**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DINTER EEUSP/UNIFAP**

NELMA NUNES DA SILVA

**ASSISTÊNCIA A NEGROS E NÃO NEGROS NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS
ESTADOS DO AMAPÁ, MINAS GERAIS E SÃO PAULO: UM ESTUDO
COMPARATIVO.**

**SÃO PAULO
2017**

NELMA NUNES DA SILVA

**ASSISTÊNCIA A NEGROS E NÃO NEGROS NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS
ESTADOS DO AMAPÁ, MINAS GERAIS E SÃO PAULO: UM ESTUDO
COMPARATIVO.**

Versão corrigida da Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida
Ferreira de Oliveira

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Silva, Nelma Nunes

Assistência a negros e não negros nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas nos estados do Amapá, Minas gerais e São Paulo: um estudo comparativo, 2017.
137 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Assistência. 2. Negros e Não Negros. 3. Serviços de Saúde Mental. I. Título.

Nome: Nelma Nunes da Silva

Título: Assistência a Negros e Não Negros nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas nos Estados do Amapá, Minas Gerais e São Paulo: Um Estudo Comparativo.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*“A discriminação aos negros está presente em cada momento das suas vidas para lembrá-los
que a inferioridade é uma mentira que só aceita como
verdadeira a sociedade que os domina”.*

Martin Luther King

Dedicatória

Dedico este trabalho:

A Deus pela misericórdia renovada a cada manhã.

Aos usuários dos Serviços de Saúde Mental/Álcool e Outras Drogas pela generosidade com que concederam seu tempo e atenção, sem os quais este trabalho não seria possível.

Aos meus pais pelo amor, incentivo e orações.

Ao Fábio, companheiro dessa e de outras jornadas.

Aos meus irmãos: Natanel, Juci, Janeth, Ariane e Arinaldo, por todo apoio, união e parceria de sempre.

Aos meus sobrinhos: Daniel, Neto e Mateus que são a materialização do amor em minha vida.

Agradecimentos

A Deus, que me sustentou em todos os momentos: “Seja forte e corajoso, não se apavore, nem se desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará contigo por onde andar” (Josué 1:9)

*Agradeço aos meus pais, **Francisco e Orlanildes**, por sempre ressaltarem a importância da educação em nossas vidas e por sempre acreditar em meus projetos, muitos são seus feitos de amor em minha vida.*

*A minha irmã, **Janeth** pela cumplicidade de uma vida, obrigada pelo amor e respeito que habita entre nós.*

*Agradeço ao meu companheiro, **Fábio Rangel** pelo apoio e presença nos momentos que mais precisei, tu és um braço forte a me acompanhar, muito obrigada.*

*Agradeço imensamente a minha querida orientadora, **Prof.ª Dr.ª Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**, pelo acolhimento e conhecimento partilhados nesse período, o percurso foi suavizado pela sua leveza, disponibilidade e apoio, o meu muito obrigada.*

*Agradeço especialmente, à **Prof.ª Dr.ª Heloísa Garcia Claro** pelo apoio, carinho, disponibilidade e atenção. Sou-lhe muito grata pela partilha de saberes e, sobretudo, de humanização, muito obrigada.*

*Agradeço especialmente também, à **Mestre Rosana Ribeiro Tarifa** pelo auxílio, acolhida e disponibilidade.*

*Agradeço, à **Prof.ª Dr.ª Sônia Barros** pelo apoio, acolhimento e conhecimento.*

*Agradeço carinhosamente, à **Prof.^a Dr.^a Paula Hayasi Pinho** pelo apoio e carinho nessa
jornada.*

*As **Professoras do PPGÉ**, que ministraram aulas em nosso estado do Amapá, pelo Dinter
USP/UNIFAP, muito obrigada pela dedicação e compromisso com a construção de novos
saberes.*

*A todos os colegas do **GEAD**: MSc. Thaís Castro, Dr. Gilberto Prates, Prof. Dr. Guilherme,
Dr.^a Rejane Abreu e Ricardo.*

*Ao meu amigo/irmão, **Alexandre Santana** que desde infância me acompanha, muito obrigada
pelo companheirismo desses 30 anos de amizade.*

*A minha amiga-irmã **Renata Moraes** que acompanha desde a graduação, mesmo longe é
muito presente em minha vida, muito obrigada por toda amizade e cuidado desses anos.*

*A minha amiga querida, **Alzira Nogueira** que com seu conhecimento e trajetória me inspirou
e me ajudou muito para a realização desse estudo.*

*Aos meus amigos queridos, o casal querido **Francineide Pena e José Luís Pena** pelo apoio,
amizade e orações. Nossa amizade foi muito importante neste processo, muito obrigada.*

*A **Prof.^a Dr.^a Mariana Alvina** pela amizade, acolhimento e carinho tão essenciais neste
percurso, meu muito obrigada.*

*A minha “compa”, **Ronédia Bosque** por toda partilha e auxílio, tua calma por diversas vezes
“me acalmou”.*

Aos meus colegas de Jornada do Dinter USP/UNIFAP, obrigada pelo apoio.

*A todos aqueles que, direta ou indiretamente contribuíram para esta conquista. Muito
obrigada.*

Silva, NN. Assistência a negros e não negros nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas nos estados do Amapá, Minas Gerais e São Paulo: um estudo comparativo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

O movimento de Reforma Psiquiátrica trouxe a necessidade de reestruturar os serviços de assistência em saúde mental e para tal a avaliação torna-se prioritária para prestar uma assistência integral e humanizada. Diante desse contexto e considerando que a população brasileira é constituída em sua maioria por negros (pretos e pardos), é fundamental que todas as pesquisas em saúde tenham um recorte racial, a começar pela inserção do quesito raça cor. Desta forma identificando o perfil e as peculiaridades dessa população, garantindo assim a qualidade da assistência com a utilização dos dados encontrados no processo de avaliação. Estudo de caráter descritivo, exploratório e transversal, teve como objetivo: comparar variáveis sociodemográficas relacionadas ao cuidado recebido dos usuários atendidos em CAPSad nos estados AP, MG e SP quanto ao quesito raça/cor. Foram entrevistados 707 usuários atendidos em CAPSad nos estados AP, MG e SP Para o presente estudo foram utilizados: os seguintes instrumentos um questionário de dados sociodemográficos, a Escala de Satisfação SATIS-BR e a Escala de Avaliação da Percepção de Mudança (EMP). Este estudo constatou as seguintes características de variáveis sociodemográficas: predominância da população masculina (57,3%), que se autodeclararam negros (59,4%), solteiros (59,0%), com faixa etária média de 44 anos, sendo o emprego a principal fonte de renda (31,7%) e com renda familiar de até 2 salários mínimos (71,1%). Quanto à escolaridade, apesar de 94,3% saberem ler, a maioria (38,8%) tinham apenas o ensino fundamental incompleto, e somente 5,1% da amostra deste estudo apresentavam nível superior completo ou acima. Os resultados apontaram que sobre o tempo de permanência no serviço os não negros têm 1,7 mais chances de ficarem mais de 6 meses no CAPSad que os negros, controlado os efeitos de alfabetização, escolaridade e renda. Sobre internação os não negros têm 1,6 mais chances de terem sido internados antes do tratamento no CAPS ad que os negros, controlado os efeitos de alfabetização, escolaridade e renda, sobre a visita domiciliar os negros têm 2,4 mais chances de receberem visita que os não negros, controlados os efeitos de alfabetização, escolaridade e renda. Identificou também que negros e não negros estão igualmente satisfeitos e com a mesma percepção de mudança.

Descritores: 1. Assistência. 2. Negros e Não Negros. 3. Serviços de Saúde Mental.

Silva, NN. Assistance to black and non-black people users of the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs in the states of Amapa, Minas Gerais and Sao Paulo: a comparative study [thesis]. Sao Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2017

ABSTRACT

The psychiatric reform movement resulted in the restructuring process of mental health services, which aims to provide integral and humanized assistance, prioritizing the evaluation. Given this context and considering that the population in Brazil is made up mostly of black and *pardo* people, it is essential that every health research consider all the racial aspects, starting with race color. Therefore, it is possible to identify the profile and peculiarities of a certain population, guaranteeing the quality of assistance services offered through the data obtained in the evaluation process. The study made with descriptive, explanatory and transversal aspects, had as a goal to compare sociodemographic variants related to the care offered to the user of Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPSad), in the states of Amapa (AP), Minas Gerais (MG) and Sao Paulo (SP), considering race/color. 707 users of CAPSad were interviewed in the states of AP, MG and SP. In the study the following instruments were used: a socio demographic questionnaire, the Satisfaction Scale (**SATIS-BR**), the Scale of Perceived Change (EMP). The sociodemographic variants were characterized by: a larger male population (57,3%), which (59,4%) is self-denominated black, (59,0%) single, with the majority being in the 44 years old range, with the job as main source of income (31,7%), and with a family income equivalent to two times the value of the Brazilian minimum wage (71,1%). As for schooling, while 94,3% can read, the majority (38,8%) didn't complete their basic education, and only 5,1% graduated from college. The results revealed that 1,7 of non-black participants are more likely to be more than 6 months in the CAPSad than the black participants, where the effects of literacy, schooling and income are under control. About hospitalization, non-black participants have 1,6 more chances of being hospitalized before the treatment at the CAPSad than the black participants, where the effects of literacy, schooling and income are under control. About homecare visits (VD), the black participants have 2,4 more change to receive VD than the non-black participants, where the effects of literacy, schooling and income are under control. It was determined that black participants and non-black participants are equally satisfied and have the same perception of change.

Key-Words: 1. Assistance. 2. Black and Non-black participants. 3. Mental Health Services

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Número de usuários entrevistados por CAPSad, cidade e estado.....	50
Tabela 2 –	Natureza dos Sujeitos da Pesquisa dos CAPSad dos estados do Amapá, Minas Gerais e São Paulo.	57
Tabela 3 –	Apresentação das informações sociodemográficas da amostra de estudo nos estados do Amapá (n=60), Minas Gerais (n= 330) e São Paulo (n=317).....	58
Tabela 4 –	Análise comparativa entre negros e não negros das variáveis sociodemográficas.	59
Tabela 5 –	Análise comparativa entre negros e não negros das escalas de satisfação (SATIS-BR) e escala de mudanças percebidas (EMP).....	62
Tabela 6 –	Assistência nos CAPSad dos Estados do AP, MG e SP.....	64
Tabela 7 –	Regressão Logística: avaliação da satisfação e mudança percebida.	66
Tabela 8 –	Regressão Multinomial (Problemas de Saúde).....	67

LISTA DE SIGLAS

AOD	Álcool e Outras Drogas
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
EMP	Escala de Mudança Percebida
GEADEEUSP	Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PT	Portaria
PTI	Projeto Terapêutico Institucional
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SATIS-BR	Escala de Avaliação da Satisfação em Serviços de Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SPAS	Substâncias Psicoativas
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	17
1.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	18
1.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSad)	21
1.4 A RELEVÂNCIA DO RECORTE RACIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO EFETIVAÇÃO DA PROTEÇÃO À POPULAÇÃO NEGRA	27
1.4.1 Racismos	31
1.4.2 Doenças específicas	37
1.4.3 Maioria da população negra no Brasil	38
1.5 AVALIAÇÃO DE SERVIÇO EM SAÚDE MENTAL	40
2 OBJETIVOS	47
2.1 OBJETIVO GERAL	47
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
3 MÉTODOS	49
3.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	49
3.2 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO E LOCAIS ONDE FOI REALIZADO	49
3.3 AMOSTRAGEM	50
3.4 CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES	51
3.5 COLETA DE DADOS	52
3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	52
3.7 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	53
3.8 ESTUDO PILOTO	53
3.9 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	54
4 RESULTADOS	57
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA	57
4.1.1 Caracterização dos usuários dos CAPSad dos Estados do Amapá, Minas Gerais e São Paulo	57
4.2 ANÁLISE INFERENCIAL	64
5 DISCUSSÃO	69
6 CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE	89
ANEXOS	92

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte de uma investigação maior que visa avaliar os CAPSad do Estado de São Paulo, Minas Gerais e Amapá, conduzida pelo Grupo de Estudos de Álcool e outras Drogas da Escola de Enfermagem de São Paulo - GEADUSP. Tendo 16 anos da Lei nº 10.216 e da criação dos dispositivos extra-hospitalares em saúde mental, com um recorte racial, surge a importância de realizar uma avaliação de como estes dispositivos estão funcionando e contemplando as portarias que os regem e ainda verificando a assistência da população negra e não negra dos Estados integrantes deste estudo, que parte da necessidade de identificar as singularidades da população negra e quais as estratégias de enfrentamento em busca de uma assistência mais justa e igualitária para todos, bem como ampliar as pesquisas que ainda são escassas neste campo.

O interesse pela temática de investigação aqui sistematizada surgiu de minha vivência enquanto mulher, negra, nortista e que por inúmeras vezes se sentiu discriminada em sua trajetória, desde a infância até os dias atuais, configurando-se então em um esforço de pesquisa na busca de desvendar as tramas que envolvem o enfrentamento ao racismo em suas diversas faces, bem como compreender os avanços e retrocessos observados em relação às políticas de atenção à saúde da população negra brasileira com alcance para a saúde mental.

Com isso, o GEADUSP constrói tal investigação com a preocupação em discutir a avaliação no campo da saúde mental e ao mesmo tempo se fundamentar nas dificuldades encontradas na assistência.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

O uso de drogas sempre esteve presente na existência humana, em muitas vezes sendo reconhecido como um comportamento natural em diversos cenários e situações, “uma vez que alivia dores e sofrimentos de diversas naturezas e produz efeitos estimulantes”. Todavia o uso abusivo se configura como sendo prejudicial ao homem, sejam esses prejuízos sociais, econômicos e de saúde. “Assim, o uso de drogas tornou-se objeto de discussão mundial, além disso, medidas proibicionistas no sentido de evitar o uso e o tráfico entre países tiveram de ser tomadas”¹

Dessa maneira, afere-se que aproximadamente 230 milhões de pessoas, o que equivale a 5% da população adulta do mundo, consumiram alguma droga ilícita pelo menos uma vez em 2010. Os consumidores problemáticos somaram 27 milhões ou 0,6% da população adulta mundial. O consumo de drogas ilícitas implica no potencial prejuízo para o desenvolvimento econômico e social, bem como a promoção do crime, instabilidade, a insegurança e a propagação do HIV².

No cenário mundial, estimou-se em 2010, que entre 153 e 300 milhões de pessoas com idades entre 15 e 64 anos (entre 3,4% e 6,6% da população mundial) consumiram uma substância ilícita pelo menos uma vez no último ano¹. Sugere-se que exista atualmente um número superior a 29 milhões de pessoas que sofrem transtornos relacionados ao uso de drogas, isso representa um crescimento substancial em comparação aos 27 milhões divulgados anteriormente³.

Um relevante número de 12 milhões de pessoas faz uso de drogas injetáveis e uma porcentagem de 14% destas são portadoras de HIV, tornando esses dados bastante preocupantes e demonstrando quão impactante o uso abusivo de drogas é na saúde³.

Quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o álcool assume uma importância ainda maior. Cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos neste continente estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes maior que a média mundial⁴.

No Brasil, o consumo de álcool e outras drogas está sendo cada vez mais ascendente em faixas etárias mais precoces, sugerindo a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento³. Dados de 2004 acerca do consumo de álcool no Brasil, mostraram que 7,29% dos homens e 1,41% de mulheres, com idades superiores a 15 anos, que eram consumidores abusivos, apresentavam alguma morbidade decorrente do mesmo⁵.

Os dados acima corroboraram o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado em municípios brasileiros, que apontou que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchiam os critérios para a dependência do álcool e cerca de 75% já haviam bebido, pelo menos, uma vez na vida⁴.

Em âmbito mundial manteve-se uma estabilidade no número de óbitos decorrentes do uso indiscriminado de drogas, pois no ano de 2014 foram relatadas 207 mil mortes, número expressivo que poderia ser reduzido se algumas intervenções adequadas fossem tomadas³.

1.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA

O movimento de reforma psiquiátrica, historicamente, iniciou-se no ano de 1970, com o surgimento de momentos de ebulição conceitual-filosófica repercutindo diretamente no cuidado ao doente mental. Debates sobre direitos humanos dos pacientes psiquiátricos internos em manicômios ocorreram neste período. Começaram a surgir na mídia muitas denúncias sobre maus-tratos e desassistências aos pacientes psiquiátricos, propiciando “condições favoráveis para a motivação da opinião pública e de certos políticos sobre as questões de atenção à saúde mental⁵. Nesse período, trabalhadores, usuários e familiares dos serviços de saúde mental foram envolvidos em movimentos e lutas para a construção da reforma psiquiátrica brasileira⁶.

O conceito de reforma psiquiátrica proposto por alguns autores explicita o contexto que envolvia este período:

Entende-se por reforma psiquiátrica, o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade com o cidadão mentalmente enfermo. A reforma vai desde as transformações na instituição e no saber médico-psiquiátrico até às práticas sociais do lidar com essas pessoas portadoras de problemas mentais. Trata-se de um processo de transformação complexo nos campos do saber, da ética, da cultura e da cidadania⁵.

A reforma psiquiátrica questionou a instituição asilar e a prática médica, objetivando humanizar a assistência, enfatizando a reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação. A proposta de equipe multiprofissional surgiu com o processo de reforma e modernização da assistência. A dissociação do saber e o poder, como tese principal, passavam a ser mais bem distribuídos, unindo-se “à noção de multiplicidade dos problemas e à necessidade de diferentes terapias, inserindo também o apoio e a orientação à família”⁵

Com referência aos determinantes, ao longo da história, devemos destacar a relação de doença mental e raças, considerando algumas dessas últimas inferiores e, sobretudo, inferindo que negros e mestiços eram povos degenerados, conseqüentemente predispostos à loucura. Mesmo quando não classificados como degenerados, pretos e pardos eram caracterizados como “intelectualmente inferiores” e, deste modo com reduzidas condições de adaptação “à contingência do meio social, sendo assim mais propensos à degeneração”. Como se o racismo científico imposto a essa população não fosse suficiente, nos deparamos com o preconceito racial, que se mascara cotidianamente, conduzindo essa população ao abandono e apartamento social. O lugar por excelência deste abandono é o manicômio, bem como em outras instituições, os dados demonstrados a seguir certificam que “cabe à população negra a injusta posição prioritária no ranking da exclusão social nos hospitais psiquiátricos”⁷.

Deste modo, demonstra-se a seguir, dados de um estudo realizado no estado de São Paulo, denominado: “Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial”, o perfil de moradores pretos e pardos dos hospitais psiquiátricos: 62,17% são homens, majoritariamente o estado civil informado era de solteiros (média de 84,7% para homens e 74% para mulheres). Nessas instituições o contato físico era impedido, os encontros não eram possíveis, pois as atividades ocorriam em momentos diferentes para ambos os sexos⁷.

Com relação à escolaridade e faixa etária dos moradores negros, apresentaram números alarmantes de analfabetos (64,8%), com faixa etária de 35 a 49 para homens e de 50 a 64 para mulheres. Verificou-se ainda que os diagnósticos psiquiátricos apresentados foram 46,2% (299) dos homens pretos, 44,6 % (?) dos homens brancos e 38,4% (333) dos homens pardos apresentaram esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Em mulheres este diagnóstico apresentou-se em 47,4% (695) das brancas, 45,2% (239) das pardas e 44,4% (174) entre as pretas⁷.

O perfil dos moradores de hospitais psiquiátricos demonstra com nitidez a exclusão a que os negros estão expostos e o racismo reforça a exposição e a vulnerabilidade desses indivíduos, impondo a necessidade de ações de enfrentamento para essa situação, objetivando principalmente melhorar a assistência à saúde que atendam às necessidades desses indivíduos.

Na Reforma Psiquiátrica, endossa-se a relevância do acompanhamento e do apoio das famílias dos pacientes no tratamento, no processo de desinstitucionalização e na reinserção desses indivíduos na sociedade.

Como entrave a este processo de desinstitucionalização, destacamos a dificuldade dos profissionais de saúde, de modo geral, na prática, de estarem indisponíveis a trabalhar a dimensão subjetiva e objetiva do cuidado com o doente mental. Esperando que as famílias aceitem seu familiar com transtorno mental sem oferecer-lhes suporte e orientações adequadas.

Tanto a família como a comunidade não são devidamente instruídos sobre a doença mental e o diagnóstico de seu familiar, bem como os cuidados com o mesmo.

Essa ausência de informações resulta em receio, medo, insegurança e dificuldade em conviver com os portadores de transtorno mental, tais dificuldades geram sobrecarga aos familiares que muitas vezes se encontram em desequilíbrio emocional e dificuldade financeira para prover um cuidado adequado ao seu familiar⁸.

Assim sendo, consideramos então uma das principais propostas da reforma psiquiátrica:

A Reforma Psiquiátrica teve como uma de suas propostas trazer a loucura para o seio familiar. Desta forma, vemos que ocorre uma grande transformação. Se antes o louco era afastado da família por ser uma “ameaça”, ele agora é inserido nesse grupo, a partir do qual pode receber

subsídios para a vida em sociedade. Com esta mudança, surgem as dificuldades enfrentadas pelos familiares diante deste novo encargo: lidar com a loucura de forma tão próxima e ainda ser parte imprescindível da reinserção social do portador de transtorno mental⁹.

Todavia com a implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, configurado como: um conjunto de ações e serviços de saúde que tem por objetivo a promoção de qualidade de vida para toda a população brasileira e a garantia de acesso de todos a uma assistência à saúde integral e equitativa; ocorreu uma reformulação profunda da assistência à saúde, visando à consolidação de uma rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada¹⁰.

No campo da assistência à saúde mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é atualmente marcada em sua vertente assistencial, pela implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com destaque aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essas modalidades de atendimento foram implantadas em muitos municípios brasileiros em oposição ao sistema hospitalocêntrico, constituindo-se em um sistema comunitário de saúde mental, tendo como uma de suas metas a inclusão social do indivíduo com sofrimento psíquico¹¹.

1.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSad)

Com a implantação dos CAPSad em 2002, iniciou-se a construção de uma rede de serviços direcionada à população dependente de álcool e outras drogas. De acordo com as propostas do Ministério da Saúde, esses dispositivos devem utilizar como referência a lógica de redução de danos que busque as necessidades a serem atendidas de forma sistemática e ativa, coadunando com o meio cultural e a comunidade em que os usuários estão inseridos, de acordo com os princípios da RPB. Com referência ao CAPS afirma-se que¹²:

Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos

cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (Brasil, 2005) e constituem-se como um “lugar” na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares¹³.

Assim, a partir de 2003, até os dias atuais, o SUS começou a desenvolver ações sistemáticas e regulares de atenção à população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil, com destaque para a publicação da Política Nacional de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004¹⁴.

O desafio para a saúde pública com base na nova legislação é ampliar o acesso aos serviços de tratamento do SUS, de forma a responder às demandas da população brasileira. Este esforço deve ser de responsabilidade das três esferas governamentais: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde¹⁵.

Assim sendo, no ano de 2011, o estabelecimento prioritário da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) teve impacto importante na Política de Saúde Mental, após alterações na lógica de funcionamento do SUS, com a publicação da Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, bem como o Plano “Crack, é Possível Vencer” projetado em 7 de dezembro de 2011, em complementação às ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, lançado em 2010, com foco nos serviços da RAPS que fazem atendimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas¹⁶.

Nesse contexto, os CAPS assumem especial relevância no cenário da assistência em saúde mental no País. Essa mudança paradigmática deve englobar a relação que se estabelece com o usuário, equipe, família e a comunidade. A mudança de papéis, a democratização das instituições, o envolvimento e responsabilização da comunidade devem somar-se aos objetivos técnicos do tratamento. O objeto de intervenção torna-se mais complexo, interdisciplinar, assim como as práticas e os saberes tradicionais devem ser reconstruídos para responder a essa transformação¹⁷.

O CAPS deve ser um espaço de “criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, deve acolher, cuidar e estabelecer pontes com a sociedade”. As atividades propostas a serem desempenhadas nesta instituição são: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre

outros), em oficinas terapêuticas, à família, visitas e atendimentos domiciliares e atividades comunitárias enfocando a integração social do usuário na família e na comunidade¹⁷.

Um CAPS tem o propósito de atender a população, respeitando uma área de abrangência pré-definida, com oferta de atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando¹⁸:

1. Oferecer atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Administrar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Prestar atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, assegurando que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições de repouso e desintoxicação ambulatorial aos usuários que precisam de tais cuidados;
5. Prestar cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Oferecer, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura e lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, operando, para tanto, recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, elaborando estratégias coletivas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a redução do estigma e preconceito relacionados ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

A lógica da redução de danos contempla um conjunto de medidas de saúde que buscam reduzir as consequências do uso e da dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e HIV. A utilização destas medidas permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, consequentemente adequados às necessidades de cada usuário dos serviços¹⁸. Quanto às modalidades de atendimento ofertadas nos CAPS, são:

- (1) Hospitalidade integral, na qual o usuário permanece internado;
- (2) Hospitalidade diurna;
- (3) Hospitalidade noturna;
- (4) Atendimentos individuais, realizados exclusivamente com o usuário e família na forma de entrevistas, aconselhamento ou intervenções terapêuticas de diversas naturezas;
- (5) atendimentos grupais, realizados pelos profissionais da unidade na forma de assembleias, grupos operativos, grupos terapêuticos e outras atividades nas quais pode participar a família;
- (6) ambulatório medico-psiquiátrico de acompanhamento clínico;
- (7) abordagens extra-institucionais realizadas com ou para o usuário e família, tais como visitas domiciliares, passeios, acompanhamento e interconsultas;
- (8) reabilitação psicossocial para os usuários que integram alguma ação de caráter específico de reabilitação, tais como os projetos da SeRP ou centro de convivência;
- (9) outros, tais como triagem e medicação assistida. Esta última consiste na administração ou fornecimento de medicação garantindo a continuidade do tratamento¹⁸.

Os CAPS foram redefinidos, no âmbito federal, pela Portaria nº 336 (Diário Oficial da União; 2002), que os estabelece em três níveis: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional.

As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo se constituir em serviço ambulatorial de atenção diária. Deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Enquadra-se como atendimento intensivo aquele concedido aos pacientes que, em função de seu quadro clínico, necessitem de acompanhamento diário; o semi-intensivo é o tratamento que se destina aos pacientes que precisam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam

estar diariamente no CAPS e; o não-intensivo é a assistência concedida que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. Modalidades e características da assistência prestada nos diferentes tipos de CAPS¹⁸:

CAPS I – Consiste em um serviço de assistência psicossocial de menor porte, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, apresentando as seguintes características: desempenha o papel de regulador da porta de entrada da rede de assistência no âmbito do seu território, inspeciona e capacita as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; atualiza o cadastro de pacientes que utilizam os medicamentos indispensáveis para a saúde mental. O atendimento deve ocorrer com uma equipe mínima de 09 (nove) profissionais (nível médio e superior), para atender 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia e funcionar no período de 08 a 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os 5 dias úteis da semana¹⁸.

CAPS II – Oferta de assistência psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: desempenha o papel de regulador da porta de entrada da rede de assistência no âmbito do seu território, inspeciona e capacita as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; atualiza o cadastro de pacientes que utilizam os medicamentos indispensáveis para a saúde mental. Seu atendimento deve ocorrer com uma equipe mínima de 12 (doze) profissionais (nível médio e superior), para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia e funcionar no período de 08 a 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas¹⁸.

CAPS III – Serviço de assistência psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características: desempenha o papel de regulador da porta de entrada da rede de assistência no âmbito do seu território, inspecionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; atualizar o cadastro de pacientes que

utilizam os medicamentos indispensáveis para a saúde mental. Seu atendimento deve ocorrer com uma equipe mínima de 16 (dezesesseis) profissionais (nível médio e superior), para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, com funcionamento 24h em todos os dias da semana, inclusive feriados. Devem possuir no máximo 5 leitos com o intuito de realizar, quando necessário, atendimento noturno (internações curtas, de algumas horas, no máximo 7 dias corridos ou 10 dias alternados em um período de 30 dias), e ainda está referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica¹⁸.

CAPSi II – Serviço de assistência psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, instituindo-se como referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, constitui-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, desempenha o papel de regulador de porta de entrada da rede de assistência no âmbito do seu território, inspeciona e capacita as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; atualiza o cadastro de pacientes que utilizam os medicamentos indispensáveis para a saúde mental. Seu atendimento deve ocorrer com uma equipe mínima de 11(once) profissionais (nível médio e superior), para o atendimento de 15 (quinze) pacientes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas¹⁸.

CAPSad II – Serviço de assistência psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: instituir-se como serviço ambulatorial de atenção diária, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território, desempenhar o papel de regulador de porta de entrada da rede de assistência no âmbito do seu território, inspecionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; atualizar o cadastro de pacientes que utilizam os medicamentos indispensáveis para a saúde mental e coordenar, no âmbito de sua

área de abrangência, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes. A composição mínima da equipe de trabalho, deverá ser de 13 (treze) profissionais (nível médio e superior), para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, com funcionamento de 5 dias úteis da semana, das 8h às 18h, podendo comportar um terceiro turno (das 18h às 21h) ¹⁸.

Ressalta-se que os CAPS I, II, III, CAPSi II e CAPSad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva e todos os regimes de tratamento acima podem ser domiciliares, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde¹⁸.

1.4 A RELEVÂNCIA DO RECORTE RACIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE COMO EFETIVAÇÃO DA PROTEÇÃO À POPULAÇÃO NEGRA

A Constituição Federal de 1988 em seu art. 196, ao mesmo tempo em que estabeleceu a saúde como direito de todos, criou a obrigação do Estado de garantir esse direito mediante políticas públicas. No mesmo dispositivo legal também foi assegurado o acesso universal e igualitário à saúde. Neste diapasão, percebe-se a confluência de três vetores referentes à saúde, como direito, que devem agir em conjunto: a própria saúde como um direito de todos, a obrigação do Estado de garantir o acesso a esse direito e que o acesso seja universal e igualitário¹⁹, vejamos:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹⁹.

O art. 1º da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, é clara quanto à vedação de discriminação das pessoas

que necessitem de tratamento mental, especificando a proibição de discriminação quanto à raça e cor, entre outras formas de discriminação²⁰, vejamos:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra²⁰.

No Brasil, o acesso universal e igualitário à saúde esbarra em um conjunto de diferenças socioeconômicas existentes entre a população negra e a população branca, no qual a população negra encontra-se em situação de hipossuficiência demandando políticas públicas específicas para a efetivação da promoção da saúde nos moldes constitucionais²¹. Neste sentido:

A desigualdade entre brancos e negros é hoje reconhecida como uma das mais perversas dimensões do tecido social no Brasil. A extensa e periódica divulgação de indicadores socioeconômicos, sob responsabilidade de organismos de estatística e de pesquisa como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) ou o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem), mostra que grandes diferenciais raciais marcam praticamente todos os campos da vida social brasileira. **Seja no que diz respeito à educação, saúde, renda, acesso a empregos estáveis, violência ou expectativa de vida, os negros se encontram submetidos às piores condições²¹. (grifos nossos)⁹.**

A relevância da questão étnico-racial nas políticas públicas de saúde deve-se à discriminação histórica sofrida pela população negra no Brasil²¹, vejamos:

É preciso começar salientando que a importância de enfocar a dimensão étnico-racial nos estudos da saúde se origina no reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil e a consequente vivência de condições de marginalidade e vulnerabilidade que se estende desde a abolição da escravidão até a atualidade²².

Assim, a primeira barreira a ser vencida para a promoção da saúde em moldes universais e igualitários é exatamente equilibrar as desvantagens da população negra em face da população branca. A população negra encontra-se nas piores condições

de forma conjectural, ou seja, em vários indicadores socioeconômicos, de forma que o acesso prejudicado à saúde é apenas mais um dos indicadores que relegam à população negra à precariedade ²¹,

O recorte racial nas políticas públicas de saúde se reveste de extrema relevância para as suas efetivações por quatro motivos, dois deles ainda referentes ao longo período de escravidão, vejamos: o racismo individual associado ao racismo institucional, prejuízos que ainda ecoam e atingem a população negra; a pobreza à qual a população negra foi relegada após o fim da escravidão; a existência de doenças específicas com maior incidência na população negra e por fim, mas não menos relevante, que de acordo com o Censo de 2010, 50,7% da população brasileira se reconhece e autodeclara negra, vale registrar a observação contida no Painel de Indicadores do SUS n.º 10, Vol. VII.²³:

Segundo o Censo 2010, em dez anos a estrutura da população mudou em termos de cor ou raça, com destaque para uma maior proporção das pessoas que se autodeclararam como pretas e pardas, de 44,7% da população em 2000 para 50,7% em 2010²³.

Atribui-se esse crescimento à visibilidade dada à temática racial nos últimos anos, subsidiando as pessoas a repensarem questões relacionadas às suas identidades. Entre os homens 51,8% se autorreferiram pretos ou pardos, já a porcentagem entre as mulheres representa 49,7%. Existem ainda diferenças regionais bastante relevantes: “enquanto no norte e nordeste a população preta e parda é de 69% e 74% respectivamente, na região sudeste e sul esse grupo populacional é de 44% e 21%, respectivamente²⁴.

Diante da porcentagem da população negra brasileira apresentada, faz-se necessário retroceder ao passo inicial para a questão da discriminação racial, que legalmente, foi reconhecida pelo Estado Brasileiro, em 1951, com a publicação da Lei Afonso Arinos, que presumia punição a quem cometesse recusa em atender ou prestar um serviço em estabelecimento comercial ou de ensino, a uma pessoa, por preconceito de raça ou de cor.

Todavia somente em 1989, com a Lei de nº 7.716, foi considerado crime o preconceito contra cor e raça. No ano de 2010, a discriminação ganha maior

visibilidade nas políticas públicas, com a aprovação da Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, o Estatuto da Igualdade Racial, que estabelece o Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial, cujo intuito é “reparar as distorções e desigualdades sociais e demais práticas discriminatórias adotadas nas esferas públicas e privadas, durante o processo de formação social do País”. Apresentam-se então, em seu artigo 4º, diversas medidas, destacando a implementação de programas de ação afirmativa, objetivando o enfrentamento das desigualdades étnicas relacionadas à educação, moradia, trabalho, cultura, esporte e lazer, segurança, meios de comunicação de massa, financiamentos públicos, acesso à terra, à Justiça e outros e à saúde, com ênfase para a Política Nacional de Saúde da População Negra.²⁵

Como parte dessas ações afirmativas e considerando que mais da metade da população brasileira é constituída de negros, o Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade de enfrentamento ao Racismo Institucional que é referido como sendo uma barreira de acesso aos serviços de saúde. Para suprimir as barreiras estruturais e cotidianas, que limitam a implementação da PNSIPN no SUS, apresentam-se algumas medidas, mencionadas a seguir²⁶, vejamos:

Art. 2º Esta Resolução tem como objetivo estabelecer estratégias de aplicação da PNSIPN, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde de qualidade, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população negra, para a redução das iniquidades de raça, gênero, geracionais e de classe, bem como para a promoção da qualidade de vida de brasileiras e brasileiros.

IV - Introduzir o tema do racismo institucional como aspecto relevante para a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com foco no desenvolvimento de linhas de cuidados visando ao acolhimento e atenção ao sofrimento mental desencadeado pelo racismo.

VII - incluir e promover a temática de Saúde da População Negra e enfrentamento do racismo como tema transversal à Saúde Mental, nos processos de capacitação e formação da RAPS, assim como nos materiais de formação da rede.

IV - incluir a análise do recorte raça/cor nas informações epidemiológicas divulgadas pelos gestores do SUS, especialmente nas doenças e agravos de notificação compulsória.

II - qualificar a coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde do SUS, nas três esferas de governo, até 2015²⁶.

Vale ressaltar a importância da PNSIPN (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra), para a melhoria da assistência no sistema público de saúde da população negra brasileira, reduzindo as injustiças, melhorando o acesso, priorizando

ações de inclusão do quesito raça/cor no prontuário do paciente, respeitando assim suas singularidades, bem como a identificação de doenças e agravos característicos desta população. Seguem algumas ações importantes para a efetivação da utilização do quesito cor²⁶:

1. Inclusão do quesito raça/cor entre as informações essenciais dos atendimentos realizados no SUS e na rede suplementar de serviços.
2. Investimentos na formação continuada de recursos humanos para coleta da informação autodeclarada de raça/cor, segundo as categorias do IBGE, a saber: branco, preto, pardo, amarelo e indígena.
3. Utilização da raça/cor como categoria analítica na construção dos perfis de morbimortalidade, de carga de doença e de condições ambientais
4. Inclusão do quesito raça/cor em todos os levantamentos/pesquisas epidemiológicas, sobretudo, aquelas conduzidas/financiadas por organizações governamentais;
5. Investimentos na formação continuada de recursos humanos para alimentação dos sistemas, processamento, análise e interpretação dos dados desagregados por raça/cor.
6. Investimentos em tecnologias de integração e compatibilização das diversas bases de dados existentes, na área social e da saúde.
7. Investimentos na criação de um sistema único de informação em saúde no qual figure o quesito raça/cor.
8. Avaliação e Monitoramento da qualidade da informação²⁷

Outrossim destacamos a importância da abordagem dentro da saúde mental para esta população, especialmente no enfrentamento de doenças ocasionadas pelo racismo, assim sendo para melhor elucidar a importância do recorte racial nas políticas públicas de saúde, cumpre expor com mais detalhes as quatro justificativas apontadas como relevantes, vejamos:

1.4.1 Racismos

Em 2017, completam-se 129 anos do fim da escravidão de negros e negras oriundos do continente africano no Brasil, que ocorreu em 1888. Escravidão essa que durou mais de três séculos e apesar de já ter mais de um século do seu fim, ainda hoje ecoam os prejuízos suportados pelos brasileiros descendentes dos africanos escravizados.²⁷ As origens dos racismos que perduram até hoje encontram-se no

próprio período da escravidão assim como no período pós-abolição, que não cuidou de inserir a população negra recém-liberta em políticas públicas que pudessem minimizar os prejuízos suportados pela população negra em razão da escravidão. O Painel de Indicadores do SUS nº 10, vol. VII, faz pertinente análise sobre o tema²⁷:

A falta de políticas públicas no período pós-abolição que incluíssem esta população nos processos produtivos e sociais, assim como o imaginário sobre sua inferioridade, contribuiu para a continuidade da sua marginalização na sociedade brasileira. Ainda hoje, são frequentes as discriminações raciais, associando negras e negros a estereótipos negativos, de subalternidade, que reforçam sua marginalização social, econômica, política e cultural²⁷.

O regime escravista, sustentado pela ideologia racista de inferioridade da população negra, constitui fator determinante para as vulnerabilidades no âmbito da saúde para esse segmento social em razão da inserção social.²⁷ O pensamento de Milton Santos bem explicita essa situação. O autor afirma que:

Os pobres não estão apenas desprovidos de recursos financeiros para consumir, a eles é oferecida uma cidadania abstrata; que não cabe em qualquer tempo e lugar e que, na maioria das vezes, não pode ser sequer reclamada. Por mais que se deseje negar, essa cidadania não consistente e não reivindicável, vem sendo oferecida ao longo dos tempos, prioritariamente aos negros e negras, índios e índias²⁷.

A relação existente entre falta de políticas públicas destinadas à inserção socioeconômica da população negra recém-liberta no período pós-abolição e as consequências de cunho racial existentes até a atualidade também são destacadas por Ângela Pace e Marluce Lima (2011, p. 3), que ressaltam que “a continuidade do preconceito de cor e do racismo são consequências do modelo econômico e social adotado pelo Poder Público, que internaliza uma íntima relação com o racismo institucional”²⁸:

O preconceito e a discriminação racial aparecem no Brasil como consequências inevitáveis do escravismo. A persistência do preconceito e discriminação após a destruição do escravismo não é ligada ao dinamismo social do período pós-abolição, mas é interpretada como um fenômeno de atraso cultural, devido ao ritmo desigual de mudança das várias dimensões dos sistemas econômico, social e cultural²⁸.

O racismo é uma ideologia que funciona como uma justificativa para discriminação, marginalização, segregação, associação a estereótipos negativos e consequente posicionamento em escala inferior de pessoas pertencentes a grupos genéticos considerados inferiores pelo racista. O Professor Kabengele Munanga afirma que o termo racismo, como um conceito, foi criado por volta de 1920 e que possui várias definições e com diferentes denominadores comuns, entretanto, mesmo reconhecendo a dificuldade dessa abordagem,²⁹ apresenta uma definição bastante elucidativa e que por este motivo é exposta:

Com efeito, com base nas relações entre “raça” e racismo, o racismo seria teoricamente uma ideologia essencialista que postula a divisão da humanidade em grandes grupos chamados raças contrastadas que têm características físicas hereditárias comuns, sendo estas últimas suporte das características psicológicas, morais, intelectuais e estéticas e se situam numa escala de valores desiguais. Visto deste ponto de vista, o racismo é uma crença na existência de raças naturalmente hierarquizadas pela reação intrínseca entre o físico e moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural. O racista cria a raça no sentido sociológico, ou seja, a raça no imaginário do racista não é exclusivamente um grupo definido pelos traços físicos. A raça na cabeça dele é um grupo social com traços culturais, linguísticos, religiosos, etc. que ele considera naturalmente inferiores ao grupo a qual ele pertence. De outro modo, o racismo é essa tendência que consiste em considerar que as características intelectuais e morais de um dado grupo, são consequências diretas de suas características físicas ou biológicas²⁹.

A relação existente entre políticas públicas de saúde e população negra é permeada por discriminação e segregação social que se revela pela dificuldade de acesso da população negra aos atendimentos e serviços de saúde, nestes casos, o racismo é o mecanismo utilizado de privação dos direitos à saúde. As relações de poder na sociedade utilizam o racismo como forma de redistribuição de poder e riqueza, vejamos:

É preciso compreender um pouco mais o racismo, reconhecido em sua dimensão ideológica que conforma as relações de poder na sociedade, participando, portanto, das políticas públicas, uma vez que estas estão entre os mecanismos de redistribuição de poder e riqueza existentes³⁰.

Assim, o racismo é comparado a um sistema:

A partir daí, o racismo pode ser visto também como um sistema, dada sua ampla e complexa atuação, seu modo de organização e desenvolvimento através de estruturas, políticas, práticas e normas capazes de definir oportunidades e valores para pessoas e populações a partir de sua aparência³¹, atuando em diferentes níveis.

O racismo pode ser individual, institucional e o racismo cultural. Resumidamente, são características do campo de atuação do racismo individual atitudes, comportamentos, socialização, interesse pessoal; com relação ao racismo institucional este incide nas relações de trabalho, direito, saúde, economia, educação, política, moradia e o racismo; enquanto que no racismo cultural a área de atuação é na estética, religião, música, filosofia, valores, necessidades, crenças³¹.

O racismo individual ocorre quando um indivíduo considera outro grupo de indivíduos inferior em razão de seus traços físicos³¹. Vejamos:

Existem muitas variedades de racistas individuais, mas todos têm, em comum, uma crença na inferioridade dos negros (física, moral, intelectual, cultural, etc.); apresentam também o uso irredutível e inalterável de normas brancas com a suposição não-discutida de sua qualidade superior³¹.

Os efeitos que o racismo produz sobre os indivíduos e grupos (não apenas de suas vítimas) geram “sentimentos, pensamentos, condutas pessoais e interpessoais, atuando também sobre processos e políticas institucionais”. Esses efeitos gerados pelo racismo, “produzem a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível”³⁰.

O racismo interpessoal se expressa em preconceito e discriminação, condutas intencionais ou não entre pessoas. Destaca-se nessa modalidade o “entre pessoas”, ou seja, fica circunscrita às relações de cunho pessoal³⁰.

O racismo institucional é um problema que persegue a população negra, não só no Brasil, mas também nos Estados Unidos, ambos países que se utilizaram da escravidão da população africana e que posteriormente às libertações dos escravos não conseguiram se libertar dos preconceitos raciais, que tanto afligem as populações negras. O racismo institucional:

Pode ser definido como as práticas, as leis e os costumes estabelecidos que sistematicamente refletem e provocam desigualdades raciais na sociedade norte-americana. Se há consequências racistas das leis, das práticas ou dos costumes institucionais, a instituição é racista, independentemente do fato de os indivíduos que mantêm tais práticas terem ou não, intenções racistas³¹.

O racismo institucional amplia a sua atuação das relações interpessoais e se instaura nas relações políticas e organizacionais³⁰. Vejamos:

Já o racismo institucional (RI), que possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos³⁰.

À fl. 13 do Painel de Indicadores do SUS n.º 10, vol. VII, consta o conceito de Racismo Institucional, extraído do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI)²³, que o define como:

O fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações³².

Um estudo dos EUA demonstra que a raça continua a impedir acesso a serviços de saúde e educação, os brancos usam mais e por mais tempo, “mesmo quando todas as variáveis socioeconômicas pertinentes são mantidas constantes”³³.

Para o enfrentamento dessa condição, os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) propõem uma nova prática de organização dos serviços e lança um novo olhar, também, “para a saúde de populações marginalizadas e consequentemente vulneráveis às iniquidades impostas por uma sociedade capitalista e excludente”³⁴.

O SUS torna-se excludente, em parte por aqueles que o operam, que são pessoas que guardam as raízes da discriminação étnico-racial, pois a legislação não distingue e discrimina grupos, porém acompanha a população negra desigualdades que comprometem significativamente o princípio da equidade, exigindo dos gestores, medidas mais efetivas que resguardecam universalidade do acesso aos serviços de saúde com qualidade, alicerçando ações que promovam a atenção especial a este grupo populacional, com o objetivo de corrigir as iniquidades.³⁴

Os relatórios do Painel de Indicadores do SUS n.º 10, Vol. VII (Brasil, 2016, p. 23) referente aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, assim como os transtornos mentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool) dão um bom exemplo da relação, que necessita ser ressaltada, existente entre o acesso a tratamentos de saúde e os racismos. Em ambos os relatórios os usuários de álcool e outras drogas são na sua maioria brancos, entretanto, a maior taxa de mortalidade é a de negros²³, vejamos:

Nas internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool predominaram pessoas de cor branca (44%), seguidas pelas de cor parda (26%). A taxa de internação por esse agravo também é maior na população branca (2,5) do que nos outros grupos. Mas a comparação entre as taxas de internação e de mortalidade por esses transtornos sugere iniquidades de acesso ao atendimento hospitalar, na medida em que a mortalidade entre pretos e pardos é bem maior que entre brancos, além de haver uma proporção muito maior da mortalidade em relação à internação entre pretos, pardos e indígenas.²³

Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool):

Nas internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool) predominaram, em números absolutos, pessoas da cor branca (42%), seguidas pelas de cor parda (22%). Já as taxas de internação por esse agravo são semelhantes na população branca (2,4) e preta (2,3) e caem quase à metade na população de cor parda. Essa situação se inverte quando analisamos as taxas de mortalidade pelo uso de drogas, que é duas vezes maior entre pretos (0,4) do que entre brancos (0,2) e pardos (0,2).²³

O racismo institucional é um problema gravíssimo que interfere no acesso a direito e, portanto, produz consequências que atingem fortemente a população negra,

que se vê alijada do usufruto pleno de seus direitos, circunscrevendo-os a uma cidadania abstrata, como refere Milton Santos, dentro da seara da saúde, as consequências atingem a própria vida da população negra que tem dificuldades extras, se comparadas à população branca, em ter acesso à saúde. É justamente no acesso e usufruto dos direitos no geral e especificamente à saúde que o racismo institucional demonstra sua face mais cruel dificultando e até mesmo impedindo que a população negra tenha acesso ou se mantenha no usufruto de seus direitos, em saúde, ter acesso a tratamentos e manter-se em tratamento.

1.4.2 Doenças específicas

A relevância do recorte racial em pesquisas de saúde também se deve à existência de doenças de maior incidência na população negra, relacionadas a fatores genéticos em atuação conjunta com fatores ambientais. O Painel de Indicadores do SUS n.º 10, vol. VII (Brasil, 2016, p. 31) destaca as seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença falciforme²³.

Com relação à hipertensão arterial temos:

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a prevalência de hipertensão arterial autorreferida para a população brasileira no ano de 2013 foi de 21,4% (Intervalo de Confiança 95%: 20,8-22,0). A prevalência de hipertensão arterial para brancos foi de 22,1% (IC95%: 21,3-23,0), para pretos 24,2% (IC95%: 22,2-26,3) e pardos 20,0% (IC95%: 19,2-20,8. (PNS, 2013).²³

Referente à diabetes mellitus:

A tendência da mortalidade por diabetes mellitus na população geral aumentou ligeiramente entre 2000 e 2012. Tal incremento ocorreu nas populações preta, parda e indígena, enquanto que, nas cor/raça amarela e branca houve diminuição da mortalidade. Em 2012, as maiores taxas de mortalidade por diabetes ocorreu na população negra (pretas e pardas).²³

Concernente à doença falciforme:

De 200 para 2012, a taxa de mortalidade por esta doença dobrou no país, sendo praticamente influenciada pelas tendências das cor/raças pretas e pardas. Embora tenham sido notificados óbitos pela doença em todas as categorias, a cor/raça preta apresentou as maiores taxas de mortalidade e os maiores aumentos na década, atingindo o valor de 0,73 mortes por 100.000 habitantes em 2012.²³

1.4.3 Maioria da população negra no Brasil

De acordo com Censo 2010 o Brasil é um país de maioria negra, composta por pretos e pardos, que assim se autodeclararam, alcançando a porcentagem de 50,7% da população brasileira. Assim, falar em políticas públicas de saúde para a população negra é falar em políticas públicas de saúde para a maioria da população brasileira. A população brasileira vem-se autodeclarando negra ao longo dos últimos anos, de 44,7% em 2010, para 50,7% em 2010.²³

Sobre o crescimento da população negra no Brasil³⁵, afirmamos que:

Em 2007, a população negra superou a população branca e, no Brasil, 49,8% da população brasileira se identificava como sendo preta ou parda. Isso, no entanto, não é inusitado na história da demografia da cor no Brasil. O Censo de 1890, possivelmente o primeiro com boa cobertura da população brasileira, apontava que 56% dos brasileiros eram negros. A próxima contagem de cujas informações ainda dispomos é o Censo de 1940, no qual a população negra tinha caído a meros 35,8% da população brasileira total. Esta impressionante queda nada tem de misteriosa: conforme documentado por Levy (1974), de 1890 a 1930, mais de três milhões de europeus brancos imigraram para o Brasil. Isso equivale a 36% da população brasileira de 1890, que era de pouco mais de 14 milhões de pessoas e foi o suficiente para mudar totalmente a composição racial brasileira.³⁵

É importante ressaltar que, na própria composição de raças no Brasil, a população negra ocupa a pior forma de chegada no Brasil, pois enquanto os africanos vieram aos milhões acorrentados como escravos para o Brasil, após a abolição da escravidão no Brasil, ao invés de se criar políticas públicas de inserção da população negra no novo modo de produção que se delineava, optou-se por favorecer a imigração de europeus para substituir a mão-de-obra até então de origem africana. O Censo de 1890 apontou que a população brasileira era composta 56% de negros e que nas décadas seguintes, de 1890 a 1930, mais de três milhões de europeus brancos imigraram para o Brasil, um número bastante considerável para alterar a

porcentagem da composição racial da população brasileira, que de 56% de negros em 1890, caiu para 35,8% em 1940.³⁵

Pertinente às décadas de 1890 a 1940, nas quais a composição de raças no Brasil sofreu grande alteração, é importante ressaltar o teor discriminatório em flagrante racismo institucional e legalizado de políticas públicas de imigração³⁵. As políticas públicas discriminatórias ocorridas no Brasil, em ostensivo racismo institucionalizado, ocorridas após o fim da escravidão, tem suas bases legalizadas:²⁸

O primeiro é referente ao Decreto nº 528 de 28 de junho de 1890, apenas dois anos após a Lei Áurea, que regularizou o regime de imigração no Brasil, restringiu a entrada no Brasil de indígenas da Ásia e da África, condicionando suas entradas à autorização do Congresso Nacional.²⁸ Vejamos:

Art. 1º. 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, exceptuando 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.²⁸

O outro dispositivo legal discriminatório é referente ao Decreto-lei n. 7.967 de 1945, no qual o art. 2º, apenas revogada em 1980, pela lei 6.815, determinava que:²⁸

Art. 2º. Atender-se-á, na admissão dos imigrantes, à necessidade de preservar e desenvolver, na composição étnica da população, as características mais convenientes de sua ascendência europeia, assim como a defesa do trabalhador nacional²⁸.

O objetivo da lei supramencionada de “preservar e desenvolver” “as características mais convenientes de sua ascendência europeia” encontrava respaldo na teoria do branqueamento, pela qual o cruzamento de brancos com mestiços acentuaria o teor ariano da população, branqueando-a.³⁶

Em que pese as tentativas legais de branqueamento da população brasileira, ainda não tão distantes, como o Decreto-lei nº 7.967 de 1945, somadas as teorias discriminatórias como o racismo científico e todas as demais formas de racismos existentes (individual ou interpessoal, cultural, institucional) a população brasileira se

autodeclara e se autorreconhece majoritariamente negra³⁶. A população brasileira se tornou majoritariamente negra, pois:

A história é bastante clara e simples. Até o início dos anos 1990, a população negra vinha aumentando de modo relativamente lento e vegetativo via uma taxa de fecundidade um pouco mais alta para pretos e pardos, e o fato de que filhos de casais mistos têm maior probabilidade de ter filhos pardos. Em algum momento, entre 1996 e 2001, há o início de um processo de mudança em como as pessoas se vêem. Passam a ter menos vergonha de dizer que são negras; passam a não precisar se branquear para se legitimarem socialmente. Essa mudança é um processo surpreendentemente linear, surpreendentemente claro e, ao que tudo indica ainda não terminou.³⁵

A relevância do recorte racial nas políticas públicas de saúde reside nos quatro fatores mencionados: a existência de racismo individual e principalmente o racismo institucional, que funciona como um muro para o acesso aos tratamentos de saúde, assim como pela existência de doenças com grande incidência na população negra e por último, mas não menos relevante pelo fato de a população brasileira ser atualmente majoritariamente negra.

Nesse sentido, cuidar da população negra é cuidar da maioria da população brasileira, que se reconhece negra, assim, é imperiosa a criação de políticas públicas destinadas a proteger a maioria da população brasileira e de pesquisas em saúde com recorte racial para identificar as iniquidades enfrentados pela população negra e criar políticas públicas capazes de corrigir as iniquidades de forma a garantir as conquistas adquiridas e aumentá-las.

1.5 AVALIAÇÃO DE SERVIÇO EM SAÚDE MENTAL

A avaliação é uma necessidade de todos os serviços de saúde e diante da importância desse processo o Ministério da Saúde tem investido em metodologias que possam avaliar os CAPS para assim fortalecer sua importância e seu funcionamento.³⁷ A avaliação é relevante para uma política pública, pois resultados de um programa de saúde devem ser demonstrados à população, considerando “a prática de suas ações, seu funcionamento e finalidade” a que se destina. Na saúde

mental essa necessidade de avaliar é ressaltada, ponderando que a “constituição dos serviços CAPS, parte de um movimento de transformação do modelo tecnoassistencial à saúde mental.”³⁸ Considerando tais transformações neste modelo podemos afirmar que:

A partir das mudanças na assistência à saúde mental, com o advento da RP, e implicações diretas na reorganização das práticas assistenciais, a avaliação dos serviços vem crescendo e configurando-se como uma necessidade nos últimos anos. Assim, a construção de processos avaliativos é de fundamental importância no contexto dos serviços de saúde mental.³⁸

Esses processos avaliativos devem ser periódicos para nortear a construção de parâmetros que subsidiem profissionais da saúde a alcançarem a construção efetiva dos projetos terapêuticos singulares. Sem essa medida, a organização das atividades ofertadas nesses espaços inclina-se a acontecer sem a devida articulação das “necessidades de cada usuário com as atividades de reabilitação, ou seja, de forma alienada e mecânica.”³⁹ Diante desse contexto, faz-se necessário considerar que:

A avaliação tem que convergir para as necessidades da audiência da avaliação, ou seja, não só aqueles que são responsáveis pela tomada de decisão, mas também aqueles que serão responsáveis pela implementação das ações decorrentes da decisão tomada. Pelo fato de constituir uma cadeia de eventos, se um deles não executar a tarefa que lhe é devida a ação não será concretizada. O produto dos serviços de saúde constitui algo que é parte integrante do usuário do serviço de saúde¹⁰, ou seja, se não houver a utilização dos serviços pela população não há a produção de saúde. Sob essa perspectiva, se evidencia a importância de ir ao encontro das necessidades de saúde quem melhor pode expressá-las é a própria população. Portanto, cabe ao avaliador a responsabilidade de incorporar direta ou indiretamente a população-alvo na formulação do processo avaliativo, particularmente nas fases de identificação dos problemas de saúde, de formulação da pergunta avaliativa e na definição dos indicadores e parâmetros a serem utilizados.⁴⁰

Considerando a importância desses parâmetros para o alcance da qualidade dos cuidados de saúde prestados, exige-se a definição clara do objeto que será avaliado, a justificativa de porquê avaliar, a finalidade e o caminho metodológico que se vai utilizar e ainda apresentar propostas de resolução para as possíveis fragilidades encontradas por estudos desse tipo.⁴¹

Para tanto, “um processo avaliativo de CAPS deve monitorar as ações que acompanham a construção de um serviço que se proponha a atender a inserção do usuário com maior resolubilidade”, como aliado a este processo destacamos a diversidade de saberes pertinente a uma “equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos”. A qualificação de profissionais para atuarem nesses espaços, contribui de maneira significativa para o funcionamento adequado dos mesmos⁴¹, como referência a isso destacamos que:

No campo da Saúde Mental, esta reorganização da atenção apontou a inserção de outros saberes, além da presença de outros profissionais, caracterizando-se por profundas modificações na assistência às pessoas com transtornos mentais e de comportamento, caracterizada pela Reforma Psiquiátrica. Segundo a Organização Mundial da Saúde, é crescente o número de pessoas acometidas por transtornos mentais e de comportamento, o que exige investimento financeiro na transformação dos espaços assistenciais assim como na formação de recursos humanos.⁴²

A qualificação de profissionais confere a estes, subsídios para uma prática pautada no cuidado a saúde mais efetivo, valorizando assim as ações de cada agente participante deste processo e ainda conferindo aos sujeitos um atendimento mais resolutivo, para tanto⁴¹, conferimos que:

As análises dos sujeitos sociais sobre as experiências não podem ser ignoradas, mas reconhecidas como portadoras de racionalidade e analisadas sob a luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos. A análise de serviços envolve também a consciência histórica de seus agentes e de suas representações sociais que por sua vez, estão contidas nas práticas que desenvolvem.⁴³

Desta forma ressaltamos que a avaliação de serviços de saúde, bem como todos os agentes envolvidos neste processo, tem despertado o interesse de muitos pesquisadores e “tem sido tema de diversas publicações, embora a produção de pesquisas referentes à avaliação dos serviços de saúde mental ainda se apresente escassa”.⁴³

Para a avaliação no campo da saúde mental, os estudiosos envolvidos devem estar comprometidos ideológica e eticamente com a RP, partindo do princípio que

participaram intensamente do movimento que iniciou a construção da nova política de saúde mental e da criação dos serviços substitutivos ao modelo asilar.⁴¹

Os serviços substitutivos ao modelo asilar se constituem em espaços de convivência e tratamento capazes de abrigar este “novo cuidado”, “pretendendo substituir não somente a condição física, normativa e aprisionante do manicômio”, mas também os métodos de tratamento e a “concepção acerca da loucura, numa perspectiva interdisciplinar”.⁴⁴

A seguir, apresentamos alguns estudos realizados sobre essa temática de avaliação de serviços, alguns com ênfase aos CAPS:

Processo avaliativo realizado no Município de São Paulo em CAPS teve como objetivos: descrever a estrutura física, recursos humanos e modalidades de atenção. No estudo foram incluídos 21 serviços para atendimento de adultos, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. No entanto, não foram avaliados os CAPSad.⁴⁵

Diferenciando-se do estudo anterior e priorizando avaliar os “modelos assistenciais de gestão e de formação de trabalhadores de uma rede de CAPS de Campinas, no estado de São Paulo”, avaliando diferentes grupos de interesse (trabalhadores, gestores municipais, usuários, familiares e gestores locais), os pesquisadores identificaram fragilidades e potencialidades referentes “à atenção durante a crise psíquica; articulação com a rede básica; formulação de projetos terapêuticos; gestão e organização em equipes de referência; formação educacional e sofrimento psíquico”.⁴¹

Outros estudos investigam um grupo de interesse importante neste contexto de avaliação de serviços, os usuários, que devem ser ouvidos cotidianamente, tendo em vista que a mensuração de sua satisfação é uma tarefa que requer cuidado, principalmente em decorrência “à diversidade de métodos e ausência de instrumentos padronizados para a coleta de dados”, com referência a essa diversidade de métodos e ausência de instrumentos para coletar esses dados⁴⁶:

Os estudos referentes à satisfação dos usuários, em geral, apontam um alto nível de aprovação do usuário em relação aos serviços de saúde, no entanto, quando os diferentes fatores que influenciam essa satisfação são analisados,

verifica-se a presença de descontentamentos que comprometem a qualidade da atenção à saúde.⁴⁶

Neste sentido, é primordial a opinião e a percepção dos usuários dos serviços para a análise “da qualidade da assistência prestada”, desta forma acredita-se que a satisfação do usuário constitui aspecto fundamental na avaliação de serviços⁴¹. Desta forma:

Na rotina dos serviços de saúde a necessidade de resolver problemas de saúde da população ou de satisfazer às demandas de usuários limita o tempo para a tomada de decisão, pois é necessário dar respostas às situações que já estão sendo vivenciadas pelo gestor. Isso faz com que as avaliações tendam: a ser executadas com rapidez; a utilizar as informações e os conhecimentos já disponíveis; a utilizar instrumentos metodológicos que se adaptam ao tempo e recursos existentes; a reduzir e simplificar os elementos a serem estudados; e a utilizar um grau de precisão (nível de confiança) dos resultados suficiente para a decisão a ser tomada.⁴⁰

Quando falamos em avaliação em saúde mental, as pesquisas que utilizam instrumental padronizado sempre utilizam como resultado uma boa prática com indicadores indiretos que tenham como mensuração as medidas de qualidade de vida, autonomia e satisfação, com o intuito de ir além dos indicadores epidemiológicos. Podemos reunir, a partir do conjunto da literatura sobre a área, que a avaliação apresenta três objetivos gerais⁴³:

- 1) produzir conhecimento e reflexão sobre as práticas, os serviços, os programas;
- 2) produzir conhecimento sobre a própria avaliação e avançar em termos metodológicos;
- 3) fornecer subsídios ao planejamento, gestão e administração dos serviços, quiçá ao ordenamento político dos programas de saúde pública.⁴³

Para pensar em avaliação na área da saúde mental os pesquisadores envolvidos precisam ter certo compromisso, ideológico e ético, com a Reforma Psiquiátrica. Tendo em vista que participaram ativamente deste movimento e que foi a partir dele que houve a possibilidade do surgimento da nova política de saúde mental e a criação dos dispositivos extra-hospitalares, foco desta investigação. Este campo de avaliação tem sido entendido como uma estratégia de reflexão sobre os novos

serviços de saúde mental.⁴³ Sobre essa temática a Organização Mundial de Saúde refere que:

A prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crônicas do que o tratamento institucional. A transferência de doentes dos hospitais psiquiátricos para a comunidade é também eficaz em relação ao custo e respeita os direitos humanos. Assim, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento.⁴⁸

Neste sentido não podemos assegurar que o “CAPS está escutando plenamente a ‘voz’ de seus usuários e acolhendo suas demandas, até porque os processos são sempre inconclusos”. Afirmamos, porém, que uma mobilização coletiva é feita no sentido de assistir às necessidades dos usuários, “em que pese o conflito de forças presentes no interior dos serviços”. Portanto torna-se imprescindível que “trabalhadores, gestores, usuários e familiares devem estar atentos para que o CAPSad atue a favor da cidadania”, sempre primando pela “ampliação de conquistas políticas, de mudanças culturais na sociedade, para que rompa com a exclusão imposta à loucura, enfim, por uma sociedade e por relações sociais mais justas”.⁹

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Comparar a assistência, a satisfação e a mudança percebida relacionadas ao cuidado recebido dos usuários negros e não negros atendidos em CAPSad nos estados AP, MG e SP quanto ao quesito raça/cor.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar as características das variáveis sociodemográficas e o cuidado recebido dos usuários negros e não negros atendidos em CAPSad;
2. Avaliar a satisfação dos usuários com os serviços utilizados, por meio da Escala de satisfação com serviços de saúde mental (SATIS-BR)⁴⁹;
3. Analisar as mudanças percebidas na vida dos usuários, por meio da escala de mudanças percebidas (EMP)⁵⁰.

3 MÉTODOS

3 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, que utiliza de métodos quantitativos transversais, descritivos e exploratórios.

3.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esse estudo faz parte de uma pesquisa matricial de avaliação dos CAPSad em três estados brasileiros: São Paulo, Minas Gerais e Amapá. Desta forma, o projeto de Avaliação dos CAPSad dos referidos estados foi submetido e aprovado pelo CEP – EEUSP, com o nº. 1.001/2011 (Anexo I)

Inicialmente foi solicitado aos coordenadores de saúde mental do estado do Amapá e do município de Santana autorização para execução da pesquisa no interior dos CAPSad. Em seguida, os coordenadores, membros das equipes técnicas, usuários e familiares dos CAPSad foram informados sobre a pesquisa, sendo-lhes entregue uma carta explicativa, e posteriormente foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. (Apêndice I)

A carta explicativa acerca do estudo continha: o título; objetivos; relevância para sua execução; a isenção de ônus financeiro ou sanções a quem não desejar participar ou que desistir de participar, durante sua execução. (Apêndice II)

Após a obtenção dos TCLEs dos participantes, deu-se início à coleta de dados.

3.2 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO E LOCAIS ONDE FOI REALIZADO

O estudo foi realizado entre os anos de 2013 a 2016, sendo a coleta de dados realizada nos CAPSad dos estados do Amapá, Minas Gerais e São Paulo, totalizando assim, 30 CAPSad devidamente credenciados no Ministério da Saúde.

3.3 AMOSTRAGEM

O cálculo da amostragem foi realizado com base nos dados de um estudo piloto realizado no ano de 2012. Neste estudo, estimou-se a necessidade de 30 usuários por serviço para que fosse possível realizar-se um estudo avaliativo dos CAPSad.⁴¹

Participaram do estudo 707 usuários de 30 CAPSad distribuídos em 19 cidades dos estados de São Paulo, Amapá e Minas Gerais. Sorteou-se 30 nomes de usuários para cada um dos CAPSad participantes, que foram convidados a participar do estudo. Após 5 tentativas de contato com os usuários, caso não fosse possível o contato, foi considerada perda e realizou-se novo sorteio para reposição.

A tabela 1 abaixo mostra o número de entrevistados por CAPSad, cidade e estado:

Tabela 1 – Número de usuários entrevistados por CAPSad, cidade e estado.

Nome do CAPSad	Cidade	continua		
		AP	MG	SP
1) Bauru	Bauru	0	0	19
2) BH	Belo Horizonte	0	29	0
3) Botucatu	Botucatu	0	0	25
4) Clafaiete	Conselheiro Lafaiete	0	26	0
5) Diamantina	Diamantina	0	25	0
6) Valadares	Gov. Valadares	0	24	0
7) JuizdeFora	Juiz de Fora	0	25	0
8) Macapá	Macapá	30	0	0
9) Munhuaçu	Manhuaçu	0	24	0
10) MontesClaros	Montes Claros	0	25	0
11) Oliveira	Oliveira	0	23	0
12) Patos	Patos de Minas	0	25	0

Tabela 1 – Número de usuários entrevistados por CAPSad, cidade e estado.

Nome do CAPSad	Cidade	continuação		
		AP	MG	SP
13) Poçosdecaldas	Poços de Caldas	0	28	0
14) SantanaAP	Santana	30	0	0
15) Cachoeirinha	São Paulo	0	0	20
16) Centro	São Paulo	0	0	27
17) Ermelino	São Paulo	0	0	16
18) Ipiranga/Arapuá	São Paulo	0	0	22
19) Jabaquara	São Paulo	0	0	20
20) Pinheiros	São Paulo	0	0	17
21) Pirituba	São Paulo	0	0	22
22) Sacomã	São Paulo	0	0	22
23) SantanaSP	São Paulo	0	0	23
24) Santoamaro	São Paulo	0	0	17
25) SãoMiguel	São Paulo	0	0	24
26) VilaMariana	São Paulo	0	0	33
27) Taboão	Taboão da Serra	0	0	10
28) Teófilo	Teófilo Otoni	0	25	0
29) Uberaba	Uberaba	0	26	0
30) UFU	Uberlândia	0	25	0
Total		60	330	317
		conclusão		

3.4 CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE PARTICIPANTES

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para os usuários dos CAPSad: indivíduos com idades entre 18 e 65 anos e com capacidade cognitiva para responderem aos instrumentos; estarem cadastrados e participando das atividades dos CAPSad há no mínimo seis meses e; serem portadores de transtornos mentais

graves e persistentes, decorrentes do uso abusivo e da dependência ao álcool e outras drogas. Foram excluídos da pesquisa os usuários que não atendiam aos critérios acima descritos.

3.5 COLETA DE DADOS

Após a assinatura do TCLE dos Coordenadores de saúde mental, os pesquisadores entraram em contato com as coordenações dos CAPSad. Com a anuência do coordenador e a assinatura do TCLE, foram agendadas as visitas em dias e horários convenientes ao funcionamento dos serviços.

A coleta de dados, como já descrita, foi realizada em três etapas, realizada pelos pesquisadores, além de residentes em saúde mental, selecionados e treinados previamente pelos proponentes do projeto.

Os usuários foram entrevistados pelos pesquisadores nos CAPSad e nos domicílios sorteados para a amostra dos serviços e com agendamento.

Após cinco tentativas de entrar em contato com o usuário, e caso não conseguisse agendar horário ou caso o usuário e/ou familiar não comparecesse por cinco vezes no horário agendado, foram considerados “perdas” da amostra.

Foi realizada também a coleta de alguns dados referentes ao usuário de seu respectivo prontuário.

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o presente estudo foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos, a Escala de Satisfação SATIS-BR e a Escala de Avaliação da Percepção de Mudança (EMP).⁵⁰ Todos constam em anexo (III).

As Escalas de Satisfação SATIS – BR⁴⁹ integram um conjunto de três escalas, entretanto neste estudo usaremos somente duas para a avaliação de Serviços de Saúde Mental (Escala de Avaliação da Satisfação dos usuários e familiares com os

Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR)⁴⁹ e a Escala de Avaliação da Satisfação de Profissionais em Serviços de Saúde Mental – SATIS-BR.⁴⁹

De acordo com a descrição de escore do instrumento validado, quanto mais próxima de 5 é a média das respostas dos participantes (usuários, familiares e profissionais), maior é a satisfação com o serviço.⁴⁹

Essas escalas foram elaboradas pela Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, posteriormente, foram validadas para o Brasil por Bandeira e colaboradores entre 2000 e 2002 e atualizadas em 2012.

A Escala de Avaliação da Percepção de Mudança (EMP) foi elaborada no Canadá e validada para uso no Brasil.⁵⁰

3.7 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Para compor a equipe de entrevistadores, os pesquisadores optaram por residentes de educação física, na área de saúde mental, da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Acadêmicos do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP.

Após esta seleção, foi realizado o treinamento com o objetivo de preparar esses estudantes para o trabalho de campo quantitativo.

3.8 ESTUDO PILOTO

Como informado anteriormente, o presente estudo faz parte de uma pesquisa matricial de avaliação de CAPSad em três Estados. Assim, antes da realização da presente pesquisa, foi realizado um estudo piloto no CAPSad da Vila Madalena, no Estado de São Paulo, a fim de testar o protocolo de pesquisa e eventuais modificações para o estudo principal.

O estudo piloto foi realizado com os quatro segmentos: coordenador, trabalhadores, usuários, incluindo avaliação de prontuários e familiares, aplicando-se

todos os instrumentos, que resultaram em um relatório para apresentação e discussão das dificuldades encontradas. Embora este estudo tenha optado por utilizar os instrumentos propostos pelo AVALIA CAPS da região Sul do Brasil ⁵¹, não apresentavam especificidade para serem aplicados nos CAPSad, uma vez que naquele estudo, os CAPS avaliados foram do tipo I e II.

Após o estudo piloto, os instrumentos foram adaptados de modo a atender às necessidades e contrastes dos CAPSad.

O estudo piloto serviu também para treino referente à coleta de dados para os pesquisadores envolvidos no presente projeto.

O CAPSad da Vila Madalena, onde foi desenvolvido o estudo piloto foi desconsiderado para a coleta de dados da pesquisa, uma vez que a população utilizada no pré-teste não deve ser incluída na pesquisa, para evitar interferência nos resultados.⁵²

Durante o estudo piloto, percebeu-se a dificuldade em utilizar formulários de papel para a coleta e posteriormente confeccionar de forma manual os bancos de dados. Frente a isto, decidiu-se pelo uso de formulários eletrônicos. Para isso, utilizamos da plataforma Google Drive, que possui formulários eletrônicos que importam, à medida que os dados são coletados, todas as informações para um banco de dados em planilha.

3.9 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os instrumentos foram aplicados utilizando-se formulário online do Google Forms®. Foram então tabulados e codificados pelo pesquisador, utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20,0 para Windows®. O processamento dos dados foi realizado utilizando-se o mesmo programa, bem como o programa Stata® versão 15.

As entrevistas foram realizadas entre os anos de 2013 e 2016, nos CAPSad e/ou nas residências dos indivíduos. Apresentou-se o termo de consentimento livre e esclarecido aos participantes e explicou-se como funcionava a pesquisa. Após

concordância e assinatura do termo, prosseguiu-se às entrevistas, realizadas em ambientes reservados, na presença apenas do pesquisador e do entrevistado.

Os dados foram coletados pelos pesquisadores e estudantes do Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Universidade de São Paulo – GEAD EEUSP.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados por meio de frequências relativas e absolutas e uma análise inferencial com o objetivo de testar a hipótese de que há diferença no tratamento de negros e não negros nos CAPSad estudados para as variáveis dependentes: Visitas Domiciliares, Tempo de Serviço, Internação, Internação no Tratamento, Problemas de Saúde, Uso de Psicofármacos, Comprar Psicofármacos e Acolhimento de necessidades, controlando-se a análise para Escolaridade, Alfabetização e Renda.

Foram realizadas regressões logísticas para examinar a relação entre as variáveis independentes com o fato de o usuário ser negro ou não negro, controlando-se a análise para escolaridade, alfabetização e renda.

A regressão logística múltipla encontra a equação que melhor prediz o valor das variáveis dependentes para os valores da variável independente, neste caso, negro/não negro.⁵³ Em outras palavras, esta análise permite visualizar a probabilidade de obter um valor particular para os desfechos acontecerem com negros comparados a não negros. Neste caso, comparamos se negros recebem menos visitas domiciliares que não negros, se têm a probabilidade de serem mais ou menos internados, se passam menos tempo no serviço do que não negros, se precisam comprar mais medicação do que os não negros, etc.

Partimos do pressuposto de que há uma desigualdade no tratamento quando comparados os negros aos não negros. Esta análise inferencial da desigualdade no tratamento tem a sua análise controlada para renda, alfabetização e escolaridade para que não se confunda o efeito da variável de raça com esses determinantes sociais. Desta forma, quando encontrado o efeito da variável de raça nas variáveis dependentes, pode-se afirmar que este efeito é independente da escolaridade e da renda dos indivíduos. Considera-se estatisticamente significativo os valores de $p \leq 0,05$.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA – PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Os usuários atendidos nos serviços de saúde mental participantes tinham as seguintes características:

Tabela 2 – Natureza dos Sujeitos da Pesquisa dos CAPSad dos estados do Amapá, Minas Gerais e São Paulo.

CAPSad	USUÁRIOS	
	N	%
AMAPÁ	60	8,5%
MINAS GERAIS	330	46,7%
SÃO PAULO	317	44,8%
TOTAL	707	100%

4.1.1 Caracterização dos usuários dos CAPSad dos Estados do Amapá, Minas Gerais e São Paulo

Os resultados apresentados a seguir, referem-se às características sociodemográficas dos usuários que compõem as equipes dos CAPSad dos Estados do Amapá, Minas Gerais e São Paulo.

Tabela 3 – Apresentação das informações sociodemográficas da amostra de estudo nos estados do Amapá (n=60), Minas Gerais (n= 330) e São Paulo (n=317).

Variáveis		N	%		
Estado	AP	60	8,5%		
	MG	330	46,7%		
	SP	317	44,8%		
7. Sexo	Feminino	302	42,7%		
	Masculino	405	57,3%		
8. Etnia	Branca	287	40,6%		
	Negra	297	42,0%		
	Pardo	123	17,4%		
Negro = 1 Não negro = 0	Não negro	287	40,6%		
	Negro	420	59,4%		
11. Qual seu atual estado civil?	Casado ou vive com companheiro	213	30,1%		
	divorciado/separado	67	9,4%		
	Solteiro	417	59,0%		
	Viúvo	10	1,4%		
12. O(a) Sr. (a) sabe ler?	Não	40	5,7%		
	Sim	667	94,3%		
Renda Familiar	Até 2 salários mínimos	503	71,1%		
	Entre 2 a 4 salários mínimos	148	20,9%		
	Acima de 4 salários mínimos	56	7,9%		
Escolaridade	Sem escolaridade	18	2,5%		
	ensino fundamental incompleto	274	38,8%		
	ensino fundamental completo	96	13,6%		
	ensino médio incompleto	86	12,2%		
	ensino médio completo	134	19,0%		
	curso técnico incompleto	3	,4%		
	curso técnico completo	12	1,7%		
	ensino superior incompleto	37	5,2%		
	ensino superior completo	31	4,4%		
	pós-graduação incompleta	1	,1%		
	pós-graduação completa	4	,6%		
	Não informado	11	1,6%		
		Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade		44	44	18	76
Membros da família		3	3	1	15

Os resultados descritos na **Tabela 3** referem-se aos dados sociodemográficos da amostra do estudo, que envolve usuários de álcool e outras drogas em três estados brasileiros: Amapá, Minas Gerais e São Paulo. Nela observa-se uma predominância de homens autodeclarados negros, solteiros, na faixa etária de 44 anos e com renda familiar de até 2 salários mínimos. Quanto ao grau escolaridade, apesar de 94,3% saberem ler, a maioria (38,8%) tinham apenas o ensino fundamental incompleto, e somente 5,1% da amostra deste estudo apresentavam nível superior completo ou acima.

Tabela 4 – Análise comparativa entre negros e não negros das variáveis sociodemográficas.

		continua	
		Negro = 1 Não negro = 0	
		Não negro	Negro
		N %	N %
12. O(a) Sr. (a) sabe ler?	Não	4,2%	6,7%
	Sim	95,8%	93,3%
13. Se sim, até que série o(a) Sr. (a) estudou?	Sem escolaridade	18,1%	33,1%
	Fundamental Incompleto	25,1%	30,0%
	Fundamental Completo	16,4%	12,1%
	Médio incompleto	8,0%	6,0%
	Médio completo	13,2%	7,1%
	Técnico incompleto	1,7%	2,1%
	Técnico completo	4,5%	4,5%
	Superior incompleto	5,6%	3,1%
	Superior completo	5,9%	1,4%
	Pós Graduação Incompleta	,3%	0,0%
	Pós Graduação Completa	1,0%	,2%
	Não informado	0,0%	,2%

Tabela 4 – Análise comparativa entre negros e não negros das variáveis sociodemográficas.

		continuação	
		Negro = 1 Não negro = 0	
		Não negro	Negro
		N %	N %
14. Qual sua principal fonte de renda?	Afastado	,3%	,2%
	Aposentadoria	15,3%	12,1%
	Autônomo	3,8%	1,2%
	auxílio-doença	13,2%	14,3%
	Bolsa família	2,1%	3,1%
	Emprego	31,0%	31,7%
	LOAS	1,7%	1,4%
	Não tem renda	16,7%	21,9%
	Pensionista	2,4%	2,1%
	renda do cônjuge	1,4%	,7%
	renda familiar	8,7%	7,9%
	renda/aluguel	1,7%	,2%
	seguro-desemprego	,7%	1,2%
	trabalho eventual	,7%	1,0%
	Trabalho eventual	0,0%	,7%
	Trabalho informal	0,0%	,2%
17. Qual a sua renda familiar no último mês?	Acima de 20 salários mínimos	,7%	,2%
	Até 2 salários mínimos	65,2%	75,2%
	Entre 10 a 20 salários mínimos	1,4%	,5%
	Entre 2 a 4 salários mínimos	18,5%	16,2%
	Entre 2 a 4 salários mínimos	4,9%	3,1%
	Entre 4 a 10 salários mínimos	8,0%	3,1%
	Entre 4 a 10 salários mínimos	1,4%	1,7%
Situação vulnerável de moradia	Não	8,7%	8,3%
	Sim	91,3%	91,7%
C2. Há quanto tempo o(a) Sr. (a) frequenta este serviço?	6 meses	8,4%	15,5%
	1 a 2 anos	24,7%	22,1%
	3 a 5 anos	28,2%	26,4%
	7 a 12 anos	22,3%	21,0%
	Mais de 5 anos	16,4%	15,0%
C3. O(a) Sr. (a) sabe o seu diagnóstico?	Não	7,3%	8,8%
	Sim	92,7%	91,2%
C6. O(a) Sr.(a) já teve alguma internação psiquiátrica ANTES do tratamento no CAPS ad?	Não	48,4%	59,0%
	Sim	51,6%	41,0%

Tabela 4 – Análise comparativa entre negros e não negros das variáveis sociodemográficas.

		continuação	
		Negro = 1 Não negro = 0	
		Não negro	Negro
		N %	N %
C8. DURANTE o seu tratamento no CAPS ad houve necessidade de você ser internado alguma vez?	Não	66,2%	65,7%
	Sim	30,3%	33,3%
	Não sei	3,5%	1,0%
C10. O(a) Sr. (a) tem algum outro problema de saúde?	Não	49,5%	48,8%
	Sim	48,1%	48,3%
	Não sei	2,4%	2,9%
C19. O(a) Sr. (a) faz uso de algum psicofármaco?	Não	18,8%	21,7%
	Sim	81,2%	78,3%
C21. Como o(a) Sr. (a) consegue os psicofármacos na maioria das vezes?	Farmácia Estadual	0,0%	,5%
	Hospital	1,7%	1,4%
	Na Secretaria Municipal de Saúde/Farmácia Municipal	25,4%	24,5%
	Não faz uso	17,8%	18,8%
	Não informado	,3%	,2%
	No CAPS ad	48,8%	46,0%
	Presídio	0,0%	,2%
	Tem que comprar	4,9%	7,4%
C22. Em algumas situações o(a) Sr. (a) precisa comprar os psicofármacos?	UBS	1,0%	1,0%
	Não	64,1%	56,0%
	Não faz uso	7,0%	9,8%
	Não informado	0,0%	,2%
	Sim	28,9%	34,0%
C41. O(a) Sr. (a) já recebeu visita domiciliária dos profissionais do CAPS ad?	Não	92,0%	81,2%
	Sim	8,0%	18,8%
C45. Em outras necessidades, como moradia, educação, lazer, etc, esse serviço lhe ajuda?	Não	66,2%	61,7%
	Sim	33,8%	38,3%

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Fonte: CAPSad AP, MG e SP, 2016.

conclusão

A Tabela 4 apresenta uma comparação abordando escolaridade, renda familiar entre negros e não negros. Em relação à escolaridade pode-se observar maior grau de instrução entre os não negros, pois tanto no ensino fundamental completo, médio completo e superior completo apresentam maiores índices quando comparados aos

negros. Sobre sua principal fonte de renda, o emprego é o meio de sustento principal, sendo a média de renda de até 2 salários mínimos em ambos os grupos de estudo.

Quando avaliado o tempo de frequência de tratamento no CAPSad, 15,5% dos negros frequentam bem mais quando o tempo de serviço é de até 6 meses, comparados aos não negros com 8,4%.

Ao serem analisadas possíveis internações psiquiátricas que antecederam ao tratamento no CAPS, os não negros tiveram mais internações (51,6%), que os não negros (41%).

Quanto aos problemas de saúde 49,5% dos não negros e 48,8 negros% apresentam problemas. Já quanto ao uso de psicofármacos 81,2% de não negros e 78,3 negros fazem uso e a aquisição dos mesmos em maior porcentagem ocorre na Secretaria Municipal/Farmácia Municipal.

Quando existe a necessidade de comprar os psicofármacos, 64,1% dos não negros não compram, contra 56,0% dos negros. Quanto a visita domiciliar dos profissionais do CAPSad os não negros recebem 8,0% e os negros 18,8%. Já em outras necessidades, como moradia, educação, lazer, etc, se o CAPSad ajuda, 33,8% de não negros concorda que o serviço não ajuda, contra 38,3% dos negros.

Tabela 5 – Análise comparativa entre negros e não negros das escalas de satisfação (SATIS-BR) e escala de mudanças percebidas (EMP).

	Não negro	Negro
	Mediana	Mediana
SATISGLOBAL	4,4167	4,4167
SATISFAT1	4,4286	4,5714
SATISFAT2	4,6667	4,6667
SATISFAT3	4,0000	4,0000
SATISFAT4	4,5000	4,6250
EMPGLOBAL	2,7222	2,7778
FAT1EMP	2,7500	2,7500
FAT2EMP	2,8333	2,8333
FAT3EMP	2,7500	2,7500

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Fonte: CAPSad AP, MG e SP, 2016.

Na Tabela 5: O grau de satisfação global dos usuários com os CAPSad foi calculado com base nos 12 itens da escala geral de satisfação – SATIS. A satisfação global, sendo a mesma repetida na maioria dos itens avaliados relacionados à satisfação, em uma escala tipo Likert, de 1 a 5. Quanto maior a média, dos escores obtidos pelos pacientes, na aplicação da escala, maior é o seu grau de satisfação com o serviço.

O fator 1 da escala avaliou a satisfação dos usuários com relação à competência da equipe, além da capacidade de escuta dos profissionais e a compreensão dos mesmos a respeito do problema apresentado por eles.

O fator 2 avaliou a satisfação do usuário com a ajuda recebida no serviço, a qualidade da acolhida dos profissionais, e o respeito e dignidade da equipe ao relacionar-se com ele.

O fator 3 avaliou a satisfação do paciente com as condições físicas do serviço, incluindo o conforto, a aparência e as condições das instalações. O fator 4 buscou comparar os resultados obtidos na SATIS-BR com os dados da CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire), que constitui uma escala padronizada de avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental, desenvolvida por Larsen, Attkisson, Hargreaves e Nguyen (1979).

Essa comparação entre as respostas das escalas visa reavaliar constantemente a validade concomitante da escala utilizada no estudo.

Os dados referentes à **mudança percebida** são referentes à porcentagem de melhora após o início do tratamento representando um resultado global.

O fator 1 avalia as mudanças na dimensão “Atividade e Saúde Física”. O fator 2 é referente à dimensão “Aspectos Psicológicos e Sono” e o fator 3 é referente à dimensão “Relacionamento e Estabilidade Emocional”.

Os negros e não negros estão igualmente satisfeitos e tem a mesma percepção de mudança, após o tratamento de forma semelhante em todos os fatores das escalas SATIS e EMP.

4.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Tabela 6 – Assistência nos CAPSad dos Estados do AP, MG e SP.

Regressões Logísticas	Visitas Domiciliares	Tempo de Serviço	Internação	Internação no Tratamento	Problemas de Saúde**	Psicofármacos	Comprar Psicofármacos	Necessidades
Negro	0,89	-0,51	-0,47	-0,06	-0,07	-0,24	0,28	0,11
	0.25***	0.26*	0.16***	0,17	0,19	0,20	0,17	0,17
Alfabetização	-0,38	0,17	0,11	0,46	-0,38	-0,34	0,37	0,06
	0,42	0,43	0,34	0,37	0,42	0,47	0,39	0,35
Fundamental Incompleto	0,10	0,20	0,25	-0,43	0,00	-0,15	-0,26	-0,26
	0,28	0,28	0,21	0.21**	0,00	0,26	0,23	0,21
Fundamental Completo	-0,35	0,57	0,00	-0,57	-0,41	-0,22	0,02	-0,26
	0,40	0,39	0,26	0.27**	0,27	0,32	0,27	0,26
Médio Incompleto	-0,05	1,49	0,44	-0,02	-0,60	-0,21	-0,09	-0,50
	0,50	0.75**	0,34	0,34	0.35*	0,41	0,36	0,35
Médio Completo	-0,12	1,88	-0,01	-0,45	0,01	-0,25	-0,58	-0,80
	0,44	0.75**	0,30	0,31	0,30	0,36	0.34*	0.32**
Técnico Completo	-0,17	0,70	-0,23	-0,62	-0,02	-0,04	0,31	-0,66
	0,58	0,64	0,40	0,42	0,39	0,50	0,40	0,42
Técnico Incompleto	1,19	0,25	0,30	-1,50	-0,71	-0,56	0,37	-0,64
	0.609*	0,79	0,56	0.780*	0,64	0,63	0,57	0,61
Superior	-0,92	1,01	0,03	-0,67	0,05	-0,21	0,20	-0,27
	0,68	0,62	0,35	0.375*	0,36	0,42	0,36	0,35
Renda de 2 a 4 SM	-0,53	0,44	-0,19	-0,23	-0,35	0,28	-0,07	-0,03
	0,33	0,35	0,20	0,21	0,24	0,25	0,21	0,21
Renda (sup) a 4 SM	0,18	-0,41	-0,48	-0,17	-0,04	-0,39	0,63	-0,12
	0,46	0,48	0,32	0,34	0,37	0,35	0.31*	0,33
_cons	-1,89	1,66	-0,03	-0,65	0,526	1,94	-1,23	-0,39
	0.44***	0.45***	0,34	0.37*	0,416	0.47***	0.39***	0,35
N	707	707	707	707	707	707	707	707

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Fonte: CAPSad AP, MG e SP, 2016.

Na tabela 6: verifica-se a associação de indivíduos negros e não negros para as variáveis visitas domiciliares, tempo de serviço, internação, internação no tratamento, problemas de saúde, necessidade, bem como, utilização e compra de psicofármacos.

Apenas nas variáveis visitas domiciliares, tempo de serviço e internação foram observadas associações significativas envolvendo a influência da raça, ou seja, o fato do usuário ser negro não apresentou associação significativa com as variáveis supracitadas, pois as variáveis alfabetização, escolaridade e renda foram controladas nesta análise.

Na variável de visitas domiciliares, o fato de o usuário ser negro, o leva a receber mais visitas em relação aos usuários não negros. Para as variáveis de tempo de serviço e internação, observou-se que usuários negros ficam menos tempo, bem como, apresentam menor tempo de internação em relação aos não negros.

Tabela 7 – Regressão Logística: avaliação da satisfação e mudança percebida.

Regressões Logísticas		Satisglo	satisfat1	satisfat2	satisfat3	satisfat4	empglo	fat1emp	fat2emp	fat3emp	
Negro		-0.044	-0.013	-0.06	-0.126	-0.057	0.009	0.01	-0.003	0.024	
		0.038	0.042	0.043	0.067*	0.047	0.03	0.034	0.032	0.035	
Alfabetização		-0.135	-0.115	-0.101	-0.258	-0.089	-0.096	-0.117	-0.081	-0.077	
		0.082*	0.089	0.092	0.142*	0.101	0.064	0.073	0.069	0.075	
Educação / Escolaridade	Fundamental Incompleto	-0.004	0.028	-0.059	-0.037	-0.007	-0.004	0.012	0.002	-0.046	
		0.05	0.055	0.057	0.087	0.062	0.04	0.045	0.042	0.046	
	Fundamental Completo	-0.064	-0.034	-0.035	-0.215	-0.025	0.005	0.039	-0.009	-0.044	
		0.062	0.068	0.07	0.108**	0.077	0.049	0.055	0.052	0.057	
	Médio Incompleto	-0.001	0.088	-0.105	-0.158	0.003	0.045	0.088	0.036	-0.029	
		0.081	0.088	0.091	0.14	0.099	0.064	0.072	0.068	0.074	
	Médio Completo	0.125	0.115	0.03	0.302	0.043	-0.028	0.007	-0.033	-0.09	
		0.071*	0.077	0.08	0.123**	0.087	0.056	0.063	0.06	0.065	
	Base: Sem Escolaridade	Técnico Completo	-0.235	-0.179	-0.297	-0.338	-0.168	-0.014	0.022	-0.016	-0.082
			0.094**	0.102*	0.106***	0.163**	0.116	0.074	0.083	0.079	0.086
Renda Familiar Base: Menor que 2 Salários Mínimos (2SM)	Técnico Incompleto	-0.096	-0.01	-0.212	-0.221	-0.092	0.105	0.077	0.085	0.193	
		0.135	0.147	0.153	0.235	0.167	0.107	0.12	0.114	0.123	
	Superior	-0.135	-0.048	-0.241	-0.283	-0.137	0.03	0.051	0.018	0.007	
		0.083	0.09	0.093**	0.144**	0.102	0.065	0.074	0.07	0.075	
	Renda de 2 a 4 SM	0.134	0.109	0.157	0.185	0.161	0.047	0.023	0.065	0.068	
		0.047***	0.051**	0.053***	0.082**	0.058***	0.037	0.042	0.04	0.043	
	Renda superior a 4 SM	-0.007	0.02	-0.023	-0.078	0.016	-0.031	-0.021	-0.038	-0.039	
		0.075	0.082	0.085	0.131	0.093	0.059	0.067	0.063	0.069	
			4.493	4.476	4.7	4.24	4.538	2.687	2.646	2.737	2.696
		_cons	0.083***	0.091***	0.094***	0.145***	0.103***	0.066***	0.074***	0.070***	0.076***
F statistic		2.6	1.4	2.5	3.4	1.3	0.6	0.4	0.6	1.1	
Adjusted R-squared		0.02	0.01	0.02	0.04	0	-0.01	-0.01	-0.01	0	
N		707	707	707	707	707	707	707	707	707	

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Fonte: CAPSad AP, MG e SP, 2016.

Os resultados referentes à satisfação e mudança percebida dos usuários negros e não negros são apresentados na tabela 7, conforme análise da regressão logística. O fato de o usuário ser negro não demonstrou associações significativas para este estudo, mesmo controlando a influência das variáveis de alfabetização, escolaridade e renda.

Tabela 8 – Regressão Multinomial (Problemas de Saúde).

Regressão Multinomial Problemas de Saúde		Sim	Não sei
Negro		-0.069	-0.292
		-0.193	-0.591
Alfabetização		-0.382	-1.203
		-0.415	-1.236
Educação / Escolaridade Base: Sem Escolaridade	Fundamental Incompleto	-18.499	-17.356
		-712.678	-2,440.40
	Fundamental Completo	-0.406	0.427
		-0.265	-0.998
	Médio Incompleto	-0.603	1.322
		(0.355)*	-1.029
	Médio Completo	0.006	1.467
		-0.302	-0.94
	Técnico Completo	-0.016	-16.019
		-0.39	-5,019.69
Renda Familiar Base: Menor que 2 Salários Mínimos (2SM)	Técnico Incompleto	-0.708	2.468
		-0.635	(1.073)**
	Superior	0.054	1.884
		-0.361	(1.128)*
	Renda de 2 a 4 SM	-0.352	-15.877
		-0.235	-1,042.71
	Renda superior a 4 SM	-0.042	-1.324
		-0.367	-1.195
	_cons	0.528	-2.063
		-0.416	(1.149)*
N		707	707

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Fonte: CAPSad AP, MG e SP, 2016.

Na tabela 8 procurou-se analisar a variável problema de saúde. Não houve diferença significativa, ou seja, o fato do indivíduo ser negro não teve associação significativa, mesmo quando foram controladas a influência da renda, escolaridade e alfabetização.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Em relação aos usuários dos CAPSad dos estados do Amapá, Minas Gerais e São Paulo, constatou-se as seguintes características sociodemográficas: predominância da população masculina (57,3%), que se autodeclararam negros (59,4%), solteiros (59,0%), com faixa etária de 44 anos, sendo o emprego a principal fonte de renda (31,7%) e com renda familiar de até 2 salários mínimos (71,1%).

Em comparação a outros estudos, os dados refletem semelhança com esta investigação em questões referentes: a média de idade dos usuários, que foi de 43 anos, semelhante ao da população investigada em um estudo realizado em Lorena-SP, que apresentava a idade média de 41 anos, superior à média da população do Rio Grande do Sul, de 30 a 35 anos.⁴³

Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas e, evidenciam maior número de pessoas do sexo masculino, o que pode ser justificado em decorrência da “dependência de substâncias psicoativas serem mais prevalentes entre homens, além do mais, de um modo geral, as mulheres procuram relativamente menos os serviços de saúde para tratar dependência química”. Dados de homens com média de idade entre 20 e 59 anos, foram encontrados neste e em outros estudos com usuários de álcool e outras drogas, que são indivíduos em fase de produtividade para atividades funcionais e econômicas, gerando impacto negativo na economia do lugar onde vivem.⁵⁴

Ainda corroborando com o estudo realizado em São Paulo, a reduzida procura de mulheres por atendimento em serviços a usuários de AOD em comparação aos homens, justifica-se “por razões como o estigma social em relação ao papel da mulher”.⁴³

Semelhante ao CAPSad, em estudo realizado no estado de São Paulo, intitulado Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial, pesquisou 6.349 pessoas institucionalizadas identificadas no Censo e identificou que: “em relação à raça/cor, 60,29% (3.828) dos moradores são brancos, 16,36% (1.039) pretos, 22% (1.396) pardos, 1,24% (79) amarelos e 0,11% (7) indígenas”, demonstrando que o número de negros segundo o IBGE é composto de pretos e pardos e conforme os dados do censo

demográfico de 2000, o número de negros do estado de São Paulo era de 27,4% e a porcentagem da população moradora de hospitais psiquiátricos era de 38,36% do total.⁷

Ainda, “a população negra sofre historicamente processos ininterruptos de abandono e apartamento social”. O lugar por excelência do abandono e exclusão é o manicômio, assim como outras instituições totais⁷.

Pode-se, ainda, afirmar que a principal fonte de renda é o emprego, 36% estavam empregados no período em que foram entrevistados, já neste estudo a porcentagem é de 31,7%.⁴³

Com referência à renda, segundo pesquisa realizada recentemente, se a discriminação fosse eliminada as mulheres negras teriam renda em média de 60% maior; “as brancas ganhariam em torno de 40% e os homens negros entre 10 e 25% mais, a depender do lugar ocupado na distribuição de renda”. Segundo este mesmo autor “No mundo do trabalho se paga um preço alto por ser negro e um preço muito mais alto por ser mulher e ter a pele negra”, e desta forma vai-se desconstruindo a tese largamente propagada de que a eliminação da pobreza resolve também a iniquidade ligada à cor da pele vem sendo gradualmente derrubada.²⁷

Quanto à escolaridade, neste estudo, apesar de 94,3% saberem ler, a maioria (38,8%) tinha apenas o ensino fundamental incompleto, e somente 5,1% da amostra deste estudo apresentavam nível superior completo ou acima. A predominância da baixa escolaridade, a questão de estar fora do mercado de trabalho e a de não ter companheiro foi similar às características da amostra de estudos em CAPSad.⁴³

Em outro estudo sobre moradores de hospitais psiquiátricos, os autores detectaram que a “realidade é alarmante: 62,07% destes não eram alfabetizados. Além deste dado, aproximadamente 9% dos moradores eram apenas capazes de escrever seus nomes, somando aproximadamente 70% da população”⁷. Este mesmo estudo descortina a perversa realidade em relação aos negros (pretos e pardos), pois 64,8% da população moradora constituem-se de analfabetos. Tais dados refletem quão significativa é “a barreira do analfabetismo que aprofunda os mecanismos de exclusão social dessa população porque a impede de exercer o ato mínimo de sobrevivência, que é ler e compreender o mundo”. Sabemos da importância da leitura

e da escrita para a ampliação de “repertórios pessoais, ajuizar valores e eventos, participar da vida política e civil, organizar-se como cidadão de direitos”⁷.

A população branca apresenta diferentes níveis de escolaridade, já dentre a população negra (pretos e pardos), encontram-se os não alfabetizados, ressaltando mais um dos direitos negados a esta população, ocasionando em aprofundamento de processos de exclusão social e limitando sua participação da vida política e civil²⁷.

A educação formal catalisa a mobilidade social: para os brancos as possibilidades obtidas com o aumento do nível de escolaridade lhes permitem explorar o mundo de outra forma, dado que contam com auxílio de sua rede social. Já para os negros, as oportunidades são restritas e, mesmo a nova geração (geralmente mais instruída), “ainda não encontraram o suporte necessário para mudança em sua rede social/comunitária”²⁷.

Em relação ao tempo de permanência no serviço, identificou-se que os não negros têm 1,7 mais chances de ficarem mais de 6 meses no CAPSad que os negros, controlado os efeitos de alfabetização, escolaridade e renda, tais achados sugerem que negros se evadem mais do tratamento no CAPSad que os não negros.

O consumo de substâncias psicoativas e os transtornos decorrentes do uso frequente dessas substâncias são os principais motivos de evasão, quando comparados aos demais motivos e diagnósticos⁵⁵.

A evasão dos usuários que estavam em regime de tratamento intensivo ou semi-intensivo, sugerindo a incipiência do vínculo estabelecido entre usuário e profissional de referência e equipe técnica não foi suficiente para preservar a adesão ao tratamento.⁵⁵

Confrontando os achados de nossa pesquisa, o estudo de Barbosa, verificou que “os usuários de seu estudo apresentam uma melhor adesão do que nos outros estudos, pois 48% frequentam o serviço há mais de seis meses, enquanto em outros estudos mais de 50% dos usuários não permanecem em tratamento na instituição”. Existe um tempo predeterminado para certificar a adesão de um usuário ao tratamento que é a partir do terceiro mês, considerando após esse período que houve adesão. A adesão considerada boa sucede quando o usuário permanece no serviço minimamente por um período de 6 meses e ainda é considerada muito boa quando permanece por um período superior a seis. A adesão ao tratamento pode ser

compreendida como o quanto um paciente atende às recomendações da equipe de saúde como um todo, incluindo o retorno e a manutenção do tratamento indicado, permanecendo no tratamento até a alta completa⁴³.

Estudos apontam que a dificuldade de adesão dos usuários de drogas ao tratamento é um problema mais relevante que o reduzido número de vagas.

Existem diversos tratamentos especializados, entretanto, requerem um regime intensivo e visando à resolução de problemas cotidianos do usuário e ainda existe a necessidade de terem uma abordagem multidisciplinar em que ele poderá aderir ou não ao tratamento. É importante que exista um compromisso no que diz respeito às atividades desenvolvidas durante o tratamento e objetivando as mudanças desejadas no comportamento em relação ao uso da droga⁵⁵.

Os achados apresentados nos levam a inferir que alguns fatores podem influenciar significativamente para a adesão ao tratamento dessa população negra (pretos e pardos), tais como a reduzida escolaridade para compreender e reconhecer a importância do tratamento, racismo institucional, não se sentir suficientemente acolhido no serviço, falta de apoio familiar, questões econômicas para custeio do tratamento, pois mesmo que ocorra em uma instituição pública, geram custos tais como: deslocamento de sua residência até o serviço (CAPS) e aquisição de medicamentos, quando estes não são disponibilizados pela rede de assistência à saúde.

Considerando que a maioria da população brasileira é negra e que não houve um fluxo migratório africano para o Brasil, confirmando o processo de escravidão desse povo e ainda assim, de acordo com o Censo de 2010, a porcentagem de 50,7% da população brasileira se reconhece e se autodeclara negra^{27,23}. Tais situações nos conduzem à reflexão da necessidade de se assegurar uma conquista dos movimentos negros, a de incluir o quesito cor nos formulários do SUS, pois tal ação busca dar visibilidade à realidade vivida por essa população nos serviços de assistência à saúde, frequentemente negligenciada ou ignorada em suas particularidades. Essa medida também poderá contribuir para maior adesão ao tratamento dessa população e ainda estimular o pertencimento desta população que já se reconhece como negra²³.

O fato de, neste estudo, pretos e pardos terem 2,4 vezes mais chances de receberem visita domiciliar que os não negros, controlados os efeitos de alfabetização,

escolaridade e renda, inferimos então que a visita domiciliar no caso de usuários do CAPSad pretos e pardos, tem prioritariamente o objetivo de efetuar a busca ativa quando estes usuários evadem-se do tratamento.

As visitas domiciliares configuram-se como uma abordagem realizada no lugar de inserção do usuário. Desta maneira o profissional de saúde mental ou a equipe desloca-se até o domicílio do usuário, com o objetivo de prestar assistência à saúde, verificar uma determinada situação, conceder alguma informação importante, efetuando a busca ativa do paciente ao serviço, ou ainda fazendo acompanhamento como garantia de adesão ao tratamento⁵⁶.

Com referência à internação, os não negros têm 1,6 vezes mais chances de terem sido internados antes do tratamento no CAPSad que os negros, controlados os efeitos de alfabetização, escolaridade e renda, em contrapartida negros quando internados, passam um tempo menor em comparação aos não negros. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, compostos por adultos jovens de cor/raça branca (53,3%). Tais achados se opõem ao que demonstrou um estudo realizado na Região Metropolitana de São Paulo, onde houve predominância de usuários de *crack* de cor/raça não branca e maior número de usuários que já tinham morado na rua. Sugerimos que os não negros tenham mais condições de buscar tratamento antes de ir para o CAPSad, como exemplo apoio familiar, recursos financeiros e escolaridade prioritariamente e, já os negros quando internados, passam período mais reduzido, nos levando a inferir que pelos motivos opostos aos não negros, como reduzido apoio familiar, escolaridade e recursos financeiros⁵⁵.

Corroborando com os achados deste estudo em publicação do Ministério da Saúde intitulada: Painel de Indicadores do SUS (2016), demonstra que nas internações por transtornos mentais e comportamentais em decorrência ao uso abusivo de álcool, houve predominância de pessoas de cor branca (44%), seguidas pelas de cor parda (26%). A taxa de internação por esse agravo também é maior na população branca (2,5) do que nos outros grupos. Quando se efetua a comparação entre as taxas de internação e de mortalidade por tais transtornos, sugere-se “iniquidades de acesso ao atendimento hospitalar, na medida em que a mortalidade entre pretos e pardos é bem maior que entre brancos, além de haver uma proporção muito maior da mortalidade em relação à internação entre pretos, pardos e indígenas”²³.

Nesse sentido, em internações por transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool), predominaram em pessoas de cor branca (42%), em seguida de cor parda (22%). E as internações por esse agravo se assemelham com a população branca (2,4) e preta (2,3), e caem quase à metade na população de cor parda. Tal condição sofre um processo de inversão quando há análise das taxas de mortalidade pelo uso de drogas, que é superior duas vezes entre pretos (0,4) do que entre brancos (0,2) e pardos (0,2)²³.

A diferença relevante entre taxas de internação e mortalidade em alguns grupos raciais sugere que existem grupos que tem maior dificuldade de acesso a determinados serviços de saúde mental e ainda existe “incompletude do quesito raça/cor nos dados de internação, e a carência de estudos sobre prevalências de transtornos mentais segundo grupos raciais na população brasileira limitam as análises sobre as desigualdades observadas nesses indicadores”.

Não podemos deixar de atribuir a este processo o significado do racismo para a saúde mental da população não branca, que consiste na maioria desta população. “Quem sofre diretamente com o racismo tem de lidar com ameaças à autoestima, desigualdades de oportunidades e, com frequência, com a violência que atinge principalmente a juventude negra no Brasil”. Todos esses fatores podem contribuir, e muito para o sofrimento psíquico da população negra em formas e intensidades diversas²³.

Entender e reconhecer o racismo como desencadeador desse sofrimento psíquico e da relação prejudicial com a saúde mental frequentemente ignorada nos serviços de atenção psicossocial que justificou a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde a criar, no ano de 2014, o Grupo de Trabalho (GT) sobre Racismo e Saúde Mental. Este grupo foi constituído em parceria com o Departamento de Apoio à Gestão Participativa e a Política Nacional de Humanização, com a participação de outros representantes do governo, da sociedade civil e de universidades. O grupo objetiva principalmente a discussão de estratégias que visem ao aprimoramento das práticas de cuidado em saúde, ampliando o olhar de profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, para o reconhecimento do racismo enquanto produtor de sofrimento psíquico²³.

Com referência aos problemas de saúde 49,5% dos não negros e 48,8% negros apresentam problemas. Em um estudo de Gabatz et al (2013), justifica-se a

suscetibilidade a problemas de saúde além do uso abusivo de drogas e a vulnerabilidade dos usuários de *crack* com o aumento de fatores de risco para a saúde, exposição a situações violentas e à morte em comparação a maioria da população. “O pensamento do usuário foca-se no crack de forma que sono, alimentação, sobrevivência e responsabilidade perdem o significado”⁵⁸.

Já quanto ao uso de psicofármacos 81,2% de não negros e 78,3% negros fazem uso e a aquisição dos mesmos em maior porcentagem ocorre na Secretaria Municipal/Farmácia Municipal. Quando existe a necessidade de comprar os psicofármacos 64,1% dos não negros não compram, contra 56% dos negros. Situação que nos faz refletir sobre a condição financeira dos usuários não negros que talvez lhes possibilite a aquisição dos psicofármacos em maior proporção que os usuários negros.

Observou-se em um estudo realizado no município de Lorena/SP, um relevante número de “prescrições de medicamentos psicoativos, em especial, aos que fazem parte dos grupos dos antidepressivos e benzodiazepínicos”. Como forma de acesso às medicações psicoativas, todos os portadores de transtornos psíquicos que são usuários do SUS têm direito garantido a receber os medicamentos essenciais da saúde mental gratuitamente, principalmente para assistir as pessoas com menor poder aquisitivo⁵⁴.

No que se refere às necessidades como moradia, educação, lazer, etc, se o CAPSad ajuda, 33,8% de não negros concorda que o serviço não ajuda, contra 38,3% dos negros.

Ainda sobre as necessidades dos usuários do CAPSad, um estudo realizado no estado da Bahia, evidenciou-se que não há uma utilização de toda a potencialidade dos recursos comunitários para a atenção às demandas e necessidades sociais de saúde dos usuários e familiares assistidos pelo CAPSad, pois a rede intersectorial apresentava-se frágil e incipiente. A título de exemplo, destaca-se um Centro Social Urbano do bairro que dispunha de um conjunto de equipamentos e serviços que poderiam ter contribuição significativa para a inclusão social, tais como: creches, esportes, atividades de lazer, informática, cursos profissionalizantes, entre outros. As atividades desenvolvidas pelo CAPSad utilizando esse dispositivo social, apresentam grande importância, entretanto estavam distantes de utilizar todas as possibilidades geradas com essa parceria⁵⁹.

É possível que os resultados encontrados nos CAPSad avaliados em nossa pesquisa, demonstra que ainda não houve estabelecimento de parcerias com a rede intersetorial para utilizar os recursos comunitários disponíveis nos territórios em que os CAPS estão inseridos.

No tocante a satisfação, os negros e não negros estão igualmente satisfeitos e percebem mudanças após o tratamento de forma semelhante em todos os fatores das escalas SATIS e EMP. Em contraposição ao nosso estudo, apresentamos que em estudo realizado por Leal e col (2004) com puérperas, que as brancas apresentaram maior satisfação em relação às pretas e pardas no atendimento recebido no pré-natal, parto e cuidado ofertado ao recém-nascido. A satisfação aumentou conforme os anos de estudo, todavia tanto com níveis de instrução mais reduzidos ou elevados, as brancas mostraram mais satisfação que as pretas e pardas²⁷.

Em revisão recente sobre processos de avaliação em saúde mental, demonstrou-se “que a satisfação do usuário para com a atenção recebida está diretamente ligada aos vínculos formados com a equipe de saúde, ao acolhimento realizado nas consultas e ao acompanhamento durante todo o tratamento”. Tais elementos mostraram-se eficientes para o sucesso e adesão ao tratamento⁴³.

A satisfação dos pacientes também vem estabelecendo relações com fatores como: adesão e qualidade do atendimento, melhora do quadro clínico com redução da sintomatologia, “competência da equipe e ocorre o relacionamento profissional x paciente, acessibilidade ao serviço, qualidade das instalações, continuidade dos cuidados e também a informação recebida”⁴³.

Com referência à medida de percepção de mudanças, constitui-se em uma avaliação da percepção do próprio paciente sobre fatores como: “efeitos do tratamento na saúde física e psicológica, na vida social e nas atividades”. Alguns autores assinalam a relevância dessa medida na avaliação dos resultados do tratamento. Estudos recentes demonstraram “relações significativas entre a percepção de mudanças pelos pacientes e as variáveis referentes à alteração na sintomatologia psiquiátrica, qualidade de vida e percepção de mudança pelos familiares”⁶⁰.

Após reflexão do contexto, em que negros e não negros apresentam os mesmos níveis de satisfação e mudança percebida, nos indagamos em como poderíamos justificar tal situação, se os negros se evadem mais do serviço e ainda,

os não negros estatisticamente já acessaram outros serviços, pois passam por internações anteriores ao tratamento no CAPSad em maior proporção que os negros.

Nos últimos anos, tem aumentando consideravelmente no Brasil as pesquisas que abordam sobre as questões de identidade étnico-raciais, objetivando a melhora do acesso a ações e serviços de saúde. Todavia, a invisibilidade das singularidades da população negra se apresenta em diversos cenários, inclusive no campo da pesquisa acadêmica em saúde mental com uma produção de poucos trabalhos relacionados a esta população. Sugerimos então que novos estudos sejam realizados, para que possamos conceder melhor assistência e respeito à diversidade para com esta população, que se apresenta como sendo a maioria da população brasileira⁶¹.

Sendo assim, reconhecemos quão fundamental é o conhecimento e o respeito à diversidade, abstraindo dela apenas o que se converte em útil para a melhor assistência à saúde do usuário ou usuária, especialmente no universo do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) e na saúde mental. “Esta virtude propiciará o alcance da equidade num período menor de tempo, sem que isto custe tantas outras vidas”⁵⁴.

Neste sentido afirmamos que os CAPSad são instituições que prestam assistência a uma demanda bastante fragilizada do ponto de vista físico, emocional e social. Tais fragilidades são ressaltadas quando fazemos um recorte racial, pois esses usuários ainda têm que lidar com a discriminação, o preconceito e a marginalização. Entendemos que a assistência aos usuários de álcool e outras drogas é provavelmente aquele que gera maior mobilização de toda a equipe de saúde, independente da categoria profissional. Todavia quando acreditamos que o “atendimento a essa situação é influenciado pela ambiguidade de valores, concepções e representações sociais predominantemente estigmatizadas do senso-comum, o qual interpreta tal questão como um problema moral relacionado à instabilidade emocional e à falta de força de vontade dos usuários”⁶².

Portanto, considera-se muito importante que o profissional de saúde reflita sobre suas atitudes em relação ao usuário de SPAS e ofereça cuidados sem julgamento ao indivíduo, independentemente de cor/raça. Desta forma poderemos ofertar uma assistência mais humanizada e integral, respeitando as singularidades dos usuários negros e não negros, bem como reduzir de alguma forma desigualdades e iniquidades conferidas a esta população⁶³.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

O presente estudo se constitui em um monitoramento do perfil sociodemográfico de negros e não negros atendidos em CAPSad dos estados do Amapá, Minas Gerais e São Paulo, e a assistência recebida nesses serviços, bem como a avaliação da satisfação e mudança percebida sob a ótica dos usuários.

Os achados deste estudo nos permitem refletir sobre a situação de vulnerabilidade da população negra (pretos e pardos), na questão da assistência nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas, sabemos que estão em maioria, não somente no CAPSad e sim na população brasileira como um todo, o que nos remete à necessidade do cumprimento das políticas públicas destinadas a essa maioria da população brasileira.

Neste estudo concluiu-se que foram significativos os dados que ilustraram a maior evasão de negros da assistência do CAPSad, situação ressaltada pelo maior número de visitas domiciliares destinadas aos negros, em comparação aos não negros, caracterizando-se em busca ativa como estratégia para a adesão ao tratamento no CAPSad.

Destacamos também a ocorrência de internação, entre os não negros, antes de iniciar o tratamento no CAPSad, todavia quando os negros são internados, permanecem por um período mais curto em comparação aos não negros, conduzindo-nos a inferir que os não negros são mais internados e por mais tempo, sugerindo que este grupo dispõe de maiores condições de acessar este recurso, sejam financeiras, familiares ou educacionais.

Com relação à satisfação e mudança percebida, não houve diferença significativa entre os dois grupos, o que nos leva a ponderação de como esses grupos com uma diferença significativa de acesso à assistência, podem apresentar-se igualmente satisfeitos e com a mesma percepção de mudança. Refletimos ainda que a referência de serviço é diferenciada, uma vez que os não negros já acessaram outros serviços antes do tratamento no CAPSad.

Diante do número ainda tímido de publicações que abordem esta temática, principalmente no que se refere à saúde mental e população negra, sugere-se que

outros estudos desta natureza sejam realizados, no sentido de possibilitar o reconhecimento do contexto da atenção em saúde mental dos municípios, uma vez que a caracterização dos usuários desses serviços nos possibilitará o reconhecimento de possíveis entraves existentes no SUS, que comprometem a assistência em saúde.

Esse reconhecimento contribuirá para a elaboração e efetivação de políticas públicas que visem uma atenção de melhor qualidade e empoderamento dos serviços já existentes no Território. Empoderamento, este, extensivo ao usuário no sentido de seu autorreconhecimento como negro, sem que antes pese toda a “carga” dessa condição, e tão pouco exista a necessidade de lançar mão de estratégias de branqueamento, como forma de inclusão, principalmente em serviços de saúde, conforme o trecho a seguir: “os sistemas baseados no embranquecimento admitem o deslocamento social lento, ao longo do contínuo de cor, de modo que sejam mais aceitos aqueles que mais se aproximam da brancura, isto é, aos mestiços se oferece a ilusão de mobilidade e ascensão”, em contrapartida aos negros só lhes são ofertadas a exclusão e a negação de sua autoimagem²⁷.

Tal condição explica como tão comumente ocorre o auto reconhecimento de pardos como brancos e de pretos como pardos, todavia diante da impossibilidade dos pretos identificarem-se como brancos, inviabiliza a ocupação de outros lugares, estabelecendo “um limite, onde existem lugares que não podem ser ocupados por todos e denunciando “a permanência da dicotomia negro *versus* branco”²⁷.

Por fim, considera-se que além de constituir uma estimativa importante da população de negros desses três estados, esta pesquisa sugere investir em estudos de seguimento que acompanhem os usuários nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas, a fim de ampliar, avaliar e qualificar as ações prestadas pelos serviços públicos de saúde em seus diferentes níveis de atenção, bem como estudos na área da saúde que façam um recorte racial.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Pedrosa SM, Reis ML, Gontijo DT, Teles SA, Medeiros M. A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016; 69(5):956-63.
2. UNODC. World Drug Report 2014. Naciones Unidas Nueva York; 2014.
3. UNODC. World Drug Report 2014. Naciones Unidas Nueva York; 2016.
4. WHO. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2011. xii, 286p.
5. Carlini E, Galduróz J, Silva A, Noto A, Fonseca A, Carlini C, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 2006.
6. Maciel SC, Barros DR, Silva AO, Camino L. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicol Ciência e Profissão*. 2009;29(3):436-47.
7. Barros S, Batista LE, Dellosi ME, Escuder MML. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: Um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e Soc*. 2014;23(4):34-46.
8. Maciel SC. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cad Bras Saúde Ment*. 2012;4(8):73 - 82.
9. Pimenta ES. A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. Belo Horizonte: 2008.
10. Pereira MO, Oliveira MAF. Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial. 2002.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
14. Brasil. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. In: Ministério da Saúde SdAàSSC-DA, editor. 2ª ed. Brasília, 2004.
15. Pereira MO. Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
16. Minas Gerais. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais – 2012. [Internet]. Minas Gerais; 2012.
17. Rocha RM. O Enfermeiro na Equipe Interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as Possibilidades de Cuidar. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(3)350-7.
18. Brasil. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. In: Ministério da Saúde SdAàSSC-DA, editor. 2ª ed. Brasília; 2004.
19. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
20. Brasil. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. In: Ministério da Saúde SdAàSSC-DA, editor. 2ª ed. Brasília 2004.
21. Jaccoud L. O combate ao racismo e à desigualdade: O desafio das políticas públicas de promoção à saúde. In: Theodoro M, Jaccoud L, Osório R, Soares S, organizadores. As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: IPEA, 2008.
22. Cunha MGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F organizadores. Saúde da População Negra. 2 ed. rev. e ampl., 1. Reimpr. Brasília: ABPN, 2012.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

-
24. Guimaraes SA. Preconceito de cor e racismo no Brasil. *Rev Antropol.* 2004;47(1):9-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-77012004000100001>.
 25. Fernandes GAAL. Os aspectos econômicos da discriminação racial no Brasil [tese]. São Paulo, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade; 2012.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
 27. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005.
 28. Pace ÂF, Lima MO. Racismo Institucional: apontamentos iniciais. Disponível em: <http://www.artificios.ufpa.br/Artigos/a%20angela%20pace%20rev.pdf>
 29. Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. Disponível em: <http://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-noco-es-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>.
 30. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc* 2016;25(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>
 31. Jones JM. Racismo e preconceito. Tradução, Dante Moreira Leite. São Paulo, Edgar Blucher, Ed. Da Universidade de São Paulo, 1973.
 32. López LC. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. *Interface - Comunic, Saude, Educ.* 2012;16(40)121-34.
 33. Perpétua IHO. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. *Jornal Da Rede Saúde.* 2000; 1-14.
 34. Rohde LSP. Comunidades quilombolas e o direito à saúde: percepção das mulheres quanto ao acesso à assistência pré-natal. Florianópolis, 2008.
 35. Soares S. A demografia da cor: A composição da população brasileira de 1890 a 2007. In: Theodoro M, Jaccoud L, Osório R, Soares S, organizadores. As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: IPEA, 2008.
 36. Skidmore TEP. Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro. Tradução de Raul de Sá Barbosa. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1976.

-
37. Brasil. Coordenação de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Avaliar CAPS faz um retrato do trabalho dos CAPS [periódico na Internet]. 2009 fev. 19 [citado 2011 jan 11]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/Not%C3%ADciaAvaliarCAPSpar aBVS19fev09.pdf
38. Azevedo et al. Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais Rev Bras Pesq Saúde. 2014;16(2):109-16.
39. Lima MGA. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. 104 p.
40. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(4):821-8.
41. Pinho PH. Avaliação Dos Centros De Atenção Psicossocial Em Álcool E Outras Drogas Do Município De São Paulo / SP. 2014;383.
42. Moura GA, Roncalli AG, Noro LRA. Impacto do Trabalho em Profissionais de Serviços de Saúde Mental em um Município do Nordeste Brasileiro. Psicol Ciência e Profissão [Internet]. 2016;36(2):401–10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932016000200401&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
43. Barbosa G, Oliveira M, Moreno V, Padovani C, Claro H, Pinho P. Satisfação de usuários num Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. Port J Ment Heal Nurs [Internet]. 2015;14(14):31-7. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602015000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
44. Valida NDE. Ministério da Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte Centro De Ciências da Saúde Programa De Pós-Graduação em Ciências, 2014.
45. Azevedo DM, Silva AC. A reforma psiquiátrica e o modelo de atenção substitutivo: implicações contemporâneas. Rev Bras Pesq Saúde [Internet]. 2013 out. [citado 2013 out. 15]; 15(2): 1-2. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5668/4115>
46. Prates JG. Avaliação das Atitudes dos Profissionais de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas do Município de São Paulo. São Paulo, 2016. 93 p.
47. Dos Santos MAM, Souza EG, Cardoso JC. Avaliação Da Qualidade Da Estratégia Saúde Da Família E Do Programa Mais Médicos Na Área Rural De Porto Velho,

- Rondônia. *Gestão e Soc* [Internet]. 2016;10(26):1327. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2089>.
48. Azevedo EB. Rede de cuidado da saúde mental: tecendo práticas de inclusão social no município de Campina Grande – PB. [dissertação] João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba – Campos I; 2010.
49. Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escalas brasileiras de avaliação de satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [Internet]. 2000 11 maio 2013]; 49(4):[105-15 pp.]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=275816&indexSearch=ID>
50. Bandeira M, Felício CM, Cesari L. Validation of the Perception of Change Scale - Family Version (EMP-F) as a treatment outcome measure in mental health services. *Rev Bras Psiquiatria*. 2010;32(3):283-7.
51. Vargas D, Luis MAV. Development and validation of a scale of attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics. *Rev Lat-Am Enferm*. 2008;16(5):895-902.
52. Long JS, Freese J. Regression models for categorical dependent variables using Stata. Stata press, 2006.
53. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.
54. Pereira MO, Souza JDM, Maria Â. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena São Paulo. 2012;25(11):48-54.
55. Pereira MO, Amorim A, Vidal V, Falavigna MF, Oliveira MAF. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(5):409-12.
56. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciência, Cuid*. 2008;7(2):241-7.
57. Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr* [Internet]. 2008;30(2):101-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a05.pdf>
58. Gabatz RIB, Schmidt AL, Terra MG, Padoin SMM, Silva AA, Lacchini AJB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):140-6.

59. Alves VS. Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do centro de atenção psicossocial (CAPSad). 2009;[365]-[365]. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2461
60. Silva MA, et al, Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. J Bras Psiquiatr. 2012;61(2):64-71.
61. Silva MJGS, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST / HIV / aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil Use of STD / HIV / AIDS-Oriented Public Health care Services by Quilombo Communities in Brazil. Saúde Soc. 2010;19:109–20.
62. Porto MSG. Polícia e violência: representações sociais de elites policiais do Distrito Federal. São Paulo em Perspect. 2004;18(132):132-41.
63. Spricigo JS, Alencastre MB. The nurse from health unit and the drug user: one analysis in Biguaçu/SC. Rev Lat-Am Enferm. 2004;12(SPE):427-32.

APÊNDICE

APÊNDICE

APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido – Do participante ou do representante legal do participante

(RESOLUÇÃO 466/12 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Nome do entrevistado _____

Pesquisadora: Nelma Nunes da Silva – doutorando fone: 55 (96) 91582755 e-mail nelmanunes@usp.br no programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Coordenadora do Projeto – Prof.^a Dr.^a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira – Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e-mail: marciaap@usp.br.

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, **intitulada: ASSISTÊNCIA A NEGROS E NÃO NEGROS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS ESTADOS DO AMAPÁ, MINAS GERAIS E SÃO PAULO: UM ESTUDO COMPARATIVO**, autorizando a minha observação durante a sua permanência no CAPSad, a realização de uma entrevista por meio da aplicação de formulários às etapas de coleta de dados do estudo e a consulta aos prontuários. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: comparar variáveis sociodemográficas relacionadas ao cuidado recebido dos usuários atendidos em CAPSad nos estados AP, MG e SP quanto ao quesito à raça/cor.

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos desse estudo, o livre acesso aos dados, bem como a opção de não participação em qualquer uma das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito desse estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador dos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado (a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos; do acesso em qualquer momento às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo sem que isso me traga qualquer prejuízo do

meu atendimento; do sigilo e anonimato; e de que não sofrerei qualquer prejuízo, caso me negue a participar do estudo ou interrompa a minha participação.

Enfim, fui garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Local/Data: _____

Assinatura do Participante: _____

Em caso de dúvidas ou denúncias sobre irregularidades éticas, entrar em contato com o comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por meio do Tel.: 55 (11) 3061-7548 ou e-mail: edpesq@usp.br, end.: Rua Enéias de Carvalho de Aguiar, nº 419 – CEP 05403-000 – São Paulo – SP.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA EEUSP

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de maio de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Maria Odete Pereira

Ref.: Processo nº 1001/2011/CEP-EEUSP - - SISNEP - CAAE: 0005.0.196.000-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Metodologias de avaliação e medidas políticas de impacto para ações em álcool e outras drogas**”, a ser desenvolvido no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrico desta Instituição, sob a responsabilidade da Professora Doutora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO II – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMS-SP

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0145.0.196.162-11
 São Paulo, 03 de Abril de 2012.
 PARECER Nº 054/12 – CEP/SMS

Ilma. Sra.
 Maria Odete Pereira

Projeto de Pesquisa: Metodologias de avaliação e medidas de impacto das políticas para ações em álcool e outras drogas nos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas do município de São Paulo

Pesquisador Responsável: Maria Odete Pereira

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Local onde os dados serão coletados: Todos os centros de Atenção Psicossocial – AD do município de São Paulo

Patrocinador: CAPES (Programa de Pós- Doutorado)

1 - Sumário Geral do Protocolo

Projeto de pesquisa vinculado ao “Grupo de Estudos Relacionados ao Uso Prejudicial do Álcool e Outras Drogas” – GEAD, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, cadastrado no Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, que vem desenvolvendo estudos acerca dos efeitos prejudiciais do álcool e outras drogas e, busca, ao longo do tempo, novas estratégias de enfrentamento e fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação psicossocial e inserção social dos mesmos, bem como a redução de danos e inclusão social.

Objetivos do Grupo de Estudos Relacionados ao Uso Prejudicial do Álcool e Outras Drogas:

- Produzir conhecimento acerca do processo de avaliação da qualidade da assistência oferecida nos Centros de Atenção Psicossocial que atendem usuários de álcool e outras drogas – CAPS AD;
- Oferecer subsídios para a avaliação de CAPS ad no Estado de São Paulo;
- Oferecer subsídios para o ensino de enfermagem em saúde mental da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

• Objetivo específico deste sub-projeto.

Avaliar quantitativamente e qualitativamente os Centros de Atenção Psicossocial II ad da cidade de São Paulo.

Justificativa: Gerar subsídios para mudanças na atenção em saúde mental nos CAPS ad

Metodologia:

Os dados serão coletados pela psicóloga doutoranda Paula Hayasi Pinho, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

A avaliação quantitativa se dará em três perspectivas.

(1) Avaliação da estrutura dos CAPS: da área física, dos recursos humanos e dos materiais dos CAPS ad;

Descrição da área física dos serviços (número de cômodos e sua finalidade, tamanho da construção em metros quadrado, tamanho da área interna e externa úteis para as atividades terapêuticas); descrição do mobiliário existente nos serviços; e número de funcionários e profissionais da equipe técnica.

(2) Avaliação do processo: a) da organização da atenção em saúde mental e b) do processo de trabalho.

a) A organização da atenção psicossocial, desenvolvida nos CAPS, será avaliada por meio de uma auditoria dos registros dos usuários com verificação do conteúdo relativo ao projeto terapêutico do serviço; plano terapêutico individual do usuário; normas e atividades padronizadas; sistema de referência e contra-referência; e registro de atendimentos em prontuários.

b) O processo de trabalho será avaliado por meio da aplicação de questionários, aos trabalhadores de saúde mental, sobre: satisfação e sobrecarga dos trabalhadores de saúde para identificar prevalência de problemas psiquiátricos menores; problemas por consumo de álcool; perfil dos trabalhadores e condições de trabalho.

(3) A avaliação quantitativa dos resultados da atenção em saúde mental será realizada por meio da aplicação de questionários aos usuários e familiares, sendo que o padrão de saúde do usuário será avaliado a partir

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0145.0.196.162-11

da condição de autonomia, inserção, cidadania, e satisfação e os familiares, com 20 a 30% dos usuários e familiares, partindo da satisfação e sobrecarga como cuidador.

A avaliação qualitativa será junto aos profissionais da equipe técnica, usuários e familiares dos CAPS ad participantes.

Serão empregadas como estratégias metodológicas as técnicas de grupo focal e observação participativa.

Para a avaliação qualitativa serão empregados marcadores abstraídos a partir dos dados empíricos do projeto CAPSUL (2009) que tiveram a capacidade explicativa de indicar determinado parâmetro de avaliação. Assim, os marcadores internos a serem utilizados são:

Marcadores internos	Marcadores externos
Estrutura: - Ambiência	- Políticas públicas, gestão e articulação da rede de saúde.
Processo de Trabalho:	
- Atividades como suporte terapêutico	
- Equipe, característica do trabalho	
- Plasticidade do Serviço Inserção da família	- Relação da sociedade com o fenômeno da loucura
Resultado: - Resultado da atenção psicossocial	

Estratégias metodológicas: **Grupo Focal e Observação Participante.**

- Referência sucinta aos critérios de seleção (*recrutamento, abordagem dos sujeitos de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão*).

Os coordenadores e membros da equipe técnica dos CAPS participantes deverão ter no mínimo seis meses de trabalho.

Para os usuários dos CAPS os critérios de inclusão serão os seguintes:

A. Indivíduos com idades entre 18 e 65 anos;

B. Estarem cadastrados e participando das atividades dos CAPS há no mínimo seis meses;

Serão incluídos no estudo os coordenadores, membros das equipes técnicas e usuários dos CAPS que preencherem os requisitos acima e concordarem em participar.

2 – Considerações.

Trata-se de projeto de pesquisa para exame de qualificação para obtenção do título de Doutor onde a pesquisadora pretende realizar avaliação quantitativa e qualitativa dos CAPS Ad do Estado de São Paulo.

O projeto é de grande relevância tendo em vista os escassos trabalhos sobre avaliação na área de Saúde Mental.

A avaliação quantitativa se dará em três perspectivas:

Avaliação da área física, recursos humanos e materiais do CAPS, através de planilhas; avaliação dos processos de atenção à saúde através de consulta aos prontuários dos usuários; avaliação da satisfação e sobrecarga dos trabalhadores através do questionário "A evaluation of the user's satisfaction scale brief – SATIS-BR"; avaliação dos resultados da atenção em saúde mental e satisfação e sobrecarga dos familiares através do questionário SATIS-OMS.

A avaliação qualitativa será realizada através de grupo focal e observação participativa em 15 CAPS Ad, um em cada região administrativa do Estado de São Paulo. Tal avaliação terá como sujeitos os profissionais, os usuários e seus familiares e o critério de escolha dos CAPS obedecerão aos seguintes itens: tempo de funcionamento do serviço, adequação do serviço à Portaria 336/2002, disponibilidade dos sujeitos de pesquisa para participar do estudo.

• Local de Realização

- O projeto não é multicêntrico. Realizado em vários municípios do Estado de São Paulo pela mesma equipe de pesquisadores. Não informa se em todos os municípios a pesquisadora responsável pela coleta dos dados será a mesma.

Apresentação do Protocolo

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque – fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

Página 2/4

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0145.0.196.162-11

- A Folha de Rosto não está corretamente preenchida. As seguintes informações parecem ser incongruentes: número de sujeitos de pesquisa informado, número de CAPS AD (todos=21) e variedade de sujeitos de pesquisa (trabalhadores, usuários e familiares).
- O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.
- Orçamento – o projeto tem financiamento CAPES e o orçamento está descrito na página 2 do Anexo III – Termo de solicitação e concessão de apoio financeiro a projeto.
- Cronograma da pesquisa – necessita retificações
- Há tratamento adequado dos dados/informações
- **Avaliação dos riscos e benefícios**
 - Objetivos específicos
 - Não estão suficientemente esclarecidos
 - Metodologia – não está suficientemente clara.
 - A metodologia impõe alguma condição de desconforto ao sujeito da pesquisa, porém devidamente justificada.
 - Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa não estão garantidos, pois a linguagem utilizada no TCLE pode tornar seu conteúdo inacessível. Há também a necessidade de informar no TCLE em que consiste exatamente a participação: tempo de participação necessário, acesso aos prontuários.
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**
 - É conciso e objetivo.
 - Está redigido na forma de convite à participação no estudo.
 - A linguagem não é adequada ao nível sociocultural dos sujeitos de pesquisa.
 - Não há descrição suficiente dos procedimentos.
 - Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96.
 - Não permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.
 - Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados, porém apenas utiliza a palavra prejuízo e não fala prejuízo em que!
 - Há vícios a serem repelidos. Não está explicitado no TCLE que se pretende consultar os prontuários.
 - Não são descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE
 - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – necessitam de retificações, pois não há explicação completa e pormenorizada sobre os métodos que serão utilizados no estudo tais como grupo focal, observação participativa e consulta dos prontuários.

3 - Situação do Protocolo - pendente quanto:

- 1) Explicar a incongruência entre as informações relativas ao número de participantes (25 entre funcionários, usuários e familiares de usuários dos CAPS- ad), o número de CAPS –ad (todos os do município =21) e a metodologia de coleta de dados (grupo focal).
- 2) Explicar a frase:com 20 a 30% dos usuários e familiares, partindo da satisfação e sobrecarga como cuidador.
- 3) Quanto aos objetivos específicos: Esclarecer no objetivo específico descrito abaixo o que significa "...construção dos sujeitos envolvidos"
- 4) Quanto ao cronograma, informar mês e ano de cada etapa do projeto.
- 5) Adequações dos TCLEs:
 - a) Adequar a linguagem.
 - b) Informar em que consiste efetivamente a participação: grupo focal, resposta de questionário, observação durante o serviço. Quanto tempo deverá ser disponibilizado pelas diferentes categorias de sujeitos da pesquisa.
 - c) Informar a pretensão de consulta aos prontuários.
 - d) Inserir as palavras "de seu atendimento" após a palavra prejuízo.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0145.0.196.162-11

- e) Informar que em caso de dúvidas ou denúncias sobre irregularidades éticas, o sujeito de pesquisa deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, através do telefone 33972464 ou do email smscep@gmail.com, endereço Rua General Jardim 36, 1 andar.

OBS.: Todas as pendências apontadas nas Considerações acima, foram corrigidas pelo pesquisador responsável e aprovada pelos pareceristas.

4 - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX.2.e)

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amaury Aatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO III – Instrumento para os usuários do serviço.

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

Coleta Usuários Parte 1

Universidade de São Paulo

Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do município de São Paulo Questionário para o Usuário do CAPS ad

Este questionário será mantido em segredo. Sua participação é muito importante para conhecermos o universo da atenção em Saúde Mental do município de São Paulo.

***Obrigatório**

1. Número de identificação: *

O número deve ser composto pelo nome do
CAPS + número do prontuário (Ex:
SACOMÃ1235)

.....

2. 1a. Cidade: *

Cidade do local de coleta

.....

3. 1b Estado: *

Estado do local da coleta

.....

4. 2. Entrevistador: *

Nome do entrevistador

.....

5. 2a. Data da entrevista: *

.....

6. 2b. Horário de início *

.....

7. 3. Em que local foi realizada a coleta dos dados? *

Marcar apenas uma oval.

☐

No CAPS ad

☐

Parte no CAPS ad, parte no domicílio

☐

No domicílio

☐

Outro:

.....

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

8. **4. Tipo de CAPSad ****Marcar apenas uma oval.*

- ☐ CAPS II ad
- ☐ CAPS II ad horário estendido
- ☐ CAPS III ad

9. **5. Qual a sua data de nascimento? ***

.....

10. **5b. Qual a sua idade? ***

.....

11. **6.a Naturalidade: ***

Estado onde nasceu

.....

12. **6 b. Cidade onde reside: ***

.....

13. **7. Sexo ****Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

14. **8. Etnia ****Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Branca
- ☐ Mulata
- ☐ Negra
- ☐ Pardo
- ☐ Outro:

15. **9. Qual o seu peso (aproximadamente) ***

Em quilos, somente números

.....

16. **10. Qual é a sua altura? (aproximadamente)? ***

em metros e centímetros

.....

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

17. 11. Qual seu atual estado civil? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado ou vive com companheiro
- ☐ separado
- ☐ divorciado
- ☐ viúvo
- ☐ Outro:

18. 12. O(a) Sr. (a) sabe ler? *

*Se não, passar para a questão 14**Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Não
- ☐ Sim

19. 13. Se sim, até que série o(a) Sr. (a) estudou?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sem escolaridade
- ☐ Ensino fundamental completo
- ☐ ensino fundamental incompleto
- ☐ ensino médio completo
- ☐ ensino médio incompleto
- ☐ curso técnico completo
- ☐ curso técnico incompleto
- ☐ ensino superior completo
- ☐ ensino superior incompleto
- ☐ pós graduação completa
- ☐ pós graduação incompleta

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

20. 14. Qual sua principal fonte de renda? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ emprego
- ☐ seguro-desemprego
- ☐ renda do cônjuge
- ☐ aposentadoria
- ☐ renda familiar
- ☐ auxílio-doença
- ☐ pensionista
- ☐ LOAS
- ☐ Não tem renda
- ☐ Outro:

21. 15. Se o(a) Sr. (a) atualmente está trabalhando, explique como é sua jornada de trabalho:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ jornada integral remunerada
- ☐ jornada parcial remunerada
- ☐ jornada integral não remunerada
- ☐ jornada parcial não remunerada
- ☐ não trabalha
- ☐ trabalho eventual
- ☐ Outro:

22. 17. Qual a sua renda familiar no último mês? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Até 2 salários mínimos
- ☐ Entre 2 a 4 salários mínimos
- ☐ Entre 4 a 10 salários mínimos
- ☐ Entre 10 a 20 salários mínimos
- ☐ Acima de 20 salários mínimos

23. 18. Qual o número de membros/ pessoas na família? *

.....

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

24. 19. Com quem o(a) Sr. (a) vive atualmente? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ sozinho(a)
- ☐ cônjuge/companheiro
- ☐ com filho(a)
- ☐ cônjuge/companheiro(a) e filhos
- ☐ outro membro da família
- ☐ mãe, pai, irmãos, filhos e companheiro
- ☐ mãe, pai
- ☐ mãe, pai, irmãos
- ☐ amigo(a)
- ☐ Outro:

25. 20. Com quem o(a) Sr. (a) gostaria de viver? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ sozinho(a)
- ☐ cônjuge/companheiro
- ☐ com filho(a)
- ☐ cônjuge/companheiro(a) e filhos
- ☐ outro membro da família
- ☐ mãe, pai, irmãos, filhos e companheiro
- ☐ mãe, pai
- ☐ mãe, pai, irmãos
- ☐ amigo(a)
- ☐ Outro:

26. 21. Que tipo de moradia o(a) Sr. (a) tem atualmente? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ casa/apartamento próprio
- ☐ casa/apartamento alugado
- ☐ casa de amigos
- ☐ hospital ou instituição
- ☐ rua
- ☐ abrigo de emergência
- ☐ pensão (alimentação e moradia)
- ☐ Outro:

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

27. 22a. Possui automóvel? Quantos *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

28. 22b. Possui TV em cores?

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

29. 22c. Possui banheiro na residência? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

30. 22d. Possui empregada doméstica? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

31. 22e. Possui rádio? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

32. 22f. Possui máquina de lavar roupa? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

33. 22g. Possui DVD? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

34. 22h. Possui aspirador de pó? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

35. 22i. Possui geladeira comum ou freezer? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

36. 22j. Possui computador? *

Somente números. Se nenhum, escreva 0.

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o CAPS ad

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

37. C1. Trata-se de sua primeira admissão a este serviço? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Não
☐ Sim

38. C2. Há quanto tempo o(a) Sr. (a) frequenta este serviço? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 6 meses
☐ de 7 a 12 meses
☐ de 1 a 2 anos
☐ de 3 a 5 anos
☐ mais de 5 anos

39. C3. O(a) Sr. (a) sabe o seu diagnóstico? **Se não, passar para a questão 5**Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Não
☐ Sim

40. C4. Se Sim, qual é o diagnóstico?*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não	Sim
Transtorno Bipolar do Humor	☐	☐
Transtorno Depressivo Maior	☐	☐
Esquizofrenia	☐	☐
Uso de tabaco	☐	☐
Uso de álcool	☐	☐
Uso de drogas	☐	☐
Transtorno da ansiedade	☐	☐
Outro	☐	☐

41. C4a. Se outro, qual é o diagnóstico?

.....

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

42. C4a1. Se uso de drogas, qual(is)?*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não	Sim
Maconha	☐	☐
Cocaína	☐	☐
Crack	☐	☐
Solventes	☐	☐
Heroína	☐	☐
Anfetaminas	☐	☐
LSD	☐	☐
Ecstasy	☐	☐
Hipnóticos	☐	☐
Sedativos	☐	☐
Alucinógenos	☐	☐
Opióides	☐	☐
Outros	☐	☐

43. C4a2. Se outras drogas, qual(is)?

.....

44. C5. Que idade o(a) Sr. (a) tinha quando percebeu o uso abusivo/dependência da substância que usa? *

em anos

.....

45. C6. O(a) Sr.(a) já teve alguma internação psiquiátrica ANTES do tratamento no CAPS ad? *

Se não, passe para a questão 8

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim

46. C7a. Se sim, quantas vezes? Hospital Geral

Hospital Geral

.....

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

47. C7a1. Tempo de duração? Hospital Geral

Hospital Geral (Converter para número de dias.
Ex: 3 anos = $365 \times 3 = 1095$)

.....

48. C7b. Se sim, quantas vezes? Hospital Psiquiátrico

Hospital Psiquiátrico (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = $365 \times 3 = 1095$)

.....

49. C7b1. Tempo de duração? Hospital Psiquiátrico

Hospital Psiquiátrico (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = $365 \times 3 = 1095$)

.....

50. C7c. Se sim, quantas vezes? Comunidade Terapêutica

Comunidade terapêutica (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = $365 \times 3 = 1095$)

.....

51. C7c1. Tempo de duração? Comunidade Terapêutica

Comunidade terapêutica (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = $365 \times 3 = 1095$)

.....

52. C7d. Se sim, quantas vezes? Clínica de reabilitação

Clínica de reabilitação (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = $365 \times 3 = 1095$)

.....

53. C7d1. Tempo de duração? Clínica de reabilitação

Clínica de reabilitação (Converter para número de dias. Ex: 3 anos = $365 \times 3 = 1095$)

.....

54. C8. DURANTE o seu tratamento no CAPS ad houve necessidade de você ser internado alguma vez? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

55. C8b. Se sim, onde você foi internado?*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não	Sim
Hospital geral	☐	☐
Comunidade terapêutica	☐	☐
Hospital Psiquiátrico	☐	☐
CAPS ad III	☐	☐
Outro	☐	☐

56. C8b1. Se outro, onde você foi internado?

.....

57. C8c. Quantas vezes você foi internado DURANTE o seu tratamento no CAPS ad?*Somando todas as internações em todos os locais*

.....

58. C8d. Data da última internação?

.....

59. C8e. Tempo de duração da última internação?

.....

60. C9. Você já apresentou desmaios, hipertensão, hiper/hipoglicemia, convulsão, etc, que houve necessidade de urgência nesse CAPS ad? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Não
☐ Sim

61. C9a. Se sim, para onde foi encaminhado

.....

62. C10. O(a) Sr. (a) tem algum outro problema de saúde? **Se não, passar para a questão 18**Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não sei

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

63. C11. Se Sim, qual?*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não	Sim
Hipertensão Arterial	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Obesidade	☐	☐
Problemas oncológicos	☐	☐
DST/AIDS	☐	☐
Outro	☐	☐

64. C11a. Se outro, qual?

.....

65. C12. Atualmente, o(a) Sr. (a) usa medicação para este problema?*Se não, passar para a questão 14**Marcar apenas uma oval.*

☐ Não

☐ Sim

66. C13. Se sim, qual(is)?

.....

67. C14. Onde o(a) Sr. (a) é atendido para estes outros problemas?*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não	Sim
Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde	☐	☐
Estratégia Saúde da Família	☐	☐
Pronto atendimento	☐	☐
Pronto socorro	☐	☐
Ambulatório de especialidades	☐	☐
Convênio Médico	☐	☐
Outro	☐	☐

68. C14a. Caso marcado "outros", descreva

.....

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

69. **C15. O CAPS ad encaminha ou já encaminhou o(a) Sr. (a) para algum serviço por causa destes problemas?**

Se não, passar para 18

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

70. **C16. O(a) Sr. (a) já internou por causa destes problemas?**

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

71. **C17. Se Sim, onde ocorreu a última internação?**

Marcar apenas uma oval.

☐ Hospital Geral

☐ Pronto-socorro

☐ Pronto-atendimento

☐ Outro:

72. **C18. O(a) Sr. (a) possui plano de saúde particular? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

73. **C19. O(a) Sr. (a) faz uso de algum psicofármaco? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

74. **C20. Quais os psicofármacos que o(a) Sr. (a) está usando atualmente?**

.....

75. **C21. Como o(a) Sr. (a) consegue os psicofármacos na maioria das vezes?**

Marcar apenas uma oval.

☐ No CAPS ad

☐ Na Secretaria Municipal de Saúde/Farmácia Municipal

☐ Tem que comprar

☐ Outro:

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

76. **C22. Em algumas situações o(a) Sr. (a) precisa comprar os psicofármacos?**

Se "Não", passar para questão 24

Marcar apenas uma oval.

☐ Não☐ Sim77. **C23. Se SIM, quanto o(a) Sr.(a) gastou no último mês para esta compra?**

Escrever "não sei" caso não lembre

78. **C24. O(a) Sr. (a) segue a prescrição médica?**

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	De forma irregular	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Segue prescrição médica	☐	☐	☐	☐	☐

79. **C25. O(a) Sr. (a) fuma? ***

Se "NÃO" passar para questão 28

Marcar apenas uma oval.

☐ Não☐ Sim80. **C26. Se Sim, há quanto tempo?**

81. **C27. Quantos cigarros o(a) Sr. (a) fuma por dia?**

82. **C28. O(a) Sr. (a) consumiu bebida alcoólica nas 4 últimas semanas? ***

Se "NÃO" passar para questão 34

Marcar apenas uma oval.

☐ Não☐ Sim

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

83. **C29. Com que frequência durante o último ano o(a) Sr. (a) sentiu culpa ou remorso por beber?**

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Menos que 1 vez ao mês	1 vez ao mês	1 vez por semana	Todos ou quase todos os dias
Culpa ou remorso por beber	☐	☐	☐	☐	☐

84. **C30. Com que frequência durante o último ano, o Sr. (a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?**

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Menos que 1 vez ao mês	1 vez ao mês	1 vez por semana	Todos ou quase todos os dias
Não se lembrou	☐	☐	☐	☐	☐

85. **C31. Alguma vez na vida o(a) Sr. (a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o(a) Sr. (a) ter bebido?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim, mas não no último ano
☐ Sim, durante o último ano

86. **C32. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr. (a) por causa da bebida ou lhe disse para parar de beber?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim, mas não no último ano
☐ Sim, durante o último ano

87. **C33. O que o(a) Sr. (a) acha do seu consumo de bebida alcoólica?**

Marcar apenas uma oval por linha.

	É um grande problema	É um pequeno problema	Ajuda-lhe, mas é um problema	Não é um problema	Ajuda-lhe um pouco	Ajuda-lhe muito
O que acha do consumo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

88. **C34. O(a) Sr. (a) fez uso de alguma droga ilegal nas últimas 4 semanas? ***

Se "NÃO" passar para questão 36

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

89. **C35a. Se Sim, quantos dias usou cocaína?**

Somente números, quantidade de dias

.....

90. **C35b. Se Sim, quantos dias usou maconha?**

Somente números, quantidade de dias

.....

91. **C35c. Se Sim, quantos dias usou heroína?**

Somente números, quantidade de dias

.....

92. **C35d. Se Sim, quantos dias usou solventes?**

Somente números, quantidade de dias

.....

93. **C35e. Se Sim, quantos dias usou crack?**

Somente números, quantidade de dias

.....

94. **C35f. Se Sim, quantos dias usou ecstasy?**

Somente números, quantidade de dias

.....

95. **C35g. Se Sim, quantos dias usou
Hipnóticos?**

Somente números, quantidade de dias

.....

96. **C35h. Se Sim, quantos dias usou Sedativos?**

Somente números, quantidade de dias

.....

97. **C35i. Se Sim, quantos dias usou
Alucinógenos?**

Somente números, quantidade de dias

.....

98. **C35j. Se Sim, quantos dias usou Opióides?**

Somente números, quantidade de dias

.....

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

99. **C35k. Se Sim, quantos dias usou outras drogas?**

Somente números, quantidade de dias

.....

100. **C35h. Que outras drogas usou?**

Nome de outras drogas que usou

.....

101. **C36. O(a) Sr. (a) tem profissional/ técnico de referência dentro do CAPS ad? ***

Se "NÃO", passar para questão 38

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

102. **C37. Se Sim, quem é este profissional?**

Marcar apenas uma oval.

☐ Enfermeiro

☐ Psiquiatra

☐ Assistente Social

☐ Psicólogo

☐ Educador físico

☐ Terapeuta Ocupacional

☐ Técnico de Enfermagem

☐ Outro:

103. **C38. Quantas vezes por semana ou mês você vem ao CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ 7 dias por semana

☐ de 3 a 6 dias por semana

☐ de 1 a 2 dias por semana

☐ 2 a 3 vezes por mês

☐ 1 vez ao mês

☐ 1 vez a cada 2 ou 3 meses

☐ Outro:

104. **C39. Você considera essa frequência suficiente? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

105. **C40a. Participou de atendimento em Grupo no CAPSad no último mês? ***

Se não, vá para 40b

Marcar apenas uma oval.

☐ Não☐ Sim106. **C40a1 Quais atividades / atendimentos o(a) Sr. (a) participou no CAPS ad no último mês? ***

Marcar todas que se aplicam

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Grupos terapêuticos	☐	☐
Atividades esportivas	☐	☐
Atividades de suporte social	☐	☐
Grupos de leitura e debate	☐	☐
Grupos de confecção de jornal	☐	☐
Grupos de orientação	☐	☐
Grupos de família	☐	☐
Outros	☐	☐

107. **C40a2 Se outros, quais?**

108. **C40b. Participou de oficinas no CAPSad no último mês?**

Se não, vá para 40c

Marcar apenas uma oval.

☐ Não☐ Sim

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

109. **C40b1 Quais oficinas o(a) Sr. (a) participou no CAPS ad no último mês? ***

Marcar todas que se aplicam

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Oficinas terapêuticas	☐	☐
Oficinas expressivas	☐	☐
Oficinas geradoras de renda	☐	☐
Oficinas de alfabetização	☐	☐
Oficinas culturais	☐	☐
Oficinas de atividades manuais	☐	☐
Oficinas de trabalho	☐	☐
Outros	☐	☐

110. **C40b2 Se outros, quais?**

.....

111. **C40c. Participou de atendimento individual no CAPSad no último mês? ***

Se não, vá para 40d

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

112. **C40c1 Quais atendimentos individuais o(a) Sr.(a) participou no CAPS ad no último mês?**

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Consulta médica	☐	☐
Psicoterapia	☐	☐
Orientação	☐	☐
Consulta de enfermagem	☐	☐
Consulta com outros técnicos	☐	☐
Procedimentos técnicos	☐	☐
Acompanhamento do uso de medicação	☐	☐

113. **C40c2 Se outros, quais?**

.....

27/06/13

Cópia de Usuários Parte 1 - Google Drive

114. C40d. Participou de atividades na comunidade com o CAPSad no último mês? *

Se não, vá para 40e

Marcar apenas uma oval.☐ Não☐ Sim**115. C40d1 Quais atividades na comunidade o(a) Sr.(a) participou no CAPS ad no último mês?***Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não	Sim
Festas comunitárias	☐	☐
Caminhadas com grupos da comunidade	☐	☐
Participação em eventos e grupos dos centros comunitários	☐	☐

116. C40e. Participou de outras atividades no CAPSad no último mês? *

Se não, vá para 41

Marcar apenas uma oval.☐ Não☐ Sim**117. C40e1 Se sim, quais**

Outras atividades não mencionadas nos itens de 40a a 40d

Powered by

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

Coleta Usuários Parte 2

Universidade de São Paulo

Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Ad do município de São Paulo Questionário para o Usuário do CAPS ad

Este questionário será mantido em segredo. Sua participação é muito importante para conhecermos o universo da atenção em Saúde Mental.

***Obrigatório**

Continuação da entrevista com o Usuário

1. 1. Identificação *

O número deve ser composto pelo nome do CAPS
+ número do prontuário (Ex: SACOMÃ1235)

.....

2. 2. Iniciais do entrevistador *

Suas iniciais

.....

3. C41. O(a) Sr. (a) já recebeu visita domiciliar dos profissionais do CAPS ad? *

Se "Não", passar para questão 43

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

4. C42. Se sim, em que situação ocorreu esta visita?

.....

.....

.....

.....

5. C43. O(a) Sr. (a) já participou de alguma atividade de geração de renda? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

6. C43a. Se sim, que atividade?

.....

.....

.....

.....

.....

7. C44. Desde que você iniciou seu tratamento neste CAPS ad que modalidade de tratamento a equipe trabalhou com você? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Redução de danos
- ☐ Abstinência total
- ☐ As duas modalidades
- ☐ Não sei
- ☐ Outro:

8. C45. Em outras necessidades, como moradia, educação, lazer, etc, esse serviço lhe ajuda? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Não
- ☐ Sim

9. C45a. Se sim, como?

.....

.....

.....

.....

.....

10. C46 (SATIS 1). Quem encaminhou o(a) Sr. (a) ao CAPS ad? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Minha própria decisão
- ☐ Uma pessoa da família
- ☐ Um amigo
- ☐ Ordem judicial
- ☐ Um médico/terapeuta/técnico
- ☐ Um serviço de referência
- ☐ A polícia
- ☐ Outro:

11. C46a * Nota ao Entrevistador: se foi uma ordem judicial, indicar quem a pediu

.....

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

12. C47 (SATIS 2). Que tipo de transporte o(a) Sr. (a) usa para chegar a este serviço? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Transporte próprio
☐ Transporte da família
☐ Transporte de amigos
☐ Transporte público
☐ Caminhada
☐ Outro: _____

13. C48 (SATIS 3). Quanto tempo o(a) Sr. (a) gasta para vir de sua casa até o CAPS ad? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ 0-15 min
☐ 16-30 min
☐ 31-45 min
☐ 46-60 min
☐ mais que 60 min

14. C49 (SATIS 4). Como é para o(a) Sr. (a) chegar ao CAPS ad? **Marcar apenas uma oval por linha.*

	Muito difícil	Difícil	Mais ou menos	Fácil	Muito fácil
Como é chegar ao CAPS ad	☐	☐	☐	☐	☐

15. C50 (SATIS 5). Qual a sua opinião sobre a maneira como o(a) Sr. (a) é tratado, em termos de respeito no CAPS ad? **Marcar apenas uma oval por linha.*

	Nunca me senti respeitado	Geralmente não me senti respeitado	Mais ou menos	Geralmente me senti respeitado	Sempre me senti respeitado
Como é tratado	☐	☐	☐	☐	☐

16. C51 (SATIS 6). Quando o (a) Sr. (a) falou com a pessoa que lhe admitiu/acolheu no CAPS ad, ela lhe ouviu? **Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não, não ouviu de forma alguma	Não ouviu	Mais ou menos	Ouviu	Ouviu muito
Pessoa ouviu?	☐	☐	☐	☐	☐

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

17. **C52 (SATIS 7). O que o (a) Sr(a) pensava ser o seu problema quando foi admitido/acolhido no CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Um problema físico de saúde
☐ Um problema psicológico
☐ Um problema familiar
☐ Um problema social
☐ Um problema financeiro
☐ Um problema no trabalho
☐ Não sei
☐ Outro: _____

18. **C53 (SATIS 8). A pessoa que admitiu/acolheu o (a) Sr. (a) no CAPS ad pareceu compreender o seu problema? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não me compreendeu de forma alguma	Não me compreendeu muito	Mais ou menos	Compreendeu bem	Compreendeu muito bem
Pessoa acolheu?	☐	☐	☐	☐	☐

19. **C54 (SATIS 9). Em geral, como o(a) Sr. (a) acha que a equipe do CAPS ad compreendeu a sua necessidade? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não me compreendeu de forma alguma	Não me compreendeu muito	Mais ou menos	Compreendeu bem	Compreendeu muito bem
O que acha da equipe	☐	☐	☐	☐	☐

20. **C55 (SATIS 10). A assistência que o(a) Sr. (a) recebe no CAPS ad satisfaz suas necessidades? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfatória	Insatisfatória	Mais ou menos	Satisfatória	Muito Satisfatória
Assistência satisfaz?	☐	☐	☐	☐	☐

21. **C56 (SATIS 11). Qual a sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Parece que eles pioraram as coisas	Não obtive nenhuma ajuda	Não fez diferença	Senti que obtive alguma ajuda	Senti que obtive muita ajuda
Opinião sobre ajuda	☐	☐	☐	☐	☐

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

22. **C57 (SATIS 12). A assistência que o (a) Sr. (a) recebeu o ajuda a lidar mais eficazmente com seus problemas? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não, eles parecem piorar as coisas	Não, eles não ajudam muito	Não fez diferença	Sim, eles me ajudam um pouco	Sim, eles me ajudam muito
Ajuda para lidar	☐	☐	☐	☐	☐

23. **C58 (SATIS 13). O(a) Sr. (a) teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do CAPS ad quando pediu por elas? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Não fez diferença	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade	Nunca pedi informações
Informações da equipe	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. **C59 (SATIS 13.1) Se o(a) Sr. (a) teve alguma dificuldade para obter informações da equipe, de que tipo foi? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Falta de disponibilidade da equipe/profissional
- ☐ Descaso dos profissionais
- ☐ Não sabiam fornecer informações
- ☐ Outro:

25. **C60 (SATIS 14). O(a) Sr. (a) está satisfeito com a discussão feita com o(a) Sr. (a) sobre o seu tratamento no CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito
Satisfeito com discussão	☐	☐	☐	☐	☐

26. **C61 (SATIS 15). O(a) Sr. (a) obteve no CAPS ad o tratamento que o(a) Sr. (a) achava que precisava? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	De forma alguma	Não muito	Mais ou menos	Em geral sim	Sim, com certeza
Satisfeito com discussão	☐	☐	☐	☐	☐

27. **C62 (SATIS 16). O(a) Sr. (a) considera que a equipe do CAPSad está lhe ajudando? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Mais ou menos	Frequentemente	Sempre
Ajuda da equipe	☐	☐	☐	☐	☐

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

28. **C63 (SATIS 17). Em geral, como o (a) Sr. (a) classificaria a recepção/acolhida dos usuários pelos profissionais do CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada amigável	Pouco amigável	Mais ou menos	Amigável	Muito amigável
Acolhida dos usuários	☐	☐	☐	☐	☐

29. **C64. (SATIS 18) Por que o (a) Sr. (a) escolheu o CAPS ad? (Marcar até 3 itens) ***

Marcar Sim em até 3 itens

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
No passado eu já estive aqui	☐	☐
O serviço foi fortemente recomendado por alguém	☐	☐
Eu conhecia alguém que estava em tratamento aqui	☐	☐
Eu confiei na recomendação de quem me referiu este serviço	☐	☐
A localização é muito conveniente	☐	☐
Estava dentro de minhas possibilidades financeiras	☐	☐
Eu não tive outra escolha	☐	☐
Outro	☐	☐

30. **C64a. Se outros, descreva**

.....

31. **C65 (SATIS 19). O(a) Sr. (a) está de acordo que sua família ou seus parentes sejam envolvidos no seu tratamento? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente/mais ou menos	Concordo	Concordo totalmente
Participação da família	☐	☐	☐	☐	☐

32. **C66 (SATIS 20). Na sua opinião, que grau de competência tem a pessoa que lhe assiste mais de perto (técnico de referência)? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito incompetente	Incompetente	Mais ou menos	Competente	Muito competente
Competência da referência	☐	☐	☐	☐	☐

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

33. **C67 (SATIS 21). Como o(a) Sr. (a) classificaria a competência da equipe do CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito incompetente	Incompetente	Mais ou menos	Competente	Muito competente
Competência da equipe	☐	☐	☐	☐	☐

34. **C68. O(a) Sr. (a) participa do processo de avaliação das atividades ***

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

35. **C69 (SATIS 22). O que o(a) Sr. (a) acha de participar do processo de avaliação das atividades deste serviço? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	De acordo	Totalmente de acordo
Avaliação do serviço	☐	☐	☐	☐	☐

36. **C70. (SATIS 23) Como o(a) Sr. (a) classifica a qualidade da assistência que o (a) Sr. (a) recebeu no CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente
Qualidade da Assistência	☐	☐	☐	☐	☐

37. **C71. (SATIS 24) Como o (a) Sr. (a) se sente com relação à quantidade de ajuda que recebeu no CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente/mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito
Quantidade de ajuda	☐	☐	☐	☐	☐

38. **C72. (SATIS 25) O(a) Sr. (a) ficou satisfeito com o conforto e a aparência do CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente/mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito
Conforto e aparência	☐	☐	☐	☐	☐

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

39. **C73. (SATIS 26) Como o(a) Sr. (a) classificaria as condições gerais das instalações (p. ex., instalações de banheiro/cozinha, refeitório, prédio, etc.)? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Péssimas	Ruins	Regulares	Boas	Excelentes
Condições instalação	☐	☐	☐	☐	☐

40. **C74. (SATIS 27) Se o(a) Sr. (a) precisasse de ajuda novamente, o(a) Sr. (a) voltaria a esse CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não, certamente que não	Não, acho que não	Não sei	Sim, acho que sim	Sim, com certeza
Voltaria ao CAPS ad	☐	☐	☐	☐	☐

41. **C75. (SATIS 28) Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando deste mesmo tipo de ajuda, o(a) Sr. (a) recomendaria a ele (a) esse CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não, certamente que não	Não, acho que não	Não sei	Sim, acho que sim	Sim, com certeza
Indicaria a alguém	☐	☐	☐	☐	☐

42. **C75a. (SATIS 28.1) Por quê?**

.....

43. **C76. (SATIS 29) De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação à assistência que o(a) Sr. (a) recebeu nesse CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito satisfeito
Grau de satisfação	☐	☐	☐	☐	☐

44. **C77. (SATIS 30) De que o(a) Sr. (a) mais gosta no CAPS ad? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Atendimento
☐ Estrutura física
☐ Horários
☐ Regime terapêutico
☐ Atividades
☐ Colegas
☐ Relacionamento com a equipe
☐ Assembléias
☐ Outro:

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

45. C78. (SATIS 31) De que o(a) Sr. (a) menos gosta no CAPS ad? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Atendimento
☐ Estrutura física
☐ Horários
☐ Regime terapêutico
☐ Atividades
☐ Colegas
☐ Relacionamento com a equipe
☐ Assembléias
☐ Nada
☐ Distância
☐ Outro:

46. C79. (SATIS 32) Na sua opinião, o CAPS ad poderia ser melhorado? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Não sei

47. C80. (SATIS 32.1) Se Sim, de que maneira?

.....

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se sente em relação a alguns aspectos de sua vida e você pode responder utilizando as seguintes possibilidades:

48. D1. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação a maneira com que gasta seu tempo? **Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

49. D2. Como o(a) Sr. (a) se sente quando está sozinho? **Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

50. **D3. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação a sua moradia? ****Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

51. **D4. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação à vizinhança do lugar onde o(a) Sr. (a) mora? ****Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

52. **D5. Como o Sr(a). se sente em relação à comida que o(a) Sr. (a) come? ****Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

53. **D6. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação à roupa que o(a) Sr. (a) veste? ****Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

54. **D7. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação a sua vida afetiva? ****Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

55. **D8. Como o(a) Sr. (a) se sente em relação a sua vida sexual? ****Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

56. D9. Como o senhor se sente em relação ao seu ciclo de amizades? **Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

57. D10. Como o senhor se sente no que se refere ao relacionamento com sua família? **Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

58. D11. Como o senhor se sente com relação às pessoas com quem o(a) Sr. (a) mora? **Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

59. D12. Como o senhor se sente no que diz respeito ao seu relacionamento com as outras pessoas? **Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Muito insatisfeito	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito satisfeito

Escala de Mudança Percebida

Agora, eu vou lhe perguntar, para cada aspecto da sua vida, se você acha que você teve mudanças desde que começou a se tratar aqui no CAPS ad e se estas mudanças foram para pior ou para melhor.
 Nota ao entrevistador: Para os itens abaixo, dizer : "Desde que você começou a se tratar aqui, está(ão).....".

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

60. M. Desde que começou a se tratar aqui **Marcar apenas uma oval por linha.*

	Pior do que antes	Sem mudanças	Melhor do que antes
1. Os problemas pessoais	☐	☐	☐
O humor	☐	☐	☐
A estabilidade das emoções	☐	☐	☐
O sentimento de confiança em si próprio	☐	☐	☐
O sentimento de interesse pela vida	☐	☐	☐
A capacidade de suportar situações difíceis	☐	☐	☐
O apetite	☐	☐	☐
A energia (disposição para fazer as coisas)	☐	☐	☐
O sono	☐	☐	☐
A saúde física (dores, tremores)	☐	☐	☐
A sexualidade (satisfação sexual)	☐	☐	☐
A convivência com a família	☐	☐	☐
A convivência com os amigos ou amigas	☐	☐	☐
A convivência com as outras pessoas	☐	☐	☐
O interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	☐	☐	☐
As atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer)	☐	☐	☐
As tarefas de casa (ex: cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc)	☐	☐	☐
A capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	☐	☐	☐
Impressão geral, finalizando, gostaria de saber se desde que começou a se tratar, em geral, está	☐	☐	☐

Agora serão coletados dados do prontuário do usuário

Agradeça o usuário pelo tempo da entrevista e diga que acabaram as perguntas. Colete sozinho os dados

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

do prontuário.

61. **P1. Número de identificação**

62. **P2. Cidade**

63. **P3. Estado**

64. **P4. Data da coleta**

65. **P5. Tipo de CAPSad***Marcar apenas uma oval.*☐

CAPS II ad

☐

CAPS II ad estendido

☐

CAOS III ad

66. **P6. Número de prontuário**

67. **P6a. Nome do usuário**

68. **P7. Data de ingresso no serviço pela 1ª vez ***

69. **P8. Data de ingresso no serviço pela última vez ***

70. **P9. Modalidade de acompanhamento atual ****Marcar apenas uma oval.*☐

Intensivo

☐

Semi-intensivo

☐

Não intensivo

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

71. **P10. Essa informação foi buscada na Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC)?**

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

72. **P11. Ingresso na modalidade atual de atendimento:**

.....

73. **P12. Data do último registro de atendimento**

.....

74. **P13. CID**

.....

75. **P14. Essa informação foi buscada na Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC)?**

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

76. **P15. No registro, quem fez acolhimento inicial do usuário?**

Marcar apenas uma oval.

☐ Enfermeiro

☐ Médico

☐ Psicólogo

☐ Assistente Social

☐ Terapeuta Ocupacional

☐ Outro:

77. **P16. Encaminhado por:**

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Unidade Básica de Saúde	☐	☐
Estratégia Saúde da Família	☐	☐
Hospital Geral	☐	☐
Emergência	☐	☐
Ambulatório especializado	☐	☐
Hospital psiquiátrico	☐	☐
Outro	☐	☐

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

78. P16a. Encaminhado por:

Se outro, qual?

79. P17. Internações Psiquiátricas*Marcar apenas uma oval.*☐ Não☐ Sim**80. P18. Número de internações psiquiátricas anteriores ao ingresso no CAPS ad em hospital geral:**

81. P19. Número de internações psiquiátricas anteriores ao ingresso no CAPS ad no hospital psiquiátrico:

82. P20. Número de internações psiquiátricas anteriores ao ingresso no CAPS ad em Comunidade Terapêutica:

83. P21. Número de internações psiquiátricas anteriores ao ingresso no CAPS ad em Clínicas de Reabilitação:

84. P22. Número de internações psiquiátricas após o ingresso no CAPS ad em hospital geral:

85. P23. Número de internações psiquiátricas após o ingresso no serviço em hospital psiquiátrico:

86. P24. Número de internações psiquiátricas após o ingresso no CAPS ad em Comunidade Terapêutica:

87. P25. Número de internações psiquiátricas após o ingresso no CAPS ad em Clínicas de Reabilitação:

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

88. **P26. Data da ultima internação:**

.....

89. **P27. Tempo que durou a última internação?**

Em meses e dias

.....

Verificar a existência de registro dos seguintes itens:

90. **P28a. atendimentos Individuais**

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

91. **P28b. Data do último atendimento**

.....

92. **P28c. Qual atendimento**

.....

93. **P29a. Atendimento grupal**

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

94. **P29b. Data do último atendimento**

.....

95. **P29c. Qual atendimento**

.....

96. **P30a. Projeto terapêutico singular - PTS**

Marcar apenas uma oval.

☐ Não

☐ Sim

97. **P30b. Data do último PTS**

.....

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

98. P31a. Intercorrências*Marcar apenas uma oval.*☐ Não☐ Sim**99. P31b. Data da última intercorrência**

100. P31c. Qual atendimento

101. P32a. Visitas domiciliares*Marcar apenas uma oval.*☐ Não☐ Sim**102. P32b. Data da última visita domiciliar**

103. P33a. Atendimento/Orientações aos familiares*Marcar apenas uma oval.*☐ Não☐ Sim**104. P33b. Data da última orientação aos familiares**

**105. P34a. Número de avaliações medicamentosas
clínica nos últimos três meses**

**106. P34b. Data da última avaliação
medicamentosa clínica**

**107. P35a. Número de avaliações medicamentosas
psiquiátrica nos últimos três meses**

**108. P35b. Data da última avaliação
medicamentosa psiquiátrica**

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

109. **P36a. Número de VDs pelo enfermeiro no último mês**
-
110. **P36a1. Data da última visita**
-
111. **P36b. Número de VDs pelo médico no último mês**
-
112. **P36b1. Data da última visita**
-
113. **P36c. Número de VDs pelo assistente social no último mês**
-
114. **P36c1. Data da última visita**
-
115. **P36d. Número de VDs pelo psicólogo no último mês**
-
116. **P36d1. Data da última visita**
-
117. **P36e. Número de VDs por outro profissional no último mês**
-
118. **P36e1. Especificar qual profissional**
-
119. **P36e2. Data da última visita**
-

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

120. P. Caracterização da última história clínica:*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não	Sim
P37. Sinais e Sintomas	☐	☐
P38. História familiar	☐	☐
P39. Uso de medicação	☐	☐
P40. Avaliação das funções psíquicas	☐	☐
P41. Apoio familiar	☐	☐
P42. Adesão às atividades propostas	☐	☐
P43. Perfil sócio econômico	☐	☐

121. P44 Caracterização do último PTS:

Espaço de definição do PTS

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Reunião de equipe	☐	☐
Consulta individual	☐	☐
Acolhimento	☐	☐
Outro	☐	☐

122. P44a. Se outro, qual?

123. P45. Quem participa da definição do PTS*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não	Sim
Enfermeiro	☐	☐
Médico	☐	☐
Psicólogo	☐	☐
Assistente social	☐	☐
Terapeuta Ocupacional	☐	☐
Outro	☐	☐

124. P45a. Se outro, qual?

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

125. P46. Identifique se os seguintes itens fazem parte do PTS*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Não	Sim
Inserção no trabalho voluntário	☐	☐
Inserção no trabalho remunerado	☐	☐
Iniciativas de geração de renda	☐	☐
Inserção comunitária	☐	☐
Cuidados pessoais com o corpo	☐	☐
Grupo de conversação	☐	☐
Oficinas	☐	☐
Acompanhamento aos familiares	☐	☐
Atendimento individual	☐	☐
Atividades escolares	☐	☐
Prescrição de fármacos	☐	☐
Visita domiciliar	☐	☐
Assinatura de concordância do usuário	☐	☐

126. P47. Psicofármacos em uso e / ou indicados na última prescrição:

Caso não saiba a classe do medicamento, favor perguntar a algum profissional do serviço.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Não	Sim
Estimulantes	☐	☐
Antipsicóticos	☐	☐
Antiparkinsonianos	☐	☐
Antidepressivos	☐	☐
Reguladores de humor	☐	☐
Anticonvulsivantes	☐	☐
Ansiolíticos	☐	☐
Medicamentos para doenças físicas	☐	☐
Medicamentos para doenças crônicas	☐	☐
Terapia agonista	☐	☐
Outros	☐	☐

27/06/13

Cópia de Usuários parte 2 - Google Drive

Powered by
Google Drive

ANEXO IV – Autorização para utilização dos instrumentos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO

Eu, Professora Doutora **Luciane Prado Kantorski** vinculada a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, coordenadora do Projeto de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUL I e II **autorizo** a Professora Doutora **Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**, pesquisadora responsável principal pelo projeto intitulado “Avaliação dos CAPS ad do Estado de São Paulo e Minas Gerais”, o qual pertence ao Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (GEADEEUSP), composto por alunos de graduação e pós-graduação, professores e profissionais da área de Saúde, a utilizar os instrumentos de coleta de dados aplicados aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares com o objetivo de adaptação e aplicação nessa mesma população do referido projeto. Solicito que nas publicações derivadas do referido projeto quando os resultados forem obtidos a partir dos questionários do CAPSUL (em versão original ou adaptada) seja feita explícita referência a utilização dos instrumentos.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Luciane Prado Kantorski'.

Luciane Prado Kantorski

Coordenadora do Projeto de

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUL I e II