos decidiu realizar a entrevista virtualmente, diferenciando-se assim das demais entrevistas, que foram realizadas presencialmente. Quanto ao tamanho amostral, não foram realizadas entrevistas em um determinado CAPS-AD de Salvador pois o mesmo não pertencia a administração da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e sim ao estado, e a carta de anuência liberada pela SMS permitia acesso apenas aos serviços vinculados ao município. Dessa forma, o número de profissionais entrevistados foi reduzido. No entanto, apesar das limitações, o estudo não teve sua qualidade comprometida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo dos objetivos demarcados nesse estudo que buscava analisar as práticas assistenciais desenvolvidas por médicos(as) para a saúde mental da população negra nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) do município de Salvador, é possível perceber que os profissionais entrevistados trazem em seus discursos elementos de cuidado essenciais para os usuários do CAPS-AD, como por exemplo a Redução de Danos e as Oficinas Terapêuticas, instrumentos importantes para a reabilitação e resinserção dos pacientes no meio social, além da presença de uma equipe multiprofissional, a qual garante a integralidade na assistência à saúde, possibilitando a construção de estratégias que visam a autonomia dos usuários, bem como a importância da família estar inserida no processo terapêutico, uma vez que a mesma é o principal alicerce dos sujeitos em sofrimento psíquico, e também apresenta demandas que precisam ser acolhidas.

Assim como as potencialidades desses instrumentos, os profissionais também enfatizaram alguns desafios e limitações presentes no CAPS-AD, ressaltando a desarticulação dos serviços de saúde em promover um cuidado integral e compartilhado aos usuários, o que resulta na dificuldade de encaminhamentos e na saturação dos Centros de Atenção Psicossocial com pacientes que deveriam estar vinculados e acompanhados pela Atenção Básica, por exemplo.

No entanto, apesar desses pontos relevantes, o que fica marcado nas entrevistas realizadas é que não houve por parte dos profissionais uma perspectiva racializada quanto todas essas questões abordadas. O mito da democracia racial ainda atua de tal forma que os médicos da pesquisa não souberam falar sobre o impacto do racismo no Brasil, sobre as demandas de saúde da população negra, e assim as práticas de cuidado ressaltadas por eles se enquadraram como ações universais e homogêneas, já que para eles o racismo não é visto como um problema estrutural que afeta a saúde.

A política anti-drogas se traveste de uma política racista, ao associar, desde a primeira lei proibicionista, o uso de SPAs ao crime, à violência e à população negra. Logo, as injustiças, a exclusão social, a segregação racial e a atuação seletiva das instituições judiciais contra os negros e negras desse país, perpetua a lógica manicomial que afasta a população negra dos espaços sociais, nega possibilidades de ser e produz opressões capazes de naturalizar a marginalização de jovens, pretos, pobres e periféricos.

Dessa forma, mesmo com os avanços constitucionais conquistados, com o estabelecimento de uma Política de Saúde Integral da População Negra, e a criação de espaços substitutivos aos

modelos asilares, como o CAPS-AD por exemplo, ambiente aberto e vivo, ainda assim muito caminho há de ser percorrido. Afinal, os dados que constataam a brutalidade do racismo nesse país, revelando que a pele negra é a pele alvo desse sistema, assim como as estruturas físicas que tentam escapar das arquiteturas manicomiais, parecem não ser suficientes para a construção de práticas médicas antirracistas e verdadeiramente imbricadas com a luta antimanicomial, já que o racismo é um problema complexo a ser combatido também no imaginário coletivo da sociedade brasileira. Por isso, sigamos.

Viver é partir, voltar e repartir

Morte é quando a tragédia vira um costume

Partir, voltar e repartir

Pra diferença da qual ninguém tá imune

Viver é partir, voltar e repartir

Mas ouça de alguém que nasceu num tapume

Partir, voltar e repartir

É só na escuridão que se percebe os vagalumes

Emicida

REFERÊNCIAS

1. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2002 jan. /apr.; 9(1): 25–59.
2. Guljor AP.; Amarante P. Movimentos Sociais e Luta Antimanicomial: Contexto Político, Impasses e a Agenda Prioritária. *Cad do CEAS Rev crítica de humanidades*. 2017 set. /dez.; (242): 635-656.
3. Carneiro Tavares R.; Gomes Sousa SM. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em Saúde Mental. *Saúde em Debate*. 2009 maio. /ago.; 33(82): 252-263.
4. Almeida S. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento; 2018.
5. Passos RG. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*. 2018 set. /dez.; 10(3): 10–22.
6. Camargo David E.; Gonçalves Vicentin MC. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em Debate*. 2020 out.; 44(3): 264-277.
7. Bastos FI, Bertoni, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014.
8. Costa JF. A História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
9. Pereira AA. O Mundo Negro: Relações Raciais e a Constituição do Movimento Negro Contemporâneo no Brasil. Rio de Janeiro: Pallas; 2013.
10. Souza NS. Tornar-se Negro: As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1983.
11. Fernandes F.; Bastide R. Brancos e Negros em São Paulo. 2a ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1959.
12. Telles E. Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2003.
13. Maio MC.; Santos RV. Raça, Ciência e Sociedade. 20a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996.
14. Serra LN.; Scarcelli IR. Por um sangue bandeirante: Pacheco e Silva, um entusiasta da teoria eugenista em São Paulo. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam*. 2014 mar.; 17(1):85–99.
15. Engel MG. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 1998 nov. / 1999 fev.; 5(3): 547–563.
16. Mbembe A. Necropolítica. 3a ed. São Paulo: n-1 edições; 2018.

17. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1998.
18. Manifesto de Bauru, 1987. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. [Internet]. 1987. [Acesso em 10 nov. 2020]. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>
19. Berlinck MT.; Magtaz AC.; Teixeira M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam. 2008 mar.; 11(1): 21–27.
20. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. [Internet]. 2003. [Acesso em 21 abr. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf
21. Garcia, PT; Reis, RS. Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. São Luís: EDUFMA; 2018.
22. Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. [Internet]. 2018. [Acesso em 21 abr. 2021]. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf
23. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da violência. [Internet]. 2020. [Acesso em 20 nov. 2020]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>
24. Ministério da Saúde. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros: 2012 a 2016. [Internet]. 2018. [Acesso em 20 nov. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-39972>
25. Batista LE.; Barros S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2017; 33: 1–5.
26. Chor D.; Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005 set. /out.; 21(5): 1586–1594.
27. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.678, de 13 de agosto de 2004. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, e dá outras providências. Diário Oficial da União 16 ago 2004.
28. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. [Internet]. 2017. [Acesso em 14 fev. 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
29. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Salvador: EDUFBA; 2008.

30. Minayo MCS.; Deslandes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26a ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
31. Lakatos, EM.; Marconi de Andrade, M. Fundamentos de metodologia científica. 7a ed. São Paulo: Atlas; 2010.
32. Bauer, MW.; Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 13a ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
33. Amarante, P., & Nunes M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. Saúde Colet*, 23(6), 2067-74.
34. Santos, VB.; Miranda M. Projetos/Programas de redução de danos no Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Psic, Diversidade e Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em: 24 jan. 2022]; 5(1):106-118. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/download/841/597>
35. Santos, VE.; Soares, CB.; Campos, CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis* [Internet]. 2010 [acesso em: 24 jan 2022]; 20(3):995-1015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a16.pdf>
36. Teixeira, MB.; Ramoa, ML.; Engstrom, E.; Ribeiro, JM. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 [acesso em 25 jan 2022]; 22(5), 1455-1466. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QjdFzJrX8NYKbGhYp95WfKb/?format=pdf&lang=pt>
37. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. [Internet]. 2003. [Acesso em 21 abr. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf
38. Tavares DH, Silva AB, Pavani FM, Nunes CK, Franchini, B, Rodrigues CGSS. Práticas de cuidado em um CAPS-AD: Sobre a abstinência e redução de danos. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [acesso em: 18 fev 2022]; 10(6) Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15897>
39. Pereira SS, Zerbetto SR, Nóbrega MPSS, Silveira RWM, Gonçalves, AMS, Protti-Zanatta, ST. Harm reduction conceptions: speeches of Primary Health Care nursing professionals. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em 22 fev 2022]; 73(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0021>
40. Moreira CR, Soares CB, Campos CMS, Laranjo THM. Harm reduction: trends being disputed in health policies. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em 22 fev 2022]; 72(2):312-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0671>
41. Xavier, RT.; Limberger, J.; Monteiro, JK.; Andretta, I. Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais* [Internet]. 2018 [acesso em 24 fev 2022]; 13(1): 1-12. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2815
42. Andrade, TM. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: Edufba; 2004.

43. Dias, JDDAS. Oficinas terapêuticas como estratégia para reinserção psicossocial e produção de vínculo. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas* [Internet]. 2018 [acesso em: 26 jan. 2022];3(5) 129-145. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15933/13006>
44. Moura, FG.; Santos, JE. O cuidado aos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. *SMAD, Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas* [Internet]. 2011. [acesso em: 2 mar 2022]; 7(3), 126-132. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49585>
45. Cruz HAB, Bastos MCC, Lima CM, Araújo RLMS, Novaes AL. Oficinas artísticas como ferramenta reabilitadora da saúde mental no CAPS. *Rev. Brazilian Journal of Development*. [Internet]. 2021 nov [acesso em 05 mar. 2022]; 7(11): 106010-106021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-303>
46. Aires, JSF.; Vianna, K.; Tsallis A. Oficinas terapêuticas em saúde mental: pesquisando COM a Teoria Ator-Rede. *Fractal, Rev. Psicol.* [Internet]. 2022. [acesso em: 20 abr. 2022];33(3):212-7. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5986>
47. Bezerra, EBN. O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Estud. pesqui. psicol.* [Internet]. 2018. [acesso em 20 abr. 2022]; 18(1): 169-188. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100010&lng=pt&nrm=iso
48. Brasil. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: 2002. Dispõe sobre Modalidades, Organização e Funcionamento dos CAPS. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 Fev 2002.* [acesso em 2020 set 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
49. Reeves S. *Developing and Delivering Practice-based Interprofessional Education*. Berlin: Verlag Dr. Müller; 2008
50. Oliveira GM, Daltro MR. ‘Coringas do cuidado’: o exercício da interprofissionalidade no contexto da saúde mental. *Saúde em Debate* [Internet]. 2020. [acesso em 21 abr. 2022]; 44(3): 82-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E309>
51. Minuchin, P. Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development* [Internet]. 1985. [acesso em 21 abr. 2022]; 56: 289-302. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3886321/>
52. Schrank G, Olschowsky A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2008. [acesso em 21 de abril 2022];42(1): 127 - 134. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100017>.
53. Borges, CD.; Schneider, DR. O processo do cuidado em um capsad na perspectiva de usuários e familiares. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.* [Internet]. 2020. [acesso em 24 abril 2022]; 40 (99): 227-240. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000200007&lng=pt&nrm=iso

54. Azevedo DM, Miranda, FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSAd do município de Natal-RN: com a palavra a família. Escola Anna Nery [Internet]. 2010. [acesso em 24 abril 2022]; v. 14, n. 1, pp. 56-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100009>
55. Paula ML, Jorge MSB, Albuquerque RA, Queiroz, LM. Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. Saúde e Sociedade [Internet]. 2014. [acesso em 27 abril de 2022]; 23(1),118-130. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100009>
56. Paz FM, Colossi PM. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. Estudos de Psicologia (Natal) [Internet]. 2013. [acesso em 27 abril de 2022]; 18(4): 551-558. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000400002>
57. Tucci AM. Fatores associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas: história de abuso e negligência na infância, história familiar e co-morbidades psiquiátricas. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2005. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/20557>>
58. Freires, IA.; Gomes, EMA. O Papel da Família na Prevenção ao uso de Substâncias Psicoativas. Revista Brasileira de Ciências da Saúde [Internet]. 2012. [acesso em 26 abril 2022]; 16(1): 99-104. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10899>
59. Silva, ML.; Guimarães, CF.; Salles, DB. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. Rev. Rene [Internet].2014. [acesso em 26 abril 2022];15(6):1007-1015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3301/2540>
60. Santos, NS. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira [Internet]. 2000. [acessado em 4 maio de 2022]; 20 (4): 46-53. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932000000400006>>
61. Opaleye, ES; Noto, AR; Locatelli, DP; Amato, TC; Bedendo, A. II Relatório Brasileiro Sobre Drogas: Resumo dos Dados por Unidade Federativa. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos; 2021.
62. Bastos FIPM et al. (org). III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela População Brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT; 2017.
63. Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. [Internet]. 2022. [Acesso em 23 abr. 2022]. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/plano-municipal-de-saude-2022-2025/>
64. Silveira R, Rosa R, Fogaça G, Santo L, Nardi H, Alves M, Bairros F. Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul

- do Brasil. Saúde e Sociedade [Internet]. 2021. [acesso em 23 abril 2022]; 30(2): 200-414. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200414>
65. Surjus LTLS, Silva PC. Redução de Danos: Ampliação da vida e materialização de direitos. [Internet] São Paulo: UNIFESP; 2019. [acesso em 13 abril 2022]. Disponível em: <<https://www.unifesp.br/campus/san7/images/E-book-Reducao-Danos-versao-final.pdf>>
 66. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2020. Rio de Janeiro, IBGE, 2020.
 67. Costa, EV. Da monarquia à república: momentos decisivos. São Paulo: Unesp; 2010.
 68. Ortiz R. Cultura brasileira e identidade nacional. 4 ed. São Paulo: Brasiliense; 1994.
 69. Melo, WC.; Schuman, LV. Mérito e mito da democracia racial: uma condição de (sobre)vivência da supremacia branca à brasileira. Rev. Espaço Acad.[Internet]. 2022. [acesso em: 20 abr. 2022]. 21: 14-23. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/59991>
 70. Santos HLPC. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2020 out [Acesso em 1 maio 2022]; 25(2): 4211-4224. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.25482020>>.
 71. Batista LE.; Werneck J.; Lopes F. Saúde da população negra. Petrópolis: De Petrus et Alii; 2012.
 72. Myrdal G. An American Dilema: The Negro Problem ad the American Democracy. Nova York; Londres: Harpers & Brothers; 1944.
 73. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Caderno de textos básicos do Seminário Nacional de Saúde da População Negra [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2004.
 74. Matos, CC de SA.; Tourinho, FSV. Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade [Internet]. 2018 [acesso em: 01 maio 2022];13(40):1-12. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1712>

APÊNDICE A ENTREVISTA

Perfil do entrevistado

Nome:

Idade:

Gênero:

Orientação sexual:

Raça/cor:

Há quanto tempo atua CAPS-AD:

Especializações e/ou capacitações em saúde mental:

Atuação com Álcool e outras Drogas

Como se deu a sua trajetória no campo da saúde mental?

De que forma os princípios da Reforma Psiquiátrica estão presentes no cotidiano do seu trabalho?

O que você apontaria como principais desafios na sua prática no Caps AD? Quais as estratégias de cuidado você utiliza para os pacientes no Caps AD? Você utiliza a Redução de Danos como estratégia de cuidado?

Qual perfil epidemiológico dos usuários você mais identifica na sua prática?

Políticas afirmativas para População Negra

Qual sua percepção sobre o racismo?

Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População

Negra? Há algo que te chame atenção na Política PNSIPN?

Qual sua opinião a respeito das políticas ações afirmativas, incluindo a PNSIPN?

Como profissional de saúde, você consegue notar o impacto dessa Política para a atenção em saúde das pessoas negras?

Práticas de cuidado:

Quando um(a) usuário(a) chega ao seu consultório, você costuma observar a raça/cor desse(a) paciente?

Você questiona a raça a qual essa pessoa se identifica?

Você acha que o racismo pode impactar na saúde mental de uma pessoa? Como?

Frente ao sofrimento de uma pessoa negra, quais atitudes são tomadas para o cuidado desse(a) usuário(a)?

Uma mulher negra chega ao seu consultório em uso abusivo de crack. Quais considerações que você levaria em conta ou perguntaria para compreender o processo de dependência dela?

APÊNDICE B
TCLE-VIRTUAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“Práticas médicas desenvolvidas para Saúde Mental da População Negra nos CAPS-AD em Salvador-Ba.”**. O estudo será realizado através de uma entrevista semiestruturada gravada sob responsabilidade de Yreza Carolle Soares da Cruz, estudante de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), sob a orientação da Professora Patrícia Gabriele Chaves dos Santos, docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Nesta pesquisa pretendemos analisar as práticas desenvolvidas por médicos e médicas para a saúde mental da população negra nos Centros de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas do município de Salvador-BA. Para isso, as perguntas da entrevista buscarão analisar a experiência do(a) profissional no campo da saúde mental, bem como sua percepção sobre o perfil populacional que o CAPS-AD abrange, sua compreensão sobre o racismo e o impacto deste na saúde dos usuários, além de entender as práticas de cuidado adotadas em seu cotidiano. Questionando por exemplo como se deu sua trajetória no campo da saúde mental, os desafios em trabalhar nos CAPS-AD, as estratégias de cuidado, assim como sua percepção sobre o racismo, opinião sobre políticas afirmativas, o impacto destas na saúde, além de indagar sobre as atitudes tomadas para o cuidado dos usuários do sistema de saúde.

O encontro será realizado através de plataformas digitais, como ZOOM.US ou Google Meet. Após a coleta dos dados, realizaremos uma transcrição da entrevista, que estará gravada, seguida de uma categorização e análise das respostas. Com base nos resultados obtidos pela sua participação voluntária, poderemos expor práticas de saúde que vem apresentando resultados positivos para a população negra, possibilitando o reconhecimento e replicação dessas práticas.

Durante todo o período do estudo, o(a) Sr(a) tem o direito de sanar quaisquer dúvidas ou solicitar qualquer outro esclarecimento, basta entrar em contato com as pesquisadoras, através dos contatos telefônicos e endereço, abaixo informado. Além disso, o(a) Sr(a) tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou constrangimento.

Garantimos ao(à) Sr(a), o ressarcimento de possíveis despesas devidas sua participação na pesquisa através das pesquisadoras (assistente e principal) desta pesquisa, ainda que não

previstas inicialmente. Além do mais, o(a) Sr(a) poderá solicitar indenização caso haja algum dano comprovadamente causado pela pesquisa.

Os dados colhidos são confidenciais, atendendo a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados serão analisados e poderão ser publicados como artigo e/ou resumo científicos. Nada que o(a) identifique aparecerá nas publicações, não havendo prejuízo à tua imagem e confidencialidade.

Por fim, é essencial esclarecer que sempre há riscos envolvidos em toda e qualquer pesquisa com pessoas. Nesse estudo, pode ocorrer vazamento das informações que serão catalogadas e identificação do profissional, constrangimento ou desconforto. Para diminuir o risco de vazamento de dados e identificação do profissional, garantiremos o arquivamento dos documentos num computador pessoal, o qual será protegido por senha e apenas a orientadora e a orientanda da pesquisa terão acesso aos dados compilados. Os dados serão armazenados por um período de 5 anos após coletados e deletados definitivamente após o prazo definido. Para reduzir a possibilidade de constrangimento ou desconforto durante o processo de coleta, iremos deixar o entrevistado à vontade para responder da forma que achar melhor, sem pressioná-lo, deixando-o o mais confortável possível durante a entrevista. Mesmo assim, caso haja constrangimento ou desconforto, o profissional entrevistado poderá finalizar a entrevista e os dados coletados até o momento poderão ser descartados e não utilizados na pesquisa.

Por se tratar de uma pesquisa online, o TCLE estará disponível através de um link, enviado junto com a mensagem do convite para participar do estudo. Caso tenha interesse em participar da pesquisa, deverá clicar no link, onde terá acesso ao conteúdo do TCLE e, após leitura, confirma, em campo específico, ter lido e aceito os termos contidos nesse documento. A via original deste termo será disponibilizada através do seu e-mail, onde consta o contato dos pesquisadores, nos quais poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e a participação. Uma das vias será arquivada pela pesquisadora responsável.

Suas dúvidas e esclarecimentos quanto a qualquer aspecto deste estudo poderão ser solicitados em qualquer momento (antes, durante e após o estudo), através dos seguintes contatos:

Pesquisadora Assistente: Yreza Carolle Soares da Cruz; 73 98111-1224;
yrezacruz18.2@bahiana.edu.br

Pesquisadora Principal (orientadora): Patrícia Gabriele Chaves dos Santos; 71 99189-0553;
patriciachaves@bahiana.edu.br

Caso haja dúvidas não esclarecidas pelas pesquisadoras ou denúncia, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Av.

D. João VI, 274 – Brotas – CEP: 40.285-001 – Salvador, Bahia. Tel.: (71) **983837127**,
E-mail: cep@bahiana.edu.br

Eu, fui informado (a) dos objetivos e da justificativa da pesquisa de forma clara e detalhada. Também fui garantido pelo pesquisador sigilo que assegure a privacidade dos dados obtidos na pesquisa. Li e compreendi os objetivos do estudo, e em caso de qualquer dúvida, poderei entrar em contato com a equipe do estudo. Fui informado(a) que receberei uma via desse documento. **Declaro que concordo em participar da pesquisa.**

APÊNDICE C
TCLE - PRESENCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“Práticas médicas desenvolvidas para Saúde Mental da População Negra nos CAPS-AD em Salvador-Ba.”**. O estudo será realizado através de uma entrevista semiestruturada gravada sob responsabilidade de Yreza Carolle Soares da Cruz, estudante de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), sob a orientação da Professora Patrícia Gabriele Chaves dos Santos, docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Nesta pesquisa pretendemos analisar as práticas desenvolvidas por médicos e médicas para a saúde mental da população negra nos Centros de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas do município de Salvador-BA. Para isso, as perguntas da entrevista buscarão analisar a experiência do(a) profissional no campo da saúde mental, bem como sua percepção sobre o perfil populacional que o CAPS-AD abrange, sua compreensão sobre o racismo e o impacto deste na saúde dos usuários, além de entender as práticas de cuidado adotadas em seu cotidiano, perguntando por exemplo como se deu sua trajetória no campo da saúde mental, os desafios em trabalhar nos CAPS-AD, as estratégias de cuidado, assim como sua percepção sobre o racismo, opinião sobre políticas afirmativas e o impacto destas na saúde.

O encontro será realizado presencialmente no CAPS-AD que o(a) Sr(a) atua, em horário previamente estabelecido. Após a coleta dos dados, realizaremos uma transcrição da entrevista, que estará gravada, seguida de uma categorização e análise das respostas. Com base nos resultados obtidos pela sua participação voluntária, poderemos expor práticas de saúde que vem apresentando resultados positivos para a população negra, possibilitando o reconhecimento e replicação dessas práticas.

Durante todo o período do estudo, o(a) Sr(a) tem o direito de sanar quaisquer dúvidas ou solicitar qualquer outro esclarecimento, basta entrar em contato com as pesquisadoras, através dos contatos telefônicos e endereço, abaixo informado. Além disso, o(a) Sr(a) tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou constrangimento.

Garantimos ao(à) Sr(a), o ressarcimento de possíveis despesas devidas sua participação na pesquisa através das pesquisadoras (assistente e principal) desta pesquisa, ainda que

não previstas inicialmente. Além do mais, o(a) Sr(a) poderá também solicitar indenização caso haja algum dano comprovadamente causado pela pesquisa.

Os dados colhidos são confidenciais, atendendo a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados serão analisados e poderão ser publicados como artigo e/ou resumo científicos. Nada que o(a) identifique aparecerá nas publicações, não havendo prejuízo à tua imagem e confidencialidade.

Por fim, é essencial esclarecer que sempre há riscos envolvidos em toda e qualquer pesquisa com pessoas. Nesse estudo, pode ocorrer vazamento das informações que serão catalogadas e identificação do profissional, constrangimento ou desconforto. Para diminuir o risco de vazamento de dados e identificação do profissional, garantiremos o arquivamento dos documentos num computador pessoal, o qual será protegido por senha e apenas a orientadora e a orientanda da pesquisa terão acesso aos dados compilados. Os dados serão armazenados por um período de 5 anos após coletados e deletados definitivamente após o prazo definido. Para reduzir a possibilidade de constrangimento ou desconforto durante o processo de coleta, iremos deixar o entrevistado à vontade para responder da forma que achar melhor, sem pressioná-lo, deixando-o o mais confortável possível durante a entrevista. Mesmo assim, caso haja constrangimento ou desconforto, o profissional entrevistado poderá finalizar a entrevista e os dados coletados até o momento poderão ser descartados e não utilizados na pesquisa.

Suas dúvidas e esclarecimentos quanto a qualquer aspecto deste estudo poderão ser solicitados em qualquer momento (antes, durante e após o estudo), através dos seguintes contatos:

Pesquisadora Assistente: Yreza Carolle Soares da Cruz; 73 98111-1224;
yrezacruz18.2@bahiana.edu.br

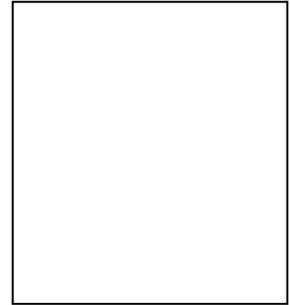
Pesquisadora Principal (orientadora): Patrícia Gabriele Chaves dos Santos; 71 99189-0553; patriciachaves@bahiana.edu.br

Caso haja dúvidas não esclarecidas pelas pesquisadoras ou denúncia, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Av. D. João VI, 274 – Brotas – CEP: 40.285-001 – Salvador, Bahia. Tel.: (71) **983837127**, E-mail: cep@bahiana.edu.br

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos e da justificativa da pesquisa de forma clara e detalhada. Também fui garantido pelo pesquisador sigilo que assegure a privacidade dos dados obtidos na pesquisa. Li e compreendi os objetivos do estudo, todos os procedimentos que serão realizados, e em caso de qualquer dúvida, poderei entrar em contato com a equipe do estudo. Fui informado(a) que receberei uma via desse documento.

Nome do participante



Impressão Datiloscópica

Assinatura do participante

____/____/____
Data

Nome da pesquisadora principal responsável

Assinatura da pesquisadora assistente

____/____/____
Data

APÊNDICE D
TABELA DAS UNIDADES DE REGISTRO DAS CATEGORIAS
TEMÁTICAS

Tabela das Unidades de Registro (URs) das Categorias Temáticas Emergidas na entrevista. Salvador, Bahia, dez. 2022.

Categorias Temáticas	“n” das URs
Práticas de cuidado	
Subcategoria: Redução de danos	9
Subcategoria: Oficinas	4
Subcategoria: Equipe multiprofissional	4
Subcategoria: Os furos da rede institucional	4
Subcategoria: Rede de apoio familiar	5
Perfil epidemiológico dos usuários do CAPS-AD	4
Impacto do racismo	5
A cor de Salvador	5
Mito da democracia racial	3
Desconhecimento acerca das demandas de saúde da população negra	4
Desconhecimento acerca da PNSIPN	8

ANEXO A
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Práticas médicas desenvolvidas para saúde mental da população negra nos CAPS-AD em Salvador-BA.

Pesquisador: PATRICIA GABRIELE CHAVES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 49263621.0.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.128.050

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda referente ao projeto de pesquisa supra nomeado, anteriormente apreciado e aprovado por esse CEP, sob parecer nº 4.950.839.

Com o despontar da redemocratização brasileira em 1970, a formação de movimentos sociais com caráter de questionamento e denúncias ampliou-se no país, entre os quais, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgiu denunciando os maus-tratos e negligências vivenciadas por pacientes internados nos hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, nasce a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que mais tarde, em 1987, culmina com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Como principal estratégia para a transformação da história de isolamento e falta de assistência aos sujeitos com adoecimento psíquico, os Centros de Atenção Psicossocial se configuram como serviços que se diferenciam das estruturas tradicionais, ao fornecer espaços que se orientam pela participação social, pela não segregação e pela valorização da subjetividade do sujeito que sofre³. Para tal, a Reforma Psiquiátrica se compromete não só com a luta de uma sociedade sem manicômios, mas também com a luta pelos direitos e justiça dos trabalhadores, inclusive contra o racismo. O racismo, "forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam" também se expressa como estratégia de manutenção da lógica manicomial, ao observar-se, no campo da saúde mental, um afastamento do debate étnico-racial, em especial, sobre o

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.128.050

colonialismo e seus efeitos na constituição da tal subjetividade. Para além desse afastamento, teorias racistas desenvolvidas por psiquiatras ao longo da história excluíram o negro do ambiente social e o inseriu nos manicômios ao justificar a relação entre raça e loucura. Como práxis desse racismo científico, o genocídio e a desassistência pública se concretizam como estratégias de uma política de Estado que mata e deixa morrer aquele que tem o corpo marcado pela cor. Dentre os dados que ratificam essa necropolítica, destaca-se o fato das 51% das mulheres negras em uso abusivo de crack também estarem em situação de rua. Portanto, diante do cenário da saúde mental construído no Brasil, calcado historicamente no racismo e genocídio da população negra, cabe ao presente trabalho analisar conhecimentos e práticas em saúde comprometidos com a preservação e a potencialização da vida negra no campo da saúde mental, a fim de avançar na disseminação de práticas antirracistas mais alinhadas aos princípios da Política Nacional da Saúde Integral da População Negra.

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Primário:

Analisar as práticas desenvolvidas por médicos(as) para a saúde mental da população negra nos Centros de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas do município de Salvador-BA.

- Objetivos Secundários:

- 1) Demonstrar o conhecimento dos médicos(as) dos CAPS-AD acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- 2) Identificar profissionais dos CAPS-AD que consideram o racismo como matéria estruturante no processo de sofrimento psíquico da população negra;
- 3) Descrever as atitudes tomadas pelos(as) profissionais frente ao sofrimento psíquico de uma pessoa Negra.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que a pesquisa envolva pessoas, é necessário esclarecer que sempre poderá ocorrer riscos para os participantes. Para diminuir o risco de vazamento de dados e identificação do profissional, garantiremos o arquivamento dos documentos num computador pessoal, o qual será protegido por senha e apenas a orientadora e a orientanda da pesquisa terão acesso aos dados compilados. Os dados serão armazenados por um período de 5 anos após coletados e deletados definitivamente após o prazo definido. Para reduzir a possibilidade de constrangimento ou

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	CEP: 40.285-001
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.128.050

desconforto durante o processo de coleta, iremos deixar o entrevistado à vontade para responder da forma que achar melhor, sem pressioná-lo, deixando-o o mais confortável possível durante a entrevista. Mesmo assim, caso haja constrangimento ou desconforto, o profissional entrevistado poderá finalizar a entrevista e os dados coletados até o momento poderão ser descartados e não utilizados na pesquisa.

- Benefícios:

O estudo pode expor práticas de saúde que vem apresentando resultados positivos para a população negra, possibilitando o reconhecimento e replicação destas. Além de evidenciar outras atitudes que podem agravar o quadro de saúde da população em estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

- 1) Tipo de estudo: estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa.
- 2) Local, população e tamanho: Os dados serão coletados a partir dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do município de Salvador-BA por meio de plataformas digitais como o ZOOM.US ou Google Meet ou presencialmente caso o profissional tenha preferência em participar da pesquisa no ambiente de trabalho. A população alvo é formada por médicos(as) que atuam nos CAPS-AD de Salvador e o tamanho amostral será definido durante a coleta de dados, dependendo da saturação dos resultados obtidos, sendo que a pesquisa abará profissionais dos três CAPS-AD existentes no município.
- 3) Mecanismos para entrada em campo: Por meio de ofício timbrado da Instituição de Ensino, solicitaremos a autorização à Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ou seja, o Termo de Anuência Institucional (TAI) para a coleta de dados da pesquisa. Após análise do projeto e emissão do parecer de aprovação, submeteremos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) o projeto com o termo de anuência anexado. Com a aprovação do CEP, será enviado um e-mail à SMS evidenciando sua aprovação. Esperaremos, então, o ofício emitido pela CGPS informando ao Distrito Sanitário a autorização para a realização da pesquisa na rede da SMS. Em seguida, entraremos em contato com o serviço de saúde para que possamos obter o número de telefone ou e-mail dos profissionais para assim convidá-los a participar da pesquisa.
- 4) Técnicas e instrumentos para a coleta de dados: Para a coleta de dados, a fonte de informações se dará através de entrevista semiestruturada. O encontro ocorrerá a partir de plataformas digitais como o ZOOM.US ou Google Meet ou presencialmente a depender da preferência do profissional, e

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA

Telefone: (71)2101-1921

Município: SALVADOR

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.128.050

após a coleta, o material será preparado para análise. Para isso, faremos uma transcrição da entrevista gravada.

5) Aspectos éticos: Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto será submetido ao CEP-Bahiana.

Os critérios de inclusão serão médicos(as) que trabalham nos CAPS-AD da cidade de Salvador durante o período do estudo. Serão excluídos aqueles(as) que tenham prestado serviço aos CAPS-AD por menos de 2 meses.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto: devidamente preenchida e com assinatura digital do responsável institucional;
- Cronograma: apresentado, com indicação de início de coleta de dados para novembro de 2021 e previsão de envio de relatórios parcial e final ao CEP.
- Orçamento: apresentado no valor de R\$ 3.059,00, informando financiamento próprio.
- TCLE: apresentado com devidos ajustes requeridos pela emenda.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a reanálise bioética do protocolo de pesquisa, constatou-se que as pendências, apontadas no Parecer Consubstanciado nº 5.091.776, foram sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_185307 & E1.pdf	10/11/2021 15:31:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_presencial.pdf	10/11/2021 15:02:02	PATRICIA GABRIELE CHAVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Pendencia_Emenda.pdf	10/11/2021 14:59:52	PATRICIA GABRIELE CHAVES DOS SANTOS	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.128.050

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal_Emenda.pdf	03/11/2021 16:20:53	PATRICIA GABRIELE CHAVES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	03/11/2021 16:14:27	PATRICIA GABRIELE CHAVES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Emenda.pdf	03/11/2021 16:14:01	PATRICIA GABRIELE CHAVES DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_PatriciaChaves.pdf	08/07/2021 15:54:37	PATRICIA GABRIELE CHAVES DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 25 de Novembro de 2021

Assinado por:
Noilton Jorge Dias
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br