



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**ISRAEL SILVA SAMPAIO GOMES**

**DO CAPITALISMO COMO RELIGIÃO À COLONIALIDADE DO SER: UMA  
AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE  
DROGAS NA DIMENSÃO DA SAÚDE MENTAL**

**FORTALEZA**  
**2024**

ISRAEL SILVA SAMPAIO GOMES

DO CAPITALISMO COMO RELIGIÃO À COLONIALIDADE DO SER: UMA  
AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE  
DROGAS NA DIMENSÃO DA SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao  
Mestrado Profissional em Avaliação  
de Políticas Públicas da  
Universidade Federal do Ceará,  
como requisito parcial à obtenção do  
título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Camila  
Gonçalves De Mario

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S183c Sampaio Gomes, Israel Silva.

Do capitalismo como religião à colonialidade do ser : uma avaliação em profundidade das políticas públicas sobre drogas na dimensão da saúde mental / Israel Silva Sampaio Gomes. – 2025.

236 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.

Orientação: Profa. Dra. Camila Gonçalves De Mario.

1. Políticas públicas sobre drogas. 2. Saúde mental. 3. Capitalismo. 4. Religião. 5. Colonialidade. I. Título.

CDD 320.6

---

ISRAEL SILVA SAMPAIO GOMES

DO CAPITALISMO COMO RELIGIÃO À COLONIALIDADE DO SER: UMA  
AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE  
DROGAS NA DIMENSÃO DA SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao  
Mestrado Profissional em Avaliação  
de Políticas Públicas da  
Universidade Federal do Ceará,  
como requisito parcial à obtenção do  
título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Camila  
Gonçalves De Mario

Aprovada em 27/11/2024.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Camila Gonçalves De Mario (orientadora)  
Universidade Candido Mendes (UCAM)

---

Profa. Dra. Alba Marinho Pinho de Carvalho  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Janine Targino da Silva  
Universidade Candido Mendes (UCAM)

À memória de meu amado pai, José  
Ivan, e minha amada avó, Dona  
Anita. Ninguém se vai totalmente.

## AGRADECIMENTOS

Ao Deus dos oprimidos, porque sua misericórdia e justiça alcançam até os confins da terra e vieram sobre nós.

À minha mãe, Maria Herbênia, mulher pentecostal, porque com seu amor, bravura e fé tudo se tornou possível.

Ao meu pai, José Ivan [*in memorian*], por nos guiar pelas veredas da sabedoria, da compaixão e da comunhão.

À minha avó, Dona Anita [*in memorian*], mãe de muitos, por nutrir nossas vidas com o que era necessário.

À minha companheira, Nara, porque sua existência é uma dádiva, sentido e sossego em meio ao caos.

Aos meus irmãos, Rafael e Levy, e minha irmã, Crys, porque preenchem os laços sanguíneos com afeto e pertencimento.

A Emerson, Yuri, Darlan, Eline e Carlos, que fazem o caminho inverso, da amizade, afeição e pertença aos laços que ninguém desamarra.

A Jonas e Anderson, amigos que têm o dom do conhecimento e a disposição de compartilhá-lo, são inspiração.

À Adriane, Bruna, Elana, Filipe, Jana, Lúcia, Nagela, Paula, Raquel e Yuri, vínculos forjados em meio às lutas que conformam o campo da Saúde Mental e que se estendem para muito além delas.

A Lucas, Renê, Vanuzia e Viviane, companheiros(as) de mestrado, pela sinergia, ânimo e alívios cômicos durante a caminhada.

À minha orientadora, Camila, por sua disponibilidade, precisão, parceria e gentileza, atributos de uma educação libertadora.

Ao MAPP, por ser abrigo para minhas inclinações contra-hegemônicas e terreno fértil para a trama de novos sentidos na avaliação de políticas públicas.

Às pessoas com problemas, necessidades e potencialidades relacionados ao uso de drogas, pelos encontros transformadores e libertadores.

Contra todas as formas de opressão.

*“Deus fez-se corpo. Encarnou-se.*

*Corpo: imagem de Deus.*

*Corpo: nosso destino, destino de Deus.*

*Isto é bom.*

*Eterna divina solidariedade com a carne humana.*

*Nada mais digno.”*

**Rubem Alves**

## RESUMO

O Estado brasileiro contemporâneo experimenta processos de retrocesso democrático e populismo de extrema direita impulsionados pela mobilização política da religião como forma de legitimar e ampliar o autoritarismo, configurando um cenário de desmonte das políticas públicas. Tal cenário afeta diretamente as políticas públicas sobre drogas na dimensão da saúde mental, através do enfraquecimento e da desarticulação da ética do cuidado do paradigma da Atenção Psicossocial em benefício da não-ética do paradigma proibicionista/manicomial, que tem na lógica da guerra às drogas e na atuação das Comunidades Terapêuticas suas expressões máximas. Nesse sentido, nossa pesquisa lança olhares sobre as interpenetrações entre religião, política e economia na implementação das políticas públicas sobre drogas brasileiras no âmbito da saúde mental. O objetivo geral consiste em avaliar tais políticas conforme as experiências de gestores(as), profissionais e usuários(as) que as implementam localmente na Rede de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza, Ceará. A perspectiva avaliativa designada para avaliar o objeto de estudo se desenha como uma sistematização entre a avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008) e o método experiencial (Lejano, 2012). Como resultados, partindo do pressuposto de que o capitalismo se configura como uma religião sacrificial, demonstramos que a religião econômica neoliberal é elemento estruturante do Estado brasileiro contemporâneo e que ela fundamenta a idolatria do mercado e a produção de sujeitos elimináveis. Constatamos ainda, em conjunto com agentes institucionais e destinatários das políticas que estão inseridos na RAPS de Fortaleza, que o amálgama biopolítico formado pela conjunção entre a ideologia neoliberal, o discurso conservador, a lógica proibicionista, a religiosidade fundamentalista e o paradigma manicomial, reproduz o cuidado colonial no campo da saúde mental. Consideramos que tais problemáticas conformam o que denominamos como a colonialidade do ser usuário de drogas, uma condição de inferiorização existencial que marca os corpos e experiências desses sujeitos na realidade brasileira.

**Palavras-chave:** políticas públicas sobre drogas; saúde mental; capitalismo; religião; colonialidade.

## ABSTRACT

The contemporary Brazilian state is experiencing processes of democratic regression and far-right populism driven by the political mobilization of religion as a means to legitimize and expand authoritarianism, creating a scenario of dismantling public policies. This scenario directly impacts public drug policies in the field of mental health by weakening and dismantling the ethics of care associated with the Psychosocial Care paradigm, favoring the unethical paradigm of prohibitionism/asylum-based approaches, whose ultimate expressions are the war on drugs and the actions of Therapeutic Communities. In this context, our research examines the intersections of religion, politics, and economics in the implementation of Brazilian public drug policies within the scope of mental health. The general objective is to evaluate these policies based on the experiences of managers, professionals, and users who implement them locally within the Psychosocial Care Network (RAPS, in Portuguese) in Fortaleza, Ceará. The evaluative perspective used to analyze the subject is a systematization combining in-depth evaluation (Rodrigues, 2008) and the experiential method (Lejano, 2012). As a result, starting from the premise that capitalism operates as a sacrificial religion, we demonstrate that neoliberal economic religion is a structural element of the contemporary Brazilian state, underpinning the idolatry of the market and the production of expendable subjects. Additionally, together with institutional agents and policy recipients within the RAPS of Fortaleza, we observed that the biopolitical amalgam formed by the conjunction of neoliberal ideology, conservative discourse, prohibitionist logic, fundamentalist religiosity, and the asylum-based paradigm reproduces colonial care practices in the field of mental health. We argue that these issues constitute what we call the colonality of being a drug user, a condition of existential inferiority that marks the bodies and experiences of these individuals in the Brazilian reality.

**Keywords:** public policies on drugs; mental health; capitalism; religion; colonality.

## **LISTA DE FIGURAS**

|          |                                           |    |
|----------|-------------------------------------------|----|
| Figura 1 | – Desenho avaliativo .....                | 34 |
| Figura 2 | – Organograma dos órgãos municipais ..... | 39 |

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 – Comparação entre o modelo experiencial e os modelos positivistas .....                 | 30  |
| Quadro 2 – Delineamento da pesquisa .....                                                         | 34  |
| Quadro 3 – Caracterização dos(as) usuários(as) .....                                              | 37  |
| Quadro 4 – Caracterização dos(as) gestores(as) e profissionais entrevistados. ....                | 40  |
| Quadro 5 – Caracterização dos paradigmas orientadores das práticas de saúde mental .....          | 92  |
| Quadro 6 – Síntese: trajetórias profissionais dos agentes institucionais .....                    | 119 |
| Quadro 7 – Síntese: olhares dos agentes institucionais sobre os destinatários das políticas ..... | 123 |
| Quadro 8 – Síntese: trajetórias de saúde mental dos destinatários das políticas .....             | 163 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|           |                                                                              |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------|
| Art.      | Artigo                                                                       |
| ABP       | Associação Brasileira de Psiquiatria                                         |
| AD        | Álcool e Outras Drogas                                                       |
| CAPS      | Centro de Atenção Psicossocial                                               |
| CESAM     | Célula de Saúde Mental                                                       |
| CNS       | Conferência Nacional de Saúde                                                |
| COEPP     | Coordenadoria de Educação Permanente, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais |
| CONFENACT | Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas                           |
| CONAD     | Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas                                  |
| CPDrogas  | Coordenadoria de Políticas sobre Drogas                                      |
| CORAPP    | Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial                    |
| CORES     | Coordenadoria Regional de Saúde                                              |
| CT        | Comunidade Terapêutica                                                       |
| DEI       | Departamento Ecumênico de Investigações                                      |
| DINSAM    | Divisão Nacional de Saúde Mental                                             |
| ESP-CE    | Escola de Saúde Pública do Ceará                                             |
| FEBRACT   | Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas                             |
| FPE       | Frente Parlamentar Evangélica                                                |
| HIV       | <i>Human Immunodeficiency Virus</i>                                          |
| MAPP      | Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas                     |
| MNLA      | Movimento Nacional da Luta Antimanicomial                                    |
| MS        | Ministério da Saúde                                                          |
| MTSM      | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental                                  |
| NMP       | <i>New Management Public</i>                                                 |
| PNAD      | Política Nacional sobre Drogas                                               |
| PNSM      | Política Nacional de Saúde Mental                                            |
| PSDB      | Partido da Social Democracia Brasileiro                                      |
| PT        | Partido dos Trabalhadores                                                    |
| PTS       | Projeto Terapêutico Singular                                                 |
| RAPS      | Rede de Atenção Psicossocial                                                 |
| RD        | Redução de Danos                                                             |

|          |                                                             |
|----------|-------------------------------------------------------------|
| SAS      | Secretaria de Atenção à Saúde                               |
| SENAD    | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas               |
| SENAPRED | Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas       |
| SISNAD   | Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas         |
| SMS      | Secretaria Municipal de Saúde                               |
| SOPAI    | Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza |
| SPA      | Substância psicoativa                                       |
| SR       | Secretaria Regional                                         |
| STDS     | Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social             |
| SUS      | Sistema Único de Saúde                                      |
| TAC      | Termo de Ajustamento de Conduta                             |
| TCLE     | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                  |
| UECE     | Universidade Estadual do Ceará                              |
| UFC      | Universidade Federal do Ceará                               |

## SUMÁRIO

|     |                                                                                                                                                        |     |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1   | “NO PRINCÍPIO”: À GUIA DE INTRODUÇÃO .....                                                                                                             | 14  |
| 2   | TRAVESSIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS: RELATO DE CRIAÇÃO DA PESQUISA AVALIATIVA .....                                                                       | 23  |
| 2.1 | Um olhar epistemológico e político sobre o campo da avaliação de políticas públicas .....                                                              | 23  |
| 2.2 | Perspectiva avaliativa e delineamento da pesquisa .....                                                                                                | 29  |
| 2.3 | Contextualização e aspectos relevantes acerca da pesquisa de campo .....                                                                               | 35  |
| 3   | “PORQUE NÃO HÁ COISA OCULTA QUE NÃO HAJA DE MANIFESTAR-SE”: REVELAÇÕES À LUZ DA OPÇÃO DESCOLONIAL E DO PENSAMENTO DE LIBERTAÇÃO LATINO-AMERICANO ..... | 42  |
| 3.1 | Descolonização e Libertação: trajetórias em confluência .....                                                                                          | 42  |
| 3.2 | O atual padrão de poder mundial: colonialidade do poder, capitalismo, Estado e eurocentrismo .....                                                     | 54  |
| 3.3 | Fundamentos da “Religião Econômica”: capitalismo como religião, idolatria do mercado e sacrifícios humanos .....                                       | 60  |
| 3.4 | O grito/pranto das vítimas: entre a zona do não ser, o esvaziamento da corporalidade e a colonialidade do ser .....                                    | 69  |
| 4   | “PELAS RUAS SE OUVI O SOM DE VIOLÊNCIA E DESTRUIÇÃO”: ESTADO BRASILEIRO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS .....                                        | 77  |
| 4.1 | Noções preliminares sobre o Estado Brasileiro Contemporâneo: religião econômica neoliberal e violência sacrificial em terras coloniais .....           | 77  |
| 4.2 | O paradigma da atenção psicossocial e a ética do cuidado em saúde mental .....                                                                         | 87  |
| 4.3 | Políticas públicas sobre drogas brasileiras na dimensão da saúde mental: entre a ética do cuidado e a não-ética da guerra .....                        | 97  |
| 4.4 | A dinâmica local das políticas públicas sobre drogas no âmbito da saúde mental no município de Fortaleza-CE .....                                      | 109 |
| 5   | “VEREDAS TORTUOSAS”: OS DESCAMINHOS DAS POLÍTICAS                                                                                                      |     |

|              |                                                                                                                                   |            |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|              | <b>PÚBLICAS NA RAPS DE FORTALEZA .....</b>                                                                                        | <b>117</b> |
| <b>5.1</b>   | <b>Olhares sobre os destinatários das políticas: acolher entre estigmas, preconceitos e invisibilidades .....</b>                 | <b>121</b> |
| <b>5.2</b>   | <b>Percepções sobre a trajetória das políticas: costurar uma rede ou uma colcha de retalhos? .....</b>                            | <b>133</b> |
| <b>5.2.1</b> | <b><i>Proibicionismo, cuidado colonial e suas repercussões</i> .....</b>                                                          | <b>133</b> |
| <b>5.2.2</b> | <b><i>As dinâmicas do retrocesso: disputas, subfinanciamento e fragmentação</i> .....</b>                                         | <b>140</b> |
| <b>5.3</b>   | <b>Concepções sobre a presença da religião nas políticas sobre drogas: uma guerra perdida? .....</b>                              | <b>150</b> |
| <b>6</b>     | <b>“O SANGUE DE SEU IRMÃO CLAMA A MIM DA TERRA”: O GRITO /PRANTO DAS VÍTIMAS E A COLONIALIDADE DO SER USUÁRIO DE DROGAS .....</b> | <b>162</b> |
| <b>6.1</b>   | <b>Aspectos coloniais do ser e suas fraturas: o(a) usuário(a) de drogas como um não-ser ou ente invisível .....</b>               | <b>167</b> |
| <b>6.2</b>   | <b>As repercussões do cuidado colonial: subalternização, desumanização e exploração .....</b>                                     | <b>172</b> |
| <b>6.3</b>   | <b>Aproximações teológico-políticas: por uma ética da descolonização ou da libertação em saúde mental .....</b>                   | <b>190</b> |
| <b>7</b>     | <b>“POR FIM, OS DESAMPARADOS TÊM ESPERANÇA”: À GUIA DE CONCLUSÃO .....</b>                                                        | <b>200</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                                                                          | <b>205</b> |
|              | <b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>                                                              | <b>223</b> |
|              | <b>APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>                                                               | <b>225</b> |
|              | <b>APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES(AS) ..</b>                                                                     | <b>227</b> |
|              | <b>APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS .</b>                                                                     | <b>230</b> |
|              | <b>APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS(AS) ...</b>                                                                    | <b>233</b> |

## 1 “NO PRINCÍPIO”: À GUIA DE INTRODUÇÃO

É interpretar erroneamente a indivisibilidade do mundo pensar que religião e política estão em campos fundamentalmente separados, [...] a verdade é que as duas simplesmente trocam de vestimenta (Mann, 2000, p.89).

Nossa pesquisa lança olhares sobre as interpenetrações entre religião, política e economia na implementação das políticas públicas sobre drogas brasileiras no âmbito da saúde mental. O objetivo geral consiste em avaliar estas políticas conforme as experiências de gestores, profissionais e usuários que as implementam localmente na Rede de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza, Ceará

A gênese desta pesquisa avaliativa se dá a partir de nossas inquietações no que se refere ao panorama das concepções e discussões sobre o uso de substâncias psicoativas (SPAs), popularmente conhecidas como drogas, no contexto brasileiro e, principalmente, suas repercussões para o campo das políticas públicas.

Dentre as diversas dimensões que perpassam as histórias e subjetividades dos usuários de SPAs, o fenômeno da religiosidade merece destaque, levando em consideração a forte presença de elementos e discursos religiosos no cotidiano dos serviços de saúde, das comunidades e no debate público. Sendo assim, assumindo a premissa de que “é preciso falar sobre religião para compreender o Brasil”, o que buscamos é nos somar aos esforços que visam “pensar os efeitos políticos no campo religioso e os efeitos dos símbolos e interesses religiosos no campo político, os desdobramentos dessa relação no mundo e as relações de poder que os permeiam” (Evangelista; Reis; Novaes, 2022).

A tendência de crescimento das filiações evangélicas no Brasil é um fenômeno que tem despertado interesse da comunidade acadêmica, tendo em vista que é possível observar elementos culturais, econômicos e políticos que favorecem esse processo. Alguns autores indicam que, a partir das desigualdades sociais herdadas pela exploração colonial, o cristianismo tem atuado como estratégia de sobrevivência e ressignificação para a população socialmente vulnerável (Vasconcelos; Cavalcante, 2019). Nesse sentido, a espiritualidade pentecostal aparece como legitimadora do desejo de superação

da pobreza, oferecendo para as camadas populares caminhos de prosperidade que se adequam à sociedade moderna capitalista (Targino, 2016).

Por outro lado, pensando a relação entre religião e política, Cunha (2020) compreende os fundamentalismos como um fenômeno religioso-político na América Latina, demonstrando que a integração entre a racionalidade neoliberal e algumas teologias propiciaram, simultaneamente, maior legitimidade para essa ideologia, bem como o reavivamento e a politização das forças religiosas no continente. Em tal perspectiva, essas teologias teriam conferido uma base religiosa para a naturalização da exclusão e a adequação dos sujeitos à competição social e ao individualismo exacerbado, características inerentes ao modelo de sociedade neoliberal, produzindo mudanças significativas no campo religioso da América Latina.

Nesse contexto, voltando as lentes para o campo das políticas públicas, os modelos explicativos para o problema do consumo de drogas no contexto brasileiro foram, historicamente, perpassados pelos olhares da justiça, da saúde e da religião (Siqueira, 2010). Consequentemente, o entrelaçamento destas perspectivas teve forte influência na construção das possibilidades de atenção e cuidado aos usuários de drogas no campo da saúde mental, quase sempre marcadas pelas lógicas de classificação, controle e punição, enclausurando os usuários de drogas entre as noções de crime, doença e pecado.

As instituições religiosas cristãs, de forma geral, exercem um importante papel como fonte de esperança, transformação e superação das situações de vulnerabilidade, principalmente para aqueles que têm sua existência invisibilizada pelas estruturas de opressão do Estado. Entretanto, com base em nossos excertos de pesquisa e atuação, no que se refere ao acolhimento e cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs, observa-se a adoção hegemônica de uma visão proibicionista de viés conservador. A partir de leituras e interpretações fundamentalistas da Bíblia, estas instituições disseminam uma compreensão a-histórica e individualizante desse fenômeno social, distanciando-se de outros conhecimentos e experiências que tentam dar conta de sua complexidade.

Ao lidar diretamente com essa realidade, compreende-se com mais nitidez como tem se dado o processo de fortalecimento de posturas

intolerantes e conservadoras no atual panorama brasileiro de políticas públicas de drogas, culminando no enfraquecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na precarização do cuidado em saúde mental.

Observa-se uma predominância, nos espaços tradicionais cristãos, de discursos proibicionistas focados na lógica da abstinência, fortalecendo no imaginário dos fiéis o lugar das Comunidades Terapêuticas (CTs) como dispositivos prioritários no cuidado dos usuários de SPAs. O destaque para as CTs, no entanto, não se restringe ao campo religioso, uma vez que tais instituições têm atuado como atores importantes no cenário político brasileiro, tanto na atualização de ideologias favoráveis ao proibicionismo e criminalização do uso de drogas, como na garantia de recursos públicos destinados ao setor da saúde (Ribeiro; Minayo, 2020). A supervalorização dessas instituições está inserida em um contexto maior de remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil (Guimarães; Rosa, 2019).

Essa realidade, que afeta todos os atores responsáveis pela implementação das políticas públicas sobre drogas no campo da saúde mental, atinge de maneira perversa os(as) usuários(as) de drogas, com aspectos de raça, classe e gênero bem definidos, em um violento processo de sujeição implementado pelo Estado, modelado por princípios neoliberais, na contramão das garantias constitucionais de saúde, vida e existência.

A partir desse cenário, surgem os questionamentos que guiam esta pesquisa: Como se dão as relações entre economia, política e religião na contemporaneidade? De que forma essas relações impactam as políticas públicas sobre drogas brasileiras? Como essa problemática repercute nas experiências dos atores que implementam as políticas públicas sobre drogas no campo da saúde mental?

Em relação com tais questões, definimos os seguintes objetivos específicos: analisar as políticas públicas sobre drogas brasileiras na dimensão da saúde mental, levando em consideração os paralelos entre as conformações neoliberais do Estado e o fortalecimento político do fundamentalismo religioso cristão; compreender de que forma os atravessamentos entre política, religião e economia repercutem nas experiências das pessoas que tecem a rede de cuidados da RAPS.

Partimos dos pressupostos de que o capitalismo se configura como uma religião sacrificial e que os arranjos neoliberais do Estado brasileiro favoreceram o lugar social e a relevância política de um tipo específico de religiosidade, o fundamentalismo religioso cristão, a partir de um viés conservador e autoritário. Compreendemos que essa conjuntura favorece a não-ética do paradigma proibicionista/manicomial e a lógica da guerra às drogas, em detrimento da ética do cuidado proposta pela Atenção Psicossocial. Observamos ainda que tais problemáticas contribuem para a conformação de uma colonialidade do ser voltada especificamente para os(as) usuários(as) de drogas, um processo de inferiorização existencial que marca os corpos e experiências destes indivíduos na realidade brasileira.

A fim de dar prosseguimento, torna-se indispensável apresentar brevemente a trajetória de vida deste pesquisador, tendo em mente que a construção do objeto de estudo está intimamente perpassada pelas minhas experiências sociais, culturais, acadêmicas e profissionais. Ao narrar minha história, concomitantemente, rejeito o mito da neutralidade científica, tomo posição enquanto pesquisador/avaliador situado politicamente e assumo o compromisso contra-hegemônico e profético de transformação do mundo a partir dos processos de libertação dos oprimidos.

Nasci na periferia de Fortaleza, no bairro José Walter, em uma família de tradição evangélica pentecostal. Como filho de um pastor e de uma presbítera, fui criado em uma atmosfera com forte atuação da religião enquanto instrumento formador de identidade e subjetividade. Acompanhei diversas vezes os testemunhos de minha mãe, nos quais ela relatava o quanto a religiosidade e a sua comunidade de fé haviam lhe proporcionado apoio, força e esperança para enfrentar as opressões do meu pai, um marido alcoolista e violento. Assim, aprendi que, em muitas ocasiões, as igrejas se tornam o único refúgio de mulheres periféricas e Deus a única autoridade que ouve e atende às suas súplicas.

Logo nos meus primeiros anos de vida, meu pai se converteu ao cristianismo e iniciou um processo de mudança que transformou a trajetória de nossa família. Foi mediante sua religiosidade que ele não apenas encontrou uma solução para os seus problemas com bebidas alcoólicas, mas conseguiu, ao lado de minha mãe, construir um lar fundamentado em amor,

companheirismo, proteção, confiança e compreensão. Sua caminhada como pastor evangélico, até o seu falecimento em 2012, foi capaz de refletir a dedicação e o cuidado que ele ofertava para sua família. A sua trajetória me ensinou a crer em milagres e o seu legado me faz, ainda hoje, ter fé nos desacreditados.

Em meu contexto familiar e microssocial, as drogas, até mesmo as lícitas, sempre estiveram associadas ao mal. Nesse universo, o uso drogas aparecia como sinônimo de pecado, fraqueza espiritual, falha de caráter e até mesmo possessão demoníaca. Consequentemente, cuidar de pessoas com este problema se resumia a garantir, pelos meios que forem necessários, a abstinência.

Através de minhas experiências, reconheço que a religião pode cumprir um importante papel como fonte de esperança, transformação e superação das situações de vulnerabilidade. Entretanto, no que se refere ao acolhimento e cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs, percebo que as comunidades cristãs, em sua maioria, tendem a manter uma visão extremamente conservadora e proibicionista.

Em 2009, comecei meu percurso acadêmico no ensino superior, tornando-me o primeiro membro da minha família a ingressar em uma universidade pública, ao iniciar o curso de Bacharelado em Psicologia na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Durante a graduação, pude ampliar minha compreensão acerca da realidade e da subjetividade humana, um processo de assimilação que nem sempre foi fácil, uma vez que os conflitos com elementos constituintes de uma “cosmovisão cristã” eram inevitáveis.

De 2011 a 2013, ainda durante a graduação, fui bolsista do Laboratório de Inclusão da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS), o que possibilitou minha atuação como estagiário de psicologia no Centro Educacional Dom Bosco, instituição voltada para a ressocialização de adolescentes em conflito com a lei. Durante o percurso como estagiário, tive a oportunidade de conhecer histórias de vida permeadas por intenso sofrimento e desamparo, vivência que sacudiu minhas convicções morais e me fez dar os primeiros passos em direção a uma ética do cuidado.

A primeira experiência profissional, de fato, veio em 2015, após minha aprovação em uma seleção pública, realizada pela Secretaria Municipal

de Saúde (SMS) de Fortaleza, para contratação de servidores por tempo determinado. Fui lotado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) da Secretaria Regional V, na época situado no bairro Maraponga. Assim, iniciei minha caminhada profissional como trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS) no campo da saúde mental, atuando diretamente com pessoas que apresentam problemas e vulnerabilidades relacionados ao uso de SPAs.

Posteriormente, em 2017, através de nova seleção pública, iniciei o trabalho no CAPS AD Alto da Coruja, no bairro Itaperi, instituição onde pude fortalecer meu compromisso com a saúde pública e com os usuários e usuárias da RAPS. Além disso, foi nesse período que voltei ao espaço acadêmico, dessa vez como aluno de pós-graduação do curso de Especialização lato sensu em Saúde Mental da UECE. Diante da impossibilidade de dar continuidade ao vínculo de trabalho com a SMS, ingressei na rede privada de ensino superior em 2018, assumindo a função de preceptor de estágio do curso de Psicologia do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Em 2020, retornei de forma definitiva para o campo da saúde mental, agora como servidor estatutário da RAPS. No mesmo ano, comecei a Especialização em Atenção Integral em Álcool e outras Drogas da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), buscando qualificar e ampliar as estratégias de cuidado compartilhadas com os usuários de álcool e outras drogas. Desde 2021, estou lotado em um dos CAPS AD de Fortaleza, local onde atuo como trabalhador de saúde mental na função de psicólogo.

Ao longo de quase dez anos de convivência diária com usuários(as) de drogas no âmbito das políticas de saúde mental, ouvindo atentamente suas narrativas de vida, percebendo as consequências dos processos de exclusão e estigmatização dos quais eles(as) são vítimas e lutando arduamente para encontrarmos juntos caminhos de resistência, fui me transformando em algo diferente do que era antes. Ao ser transpassado pelo sofrimento daqueles que me confiaram suas dores mais íntimas, reconheci que os esquemas explicativos que havia aprendido ao longo da vida não davam conta da realidade e não me cabiam mais. Desse modo, pouco a pouco, venho experimentando um processo pessoal, mas nunca individual, de intensa

transformação ideológica, acionado pela “descoberta da contribuição efetiva que os oprimidos [...] podem e devem trazer à política.” (Alves, 2019, p. 72).

Nesse íterim, como nenhuma mudança se faz sozinha, construí alianças pelo caminho. No chão onde as políticas públicas de drogas se concretizam, o território, a Redução de Danos é companhia indispensável, por se constituir como uma virada epistemológica, política e ética, que subverte os pressupostos da lógica de cuidado vigente, enfrenta os estigmas da criminalização e contribui para a construção de práticas de saúde mais humanizadas (Tremper; Alves; Cabral, 2020).

De forma similar, abraço a opção descolonial, alicerçada na desobediência epistêmica (Mignolo, 2008a) e na ética da libertação (Dussel, 2000), posição que busca revelar e confrontar os mecanismos de opressão coloniais que produzem corpos subalternizados, estabelecendo novas formas de compreensão, intervenção e transformação da realidade.

No que diz respeito à dimensão teológica, oriento-me pelos postulados da Teologia da Libertação (Assmann; Hinkelammert, 1989; Dussel, 1984; Sung, 1994), pelo encontro com o Deus dos oprimidos (Cone, 2020a) e a Teologia Negra (Cone, 2020b; Pacheco, 2019), e pelas subversões propostas pelas teologias feminista e *queer* (Althaus-Reid, 2019; Aquino; Támez, 1998).

Estas foram as travessias que me guiaram ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), lugar onde encontrei abrigo para minhas inclinações contra-hegemônicas, disposição para tramar novos sentidos na avaliação de políticas públicas e afirmação enquanto pesquisador/avaliador evangélico pentecostal, psicólogo e redutor de danos. A proposta da pesquisa avaliativa que ora vos apresento é fruto dessa teia experiencial formada pela polaridade entre a crítica e a convicção, de forma que o desafio que assumimos é o de fazer comunicar o registo de minhas duas fidelidades, a do pesquisador/profissional de saúde e a do religioso, pela exploração dos “lugares de interseção” entre os dois domínios (Ricoeur, 2006).

Visando uma melhor composição, este texto está dividido em cinco seções, a começar por esta introdução, na qual apresentamos contextualização, problematização, objetivos, relevância da pesquisa, a trajetória deste pesquisador e sua relação com a temática.

Na segunda seção, realizamos uma síntese das dimensões epistemológica e política dos marcos teórico-metodológicos e das principais abordagens que compõem o campo da avaliação de políticas públicas. Discutimos também elementos importantes para uma melhor compreensão do campo da avaliação de políticas públicas no Brasil, buscando identificar suas ausências, desafios e possibilidades. Por fim, discorremos sobre a perspectiva avaliativa designada para avaliar nosso objeto de estudo, a saber, uma sistematização entre a avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008) e o método experiencial (Lejano, 2012), e esboçamos as travessias metodológicas elaboradas para contemplar os eixos analíticos e os objetivos propostos.

Na terceira seção, incorporamos aos nossos esforços investigativos a produção intelectual e práxis do Grupo Modernidade/Colonialidade e do Cristianismo da Libertação, construindo um arcabouço teórico-metodológico desde a América-Latina. Trabalhamos com os conceitos de colonialidade do poder, do saber e do ser (Quijano, 2002; Mignolo, 2004; Lander 2005; Maldonado-Torres, 2022) em busca de compreender a herança colonial do Estado brasileiro contemporâneo e suas manifestações no campo das políticas públicas. Na mesma toada, dialogamos com a crítica do capitalismo como religião (Assmann; Hinkelammert, 1989; Benjamin, 2013; Sung 1994), abordagem profícua para uma análise das relações entre política, economia e religião nas sociedades contemporâneas. A partir destas proposições, ampliamos nossa capacidade analítica e avaliativa quanto à materialização das políticas públicas sobre drogas brasileiras, revelando os interesses, disputas e contradições que sustentam a lógica proibicionista de guerra às drogas do Estado brasileiro, comprometendo sua laicidade, fortalecendo o processo de remanicomialização do cuidado em saúde mental e configurando os processos de subalternização que perpetuam a colonialidade do ser usuários de drogas.

Na quarta seção, apresentamos uma análise sobre o Estado brasileiro contemporâneo, bem como do contexto e conteúdo das políticas públicas sobre drogas brasileiras no campo da saúde mental, abordando os ciclos de ajuste e as transições políticas que sustentam a disputa entre os paradigmas antagônicos que orientam estas políticas. Demonstramos também as repercussões dessa disputa para a Rede de Atenção Psicossocial de

Fortaleza e, conseqüentemente, para o cuidado oferecido às pessoas com problemas e necessidades relacionadas ao uso de SPAs.

A partir da bricolagem entre os resultados das análises, o referencial teórico apresentado e as interpretações das experiências de gestores(as), profissionais e usuários(as) da RAPS, nas seções cinco e seis realizamos a análise das trajetórias institucionais e do espectro temporal e territorial das políticas, oferecendo nossas contribuições avaliativas para dismantelar as armadilhas sacrificiais e promover a implementação de políticas públicas comprometidas, acima de tudo, com a vida humana, fortalecendo os valores democráticos, os direitos constitucionais e a libertação das vítimas do projeto colonial, representadas aqui pelos(as) usuários(as) de drogas.

Na última seção, realizamos um apanhado de todo o percurso e dos resultados da pesquisa avaliativa, reafirmando o caráter de denúncia e a dimensão profética que anunciamos ao longo da discussão.

## **2 TRAVESSIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS: RELATO DE CRIAÇÃO DA PESQUISA AVALIATIVA**

A coerência e a busca por homogeneidade são preocupações dos impérios que exercitam um poder colonial que reduz o Outro, o estranho ou diferente (Althaus-Reid, 2008, p. 97)

### **2.1 Um olhar epistemológico e político sobre o campo da avaliação de políticas públicas**

Adentrar o universo da avaliação de políticas públicas é se deparar com uma multiplicidade de saberes, técnicas, métodos, objetivos e perspectivas distintas. Portanto, diversos são os caminhos que tentam dar conta da difícil tarefa de oferecer um panorama das principais propostas avaliativas que se consolidaram ao longo dos anos e que, atualmente, conformam o que conhecemos como campo da avaliação de políticas públicas.

Nesse sentido, Guba e Lincoln (2011) compreendem a avaliação como um processo gradativo de aprimoramento no qual é possível identificar quatro gerações diferentes. A primeira delas, denominada geração da mensuração, caracteriza-se por uma abordagem técnica, atrelada a noção de neutralidade, voltada para criação ou aplicação de instrumentos mensuradores e na qual a emissão de julgamento é evitada.

Na segunda geração, nomeada como descritiva, a mensuração passa a ser apenas um dos instrumentos que podem favorecer um processo avaliativo mais amplo, focado na descrição dos fenômenos estudados.

A geração seguinte é definida como juízo de valor porque o processo de avaliação, além de ser responsável por mensurar e descrever, adquire a função de julgamento do problema avaliativo.

A quarta geração busca solucionar as limitações dos modelos anteriores através de uma abordagem alternativa, denominada construtivista respondente ou responsiva, que se caracteriza pela defesa de um processo avaliativo pluralista, dinâmico, dialógico e comprometido eticamente (Guba; Lincoln, 2011).

Embora essa caracterização seja bastante tradicional e apresente possibilidades inovadoras de compreensão da avaliação, trata-se de uma visão

limitada ao contexto estadunidense, não oferecendo uma percepção abrangente da complexidade e diversidade que dimensionam a avaliação como campo. Um campo não se configura como uma simples e harmoniosa substituição ou coexistência de paradigmas:

O campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da *autoridade científica* definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da *competência científica*, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado (Bourdieu, 1983, p. 122, grifo do autor).

Partindo dessa noção de campo, Boullosa (2020) oferece uma importante contribuição ao deslocar o olhar do plano metodológico para o plano epistemológico, identificando diferentes escolas de pensamento que compõem, orientam e disputam o campo da avaliação, são elas: 1) científico-experimental; 2) gerencialista; 3) antropológica; 4) participativa; e 5) axiológica.

A escola de pensamento científico-experimental apresenta uma base positivista, ancorando-se no método científico e na sua pretensa neutralidade para compreender os fatos de forma objetiva e elaborar uma avaliação passível de replicação.

A segunda escola, denominada gerencialista, elabora uma compreensão funcionalista da ciência, aplicando uma racionalidade instrumental ao processo de avaliação (principalmente através das noções de eficácia, eficiência e efetividade), buscando subsidiar as ações do Estado.

Já a escola participativa, apoia-se no paradigma científico construtivista e defende uma dimensão coletiva da produção de conhecimento, na qual o diálogo, a pactuação e o olhar atento sobre as relações de poder possibilitam que a avaliação cumpra sua função democratizante.

A quarta escola de pensamento, a antropológica, assume uma racionalidade subjetivista aliada ao método etnográfico, construindo avaliações voltadas para uma compreensão aprofundada da rede de significados relacionadas com o objeto em estudo.

Por fim, a escola axiológica assume a existência de múltiplas racionalidades atuantes nas políticas públicas, adotando uma postura

interpretativista e argumentativista capaz de evidenciar as estruturas de valores subjacentes aos objetos avaliados.

Compreender o campo através das escolas de pensamento e de suas diferentes perspectivas epistemológicas pode proporcionar mais nitidez às disputas que estruturam o campo, favorecer o diálogo entre as escolas, oferecer elementos que auxiliem identificação e posicionamento por parte dos avaliadores, além de oportunizar mais coerência e reflexividade para os processos avaliativos (Boullosa, 2020).

No entanto, para além da configuração epistemológica, Gussi (2019) afirma ser necessário problematizar o contexto político no qual o campo da avaliação de políticas públicas está situado. Segundo o autor, a consolidação da agenda neoliberal, impulsionada pelos programas de financiamento de organismos internacionais, tais como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, propiciou a hegemonia de uma perspectiva técnico-formal de avaliação, representada pelo modelo gerencialista.

As avaliações, nessa perspectiva, assumem um caráter essencialmente quantitativo, tendo como resultado a construção de indicadores submetidos aos critérios de eficiência, eficácia e efetividade. Há predominância de uma lógica mercadológica que tem como prioridade a otimização da relação custo-benefício e que define o sucesso ou fracasso de uma política pública a partir de parâmetros exclusivamente econômicos.

Buscando entender de maneira mais aprofundada as conexões entre neoliberalismo e modelo gerencialista, Sousa (2014) conclui que o “neoliberalismo real” se configura como ideologia dominante e se expressa nas áreas de gestão e avaliação, principalmente, através da New Management Public (NMP). A Nova Gestão Pública, como ficou conhecida a NMP no Brasil, atua então como fundamento teórico da avaliação gerencialista, fazendo a ponte entre os princípios neoliberais e o campo das políticas públicas.

Na mesma linha de análise, Gussi e Oliveira (2016) destacam como o paradigma da Nova Gestão Pública provocou transformações significativas na dinâmica das relações institucionais, exigindo novas configurações do Estado e, conseqüentemente, delimitando o modelo ideal de avaliação. Nessa perspectiva, uma vez que entra em jogo os interesses do setor privado e do

terceiro setor, a autonomia do Estado na implementação de políticas públicas deixa de ser uma realidade. Com a participação desses atores e a diluição da autoridade do Estado, são definidos novos princípios, objetivos e metas, surgindo também a necessidade de mecanismos de avaliação capazes de examinar a atuação governamental. É nesse contexto que se torna hegemônica a concepção gerencialista de avaliação, devido sua capacidade de incorporar aos processos avaliativos as noções de produtividade, desempenho e efetividade que atendem aos anseios da ideologia neoliberal.

A compreensão da conjuntura política que sustenta a predominância do modelo gerencialista no campo da avaliação de políticas públicas se mostra essencial para que possamos situar a realidade brasileira. Na década de 1990, diversos países da América Latina, entre eles o Brasil, aderiram a uma agenda reformista alheia aos interesses nacionais, uma vez que os programas de financiamento das agências internacionais apresentavam critérios e exigências pré-definidas, garantindo que as periferias do capitalismo perpetuassem sua relação de dependência. Sendo assim, desde sua gênese, o campo da avaliação de políticas públicas brasileiro tem como função primordial monitorar as reformas administrativas do Estado e verificar sua adequação aos princípios e valores neoliberais. Como resultado, pode-se observar a supremacia de uma abordagem avaliativa instrumental e tecnicista, o modelo gerencialista, que ignora os elementos subjetivos, relacionais e territoriais das políticas públicas (Faria, 2005; Rodrigues, 2008; Gussi; Oliveira, 2016; Boullosa, 2020).

A hegemonia da concepção ideológico-política neoliberal ofereceu as condições para que o Brasil experimentasse uma “inserção submissa” em relação ao comércio internacional, abandonando sua política industrial, e optasse pelo processo de financeirização das riquezas por meio de privatizações, escolha que, ao contrário do que se esperava, aumentou o endividamento e o déficit público (Bacelar, 2003). Estes fatores evidenciam o caráter ideológico do neoliberalismo, uma vez que a adesão aos seus pressupostos não garante o cumprimento de suas promessas, mas permite o encobrimento dos mecanismos de manutenção e intensificação do sistema capitalista (Sousa, 2014). No campo das políticas públicas, estes elementos se expressam através do viés centralizador, conservador e autoritário do Estado

brasileiro, comprometendo a construção de políticas públicas descentralizadas e com participação ativa da população (Bacelar, 2003).

A concepção gerencialista cumpre papel ideológico similar, pois oculta em suas avaliações os paradigmas orientadores, os valores implícitos, as contradições e os sujeitos sociais envolvidos na concretização das políticas públicas. Entretanto, a ascensão de novos paradigmas científicos e, conseqüentemente, de novas abordagens avaliativas, configuram o campo da avaliação de políticas públicas como espaço de disputas, movimentos que tensionam o cânon positivista e gerencialista, abrindo fendas pelas quais perspectivas contra-hegemônicas se consolidam.

São muitos os caminhos pelos quais as abordagens contra-hegemônicas se expressam, sendo a pluralidade uma das principais contribuições dessa mobilização para o campo da avaliação de políticas públicas. Nesse sentido, destacamos a avaliação construtivista responsiva proposta por Guba e Lincoln (2011), a abordagem antropológica de Gussi e Oliveira (2016), a abordagem experiencial de Raul Lejano (2012) e a avaliação em profundidade de Lea Rodrigues (2008). Apesar de suas especificidades, essas diferentes perspectivas apresentam em comum a crítica ao positivismo, a valorização da subjetividade, a utilização de fontes diversificadas de informação e a aproximação da realidade vivenciada pelos sujeitos contemplados pela política. A partir destes princípios e práticas, o ato de avaliar políticas públicas ganha novos contornos e dimensões, passando a incorporar reflexões permanentes sobre os pressupostos filosóficos, científicos, teóricos e metodológicos que orientam o processo avaliativo (Cruz, 2019).

Ainda concernente às concepções epistemológicas que se somam aos esforços contra-hegemônicos, enfatizamos o sentido de um antimanual da avaliação de políticas públicas, conforme Boullosa et al. (2021). Em sua proposta, os autores resgatam o conceito de reflexividade, amplamente discutido nas ciências sociais, e transportam para o campo da avaliação a noção de posicionalidade, categoria analítica que tem sua origem nos estudos decoloniais e feministas negros. Nesse sentido, a reflexividade é concebida como uma capacidade autocrítica dos(as) avaliadores(as) em relação aos seus valores individuais e sociais, bem como de suas compreensões teórico-metodológicas, vivências e outros componentes de sua identidade que se

manifestam no processo de construção da pesquisa avaliativa. Já a posicionalidade consiste em um processo de localização existencial no qual os(as) avaliadores(as) identificam os elementos e processos da realidade social que moldam seus corpos, subjetividades e relações.

Mediante estes princípios práticos, a perspectiva antimanual promove uma ruptura com as perspectivas avaliativas tradicionais e seus rígidos manuais importados de forma acrítica para a realidade brasileira, possibilitando a construção de desenhos avaliativos mais livres, mediados pelas condições, contextos e experiências nas quais os(as) avaliadores(as) e as próprias políticas estão inseridas:

Trata-se de transmutar de uma lógica colonial do “padrão-ouro” das avaliações, para lógicas que respeitem as posicionalidades e diversidades dos próprios sujeitos avaliados. Por que não pensamos em nossos “padrões-barro”, “padrões-feministas”, “padrões-pretos”, “padrões-decoloniais”, que sejam fincados nos chãos que, muitas vezes, temos que percorrer e experienciar em territórios repletos de diversidades socioeconômicas e culturais, e de desigualdades? (Boullosa et al., 2021, p. 12).

Ainda no sentido de enfrentamento à lógica colonial e emancipação das perspectivas avaliativas, faz-se necessário difundir as provocações e proposições de Lima e Gussi (2021), que ensejam um exercício descolonial de avaliação das políticas públicas. Os autores, a partir de articulações entre concepções dos estudos subalternos e decoloniais e da posição contracolonial, apresentam elementos analíticos acerca da matriz colonial entranhada no processo de formação do Estado brasileiro e sua constante atualização em dispositivos de governabilidade fundamentados nos ideais de raça, classe, gênero, sexo e religião. Nessa conjuntura, as próprias políticas públicas, bem como os seus processos avaliativos, atuam como reprodutoras do projeto colonial, esvaziando e instrumentalizando as existências dos corpos subalternizados, ou seja, pessoas que vivenciam cotidianamente processos de exclusão e vulnerabilização econômica, política e social. Como resposta e possibilidade de resistência a essa lógica, os autores engendram um giro contra-hegemônico capaz de “desvelar e conjurar essa brasilidade como projeto colonial a fim de empreender um esforço avaliativo no qual o subalterno avalie, mais do que participe do processo” (Lima; Gussi, 2021, p. 29).

Após refletir sobre o panorama epistemológico e político do campo da avaliação de políticas públicas, temos elementos suficientes para situar

nossa pesquisa avaliativa, que incorpora a disposição descolonial (Lima; Gussi, 2021) e a antimanualização avaliativa (Boullosa et al., 2021), alinhando-se paradigmaticamente às perspectivas contra-hegemônicas, inspirando-se no método experiencial (Lejano, 2012) e fundamentando-se na avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008).

A seguir, anunciamos o percurso teórico-metodológico que dá corpo ao nosso objeto de estudo, explicitando as dimensões criativa, dinâmica, processual e interdisciplinar de nossa pesquisa avaliativa, uma vez que é na relação sujeito/objeto que a pesquisa se funda, ou seja, a “relação que o pesquisador vai gestando com o seu objeto, tecendo os fios da pesquisa” (Carvalho, 2004, p. 4).

## **2.2 Perspectiva avaliativa e delineamento da pesquisa**

Reconhecendo a impossibilidade de se aproximar da realidade das políticas públicas sobre drogas brasileiras através dos modelos convencionais de pesquisa e cientificidade, optamos por construir nossa proposta avaliativa através dos pressupostos da avaliação em profundidade de Rodrigues (2008), reconhecendo e valorizando suas inspirações no método experiencial de Lejano (2012).

O método experiencial de Raul Lejano (2012) encontra-se detalhado minuciosamente em sua obra “Parâmetros para a análise de políticas públicas: a fusão de texto e contexto”. Inicialmente, o autor apresenta uma crítica aos fundamentos epistemológicos que orientam os modelos racional-positivista e construcionista de avaliação, demonstrando como ambos empreendem um processo de “mitologização da política”, deixando escapar a complexidade de sua elaboração.

De acordo com Lejano (2012, p. 196), “quer mantenhamos uma posição fortemente subjetivista ou objetivista, as presunções rígidas feitas com relação ao sujeito e ao objeto contribuem para amplificar a distância entre texto e contexto”. Dessa forma, as políticas são formuladas de maneira verticalizada e unidirecional, uma vez que os espaços de tomada de decisão nos quais os textos são construídos não contam com a participação dos diversos atores que implementam as políticas na prática.

Diante dessa problemática, Lejano (2012) oferece um caminho alternativo através do seu método experiencial. Amparado no “sentimento pós-construtivista”, o autor explora e assimila o paradigma hermenêutico emergente nas pesquisas etnográficas e fenomenológicas, trazendo o viés interpretativo para o campo das políticas públicas. Sendo assim, a ideia de experiência adquire papel central e se torna a ponte entre o texto e o contexto da política pública, possibilitando que os sujeitos adquiram protagonismo na autoria das políticas. O analista, nessa perspectiva, deve mergulhar no cotidiano das pessoas, buscando interpretar vivências, sentidos e significados construídos por elas, revelando elementos cruciais dos contextos nos quais as políticas ganham vida.

A proposta de Lejano (2012) se destaca entre as perspectivas contra-hegemônicas pelo seu caráter inovador e radical em relação aos modelos positivistas. O quadro a seguir ilustra a oposição entre o modelo experiencial e os modelos que Lejano (2012) classifica como positivistas:

Quadro 1 – Comparação entre o modelo experiencial e os modelos positivistas

| Dimensão                           | Modelo Positivista                                   | Modelo Experiencial                                                |
|------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Lógica                             | Linear                                               | Não linear                                                         |
|                                    | Hipóteses isoladas do empírico                       | Interação pesquisador /empíria                                     |
|                                    | Teste de hipóteses                                   | Teoria emerge da prática                                           |
| Natureza do conhecimento alcançado | Resultado de análise de dados estatísticos (survey). | Multidimensional: diferentes tipos de dados e informações.         |
| Análise                            | Teste de hipóteses                                   | Hermenêutica-Holística                                             |
|                                    | Resultado final: correlação ou não com as hipóteses  | Integração das diferentes dimensões contempladas                   |
|                                    | Critérios: replicabilidade e confiança               | Critérios: autenticidade da descrição da política como experiência |
| Objetivos                          | Prova estatística                                    | Compreensão ampla e processual da dinâmica da política             |
|                                    | Respostas pontuais                                   | Possibilidade de ação                                              |

Fonte: Rodrigues (2016)

Além do olhar hermenêutico e da noção de experiência, a abordagem de Lejano (2012) engendra um “sincretismo metodológico” que consiste na capacidade de dialogar com diferentes formas de conhecimento e integrá-las em um sistema de análise coerente. Nesse sentido, no modelo experiencial, o analista tem a liberdade de utilizar diversas ferramentas metodológicas, tanto quantitativas como qualitativas, desde que mantenha um

exercício constante de reflexão e articulação entre os dados e informações construídas. Esse trabalho de integração, segundo o autor, pode ser realizado através de metanarrativa, composição, triangulação, testemunho ou ação, abordagens que apresentam diferentes possibilidades analíticas e favorecem a multidimensionalidade do modelo experiencial.

O paradigma hermenêutico de Lejano (2012) é o principal fundamento epistemológico da avaliação em profundidade, perspectiva desenvolvida por Lea Rodrigues a partir de experiências do Programa de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP) da Universidade Federal do Ceará (UFC). A avaliação em profundidade se caracteriza também por marcar oposição ao paradigma positivista, ao modelo gerencialista e aos sistemas avaliativos técnico-formais alinhados aos princípios neoliberais, mostrando-se ferramenta promissora para a apreensão das contradições do Estado Contemporâneo e suas expressões nas políticas públicas (Gussi, 2019).

Partindo do ceticismo em relação aos modelos supostamente universais, a avaliação em profundidade propõe uma abordagem interpretativa a partir de quatro eixos analíticos: análise de conteúdo da política ou do programa; análise de contexto da formulação da política; acompanhamento da trajetória institucional e espectro temporal e territorial (Rodrigues, 2008). No entanto, o percurso de elaboração de uma avaliação em profundidade não se desenha mediante uma sucessão de etapas ou procedimentos a serem realizados, como uma agenda a ser cumprida. Ao invés disso, seus eixos analíticos apresentam um caminho avaliativo consistente que, ciente da natureza dinâmica do seu objeto de estudo, reconhece a necessidade de um olhar interdisciplinar e inventivo sobre as diversas facetas que compõem uma política pública:

O contexto se desenha no texto a partir de tessituras históricas, articuladas por meio de três dimensões: local, nacional e global. Isso requer do pesquisador esforço de compreensão de como questões macroeconômicas e políticas dialogam com eventos locais. Torna-se então fundamental mobilizar quadros teóricos de matrizes interdisciplinares, como a Ciência Política, a Sociologia, a Economia, entre outros (Cruz, 2019, p. 170).

Ao destrinchar os eixos analíticos da avaliação em profundidade, conforme proposto por Rodrigues (2008, 2016), tais aspectos se tornam mais

nítidos. Na análise de conteúdo, realiza-se o estudo do texto, ou seja, do material institucional da política, publicado em forma de leis, portarias, documentos internos, atas de reuniões, fichas de acompanhamento, dados estatísticos, entre outros. Durante esse processo, a análise deve ter atenção ao caminho de formulação da política, identificando seus objetivos e os critérios de implantação, acompanhamento e avaliação. Outro aspecto importante é a identificação das bases conceituais e dos paradigmas orientadores que fundamentam os valores, conceitos e noções presentes na política. Através da comparação entre as bases conceituais e o caminho de formulação, avalia-se a coerência interna da política, identificando se existem contradições que possam interferir na sua real efetivação.

Na análise de contexto da formulação da política, prioriza-se o levantamento e a reflexão crítica sobre a conjuntura histórica, política, econômica e sociocultural na qual a política foi formulada e implementada. Merece atenção nessa fase a apreensão sobre o modelo político no qual a política foi gestada, movimento que proporciona um olhar mais aprofundado sobre os interesses, conflitos, ideologias, símbolos e valores que se manifestam, de forma implícita ou explícita, no campo das políticas públicas (Rodrigues 2008, 2016).

Quanto ao acompanhamento da trajetória da política, procura-se acompanhar a dispersão da política pelas vias institucionais e suas transformações ao longo dessas passagens. Essa dimensão analítica tem como fundamento teórico a noção de trajetória institucional desenvolvida por Gussi:

A ideia é a que política ou programa não têm um sentido único e estão circunscritas a ressignificações, segundo seus distintos posicionamentos nos vários espaços institucionais (ou fora deles) que percorrem, de acordo com seus deslocamentos na instituição ou na comunidade destinatária desta política ou programa (Gussi, 2019, p. 178).

Sendo assim, para o desenvolvimento desse eixo analítico, torna-se fundamental o trabalho de campo e a realização de entrevistas com pessoas que fizeram parte dos processos de formulação e implementação da política em períodos distintos, esforço que possibilitará uma melhor compreensão acerca dos aspectos culturais e organizacionais que compõem as instituições e submetem as políticas a novas configurações (Rodrigues, 2008).

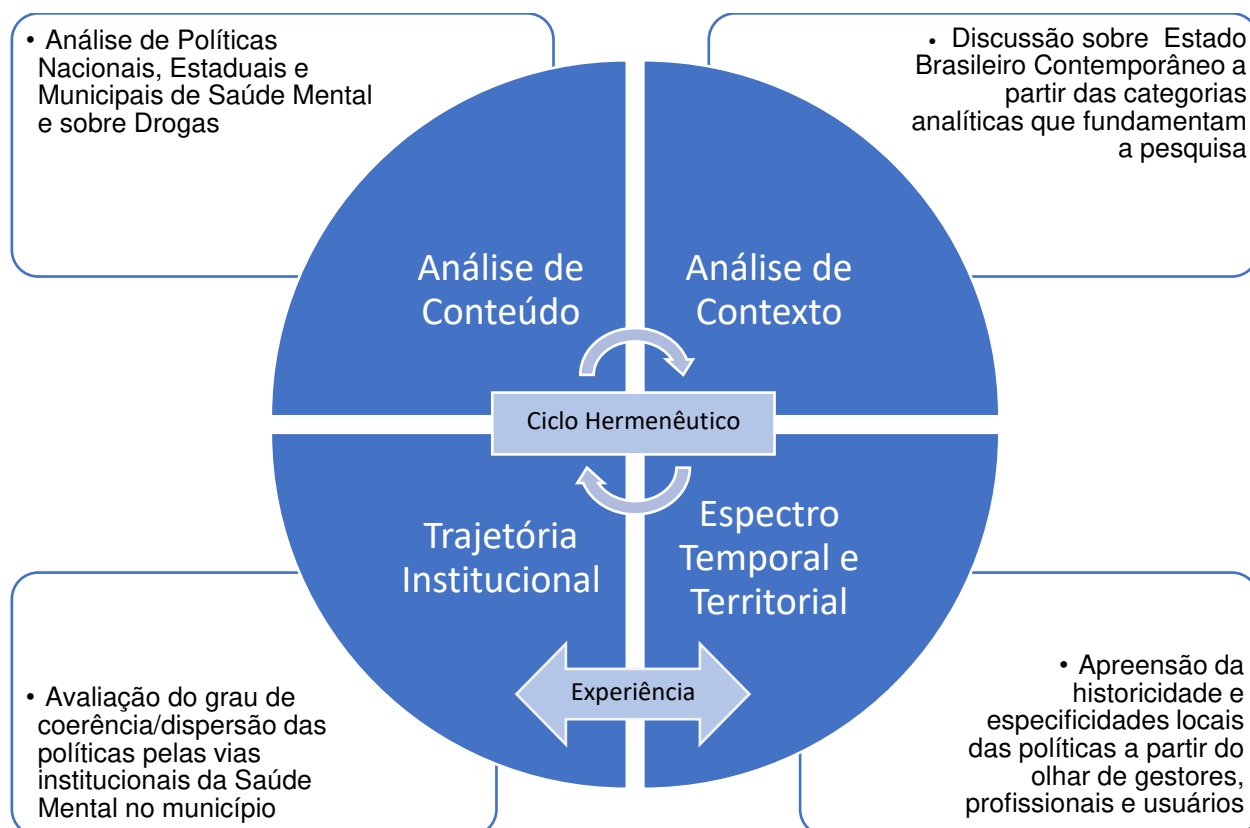
O último eixo analítico, o espectro temporal e territorial, está intimamente ligado ao acompanhamento da trajetória institucional, mas enfatiza o deslocamento da política pelos espaços socioculturais e suas particularidades nos diferentes contextos. A avaliação realiza o confronto entre os propósitos gerais da política e as suas especificidades locais e historicidade, elementos que só serão apreendidos através de movimentos de imersão na cultura e territorialidade da política. Nesse sentido, faz-se necessária a manipulação e articulação de diversos instrumentos metodológico-analíticos, estimulando a dimensão criativa do processo avaliativo e sua capacidade de se aproximar da complexa realidade na qual a política se materializa (Rodrigues, 2008, 2016).

A avaliação em profundidade segue o modelo experiencial em todas as suas dimensões, mas ao invés de se preocupar com a elaboração de hipóteses, estabelece alguns pressupostos a partir da imersão no campo. Apesar da similaridade entre os modelos, a articulação entre as duas perspectivas suscita novos elementos de compreensão no campo da avaliação de políticas públicas (Rodrigues, 2016).

Sendo assim, nossa proposta avaliativa consiste, principalmente, no desenvolvimento dos eixos analíticos estabelecidos pela avaliação em profundidade. Entretanto, assimilamos alguns elementos do método experiencial, mais especificamente as noções de ciclo hermenêutico e experiência, visando ampliar nosso potencial analítico/avaliativo.

Na Figura 1, apresentamos o desenho avaliativo que ilustra a articulação dos elementos do modelo experiencial com os eixos analíticos da avaliação em profundidade e demonstra de que forma tais componentes foram operacionalizados na relação com nosso objeto de estudo:

Figura 1 – Desenho avaliativo



Fonte: Elaborada pelo autor (2024)

De acordo com Lejano (2012), a concepção de ciclo hermenêutico confere à avaliação um caráter circular de interpretação/compreensão entre o texto e o contexto das políticas, movimento que propicia contextualidade e autenticidade ao processo avaliativo. Sendo assim, tomamos a ideia de ciclo hermenêutico como pano de fundo para o desenvolvimento dos eixos analíticos da avaliação, de forma que a perspectiva interpretativista seja acionada em todas as etapas do processo. No que se refere aos eixos trajetória institucional e espectro temporal e territorial, assimilamos o conceito de experiência visando a inclusão e participação ativa dos atores sociais no processo avaliativo.

Desse modo, orientada pelos pressupostos e fundamentos apresentados, a pesquisa foi delineada em 4 etapas distintas, que estão dispostas no quadro a seguir:

Quadro 2 – Delineamento da pesquisa

| Etapa | Método | Referencial Teórico | Ações | Eixo Analítico |
|-------|--------|---------------------|-------|----------------|
|-------|--------|---------------------|-------|----------------|

|   |                        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
|---|------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1 | Pesquisa Bibliográfica | Sousa, Oliveira e Alves (2021)                        | Levantamento e análise crítica de livros, teses, dissertações, artigos, matérias de jornais, revistas e outros documentos que versam sobre temas relacionados à pesquisa, visando a construção de um referencial teórico bem fundamentado, capaz de fornecer informações, conhecimentos prévios e pressupostos sobre os fenômenos a serem investigados. | Análise de Contexto                                       |
| 2 | Análise Documental     | Cellard (2008)                                        | Análise de leis, portarias, decretos, resoluções e políticas construídas pelo Poder Executivo, nas esferas nacional, estadual e municipal, que se enquadram no âmbito das Políticas Públicas de Saúde Mental e Políticas Públicas sobre Drogas                                                                                                          | Análise de Conteúdo                                       |
| 3 | Pesquisa de Campo      | Geertz (2008); Gussi e Oliveira (2016); Minayo (2007) | Inserção e observação participante no campo de pesquisa, sob a orientação de princípios etnográficos e antropológicos, visando a apreensão de experiências, valores, discursos e práticas que compõem os aspectos culturais dos sujeitos nas suas relações com as políticas e o território.                                                             | Trajetória Institucional e Espetro Temporal e Territorial |
|   |                        | Duarte (2005)                                         | Entrevistas semiestruturadas e em profundidade com gestores, profissionais e usuários que implementam as políticas públicas sobre drogas no âmbito da saúde mental municipal.                                                                                                                                                                           |                                                           |
| 4 | Análise de dados       | Minayo (2002)                                         | Tratamento, triangulação e análise hermenêutico-dialética dos dados obtidos e construídos a partir das etapas anteriores.                                                                                                                                                                                                                               |                                                           |
|   |                        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Para tratamento e triangulação dos dados obtidos a partir das etapas 3 e 4, usamos como referência a análise hermenêutico-dialética, levando em consideração que se trata de uma técnica já consolidada na pesquisa qualitativa e que tem se mostrado promissora, especialmente, nas investigações voltadas para o campo da saúde (Minayo, 2007).

### 2.3 Contextualização e aspectos relevantes acerca da pesquisa de campo

Uma interação genuína entre o pesquisador e os participantes da pesquisa é um elemento indispensável para a realização da pesquisa de

campo. Nesse sentido, o campo pode ser definido como “o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (Minayo, 2007, p. 201).

A partir dessa conceituação, nosso campo de pesquisa consistiu em algumas instituições responsáveis pela implementação das políticas públicas sobre drogas no âmbito da saúde mental no município de Fortaleza, mais especificamente a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a Coordenadoria Especial de Políticas Sobre Drogas (COESD), uma Comunidade Terapêutica e um CAPS AD.

Definimos como ponto de partida para a imersão no campo um dos CAPS AD da RAPS de Fortaleza. Trata-se de um serviço de modalidade CAPS AD III, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, e disponibilização de leitos para observação, monitoramento e desintoxicação de pessoas com necessidades de cuidados clínicos contínuos relacionados ao uso de drogas (Brasil, 2011a).

O referido equipamento ocupa um papel estratégico na ordenação e construção do cuidado em saúde mental do município, uma vez que acolhe usuários de vários outros equipamentos e regionais de saúde, devido à escassez de leitos para acolhimento noturno na RAPS de Fortaleza.

Durante o processo investigativo, ocorrido entre os meses de agosto a novembro de 2024, a fim de subsidiar o desenvolvimento dos eixos trajetória institucional e espectro temporal e territorial da análise em profundidade, efetivamos a observação participante (Minayo, 2007) em atividades cotidianas desenvolvidas por profissionais e usuários do CAPS AD, participando de grupos terapêuticos, reuniões de equipe, salas de espera e acolhimentos de demanda espontânea, registrando no diário de campo observações e impressões acerca das pessoas, dos discursos, da cultura e das experiências compartilhadas naquele espaço.

No mesmo sentido, efetuamos a leitura de informações registradas nos prontuários, buscando informações complementares sobre história de vida dos usuários e as perspectivas de cuidado desenvolvidas ao longo dos processos de cuidado.

A partir desses movimentos de ambientação, integração e assimilação da realidade do serviço, primordiais para o fortalecimento dos

vínculos interpessoais desenvolvidos no caminhar da pesquisa, selecionamos 6 usuários(as) do CAPS AD para participar de entrevistas em profundidade (Duarte, 2005), a partir de um roteiro semiestruturado desenvolvido com o intuito de potencializar a apreensão das experiências narradas.

Levando em consideração os objetivos da pesquisa, foram selecionados(as) usuários(as) com pelo menos 1 ano de acompanhamento no CAPS AD, que necessariamente tivessem experiências prévias de acolhimento em comunidade terapêutica e que, preferencialmente, tivessem experiências anteriores de atendimento em outros pontos de atenção da RAPS.

É oportuno ressaltar que a trajetória do pesquisador enquanto trabalhador de saúde mental da RAPS favoreceu o processo de imersão no campo, uma vez que “no trabalho qualitativo, a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma virtude” (Minayo, 2007, p. 274). Sendo assim, os vínculos previamente estabelecidos com usuários, profissionais e com território facilitaram a assimilação do papel de pesquisador e alargaram os caminhos investigativos e avaliativos sobre as políticas públicas sobre drogas a partir desse contexto.

Portanto, ciente das singularidades que estão presentes nas trajetórias dos(as) usuários(as), ainda que compartilhem muitos aspectos em comum, optamos por selecionar os(as) usuários(as) atentando para uma maior diversidade de raça, gênero, orientação sexual e religião, conforme disposto no Quadro 3, partindo do pressuposto de que suas experiências e singularidades propiciariam mais complexidade e amplitude para o processo avaliativo das políticas públicas sobre drogas.

Quadro 3 – Caracterização dos(as) usuários(as) entrevistados(as)

| Nome Fictício | Idade | Renda mensal           | Raça  | Gênero       | Orientação Sexual | Religião     |
|---------------|-------|------------------------|-------|--------------|-------------------|--------------|
| <b>João</b>   | 36    | Menor 1 salário mínimo | Parda | Homem cis    | Homossexual       | Católica     |
| <b>Lucas</b>  | 35    | Menor 1 salário mínimo | Parda | Homem cis    | Heterossexual     | Evangélica   |
| <b>Maria</b>  | 42    | Menor 1 salário mínimo | Preta | Mulher trans | Heterossexual     | Sem religião |
| <b>Mateus</b> | 28    | Entre 1 e 3 salários   | Parda | Homem trans  | Pansexual         | Evangélica   |

|              |    |                               |        |              |               |                 |
|--------------|----|-------------------------------|--------|--------------|---------------|-----------------|
|              |    | mínimos                       |        |              |               |                 |
| <b>Pedro</b> | 40 | Menor que 1<br>salário mínimo | Parda  | Homem<br>cis | Heterossexual | Sem<br>religião |
| <b>Rute</b>  | 17 | Sem renda                     | Branca | Mulher cis   | Heterossexual | Espírita        |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Avaliar a trajetória de uma política pública significa assimilar suas ressignificações e reinterpretações nos diferentes espaços institucionais (Gussi; Oliveira, 2016). Nesse sentido, para elaboração do eixo trajetória institucional de nossa pesquisa avaliativa, buscamos apreender as experiências de outras instituições e atores que implementam as políticas de saúde mental no município.

Desde 2021 o território de Fortaleza é dividido em 12 zonas administrativas e suas respectivas Secretarias Regionais (SRs). Entretanto, os serviços de saúde municipais continuam atuando conforme a disposição territorial anterior, que organizava o território em apenas 7 zonas administrativas com sua respectiva SR.

Dessa forma, os equipamentos de saúde, de acordo com os bairros nos quais estão localizados, têm como referência administrativa uma Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) vinculada a uma SR, enquanto todas as SRs estão sob a administração da Coordenadoria Geral das Regionais de Saúde (COGERS).

Pensando especificamente no âmbito das políticas públicas de saúde mental, as CORES contam com a figura dos(das) articuladores(as) de saúde mental, profissionais responsáveis por fazer a ponte entre as demandas dos serviços e as deliberações da Célula de Saúde Mental (CESAM) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A CESAM, entretanto, tem como instância administrativa superior a Coordenadoria de Redes de Atenção Primária e Psicossocial (CORAPP) da SMS.

Fortaleza dispõe ainda de uma Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas (COESD), órgão vinculado ao gabinete do prefeito, que tem status de Secretaria Municipal e apresenta como principal responsabilidade a coordenação da política municipal sobre drogas.

Portanto, realizamos entrevistas em profundidade semiestruturadas com o(a) Coordenador(a) Especial de Políticas sobre Drogas, o(a) Coordenador(a) Geral das Regionais de Saúde, o(a) Gerente da Célula de

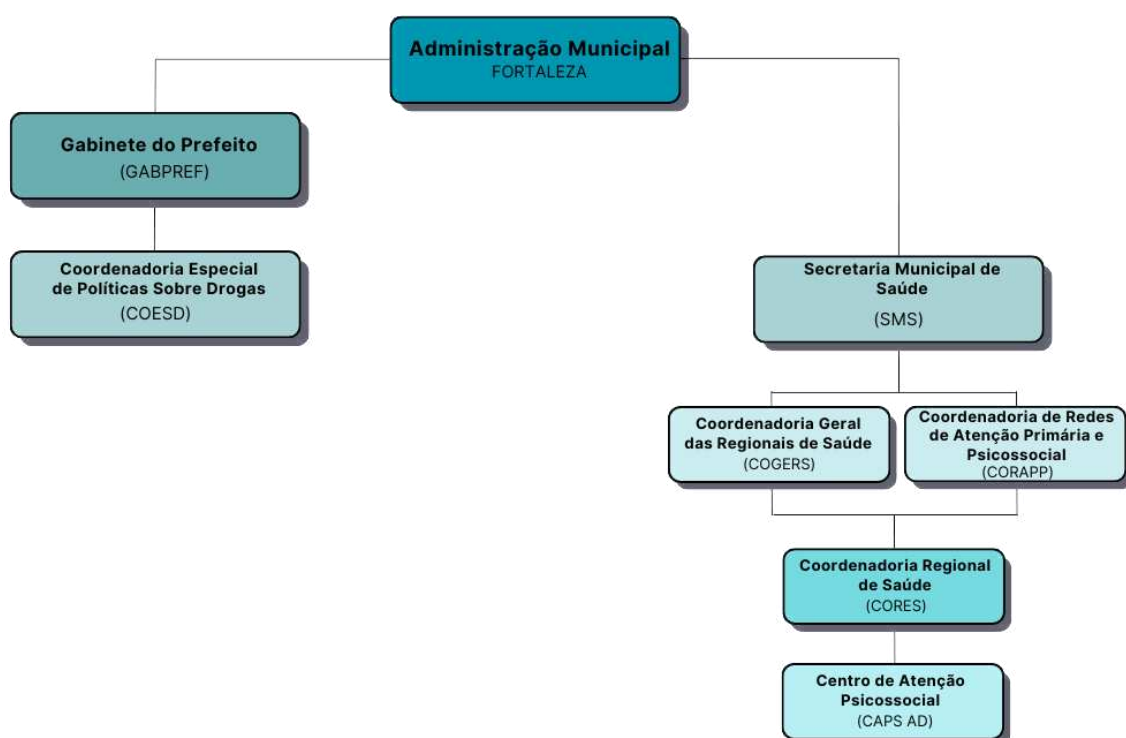
Saúde Mental (CESAM), 1 Coordenador(a) Regional de Saúde, 1 Articulador(a) de Saúde Mental, 1 Coordenador(a) de CAPS AD e 2 profissionais de nível superior do CAPS AD.

A escolha dos profissionais de nível superior do CAPS AD levou em consideração o tempo de atuação nas políticas de saúde mental, de forma que, para ter uma melhor apreensão das experiências em diferentes momentos históricos, selecionamos o profissional com maior tempo de atuação e a profissional com o menor tempo de atuação RAPS, observando o limite inferior de pelo menos 1 ano de experiência no âmbito da saúde mental.

Tentamos ainda entrevistar a Coordenadora de Redes de Atenção Primária e Psicossocial. No entanto, mesmo conseguindo agendar o encontro em duas oportunidades, não foi possível realizar a entrevista devido à falta de disponibilidade da pretendida participante. Ainda assim, consideramos que os dados obtidos a partir das demais entrevistas foram satisfatórios para os objetivos da pesquisa.

A seguir, na Figura 2, apresentamos organograma representativo da estrutura organizacional dos órgãos municipais que compõem o campo de pesquisa:

Figura 2 - Organograma dos órgãos municipais



Para além do âmbito da administração municipal, ainda levando em consideração as nuances do nosso objeto de pesquisa, realizamos entrevistas em profundidade, novamente com roteiro semiestruturado, com 1 Diretora e 1 Administrador/Técnico Responsável de uma Comunidade Terapêutica localizada na região metropolitana de Fortaleza. Tal instituição, no período em que a pesquisa foi desenvolvida, apresentava convênio com o Governo Federal e acolheu um dos usuários do CAPS AD que participou da pesquisa.

No Quadro 4 apresentamos a caracterização dos(as) gestores(as) e profissionais entrevistados, com destaque para a função que ocupam na implementação das políticas avaliadas e outros elementos que indicam suas trajetórias profissionais com essas políticas.

Quadro 4 – Caracterização dos(as) gestores(as) e profissionais entrevistados(as)

| Nome Fictício                               | Cargo                     | Tempo de atuação na Saúde Mental | Vínculo Empregatício  | Carga Horária Semanal |
|---------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Gestores Municipais</b>                  |                           |                                  |                       |                       |
| <b>Davi</b>                                 | Gestor Coordenadoria      | 2 a 5 anos                       | Cargo Comissionado    | 40 horas              |
| <b>Ester</b>                                | Gestora Coordenadoria     | 2 a 5 anos                       | Cargo Comissionado    | 40 horas              |
| <b>José</b>                                 | Gestor Coordenadoria      | até 2 anos                       | Cargo Comissionado    | 40 horas              |
| <b>Raquel</b>                               | Articuladora Saúde Mental | 2 a 5 anos                       | Cargo Comissionado    | 40 horas              |
| <b>Rebeca</b>                               | Coordenadora CAPS AD      | 5 a 7 anos                       | Cargo Comissionado    | 40 horas              |
| <b>Sara</b>                                 | Gestora Coordenadoria     | até 2 anos                       | Cargo Comissionado    | 40 horas              |
| <b>Gestores Comunidade Terapêutica (CT)</b> |                           |                                  |                       |                       |
| <b>Débora</b>                               | Vice-Presidente CT        | 10 anos ou mais                  | Sem especificação     | 40 horas              |
| <b>Estevão</b>                              | Administrador CT          | 7 a 9 anos                       | Voluntário            | 40 horas              |
| <b>Profissionais de Nível Superior</b>      |                           |                                  |                       |                       |
| <b>Paulo</b>                                | Profissional CAPS AD      | 7 a 9 anos                       | Servidor Estatutário  | 30 horas              |
| <b>Priscila</b>                             | Profissional CAPS AD      | até 2 anos                       | Servidora Estatutária | 20 horas              |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

No que se refere aos princípios éticos que orientaram o desenvolvimento da pesquisa, respaldamo-nos nas normas e diretrizes expressas nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012; 2016). Destarte, utilizamos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), informando aos participantes a

natureza da pesquisa, sua justificativa, objetivos, métodos, bem como potenciais riscos e benefícios envolvidos.

Por fim, ressaltamos que a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC) e pela Escola de Saúde Pública de Fortaleza (ESPFor), instituição responsável pela promoção de pesquisas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

### **3 “PORQUE NÃO HÁ COISA OCULTA QUE NÃO HAJA DE MANIFESTAR-SE”: REVELAÇÕES À LUZ DA OPÇÃO DESCOLONIAL E DO PENSAMENTO DE LIBERTAÇÃO LATINO-AMERICANO**

Não faz sentido acender uma lâmpada e depois cobri-la com uma vasilha ou escondê-la debaixo da cama. Pelo contrário, ela é colocada num pedestal, de onde sua luz pode ser vista pelos que entram na casa. Da mesma forma, tudo que está escondido será revelado, e tudo que está oculto virá à luz e será conhecido por todos (Lucas 8:16-17).

Para que algo se mostre é necessário um desencobrimento do encoberto, a fim de que ele possa chegar a mostrar-se (Gadamer, 2009, p. 104).

Uma das primeiras tarefas de um pesquisador é perceber e compreender as barreiras que se interpõem entre ele e o seu objeto de estudo. Somente a partir deste exercício ele será capaz de construir as ferramentas necessárias para revelar o que está encoberto, jogando luz também sobre as estruturas que pretendem manter esses elementos ocultos.

Sendo assim, compreendemos que a pesquisa científica deve se desdobrar enquanto uma construção realista e, para isso, é necessário que ela se apoie em um conhecimento prévio das realidades, criando um ambiente propício para o surgimento das realidades que ela pretende registrar (Bourdieu, 2008).

Ao passo que a pesquisa assume uma perspectiva de revelação e denúncia das armadilhas ideológicas, encarna também uma dimensão profética. Não no sentido mágico de previsão do futuro, muito menos como manipulação da realidade que visa alienar e manter as estruturas dominantes, mas enquanto ação ética e política de desmantelamento das práticas de opressão no aqui e agora, a partir do compromisso com a justiça e a misericórdia (Alves, 1999).

Portanto, apresentamos a seguir o chão teórico pelo qual erigimos nossa pesquisa avaliativa, concebido a partir do diálogo entre a opção decolonial e o pensamento de libertação latino-americano, destrinchando categorias analítico-conceituais capazes de revelar as rachaduras do tecido social e suas camadas de dissimulação.

#### **3.1 Descolonização e Libertação: trajetórias em confluência**

Em seu *Discurso sobre o colonialismo*, Aimé Césaire, poeta e político martinicano, explana:

[...] o que, em seu princípio, é a colonização? É concordar que não é nem evangelização, nem empreendimento filantrópico, nem vontade de empurrar para trás as fronteiras da ignorância, da doença e da tirania, nem expansão de Deus, nem extensão do Direito; é admitir de uma vez por todas, sem recuar antes as consequências, que o gesto decisivo aqui é do aventureiro e do pirata, dos merceeiros em geral, do armador, do garimpeiro e do comerciante; do apetite e da força, com a sombra maléfica, por trás, de uma forma de civilização que, em um momento de sua história, se vê obrigada internamente a estender à escala mundial a concorrência de suas economias antagônicas (Césaire, 2020, p. 10).

A partir de sua contribuição, compreendemos a colonização como processo de dominação, exploração, genocídio e escravização praticados pelo continente Europeu em outros territórios, a partir de uma lógica racista fundamentada filosoficamente pelo humanismo, justificada teologicamente pelo cristianismo e levada a cabo pelo modo de produção capitalista. O autor é categórico em afirmar que a colonização, ao contrário do que a propaganda eurocêntrica afirma, culmina em um processo de negação da civilização, pois ao possibilitar os mecanismos de animalização do colonizado, termina por desumanizar o próprio colonizador (Césaire, 2020).

Inserido no mesmo contexto e profundamente influenciado pelo pensamento de Césaire, outro teórico que apresenta uma relevante contribuição para a crítica ao colonialismo é o psiquiatra e filósofo martinicano Frantz Fanon. Em suas duas principais obras, *Pele negra, máscaras brancas* e *Os Condenados da terra*, Fanon demonstra que a colonização, para além de um movimento de dominação territorial, é também um processo violento de ocupação da subjetividade que termina por tornar o povo colonizado alienado de sua própria cultura, sendo necessário que estes povos estejam envolvidos em ações revolucionárias de descolonização e enfrentamento à violência colonial (Fanon, 2020; 2022).

As obras e as atuações políticas de Aimé Césaire e Frantz Fanon ofereceram importantes contribuições na denúncia do colonialismo e na defesa dos territórios e indivíduos colonizados, fortalecendo o argumento pós-colonial e favorecendo um longo processo de transformação da base epistemológica das Ciências Sociais (Ballestrin, 2013).

Uma das noções contidas no termo pós-colonialismo diz respeito ao período histórico, situado a partir da metade do século XX, no qual países explorados por nações imperialistas e neocolonialistas estabeleceram processos de libertação e independência. No entanto, a perspectiva que apresenta maior conexão com nossa pesquisa é a que vislumbra o pós-colonialismo como um conjunto de contribuições teóricas que partem da identificação da diferença colonial: “a diferença entre o centro e a periferia, entre a crítica eurocêntrica do eurocentrismo e a produção de conhecimento por aqueles que participaram na construção do mundo moderno/colonial e aqueles que foram excluídos do debate” (Mignolo, 2020, p. 194), apresentando possibilidades de superação das relações de colonização, colonialismo e colonialidade.

Um movimento que colaborou de forma significativa para a crítica pós-colonial foi o Grupo de Estudos Subalternos, formado na década de 1970 no sul asiático e que tem como principal expoente a teórica indiana Gayatri Spivak. O conceito de subalternidade é retomado para representar “as camadas mais baixas da sociedade constituídas pelos modos específicos de exclusão dos mercados, da representação política e legal, e da possibilidade de se tornarem membros plenos no estrato social dominante” (Spivak, 2010, p. 12). Os estudos acerca da subalternidade demonstram o lugar de exclusão ocupado pelo sujeito subalterno e cumprem papel importante na problematização acerca da própria intelectualidade pós-colonial, que ao silenciar ou instrumentalizar o subalterno, reproduz as estruturas de poder e opressão coloniais.

Os autores e autoras dos estudos subalternos foram fundamentais para demonstrar que o colonialismo, muito além de um fenômeno econômico e político, detém uma dimensão epistêmica que se relaciona intimamente com o nascimento das ciências humanas. Tais contribuições possibilitaram a compreensão de que as Ciências Sociais modernas também foram responsáveis por criar a relação antagônica observada na diferença colonial, ao construir as identidades dos colonizadores e dos colonizados (Castro-Gómez, 2005).

O trabalho do Grupo de Estudos Subalternos original teve uma recepção significativa, a partir dos anos 1990, entre intelectuais latino-

americanos que viviam no Estados Unidos. O contexto sociopolítico da América Latina nesse período mostrava-se favorável para a construção de novas formas de pensar, produzir conhecimento e atuar politicamente. Foi assim que teve início o Grupo Latino-Americano dos Estudos Subalternos, que tinha como principal objetivo dar voz às experiências dos subalternos no contexto da América Latina. Entre os principais nomes do grupo podemos citar Aníbal Quijano, Santiago Castro-Gómez, Eduardo Mendieta e Walter Mignolo.

Walter Mignolo, entretanto, optou por realizar uma crítica aos estudos pós-coloniais e subalternos originais por identificar neles a permanência de um caráter imperialista eurocentrado. Ele chamava atenção para o fato de que, por ser o primeiro continente a sofrer a violência do esquema colonial/imperial moderno, a América Latina apresentaria especificidades na sua relação com o desenvolvimento do capitalismo mundial. Sendo assim, passa a defender que os estudos subalternos latino-americanos devem romper definitivamente com as perspectivas estadunidense e indiana, priorizando as experiências de colonialidade características da América Latina (Ballestrin, 2013).

As concepções de Mignolo ganharam apoio de outros intelectuais e as divergências teóricas culminaram com a dissolução do Grupo Latino-Americano de Estudos Subalternos em 1998. Ainda no mesmo ano, Mignolo e esses autores passaram a dialogar de maneira sistemática através de seminários e publicações, dando início ao Grupo Modernidade/Colonialidade, a partir do qual a perspectiva descolonial assume de vez uma dimensão epistemológica:

Para todos nós que tomamos o partido da crítica descolonial, o diálogo com o Grupo Latino-americano de Estudos Subalternos tornou evidente a necessidade de transcender epistemologicamente – ou seja, de descolonizar – a epistemologia e o cânone ocidentais (Grosfoguel, 2008, p. 116).

O Grupo Modernidade/Colonialidade se fortalece a partir dos anos 2000, reunindo nomes como Aníbal Quijano, Walter Mignolo, Ramón Grosfoguel, Enrique Dussel, Immanuel Wallerstein, Nelson Maldonado-Torres, Edgardo Lander, Arturo Escobar e Catherine Walsh. Alicerçado na inclusão do “conhecimento subalternizado dos grupos explorados e oprimidos” (Escobar,

2003, p. 53, tradução nossa), o grupo cooperou de forma excepcional para a remodelação das Ciências Sociais latino-americanas no século XXI.

Dentre as diversas contribuições oriundas dessa linha de pensamento, levando em consideração o escopo de nossa pesquisa, é imprescindível explorar as análises que se debruçam sobre a relação simbiótica entre os fenômenos da colonialidade e da modernidade, uma vez que “a colonialidade, em outras palavras, é constitutiva da modernidade - não há modernidade sem colonialidade” (Mignolo, 2017, p. 2). A crítica à modernidade estabelecida a partir do pensamento descolonial desses autores se torna a chave de ignição para o desenvolvimento e aprofundamento do conceito de colonialidade.

O primeiro passo, nesse sentido, surge com Immanuel Wallerstein e a sua noção de “Sistema-mundo”. Nessa perspectiva, compreende-se que o sistema mundial moderno se organiza enquanto uma economia-mundo capitalista, apresentando como principal característica a divisão extensiva e desigual do trabalho entre os Estados do centro e as áreas periféricas (Wallerstein, 1974). Tal proposição, além de expor de forma sistematizada diversos elementos que contribuíram para a mundialização do capitalismo, revela algumas armadilhas ideológicas que fundamentam e sustentam a modernidade e suas contradições.

Enrique Dussel (2005), inspirando-se na concepção de Wallerstein, elabora o paradigma mundial de “Modernidade/Alteridade”, como forma de se opor ao que ele identifica como paradigma eurocêntrico<sup>1</sup> de “Modernidade”, ou Mito da Modernidade. Sua proposta evidencia que a Modernidade apresenta uma face velada, ou seja, uma racionalidade que, em seu íntimo, estrutura uma dimensão mítico-sacrificial arquitetada para justificar a práxis irracional da violência com o “outro”.

Segundo o paradigma eurocêntrico, a Modernidade se configura como um processo de emancipação que tem início na Europa, no século XVIII, a partir do qual se estabelece a implantação do princípio da subjetividade e a consolidação da razão como instrumento crítico capaz de guiar a humanidade para um nível civilizatório mais desenvolvido (Dussel, 2005).

---

<sup>1</sup> Para Dussel, esta visão é eurocêntrica porque indica como pontos de partida da Modernidade fenômenos intra-europeus (tais como a Reforma, a Ilustração e a Revolução Francesa) e todo o seu processo de desenvolvimento posterior necessita apenas da Europa para ser explicado.

Contudo, sob a ótica do paradigma mundial, o determinante fundamental da Modernidade é a “centralidade” da Europa Latina na História Mundial, fator que tem início no final do século XV com a conquista do Atlântico e que marca também a abertura da operação do “Sistema-mundo”. Situada na periferia desse sistema mundial, a América Latina entra na Modernidade como a “outra face”, alvo primário de dominação, exploração e encobrimento, evidenciando como “a modernidade definiu-se como emancipação em relação ao ‘nós’, mas não percebeu seu caráter mítico-sacrificial com relação aos ‘outros’” (Dussel, 2005, p. 30).

Também influenciado por Wallerstein e em diálogo com Dussel, Mignolo (2005) produz sua noção de sistema mundo moderno/colonial. Nessa direção, mesmo admitindo que a metáfora de sistema-mundo moderno considera o problema do colonialismo, Mignolo ressalta que ela não traz à tona a colonialidade do poder e a diferença colonial, apresentando, portanto, limitações significativas. Em sua perspectiva, desde o início da configuração do sistema mundo moderno/colonial, ou seja, o momento da emergência e consolidação do circuito comercial do Atlântico, não é possível conceber a modernidade sem a colonialidade. Além disso, ressalta que o eixo responsável por organizar e continuar organizando a diferença colonial é a colonialidade do poder (Mignolo, 2005).

A colonialidade do poder, conceito criado por Aníbal Quijano, discute sobre como os processos de independência dos territórios colonizados não foram suficientes para garantir o fim da diferença colonial e o rompimento definitivo com os projetos de poder coloniais. Isso se deve, em boa parte, ao surgimento do conceito de raça, que passou a ser o princípio fundamental de identificação e classificação dos povos. A construção da diferença baseada na superioridade da raça branca tem sua origem na América e é a partir dela que se dissemina, ocupando as dimensões materiais e subjetivas da existência social cotidiana (Quijano, 2002).

Para que a noção de superioridade da cultura branca ocidental seja conservada, além de controle e violência, precisa exercer também silenciamento. É nessa perspectiva que se situa a colonialidade do saber, entendida como a hegemonia e a supervalorização da produção de conhecimento ancorada no eurocentrismo (Lander, 2005). Tal supremacia vem

sendo responsável não apenas por sufocar teorias e saberes desenvolvidos no Sul, mas por estruturar uma diferença colonial epistêmica que impede os sujeitos de compreenderem a realidade a partir de suas próprias experiências:

A Colonialidade do Saber nos revela, ainda, que, para além do legado de desigualdade e injustiça sociais profundos do colonialismo e do imperialismo, já assinalados pela teoria da dependência e outras, há um legado epistemológico do eurocentrismo que nos impede de compreender o mundo a partir do próprio mundo em que vivemos e das epistemes que lhes são próprias (Porto-Gonçalves, 2005, p. 3).

A colonialidade do poder e do saber, ao constituir a diferença epistêmica e usurpar a linguagem para estabelecer a crença na superioridade da ciência e do saber ocidental, produz a colonialidade do ser, negando ao resto da humanidade o direito de pensar (Mignolo, 2004). Entretanto, para além de um fenômeno da subjetividade, a colonialidade do ser diz respeito aos “efeitos da colonialidade na experiência vivida, e não apenas na mente de sujeitos subalternos” (Maldonado-Torres, 2022, p. 12).

A definição a seguir, de Nelson Maldonado-Torres, além de apontar para a relação entre colonialismo e colonialidade, demonstra a atualidade dessa problemática e sua relevância nas discussões acerca da subalternidade nas periferias do capitalismo:

[...] a colonialidade se refere a um padrão de poder que emergiu como resultado do colonialismo moderno, mas que, ao invés de estar limitado a uma relação formal de poder entre dois povos ou nações, refere-se antes à forma como o trabalho, o conhecimento, a autoridade e as relações intersubjetivas se articulam entre si, através do capitalismo mundial e da ideia de raça (Maldonado-Torres, 2022, p. 14).

O sentido fundamental é a constatação de que, mesmo com a destruição do colonialismo enquanto política de conquista e dominação territorial, a lógica colonial permanece se expressando através da colonialidade do poder, do saber e do ser.

A opção descolonial, portanto, consiste no questionamento dos modelos de compreensão e estruturação da realidade que atuam na manutenção da colonialidade, ao mesmo tempo em que possibilita a construção de novos modelos de interpretação e ação a partir das experiências humanas silenciadas e subalternizadas pelo projeto colonial. É nesse sentido que Maldonado-Torres apresenta a noção de giro decolonial, referindo-se tanto a uma mudança de atitude e perspectiva entre os colonizados, que passam a

enxergar a colonialidade/modernidade como problema, quanto ao compromisso e engajamento coletivo destes com a descolonização do poder, do saber e do ser (Maldonado-Torres, 2020).

Embora a noção de giro decolonial seja importante para situar a opção decolonial à luz das contribuições do grupo Modernidade/Colonialidade, sabe-se que o pensamento decolonial surge como resposta ao projeto colonial desde sua origem, nos mais diversos contextos:

Esses fundamentos históricos - é claro, históricos, não essenciais - criam as condições para uma narrativa epistêmica que ligue a genealogia global do pensamento decolonial – que é realmente diferente da genealogia da teoria pós-colonial - até Mahatma Gandhi, W. E. B. Dubois, Juan Carlos Mariátegui, Amílcar Cabral, Aimé Césaire, Frantz Fanon, Fausto Reinaga, Vine Deloria Jr., Rigoberta Menchú, Gloria Anzaldúa, o **Movimento Sem Terras no Brasil**, os zapatistas em Chiapas, os movimentos indígenas e afros na Bolívia, Equador e Colômbia, o Fórum Social Mundial e o Fórum Social das Américas. **A genealogia do pensamento decolonial é planetária e não se limita a indivíduos, mas incorpora nos movimentos sociais [...]** (Mignolo, 2008b, p. 258, grifo nosso, tradução nossa).

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), fundado no ano de 1984 em Cascavel, município do Estado do Paraná, é um movimento social camponês autônomo que surge com a proposta de articular, organizar e mobilizar os trabalhadores rurais e a sociedade, em busca de garantir a Reforma Agrária e um Projeto Popular para o Brasil (MST, c2024).

Para Löwy (2016), o MST é um dos mais importantes movimentos sociais da América Latina e um dos melhores exemplos do impacto social do Cristianismo da Libertação. Embora se configure como um movimento autônomo, secular e não confessional, o MST apresenta uma origem sociorreligiosa vinculada ao Cristianismo da Libertação, que se manifesta, especialmente, através da atuação da Comissão Pastoral da Terra (CPT), das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e da própria “mística” do MST<sup>2</sup>. A práxis do Cristianismo da Libertação, além de promover o fortalecimento da auto-organização dos trabalhadores rurais, respeitando sua autonomia e secularização, compartilhou com o MST os fundamentos da crítica à política de modernização autoritária dos militares, à orientação neoliberal dos governos

<sup>2</sup> A partir da perspectiva de Eric Hobsbawm sobre milenarismo e da acepção de Charles Peguy sobre o termo “mística”, Löwy (2016) compreende que as celebrações, procissões, marchas, cantos e discursos do MST carregam a utopia sociorreligiosa do Cristianismo da Libertação, resultando em uma mística laica revolucionária movida pela fé no advento de uma nova sociedade, o equivalente profano ao “Reino de Deus” da tradição bíblica.

civis posteriores e às consequências nefastas da introdução do capitalismo no campo (Löwy, 2016).

Como Cristianismo da Libertação compreende-se tanto o movimento social iniciado nos anos 1960 por alguns setores da Igreja Católica, Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), clubes de mulheres, associações de moradores, sindicatos de camponeses e trabalhadores, quanto a produção intelectual e teológica de figuras latino-americanas nos anos 1970, popularmente conhecida como Teologia da Libertação (TdL) (Löwy, 2016).

A partir desses paralelos, argumentamos que o Cristianismo da Libertação, ainda que apresente trajetória independente e anterior ao período de consolidação do giro decolonial, configura-se como um movimento social ao qual o pensamento decolonial está incorporado, oferecendo ferramentas promissoras para compreensão da realidade no contexto latino-americano e uma oportuna possibilidade de interlocução com a opção descolonial. Cientes de suas singularidades, enxergamos que as trajetórias da descolonização e da libertação apresentam uma confluência que pode ser evidenciada através de suas consonâncias.

Essa confluência entre a opção descolonial e o pensamento de libertação latino-americano se manifesta, especialmente, na pessoa de Enrique Dussel, que figura entre os principais expoentes do grupo Modernidade/Colonialidade e, ao mesmo tempo, como um dos precursores da TdL. Foi a partir dessa posição que Dussel pôde construir sua filosofia e ética da libertação como caminhos para uma sociedade trans-moderna e trans-capitalista (Dussel, 1995; 2000).

Para Dussel, a certeza “dos dominadores do mundo de serem a manifestação na terra da própria divindade” (Dussel, 1977, p. 14) é um dos elementos fundantes do ideal de subjetividade moderno que ele denomina como *ego conquiro* (“eu conquisto”), que antecedeu o *ego cogito* (“eu penso”) cartesiano e foi responsável por sustentar o ceticismo em relação à humanidade dos indivíduos colonizados, entendidos como bárbaros e selvagens. Para Maldonado-Torres (2022, p. 23), “a opção preferencial pelo *ego conquiro* seria desafiada diretamente pela teologia da libertação e por sua ênfase na opção preferencial pelo pobre e pelo desvalido”.

Em sua obra *Teologia da Libertação: um panorama do seu desenvolvimento*, Dussel discute a relação entre ideologia e teologia, apresenta marcos históricos da TdL e aspectos temáticos centrais que caracterizam esse movimento. Sob essa ótica, analisa-se o contexto de desenvolvimento da teologia na América Latina a partir de suas conexões com a teologia do “centro”, mas atenta-se aos deslocamentos, inovações e rupturas que surgem das experiências “periféricas”:

A teologia latino-americana é filha da europeia, porém é diferente; é outra: é um acesso diferente à mesma tradição porque surge num mundo “periférico” dentro da época moderna mercantil primeiro e depois imperial monopolística. A teologia de um mundo colonial ou neocolonial pode por momentos refratar a teologia do “centro”, mas, nos momentos criativos, produzirá uma nova teologia que se erguerá contra a grande teologia constituída tradicionalmente (Dussel, 1999, p.8).

Nesse sentido, o conceito de ideologia, compreendido aqui como “representação que na função prática oculta a realidade” (Dussel, 1999, p. 11), torna-se uma importante chave analítica para identificar o tipo de dominação encoberto por uma teologia e, conseqüentemente, revelar o seu sentido ideológico. A Bula *Inter Coetera* de 1493, do Papa Alexandre VI, assim como a doutrina norte-americana do *Manifest Destiny*, são exemplos de teologia do “centro”, uma vez que acionam a evangelização como esquema de justificação intelectual e espiritual da práxis conquistadora, encobrindo, daí o seu aspecto ideológico, o sistema de dominação colonial e convertendo sua violência com os povos originários em atos de benevolência (Dussel, 1999).

Se, por um lado, ao representar os grupos ou nações dominadoras, a teologia do “centro” assume uma dimensão ideológica encobridora da realidade, em contrapartida, a teologia da “periferia”, partindo das experiências dos oprimidos pelo sistema, desempenha uma função crítico-profética, logo, anti-ideológica, desencobridora dessa mesma realidade. Sob esse prisma, a semente da teologia da libertação latino-americana pode ser encontrada já em Bartolomeu de Las Casas, no ano de 1514, quando ele se converte à causa da justiça, se posiciona em favor dos povos originários e denuncia a estrutura colonial como um pecado sociopolítico. Desde então, a história da teologia na América Latina se configura como um campo em disputa, experimentando diversos períodos distintos, alguns nos quais a dimensão ideologizante se mostrou hegemônica e outros nos quais a perspectiva anti-ideológica

promoveu tensionamentos e mudanças, mas sem uma ruptura significativa com os esquemas conceituais europeus (Dussel, 1999).

Para Löwy (2016), em diálogo com Dussel, a convergência de algumas mudanças ocorridas na década de 1950 explicam a origem de um novo e disruptivo momento na teologia latino-americana. No que se refere ao ambiente interno da Igreja, o surgimento de novas correntes teológicas e novas formas de cristianismo social possibilitaram a assimilação de preocupações advindas da filosofia moderna e das ciências sociais, culminando na convocação do Concílio Vaticano II, pelo Papa João XXIII. Ao mesmo tempo, o contexto social e político da América Latina, sacudido com o aprofundamento das desigualdades inerentes ao modo de produção capitalista, a sucessão de golpes militares e o fortalecimento das lutas sociais com a Revolução Cubana, despertaram questionamentos e reflexões quanto ao papel da Igreja diante desse cenário. Tais fatores contribuíram para que uma parte significativa da Igreja, em diálogo crítico e construtivo com sua própria tradição, abraçasse a “opção preferencial pelos pobres” e suas lutas por autoemancipação (Löwy, 2016).

Diante dessas transformações, na década de 1960, surge pela primeira vez uma reflexão teológica essencialmente latino-americana, na qual as ciências sociais aparecem como instrumento para uma análise crítica dos problemas teológicos e sociais do continente. Como marcos fundamentais dessa etapa, podemos citar a obra *Función de la iglesia en la realidad rioplatense*, publicada em 1962 pelo teólogo uruguaio Juan Luis Segundo, e a primeira reunião de teólogos latino-americanos, convocada pelo Conselho Episcopal Latino-Americano (CELAM), realizada em Petrópolis no ano de 1964. Vale destacar ainda o surgimento, em 1965, da “teoria da dependência”, do economista e sociólogo alemão André Gunder Frank, primeira perspectiva a associar o desenvolvimento dos países centrais ao subdesenvolvimento dos países periféricos. A tese de Frank, ao dismantelar a “teoria do desenvolvimento”, foi o início de uma revolução teórica no pensamento da América Latina e influenciou diretamente o trabalho dos teólogos progressistas no continente<sup>3</sup> (Dussel, 1999).

---

<sup>3</sup> Ainda que seja um movimento predominantemente católico, a TdL também encontrou terreno fértil no âmbito protestante, embora sem a mesma repercussão. Dussel (1999) cita, por

No início da década de 1970, o teólogo brasileiro Hugo Assmann elabora os primeiros elementos de uma crítica cristã e da libertação à “teologia do desenvolvimento”, o equivalente religioso do desenvolvimentismo, demonstrando as consequências sociais e religiosas da dependência para os países periféricos. Sua contribuição marca uma virada epistemológica na TdL, a partir da qual o conceito de “libertação” adquire também o sentido de oposição à “dependência”, uma dimensão política voltada para a ação libertadora na realidade latino-americana (Dussel, 1999; Löwy, 2016).

No entanto, é apenas em 1974 que nasce oficialmente a TdL, com a publicação de *Teologia da Libertação – Perspectivas*, do teólogo peruano Gustavo Gutiérrez. A partir dessa obra, abre-se caminho para interpretação do Êxodo como modelo para uma salvação comunitária e pública e para a compreensão de que o Reino de Deus deve se materializar no aqui e agora, através da ação coletiva dos povos oprimidos em busca de libertação (Löwy, 2016).

É dessa forma que se desenha o contexto de surgimento e consolidação da TdL. Gerada no seio da práxis comunitária e sociorreligiosa dos movimentos sociais, logo se converte em um potente instrumento de crítica ao desenvolvimentismo, estabelecendo as bases do pensamento de libertação latino-americano. Apesar de representar, prioritariamente, uma reflexão religiosa e espiritual, sua teoria e práxis transcende o campo religioso e, a partir do diálogo com outras áreas do conhecimento, tais como Filosofia, Economia e Sociologia, propicia uma inovadora articulação entre religião e política:

Como se relacionam a religião e a política nesse tipo de movimento? Como assinalou Daniel Levine em seus últimos trabalhos, as teorias de “modernização” – que se supõe uma especialização funcional cada vez maior e uma diferenciação institucional entre religião e política – não estão em contato com a realidade no continente. Tal modelo de interpretação só funcionaria se a “religião” pudesse ser reduzida ao culto e a “política” ao governo. No entanto, na América Latina, ambas têm um significado muito mais amplo e, mesmo quando permanecem autônomas, desenvolve-se um elo verdadeiramente dialético entre elas. Conceitos tais como “trabalho pastoral” ou “libertação” têm um significado que é tanto religioso quanto político, tanto espiritual quanto material, tanto cristão quanto social (Löwy, 2016, p. 78).

---

exemplo, a obra *Theology of Hope*, publicada em 1969 pelo teólogo presbiteriano Rubem Alves, como um trabalho pioneiro e de grande relevância para o desenvolvimento da TdL.

Ao se situar na interface entre a religião e a política, observando a propagação de conflitos sociais aprofundados pelas estruturas de dominação do poder econômico, a TdL passa a apresentar importantes chaves analíticas de revelação, denúncia e crítica das opressões na realidade da América Latina.

Portanto, destacamos como pontos de convergência entre as trajetórias da descolonização e da libertação a crítica à Modernidade, a crítica ao Capitalismo e o compromisso de pensar/transformar a realidade desde os subalternos/pobres. Encontramos na sistematização entre a opção descolonial e o pensamento de libertação latino-americano um caminho investigativo capaz de revelar as estruturas e elementos que perpassam o nosso objeto de estudo.

### **3.2 O atual padrão de poder mundial: colonialidade do poder, capitalismo, Estado e eurocentrismo**

Em seu artigo *Colonialidade, poder, globalização e democracia*, Quijano (2002) define o fenômeno do poder como um tipo de relação social constituído pela presença simultânea e permanente de três elementos: dominação, exploração e conflito. Sob esse olhar, o poder se manifesta na medida em que esses elementos são acionados na disputa pelo controle das quatro áreas básicas da existência social (bem como seus recursos e seus produtos): 1) o trabalho; 2) o sexo; 3) a autoridade coletiva (ou pública); e 4) a subjetividade/intersubjetividade. Propondo uma análise voltada especificamente para o controle do trabalho e da autoridade pública, o autor elabora reflexões sobre as relações entre o processo de globalização, a atuação do moderno Estado-nação enquanto agente de dominação institucional e a consolidação do atual padrão de poder mundial (Quijano, 2002).

Nessa perspectiva, o atual padrão de poder mundial, o primeiro dos padrões de poder a manifestar um caráter global, consiste na articulação entre quatro estruturas que surgiram ou se fortaleceram na modernidade: a colonialidade do poder, como padrão universal de classificação e dominação social; o capitalismo, como padrão universal de exploração social; o Estado, como forma central universal de controle da autoridade coletiva; e o eurocentrismo, como forma hegemônica de controle da subjetividade/intersubjetividade. Investigar essa articulação e suas

consequências se torna crucial para compreender de que forma o atual padrão de poder mundial se desenvolveu e como ele se manifesta nos seus diferentes espaços de dominação (Quijano, 2002).

O conceito de colonialidade do poder representa a utilização da ideia de “raça” como padrão de classificação social básica e universal da população mundial, prática que surge na dinâmica das relações coloniais e se dissemina por todo o planeta a partir do processo de expansão do colonialismo europeu. Trata-se da “mais profunda e eficaz forma de dominação social, material e intersubjetiva” (Quijano, 2002, p. 4), de forma que sua lógica, ou seja, o racismo, passa a operar sobre todas as áreas da existência social e se configura como a principal ferramenta intersubjetiva de dominação política dentro do atual padrão de poder.

Em *Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina*, Quijano (2005) afirma que essa concepção moderna de raça surge juntamente com a América e, embora inicialmente se apresente como marcador das diferenças fenotípicas entre colonizadores e colonizados, logo se converte em uma falsa estrutura de diferenciação biológica entre esses grupos, tomando a cor como aspecto representativo das distintas categorias raciais. As novas identidades raciais que surgem em decorrência desse processo, no entanto, ao invés de possibilitar o reconhecimento e a valorização das diferenças, estruturam um sistema de inferiorização das características fenotípicas e culturais dos povos conquistados, configurando-se como ferramenta de legitimação das relações de dominação impostas pela colonização.

O capitalismo, por outro lado, apresenta-se nesse contexto como padrão universal de exploração social, na medida em que articula todas as formas de controle do trabalho ou exploração em torno da relação capital-salário e do mercado mundial. Se antes a escravidão, a servidão, a pequena produção mercantil, a reciprocidade e o salário apenas coexistiam no mesmo espaço-tempo, agora, sob o predomínio do capital e organizadas para produzir mercadorias para o mercado mundial, elas se tornam engrenagens de um novo padrão global de controle do trabalho: o capitalismo mundial (Quijano, 2002; 2005).

A associação entre a colonialidade do poder e o capitalismo mundial, representada pelo binômio raça-trabalho, tem como principal consequência o surgimento de uma nova tecnologia de dominação/exploração:

As novas identidades históricas produzidas sobre a ideia de raça foram associadas à natureza dos papéis e lugares na nova estrutura global de controle do trabalho. Assim, ambos os elementos, raça e divisão do trabalho, foram estruturalmente associados e reforçando-se mutuamente, apesar de que nenhum dos dois era necessariamente dependente do outro para existir ou para transformar-se. Desse modo, impôs-se uma sistemática divisão racial do trabalho (Quijano, 2005, p. 108).

A divisão racial do trabalho apresenta uma dupla dimensão que se torna fundamental para estruturação do atual padrão de poder, demonstrando que o capitalismo mundial é essencialmente moderno/colonial e eurocentrado desde sua origem. Por um lado, ela estabelece uma associação direta da branquitude social com as posições de comando da administração colonial e com o salário, ao mesmo tempo em que confina as raças subalternizadas ao trabalho não pago ou não assalariado. Por outro lado, oportuniza uma enorme vantagem comercial e econômica aos Estados colonizadores e, com isso, determina a geografia social do capitalismo, ou seja, a centralidade da Europa e do europeu no sistema-mundo moderno colonial:

A privilegiada posição ganhada com a América pelo controle do ouro, da prata e de outras mercadorias produzidas por meio do trabalho gratuito de índios, negros e mestiços, e sua vantajosa localização na vertente do Atlântico por onde, necessariamente, tinha de ser realizado o tráfico dessas mercadorias para o mercado mundial, outorgou aos brancos uma vantagem decisiva para disputar o controle do comércio mundial. A progressiva monetarização do mercado mundial que os metais preciosos da América estimulavam e permitiam, bem como o controle de tão abundantes recursos, possibilitou aos brancos o controle da vasta rede pré-existente de intercâmbio que incluía sobretudo China, Índia, Ceilão, Egito, Síria, os futuros Orientes Médio e Extremo. Isso também permitiu-lhes concentrar o controle do capital comercial, do trabalho e dos recursos de produção no conjunto do mercado mundial. E tudo isso, foi, posteriormente, reforçado e consolidado através da expansão e da dominação colonial branca sobre as diversas populações mundiais (Quijano, 2005, p. 109).

De acordo com a perspectiva eurocêntrica de modernidade e “globalização”, o avanço do capitalismo em um determinado território de dominação teria como destino final o surgimento do moderno Estado-nação, fundamentado nas noções de cidadania e representatividade política com relação ao seu conjunto de cidadãos. No entanto, o que se observa na prática

é que a associação entre o capitalismo e o moderno Estado-nação só foi concretizada nos espaços de dominação situados no “centro” do sistema mundial, possibilitando a formação de um bloco imperial mundial que se impõe aos demais países<sup>4</sup>. Em contrapartida, o mundo colonizado/dependente aparece como a outra face desse processo, territórios nos quais o capitalismo se associa com outros tipos de Estado e de autoridade pública, tais como os modernos Estados nacional-dependentes na América Latina e os modernos Estados neocoloniais na África. Portanto, o que emerge como grande novidade do atual padrão de poder, que se manifesta sob a cortina de fumaça da “globalização”, é a reconcentração e a reprivatização mundial do controle da autoridade pública pelo bloco mundial imperial (Quijano, 2002).

Partindo desses pressupostos, é possível desmistificar a concepção hegemônica sobre o fenômeno da “globalização”, que a define como um processo de integração econômica, política e cultural do mundo, concebido espontaneamente pelos desdobramentos da revolução científico-tecnológica. Na realidade, ela se apresenta como uma fase do processo de desenvolvimento histórico do atual padrão de poder mundial, marcada pelo aprofundamento das tendências capitalistas de exploração. Dessa forma, o que se vê é que a intensificação da exploração está diretamente associada ao aprimoramento das estratégias de dominação, uma vez que, nas sociedades modernas, a força e a violência são encobertas por estruturas institucionalizadas de autoridade coletiva ou pública, também conhecidas como Estado, sendo “a colonialidade do poder a sua mais profunda argamassa legitimatória” (Quijano, 2002, p. 9).

Sendo assim, o aspecto determinante para a consolidação ou não de um Estado-nação moderno, para além de sua posição dominante na nova geografia desenhada pelo capitalismo mundial, é sua relação com a colonialidade do poder. Os países que conseguiram estabelecer Estados-nação modernos apresentam em comum a ausência da colonialidade do poder como padrão imediato de controle dos espaços de dominação, fator que viabilizou a democratização das relações sociais e, conseqüentemente, a

---

<sup>4</sup> Para Quijano (2002), o bloco imperial mundial é composto pelo G8, as entidades intergovernamentais e privadas de controle do fluxo mundial de capital (Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, por exemplo) e as grandes corporações globais, pois são essas as instituições que decidem os rumos das relações internacionais, outorgando-se representantes dos demais Estados do mundo por pura imposição.

efetiva nacionalização dessas sociedades. No entanto, também apresentam como similaridade a imposição da colonialidade do poder aos demais espaços de dominação, patrocinando a degradação dos processos de democratização e nacionalização dos Estados situados nas áreas periféricas do capitalismo, garantindo a manutenção da dependência e submissão destes em relação ao bloco imperial mundial (Quijano, 2002).

Voltando-se para a realidade latino-americana, é possível identificar alguns elementos significativos no que se refere às relações entre os processos de formação social e econômica dos Estados, os movimentos de independência e a colonialidade do poder. Quando o genocídio, a conquista de territórios e as estratégias de embranquecimento não se mostraram eficazes para garantir a homogeneização da população através da supressão das minorias étnico-raciais, a dominação colonial destes grupos mostrou-se um caminho de conciliação entre os Estados independentes e suas respectivas sociedades coloniais. Observa-se, a partir disso, a afirmação de Estados-nação orientados por uma perspectiva eurocêntrica fundamentada na colonialidade do poder, portanto, incapazes de estabelecer movimentos permanentes de democratização e nacionalização:

O nacionalismo latino-americano foi concebido e tem atuado sob uma perspectiva eurocêntrica de Estado-nação e nacionalismo, como uma lealdade a uma identidade estabelecida ou assumida pelos beneficiários da colonialidade do poder, à margem e/ou contra os interesses dos explorados/dominados pelo colonialismo e capitalismo (Quijano, 2002, p. 17).

Esse nacionalismo às avessas, enquanto produto de realidades sociais nas quais a colonialidade do poder atua como padrão imediato de controle dos espaços de dominação, tornou inviável a construção de um interesse nacional comum ao conjunto de cidadãos. Ao mesmo tempo, forneceu as bases para a dependência histórico-estrutural e, posteriormente, abriu caminho para a subordinação nacional dos Estados latino-americanos em relação ao bloco imperial mundial, sendo a industrialização através da substituição de importações o maior símbolo desse processo.

Desde então, a classificação social básica da população a partir da ideia de raça segue organizando a estrutura de poder nos Estados da América Latina, mantendo os privilégios do grupo dominante e sufocando os movimentos que visam consolidar os interesses da maioria da população.

Desse modo, é possível afirmar que a globalização não se manifesta na América Latina como caminho de afirmação de modernos Estados-nação, mas sim como instrumento de consolidação de Estados nacional-dependentes através do entrelaçamento entre a colonialidade do poder e o capitalismo mundial (Quijano, 2005).

Sob o prisma do atual padrão de poder, o conceito de democracia assume um sentido peculiar:

O que o termo democracia significa no mundo atual, no padrão mundial de poder colonial/moderno/capitalista/eurocêntrico, é um fenômeno concreto e específico: *um sistema de negociação institucionalizada dos limites, das condições e das modalidades de exploração e de dominação, cuja figura institucional emblemática é a cidadania e cujo marco institucional é o moderno Estado-nação* (Quijano, 2002, p. 18, grifo do autor).

Ao contrário do que se supõe a partir da narrativa eurocêntrica de globalização, o atual padrão de poder não concebe a democracia como afirmação de relações igualitárias, mas sim como gerência das desigualdades de acesso e controle do trabalho, do sexo, da subjetividade e do conhecimento. Nas atuais democracias, especialmente nos Estados que não alcançaram plenamente sua nacionalização, a participação política dos cidadãos tende a ser suprimida, enquanto a racionalidade tecnocrática econômica assume, direta ou indiretamente, a condução das políticas estatais:

As tendências predatórias do capitalismo atual e a reconcentração do controle mundial do poder com o bloco imperial mundial abrem caminho aos **fundamentalismos**, a todos os preconceitos e mitos sobre os quais se baseia a **sacralização** das hierarquias sociais; pressionam na direção do uso exclusivamente tecnocrático do conhecimento, da ciência, da tecnologia, com o propósito explícito e excludente de fortalecer a exploração, a dominação, incluindo agora a intervenção tecnológica na biologia humana para perpetuar a discriminação racista/etnicista a serviço dos privilégios impostos, através do colonialismo e do imperialismo, contra a imensa maioria da espécie (Quijano, 2002, p. 21, grifo nosso).

Ao estabelecer uma associação entre as “tendências predatórias do capitalismo” e os “fundamentalismos”, Quijano apresenta um instigante vestígio sobre a relação entre religião e economia no mundo contemporâneo. Sua análise nos ajuda a entender que o atual padrão de poder mundial é essencialmente moderno, capitalista e colonial e que esse entrelaçamento produz ideologias sacralizadoras da desigualdade, do domínio e da exploração, mas não procura revelar de que forma se dão as passagens entre o secular e o

sagrado. No entanto, levando em consideração a relevância desse fenômeno para compreender de forma mais aprofundada o nosso objeto de estudo, optamos por acolher essa tarefa, dialogando com autores que oferecem contribuições teóricas mais consistentes sobre essa problemática.

### **3.3 Fundamentos da “Religião Econômica”: capitalismo como religião, idolatria do mercado e sacrifícios humanos**

Assim como é preciso ter fé em Deus, é preciso ter fé no sistema; em certo sentido, ambos são idênticos (Galbraith, 1992, p. 53).

Já vimos, a partir de uma perspectiva descolonial, que a visão predominante sobre a Modernidade pode ser classificada como ideologia, uma vez que encobre suas contradições com promessas de progresso e desenvolvimento. Também demonstramos que a colonialidade do saber é um dos mecanismos de afirmação desta ideologia, na medida em que determina a supremacia do modelo científico eurocêntrico e organiza uma diferença colonial epistêmica. Como consequência disso, outros modelos de experimentação da realidade e produção de conhecimento são desqualificados, entre eles, os saberes tradicionais e as religiões.

A postura antirreligiosa do pensamento moderno promoveu a expectativa de que o avanço científico e tecnológico, bem como a separação entre Igreja e Estado, caminharía naturalmente para a superação do pensamento religioso, em movimentos contínuos de secularização e laicização. De forma sucinta, a secularização pode ser entendida como processo de esgotamento do sentido religioso no cotidiano dos indivíduos e redução da autoridade das Igrejas na sociedade. Já a laicização seria a diferenciação entre o campo político e o campo religioso, visando a busca da igualdade e da liberdade de consciência (Coelho, 2021).

No entanto, como aponta Jürgen Habermas, o mundo contemporâneo é marcado pelo crescente reavivamento e politização das forças religiosas, fenômeno que evidencia o desmoronamento das promessas modernas de secularização e compromete os processos de laicização das atuais democracias. Nesse sentido, Habermas lança mão do conceito de pós-secularização, referindo-se aos movimentos de adaptação e permanência da religião na esfera pública, mesmo em meio aos processos de modernização

cultural e social. O autor cita o exemplo dos Estados Unidos que, apesar de ser a sociedade ocidental onde as dinâmicas de modernização mais progrediram, a revitalização política da religião influencia diretamente seus processos eleitorais e políticas públicas (Habermas, 2007).

Ao nos voltarmos para a realidade da América Latina, o sentido de pós-secularização se manifesta com ainda mais nitidez, uma vez que, em meio aos processos de consolidação do modelo capitalista e de suas crises, a religião mantém e até mesmo amplia sua relevância, seja como mola propulsora dos movimentos sociais democráticos, seja como ferramenta fundamentalista de retrocesso político.

Em consonância com a perspectiva de Quijano (2002), Habermas indica que a associação entre colonialidade e capitalismo é um dos fatores determinantes para o fortalecimento do fundamentalismo:

Noutras partes do globo, o fundamentalismo pode ser entendido também como consequência, no longo prazo, de uma colonização violenta e de uma descolonização mal-sucedida. Uma modernização capitalista vinda de fora desencadeia, sob condições desfavoráveis, inseguranças sociais e rejeições culturais. Nesta linha de interpretação, os movimentos religiosos tendem a processar as mudanças sociais radicais e a não-simultaneidade cultural, que são experimentadas sob as condições de uma modernização acelerada ou fracassada, interpretando-as como desenraizamento (Habermas, 2007, 130).

Essa concepção reforça nossa posição de que a relação entre religião e economia é uma chave analítica crucial de apreensão da realidade das sociedades contemporâneas. No entanto, é preciso assumir as limitações do paradigma de secularização tradicional e abandonar a perspectiva antirreligiosa da ciência moderna, abraçando ferramentas analíticas interdisciplinares que possibilitem um olhar aprofundado sobre as interpenetrações entre modernidade e religiosidade.

Nesse sentido, somamo-nos aos esforços de pesquisadores do campo das Ciências da Religião que, não apenas negam a relação de exclusão entre modernidade e religiosidade, como assumem que “a própria modernidade é capaz de produzir o religioso” (Séguy, 2002, p. 23, tradução nossa).

Diante desses pressupostos, nossa proposta reflexiva parte de categorias teórico-conceituais que nos aproximam de uma compreensão

adequada acerca da modernidade religiosa<sup>5</sup>, realizando uma passagem do paradigma da secularização para uma compreensão pós-secular e estabelecendo uma construção realista sobre as relações entre religião, economia e política no mundo atual.

Encontramos em *A ética protestante e o espírito do capitalismo*, de Max Weber (2001), um excelente ponto de partida para esse percurso. Inicialmente, Weber estabelece uma distinção entre o capitalismo pré-moderno, como modo de produção orientado pela expectativa do lucro, e o capitalismo moderno, que otimiza a busca pelo lucro a partir da organização racional do trabalho. No entanto, para além da dimensão meramente econômica, este capitalismo moderno apresenta também um *ethos* particular, um conjunto de princípios e condutas que têm como eixo central: “a ideia de dever que o indivíduo tem no sentido de aumentar o próprio capital, assumido como um fim em si mesmo” (Weber, 2001, p. 20). É este fenômeno que Weber define como o espírito do capitalismo, uma ética própria do capitalismo moderno que passa a ser adotada como padrão de vida pelos indivíduos, invertendo suas relações com o mundo que os rodeia.

Contudo, a tese principal de Weber é que o espírito do capitalismo possui uma origem religiosa, aspecto que favoreceu seu desenvolvimento e posterior consolidação, já convertido em uma “ética econômica especificamente burguesa” (Weber, 2001, p. 84). Essa origem estaria presente em algumas doutrinas que fundamentam a ética protestante, encontradas principalmente no puritanismo e no calvinismo, que ofereceram um sentido religioso e uma espécie de divinização do trabalho e do acúmulo de riquezas:

Por um lado, o capitalismo implica o estabelecimento de uma organização racional do trabalho e investimento da maior parte do lucro obtido nos meios de produção. Por outro, a ética protestante oferece uma explicação e uma justificativa, ou melhor, um **sentido**, para a busca do lucro não para o usufruto do mesmo, mas sim para investir em meios de produção e assim produzir cada vez mais e mais (TARGINO, 2017, p. 119-120, grifo da autora).

Nessa perspectiva, ao favorecer o desenvolvimento do espírito do capitalismo, a ética protestante abre caminho para o desencantamento do

---

<sup>5</sup> Termo utilizado por Jean Séguéy (1989) para se referir à dinâmica de desconstrução e reconstrução de identidade que a modernidade e a religiosidade exercem uma sobre a outra. Veja em SÉGUÉY, Jean. *Modernité religieuse, religion métaphorique et rationalité*. **Archives de sciences sociales des religions**, 1989, vol. 67, nº 2, p. 191-210.

mundo: “a desmagificação da religiosidade ocidental resultante da racionalização ético-ascética da conduta diária da vida, e não como efeito do esclarecimento científico” (Pierucci, 2013, p. 218). No entanto, em um mundo desencantado, o espírito do capitalismo abandona sua fundamentação religiosa e encontra afirmação através da racionalidade científica, convertendo-se na “ética social da cultura capitalista” (Weber, 2001, p. 21). Sendo assim, para Weber, o desencantamento do mundo oferece as condições para a secularização da sociedade, entendida aqui como perda de sentido e desinstitucionalização do religioso.

Tendo como base a perspectiva de Weber, Walter Benjamin elabora, em 1921, um pequeno e polêmico texto intitulado *O capitalismo como religião*, no qual apresenta uma breve análise sobre a relação entre religião e capitalismo, subvertendo a concepção tradicional acerca do processo de secularização. Sua argumentação parte da percepção de que o capitalismo deve ser visto como uma religião, pois busca atuar na mesma dimensão que antes era ocupada pelas instituições religiosas. As questões fundamentais em seu texto são a afirmação de que o capitalismo possui uma natureza intrinsecamente religiosa e a demonstração da estrutura religiosa que constitui o sistema capitalista. Para Benjamin, ao contrário do que afirma Weber, “o cristianismo não favoreceu o surgimento do capitalismo, mas se transformou no capitalismo” (Benjamin, 2013, p. 16).

O escrito revela alguns traços que já compõem a estrutura religiosa do capitalismo, sugerindo que outros aspectos ainda poderiam ser identificados ou desenvolvidos posteriormente. Em síntese, ele afirma que o capitalismo é uma religião alicerçada na prática de um culto permanente e culpabilizador, na qual o seu Deus é ocultado. Essa religião capitalista teria se desenvolvido como parasita não apenas do protestantismo, mas de todas as ortodoxias cristãs, possibilitando que o dinheiro extraísse delas elementos míticos suficientes para produzir o seu próprio mito. Nesse sentido, embora negue a existência de uma dimensão teológica no capitalismo como religião, considera que ele preserva uma dimensão mítica na modernidade, borrando as fronteiras entre o sagrado e o secular (Benjamin, 2013).

O fragmento de Benjamin, apesar do seu caráter inacabado, é uma inovadora e contundente abertura para a crítica do capitalismo a partir de sua

dimensão religiosa, apresentando provocações que permanecem atuais e nos ajudam a pensar o mundo contemporâneo para além de uma racionalidade cristalizada e delimitada por pressupostos ideológicos da modernidade. De maneira inusitada, já que só foi publicada pela primeira vez em 1985, a proposta de Benjamin apresenta “curiosas semelhanças com a polêmica dos teólogos da libertação latino-americanos contra a **idolatria do mercado**” (Löwy, 2013, p. 8, grifo do autor).

Löwy está se referindo ao trabalho desenvolvido por um grupo de pensadores vinculados ao Departamento Ecumênico de Investigações, centro de pesquisa e formação criado em 1976 na cidade de San José, Costa Rica. A Escola do DEI, como ficou popularmente conhecida, foi fundada por Pablo Richard, Franz Hinkelammert e Hugo Assmann, mas destacamos também nomes como Enrique Dussel e Jung Mo Sung, que contribuíram ativamente para estabelecer as bases de uma Teologia da Economia latino-americana. Ao invés de presumir a perda de sentido do religioso na modernidade, estes pensadores se debruçam sobre a reprodução social capitalista a partir da América Latina e argumentam que a análise crítica deste sistema “apenas é possível na denúncia de seus mitos e fundamentações transcendentais, isto é, do caráter velado das dimensões teológicas que o permeiam” (Coelho, 2021, p.19).

Ainda no início da década de 1980, através de uma perspectiva interdisciplinar, principalmente a articulação dos conceitos de “guerra dos deuses” (Max Weber) e “fetichismo” (Karl Marx) com a noção bíblica de idolatria<sup>6</sup>, o grupo elabora, antes mesmo de conhecer o texto de Benjamin, uma ousada e original crítica do capitalismo como religião. Esta linha de pensamento se mostra em consonância com a tese de Benjamin ao questionar o paradigma da secularização e identificar uma relação de simbiose entre a racionalidade econômica capitalista e o cristianismo. No entanto, ao contrário do filósofo alemão, argumenta que o paradigma econômico da modernidade (a “religião econômica”) está impregnado de concepções teológicas ocultas<sup>7</sup> que

---

<sup>6</sup> Nessa perspectiva, ídolos são os “deuses da opressão” e idolatria é a “manipulação de símbolos religiosos para criar sujeições, legitimar opressões e apoiar poderes dominadores na organização do convívio humano” (Assmann; Hinkelammert, 1989, p. 11).

<sup>7</sup> É interessante notar a carga mítica presente na noção de “Mão Invisível” de Adam Smith, que aparece como ente transcendental no qual os ideólogos/idólatras do mercado depositam uma

legitimam sua absolutização, configurando o que denominam idolatria do mercado: “a convivência, prática e acrítica, com os critérios de mercado como forma determinante e tendencialmente exclusiva de avaliar a condução da economia” (Assmann; Hinkelammert, 1989, p. 262).

Propondo uma sistematização dos elementos que fundamentam as raízes econômicas da idolatria, Assmann e Hinkelammert estabelecem três eixos temáticos de análise e compreensão da problemática:

Os temas que abordamos mais detidamente são: a maneira como a racionalidade econômica “seqüestrou” e funcionalizou aspectos essenciais do cristianismo; a “religião econômica” desencadeou um ingente processo de idolatria, que encontra sua expressão mais evidente na suposta auto-regulação dos mecanismos de mercado; essa idolatria econômica se alimenta de uma ideologia sacrificial que implica em constantes sacrifícios de vidas humanas (Assmann; Hinkelammert, 1989, p. 7, grifo do autor).

Se, como afirma Benjamin, o cristianismo se transformou no capitalismo, é a partir da dimensão teológica do sistema que os teólogos da libertação latino-americanos demonstram como se deu essa metamorfose. Nessa perspectiva, como ponto de partida, observam que a racionalidade econômica efetua a perversão de aspectos centrais do cristianismo, convertendo-os em princípios econômicos teologizados, uma espécie de “novo evangelho acerca do amor ao próximo” (Assmann; Hinkelammert, 1989, p. 137). A questão pode ser sintetizada da seguinte forma:

A economia burguesa se resume, evangelicamente, na milagrosa *descoberta* de uma capacidade ilimitada de desencadear o amor entre os homens. Quem obedece plenamente aos impulsos do seu interesse próprio e se insere, competitivamente, nos mecanismos do mercado pode estar tranqüilo de que encontrou a melhor maneira de fazer o bem a seus semelhantes. Ninguém poderá proporcionar-lhe uma proposta melhor do que esta. As teorias econômicas vêm em seu auxílio, como mensagens reconfortantes para que se sinta bem, saboreando a alegria de estar servindo de modo eficiente aos demais seres humanos. Ninguém lhe proibirá alguma caridade adicional, no plano da sua vida privada. Mas isto fica inteiramente à sua livre escolha, contanto que não infrinja a “racionalidade econômica” dos seus negócios. Deve resistir, com tenacidade, a quaisquer propostas alternativas sobre o modo de conceber a eficácia do amor ao próximo, no plano da economia (Assmann; Hinkelammert, 1989, p. 175, grifo do autor).

Para Sung (2010), é a partir da consolidação da hegemonia neoliberal no mundo, no final do século XX, que o mercado é elevado à

condição de ídolo e que a sua “boa nova” se torna o fundamento das sociedades modernas. O autor demonstra que os aspectos mítico-teológicos das teorias econômicas neoliberais, enquanto inversões de categorias centrais da tradição cristã, tiveram um papel determinante nesse processo: “a modernidade é portadora de uma boa nova que concorre com as boas-novas religiosas tradicionais” (Sung, 2010, p. 29).

Nesse sentido, os fiéis não precisam mais aguardar a morte e a intervenção divina para alcançar o “Paraíso”, pois ele será acessado em um futuro próximo através do progresso tecnológico e da modernização capitalista:

O sistema de mercado, o sistema de concorrência de todos contra todos, é apresentado como aquele que possibilita o progresso técnico infinito e nos possibilitará a acumulação infinita que vai satisfazer todos os nossos desejos atuais e os ainda por vir. O capitalismo é apresentado como realizador das promessas que o cristianismo fazia para após a morte. A mudança não é só no tempo, de pós-morte para o futuro intra-histórico, mas também no sujeito realizador das promessas: de Deus para o sistema capitalista (Sung, 2010, p. 31).

Contudo, na medida em que as contradições do “mito do progresso” se evidenciam e o “Paraíso” se mostra mais distante, o neoliberalismo apresenta a sua versão do “pecado original”, uma narrativa mítica que visa explicar a origem dos profundos problemas sociais e econômicos: as crises econômicas e suas mazelas são fruto das políticas que buscam interferir ou regular as leis do mercado. Adotar medidas que buscam estabelecer um bem estar social seria o pecado original, a porta de entrada para o mal e suas consequências. Em contrapartida, a salvação seria a total submissão ao mercado e a confiança (fé) de que seus mecanismos irão, naturalmente, nos conduzir ao melhor futuro possível. Assim se configura a inversão do mandamento cristão do amor ao próximo: “Amar não é mais ser solidário com os que sofrem, mas sim defender os interesses próprios no mercado (concorrência no mercado) e evitar a tentação de fazer o bem” (Sung, 2010, p. 34).

Sendo assim, a teoria do fetichismo de Marx surge como potente chave analítica no desvelamento dessas inversões teológicas operadas pela “religião econômica” capitalista. Para Dussel (1980), o fetiche é aquilo que é produzido pela ação humana, mas que adquire um aspecto divino, portanto, digno de culto e passível de ser absolutizado. Em diálogo com essa

perspectiva, Hinkelammert afirma que a noção bíblica de idolatria seria semelhante ao que Marx chama de fetichismo:

É a submissão do homem e de sua vida concreta ao produto de suas próprias mãos, com a conseqüente destruição do homem pela relação que ele estabelece com o ídolo. Todo ídolo é, nesse sentido, um Moloc que devora o homem. O ídolo é um "deus" ligado a opressão (Hinkelammert, 1983, p. 179).

Tanto o ídolo da tradição bíblica quanto o ídolo da “religião econômica” são produtos humanos transformados em objetos de devoção, no entanto, o que os diferencia é que o último é resultado da interação humana, possuindo uma natureza não-intencional e invisível. São justamente estas características que possibilitam a inversão fetichista, ou seja, a transformação de elementos centrais da tradição cristã em forças impessoais legitimadoras da opressão. O cerne da questão, então, não seria a existência ou não de deuses na modernidade, mas o discernimento entre deuses falsos (ídolo/fetichismo), que legitimam a violência e a morte, e deuses verdadeiros, que afirmam a vida humana como critério absoluto (Hinkelammert, 1983).

Conceber o capitalismo como idolatria do mercado, nesse sentido, é considerar de que forma a relação com a divindade afeta as relações e as ações humanas, especialmente para aqueles que não conseguem cumprir os preceitos da “religião econômica”. Para Dussel (1980), por exemplo, o ego que representa o centro do sistema mundo moderno colonial é uma totalidade divinizada, ou seja, fetichizada, por isso capaz de submeter os oprimidos da periferia à prestação de um culto obrigatório. De maneira similar, Sung (2010) destaca que, em uma lógica de divinização do mercado, instituições como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial utilizam a dívida externa como justificativa para impor uma agenda de ajustes econômicos aos países periféricos, mesmo que isso signifique o aumento do desemprego, da fome e da desigualdade social. A destruição das condições de vida de milhares de pessoas é encarada como “sacrifício necessário” para atender as leis do mercado.

Sendo assim, além de revelar a dimensão mítico-teológica do capitalismo como religião, surge também o compromisso com a denúncia de sua lógica sacrificial:

[...] primeiro, que existe um sacrificalismo real embutido nas relações de mercado; segundo, que este sacrificalismo não aparece, porque é ocultado pela forma em que os homens percebem essas relações mediante categorias-fetiche. De maneira que o caráter sacrificial das relações de mercado é ideologicamente desmentido pela maneira como se concebe o mercado, embora seja brutalmente real. A profunda convicção desses autores de que o caráter secular (não religioso) da modernidade sirva de chave explicativa desses mecanismos de ocultamento dos sacrifícios reais é um ponto discutível. Precisamente esta secularidade é a forma religiosa nova da modernidade, em muitíssimos casos. Em outras palavras, a racionalidade formal é religiosa, por uma parte, porque é fetichizadora; e por outra, por trazer embutida uma lógica verdadeiramente religiosa (Assmann; Hinkelammert, 1989, p. 301).

Por se tratar de uma relação idolátrica, na medida em que o mercado capitalista se consolida como a única resposta possível para satisfação das necessidades humanas, todas as ideias e ações voltadas para sua garantia são justificadas e legitimadas, ainda que elas signifiquem a destruição das condições de vida dos oprimidos pelo sistema: “os sacrifícios aos ídolos destroem vidas concretas” (Assmann; Hinkelammert, 1989, p. 82).

Nesse contexto, a teologia endógena ao paradigma econômico atua na “dissimulação e purificação da violência sacrificial do mercado” (Dos Anjos, 2019, p. 153), garantindo a continuidade do ciclo de destruição das condições materiais para alguns e do acúmulo de riqueza para outros. Aqueles que não se submetem aos ditames do deus mercado, que condenam sua violência ou que almejam sua destituição são culpados por não se dispor a realizar os sacrifícios necessários e responsabilizados pelos problemas comunitários produzidos pelo próprio paradigma econômico (Sung, 2010).

Para Hinkelammert, uma das principais consequências desse sistema é o esvaziamento da corporalidade<sup>8</sup> humana concreta e sua substituição por uma concepção abstrata do ser humano. Assim, rasgar o véu que oculta a violência sacrificial da racionalidade econômica torna-se condição fundamental para a restauração dos laços corporais da humanidade:

Só depois de trazer à luz o **caráter necrófilo e de antívida** do sistema, torna-se possível reconstituir o núcleo referencial: a produção social da vida humana real e concreta, como última instância e fonte de critérios de decisão no plano econômico e político (Assmann; Hinkelammert, 1989, p. 75, grifo nosso).

---

<sup>8</sup> A noção de corporalidade é um elemento chave para nossa discussão e será retomada com mais atenção na subseção seguinte, a partir da perspectiva apresentada por Dussel (2001).

A articulação entre as perspectivas de Benjamin e dos teólogos da libertação, sistematizada nas discussões acerca do capitalismo como religião, proporciona uma compreensão mais aprofundada acerca da complexa relação entre religião, economia e política no mundo contemporâneo. Revelar a dimensão religiosa do capitalismo e a teologia sacrificial aprofundada pela ideologia neoliberal, possibilita caminhos de compreensão sobre a devoção direcionada a este sistema econômico-social, mesmo com seus efeitos desastrosos (Coelho, 2021).

Dessa forma, assimilamos essas categorias analítico-conceituais como ferramentas de apreensão das relações entre Estado, neoliberalismo, políticas públicas, religiosidade e colonialidade, ampliando os olhares sobre os elementos que estruturam a “religião econômica” e a violência sacrificial no contexto do Estado brasileiro contemporâneo.

### **3.4 O grito/pranto das vítimas: entre a zona do não ser, o esvaziamento da corporalidade e a colonialidade do ser**

Vimos que o atual padrão de poder mundial, que é moderno, capitalista e colonial, atua diretamente no sentido de impedir a efetiva democratização das relações sociais nas periferias do sistema mundo, abrindo caminho para os fundamentalismos, ou seja, ideologias sacralizadoras da dominação, da exploração e da desigualdade.

Também observamos que as teorias de secularização modernas não dão conta da complexidade das sociedades contemporâneas e que, nesse contexto, as interpenetrações entre religião e economia permanecem influenciando, ainda que de forma oculta, as ações estatais, as relações sociais e as condições de vida da população. Sistematizamos essa discussão através da noção do capitalismo como religião, demonstrando como a idolatria do mercado legitima e purifica a violência sacrificial do paradigma econômico neoliberal.

Tais perspectivas nos permitem investigar de forma mais aguçada os meios pelos quais colonialidade, capitalismo e religião estruturam as relações de poder e dominação que moldam o mundo moderno, ao mesmo tempo em que jogam luz sobre as condições de (in)existência daqueles que, no interior desse sistema sacrificial, tornam-se dispensáveis e matáveis.

Para Fanon (2020; 2022), modernidade e colonialismo, de maneira inseparável, representam o alicerce desse longo processo de desumanização que deu origem aos “condenados da terra”, sujeitos forjados em contextos de violência e opressão, alienados de seus corpos e de sua cultura, que passam a habitar uma “zona do não-ser”:

Como é uma negação sistemática do outro, uma decisão furiosa de privar o outro de qualquer atributo de humanidade, o colonialismo leva o povo dominado a perguntar-se constantemente: **Quem sou eu na realidade?** (Fanon, 2022, p. 221-222, grifo do autor).

Ao desenvolver sua Ética da Libertação, em diálogo com Fanon, Dussel (2000) toma como ponto de partida histórico a realidade concreta dos “condenados da terra” e elabora o conceito de vítima para incorporar às experiências daqueles que estão excluídos do atual processo de globalização do capitalismo mundial:

[...] as vítimas são re-conhecidas como sujeitos éticos, como seres humanos que não podem reproduzir ou desenvolver sua vida, que foram excluídos da participação na discussão, que são afetados por alguma situação de morte (no nível que for, e há muitos e de diversa profundidade ou dramatismo) (Dussel, 2000, p. 303).

Nesse sentido, em uma perspectiva global: “O **mundo colonial** é a vítima, é um mundo negado e dividido, excluído” (Dussel, 2001, p. 370, grifo do autor, tradução nossa). Ao mesmo tempo, em um sentido mais estrito, a categoria vítima possibilita o reconhecimento de todas as pessoas e comunidades que possuem corpos e experiências afetadas pela negação de sua humanidade, seja nas periferias ou no centro do sistema mundial:

Esta é uma ética da vida. A negação da vida humana é agora nosso tema. O ponto de partida forte e decisivo de toda a crítica, como já vimos, é a relação que se produz entre a negação da **corporalidade** (*Leiblichkeit*), expressa no sofrimento das vítimas, dos dominados (como operário, índio, escravo africano ou explorado asiático do mundo colonial; como corporalidade feminina, raça não-branca, gerações futuras que sofrerão em sua corporalidade a destruição ecológica; como velhos sem destino na sociedade de consumo, crianças de rua abandonadas, imigrantes estrangeiros refugiados, etc.), e a tomada de consciência desta negatividade (Dussel, 2000, p. 313, grifos do autor).

Traçando um paralelo entre Hinkelammert e Dussel, podemos dizer que as vítimas do capitalismo são marcadas pelo esvaziamento de sua corporalidade e pelo sofrimento que experimentam a partir desse processo,

uma vez que seus corpos, alvos preferenciais do sistema sacrificial, são lançados em uma realidade na qual a produção, reprodução e desenvolvimento de suas vidas se torna um desafio cotidiano.

Portanto, a noção de corporalidade assume uma posição fundamental na reflexão sobre as vítimas, especialmente para Dussel, já que a sua proposta ética de libertação “necessita de uma compreensão unitária do ser humano” (Dussel, 2000, p. 105).

Em um primeiro plano, a corporalidade é assimilada como proposta de superação do dualismo moderno elaborado a partir do *ego cogito* cartesiano, visto como um racionalismo radical que estabelece uma noção de subjetividade “desencarnada, sem pulsões, sem materialidade” (Dussel, 2001, p. 115, tradução nossa).

Partindo dessa premissa, torna-se possível despojar a subjetividade de sua primazia e passar a compreendê-la como uma dimensão da corporalidade humana: “a subjetividade é o **fato** interior por excelência pelo qual a corporalidade é situada como uma **perspectiva** vivida sobre experiências, coisas, objetos” (Dussel, 2001, p. 323, grifo do autor, tradução nossa).

Passamos então de um sujeito essencialmente cognitivo/subjetivo para um ser vivente que experiencia o mundo através de sua corporalidade e que, ao longo desse processo, constrói seu modo de realidade também a partir de uma dimensão intersubjetiva: “A corporalidade de cada ser humano é um momento da comunidade humana” (Dussel, 2001, p. 324, tradução nossa).

Sendo assim, em última instância, a noção de corporalidade é um modo de afirmar a vida humana em sua inteireza e tomá-la como critério ético-político definitivo, garantindo condições dignas para sua produção, reprodução e desenvolvimento em comunidade.

Ao nos voltarmos para a condição de não-ser do condenado e o esvaziamento de corporalidade da vítima, aproximando-nos da realidade material, existencial, corporal e afetiva dos povos oprimidos nas periferias do capitalismo, entramos no território conceitual de outra categoria analítica indispensável para nossa discussão, a colonialidade do ser:

Se Dussel esclarece a dimensão histórica da colonialidade do ser, Fanon articula as expressões existenciais da colonialidade em

relação com a experiência racial e, em parte também, com a experiência da diferença de gênero (Maldonado-Torres, 2022, p. 13).

O conceito de colonialidade surge a partir de algumas reflexões de Walter Mignolo (2004), já sob influência da obra de Fanon, sobre a “opressão epistêmica” proveniente da colonialidade do poder e do saber e suas consequências nas mais diversas áreas da vida social.

Para o autor, a colonialidade é, antes de tudo, um fenômeno da linguagem, ou melhor, de sua usurpação. Nesse sentido, chama atenção para o fato de que a “revolução científica”, encarada como um triunfo da modernidade, foi um processo perpassado pela crença de supremacia da “raça branca” e, conseqüentemente, a inferiorização da racionalidade do conhecimento produzido em línguas nativas não ocidentais e coloniais. Esses processos teriam introduzido a colonialidade na América Latina, sendo uma de suas principais características a negação do direito de pensar aos povos colonizados.

No entanto, desde sua origem, as discussões acerca da colonialidade estão para além de uma preocupação restrita ao âmbito da subjetividade, pois “uma vez que as línguas não são algo que os seres humanos têm, mas algo que os seres humanos são, a colonialidade do poder e do saber veio a gerar a colonialidade do ser” (Mignolo, 2004, p. 669).

De acordo com Nelson Maldonado-Torres, responsável pela ampliação e sistematização do conceito, abordar a colonialidade do ser é olhar de forma implicada para a “experiência vivida da colonização e seu impacto sobre a linguagem” (Maldonado-Torres, 2022, p. 12), uma busca por revelar os aspectos coloniais do ser e suas fraturas. Também influenciado pela obra de Fanon, o autor ressalta que “a discussão acerca da colonialidade do ser requer uma análise das modalidades existenciais do condenado (*damné*)” (Maldonado-Torres, 2022, p. 42, grifo do autor).

Já em diálogo com Dussel, Maldonado-Torres reitera a compreensão de que o *ego conquiro* antecede o *ego cogito* como ideal de subjetividade moderna, mas afirma que ambas as perspectivas são precedidas por um questionamento radical ou uma suspeita permanente sobre a humanidade do outro. Essa postura, denominada “ceticismo misantrópico colonial/racial”, seria o fundamento para a racialização de outros povos e a

sustentação do *ethos* imperial europeu, configurando-se como um dos elementos que estruturam a colonialidade do ser:

O ceticismo misantrópico provê a base para uma opção preferencial pelo *ego conquiro*, o qual explica como se pode conceber que a proteção de alguns seja obtida às custas da vida de outros. A **atitude imperial** promove uma atitude fundamentalmente genocida no que concerne aos sujeitos colonizados e racializados. Ela se encarrega de identificar os sujeitos coloniais e racializados como dispensáveis (Maldonado-Torres, 2022, p. 23-24, grifos do autor).

A preferência pela conquista e a atitude genocida presentes no empreendimento colonial evidenciam outro aspecto fundamental da colonialidade do ser: a naturalização da não-ética da guerra.

A noção de guerra justa, aplicada no contexto colonial contra os povos originários das Américas que não aderiam ao cristianismo, abriu caminho para uma forma peculiar de relação com os povos indígenas e as comunidades negras escravizadas, definida pela suspensão dos princípios éticos que regulavam as relações entre os colonizadores. Dessa forma, a atitude dos europeus perante os territórios e sujeitos colonizados assume um caráter de excepcionalidade, suas ações passam a ser “[...] reguladas pela ética, ou melhor, pela não-ética da guerra” (Maldonado-Torres, 2022, p. 25).

No paradigma de guerra do mundo antigo e do mundo medieval, a escravização e a violentação sexual, voltada principalmente para as mulheres, dos povos vencidos eram atitudes legítimas. O *ego conquiro*, baseado no ceticismo misantrópico colonial/racial, transporta essa lógica para a modernidade, confinando os povos colonizados em uma condição de subalternidade e exploração, contexto no qual as crenças religiosas aparecem como recurso legitimatório da dominação. O *ego cogito*, herdeiro dessa racionalidade, aprofunda a diferença colonial através do racismo moderno, passando a oferecer também uma base “científica” para a hierarquização das supostas desigualdades biológicas e ontológicas entre os grupos humanos:

Dessa forma, descobrimos uma complexidade não reconhecida da formulação cartesiana: do **eu penso, logo sou** somos levados à noção mais complexa, mas ao mesmo tempo mais precisa, histórica e filosoficamente: **eu penso (outros não pensam ou não pensam adequadamente), logo eu sou (logo outros não são, estão desprovidos de ser, não devem existir ou são dispensáveis)**. [...] O privilégio do conhecimento da Modernidade e a negação das faculdades cognitivas nos sujeitos racializados oferecem a base para a negação ontológica (Maldonado-Torres, 2022, p. 37-38).

Nessa perspectiva, compreende-se que a separação entre mente e corpo, uma das principais consequências do dualismo cartesiano, favoreceu o desenvolvimento do estudo científico das raças como forma de consolidar as diferenças entre colonizador e colonizado, entre gente de pele clara e gente de pele escura, entre homem e mulher. É importante ressaltar que, embora o processo de racialização na modernidade apareça vinculado prioritariamente ao elemento cor da pele, observa-se também que ele “opera através de um manejo particular do gênero e do sexo, e que o *ego conquiro* é também constitutivamente um **ego fálico**” (Maldonado-Torres, 2022, p. 27, grifos do autor).

Destarte, o entrelaçamento entre raça e gênero expressa aspectos muito significativos nas reflexões acerca da colonialidade do ser, uma vez que as experiências vividas de pessoas não-brancas, desde o período colonial até a contemporaneidade, são profundamente marcadas por distintas formas de racismo que também se manifestam através da erotização, da objetificação e da violação corporal.

A partir desses elementos, podemos entender que a colonialidade do ser se materializa através dos processos de invisibilização, desumanização, violentação e negação ontológica que atingem, preferencialmente, pessoas não-brancas, operacionalizados através da conjunção entre o ceticismo misantrópico, o racismo moderno e a normalização da não-ética da guerra:

As mesmas ideias que inspiram atos desumanos na guerra, particularmente, a escravidão, o assassinato e o estupro, são legitimadas na Modernidade, através da ideia de razão, e os ditos atos são gradualmente vistos como normais, em grande medida graças à alegada obviedade e ao caráter não problemático da escravidão negra e do racismo antinegro. Negros, indígenas, e outros sujeitos “de cor” são aqueles que sofrem de maneira preferencial os atos viciosos do sistema. Em resumo, esse sistema de representações simbólicas, as condições materiais que, em parte, o produzem e o continuam legitimando, assim como as dinâmicas existenciais que formam parte dele – são parte de um processo que naturaliza a não-ética da guerra (Maldonado-Torres, 2022, p. 45, grifo do autor).

Seu produto principal é a diferença ontológica colonial, formada pelos vários elementos que demarcam as fronteiras entre o ser e o não-ser, entre os desejáveis e os dispensáveis, entre os que devem ser protegidos e os que podem ser sacrificados. Os condenados, as vítimas desse sistema, são lançados em uma realidade na qual a não-ética da guerra é formalizada e

naturalizada, um mundo inumano onde “o evento extraordinário de confrontar a mortalidade se converte em um incidente ordinário” (Maldonado-Torres, 2022, p. 43).

A discussão acerca da colonialidade do ser tem como ponto de partida o grito/pranto das vítimas, as expressões que revelam seus corpos e sua condição existencial desumanizadora. Trata-se de uma opção preferencial pelos condenados fundamentada no “amor de-colonial”, abrindo caminho para a transformação da realidade a partir de “uma ética da descolonização ou da libertação, que orienta uma política radical de oposição à colonialidade em todas as suas formas” (Maldonado-Torres, 2022, p. 58).

Pensar o atual padrão de poder mundial através da colonialidade e da dimensão sacrificial do capitalismo possibilita outros caminhos de compreensão acerca do fenômeno que o filósofo camaronês Achille Mbembe define como necropolítica, uma forma de governamentalidade, presente nos Estados contemporâneos, na qual “a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer” (Mbembe, 2018, p. 5).

A normalização da não-ética da guerra e a presença da morte como um evento ordinário, elementos que configuram a colonialidade do ser, perpassam também o apelo à exceção e à noção ficcional do inimigo acionadas pelo necropoder em territórios coloniais:

Um traço permanece evidente no pensamento filosófico moderno assim como na prática e no imaginário político europeu, a colônia representa o lugar em que a soberania consiste fundamentalmente no exercício de um poder à margem da lei (*ab legibus solutus*) e no qual a **paz** tende a assumir o rosto de uma **guerra sem fim** (Mbembe, 2018, p. 32-33, grifo do autor).

Por intermédio do arcabouço teórico apresentado e das ferramentas anti-ideológicas assimiladas, voltando-se para a realidade brasileira, podemos compreender de forma mais aprofundada como a religião econômica neoliberal sustenta o caráter necrófilo e a violência sacrificial do Estado Brasileiro Contemporâneo.

Assim, ampliamos nossa capacidade analítica e avaliativa quanto às políticas públicas sobre drogas na dimensão da saúde mental, problematizando os interesses, disputas e contradições que comprometem sua implementação, revelando de que forma esses processos incidem sobre os corpos e

experiências das vítimas, representadas aqui pelas pessoas rotuladas/estigmatizadas como “usuários(as) de drogas”.

#### **4 “PELAS RUAS SE OUVI O SOM DE VIOLÊNCIA E DESTRUIÇÃO”: ESTADO BRASILEIRO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS**

Assim diz o Senhor dos Exércitos: "Cortem árvores e construam rampas de ataque contra os muros de Jerusalém. Essa cidade deve ser castigada, pois dentro dela só há opressão. Dela brota maldade, como água de uma fonte; pelas ruas se ouve o som de violência e destruição, e vejo somente doenças e feridas (Jeremias 6:6-7).

A cidade do colonizado, ou pelo menos a cidade indígena, a aldeia dos pretos, a *médina*, a reserva, é um lugar mal-afamado povoado de homens mal-afamados. As pessoas ali nascem em qualquer lugar, de qualquer jeito. E as pessoas ali morrem em qualquer lugar, de qualquer coisa. [...] A cidade do colonizado é uma cidade faminta, faminta de pão, de carne, de calçados, de carvão, de luz. A cidade do colonizado é uma cidade acorada, uma cidade ajoelhada, uma cidade estendida no chão (Fanon, 2022, p. 31).

##### **4.1 Noções preliminares sobre o Estado Brasileiro Contemporâneo: religião econômica neoliberal e violência sacrificial em terras coloniais**

Compreendemos, desde uma perspectiva descolonial, que o sistema mundo moderno colonial estabelece uma distribuição desigual dos recursos materiais entre centro e periferia, processo aprofundado pela mundialização do capitalismo e pela consolidação do atual padrão de poder mundial, que atua de forma a desestabilizar os processos de democratização e descolonização das relações sociais nos países periféricos, mantendo a submissão e dependência destes em relação ao bloco imperial mundial.

Na América Latina, tais processos promoveram uma dependência histórico-estrutural e, a partir dela, o desenvolvimento de Estados nacional-dependentes conduzidos por elites submissas aos interesses das classes dominantes internacionais, indiferentes às necessidades de seus cidadãos, principalmente os grupos historicamente desumanizados pelo racismo colonial/moderno: negros e indígenas (Quijano, 2002; 2005).

Portanto, uma análise aguçada do Estado Brasileiro Contemporâneo deve levar em consideração as suas raízes coloniais e a consequente ausência de interesse nacional ao longo de sua história, evidenciando de que forma a colonialidade permanece atuando como instrumento de dominação/exploração na produção e reprodução social brasileira.

O primeiro passo nessa trajetória pode ser encontrado em Caio Prado Júnior (2011) e na sua noção de “sentido da colonização”. O autor, além

de situar a ocupação e povoamento do Brasil em um contexto maior de afirmação da modernidade e confirmação do domínio europeu em uma nova ordem mundial, demonstra como esse processo esteve vinculado ao próprio desenvolvimento do sistema capitalista:

No seu conjunto, e vista no plano mundial e internacional, a colonização dos trópicos toma o aspecto de uma **vasta empresa comercial**, mais completa que a antiga feitoria, mas sempre com o mesmo caráter que ela, destinada a **explorar** os recursos naturais de um território virgem em proveito do comércio europeu. É esse o verdadeiro **sentido da colonização** tropical, de que o Brasil é uma das resultantes; e ele explicará os elementos fundamentais, tanto no econômico como no social, da formação e evolução históricas dos trópicos americanos (Prado Jr., 2011, p. 28, grifo nosso).

Dessa maneira, o sentido da colonização no Brasil se constitui pela dominação e exploração territorial com o objetivo de produzir e exportar artigos comerciais para o comércio internacional através da utilização de mão de obra escrava. O empreendimento colonial insere o território brasileiro no sistema mundial como uma extensa propriedade destinada à exploração comercial, incentivando a sua ocupação por colonos europeus e produzindo um contexto no qual a escravidão se torna uma “necessidade” (Prado Jr., 2011).

Durante o período colonial, cerca de 8 a 11 milhões de africanos foram sequestrados de suas terras e traficados para as Américas, sendo o Brasil o destino de 4,9 milhões deles. O grande contingente de africanos escravizados e submetidos aos mais violentos processos de sujeição e desumanização foi o elemento crucial para o “sucesso” econômico do sistema de *plantation* brasileiro, que viria a ser replicado em menor escala por outros regimes de agricultura escravista europeus (Schwarcz; Starling, 2015).

Logo, o sentido da colonização brasileiro, estruturado pela conciliação entre o trabalho escravo e a lógica comercial capitalista, torna-se a base de todas as relações sociais estabelecidas no período colonial e permanece em vigor mesmo após os processos de independência e abolição da escravidão (Prado Jr., 2011).

Em certa medida, esse entendimento de Caio Prado Jr. converge com o pensamento de Celso Furtado (2003), que também situa a trajetória de formação econômica e social do Brasil no contexto da economia mundial capitalista, enfatizando as disparidades entre centro e periferia e seu

agravamento pela globalização, além de reforçar a crítica ao enfraquecimento do mercado interno para atender às necessidades das economias centrais.

Demonstra ainda como tais processos, posteriormente, concretizaram o subdesenvolvimento brasileiro e sua dependência histórico-estrutural através, entre outros fatores, do atraso do processo de industrialização, da subordinação da substituição de importações à lógica da modernização dos padrões de consumo, da consolidação de uma estrutura centro-periferia dentro do próprio país e da desarticulação de políticas econômicas voltadas para os interesses nacionais (Sampaio Jr., 2003).

O caso brasileiro ilustra bem a ideia de “mito do desenvolvimento econômico”, uma vez que o seu processo de modernização ocorreu associado à concentração da propriedade territorial e abundância da força de trabalho na agricultura de subsistência, modelo que beneficiou apenas os proprietários do capital e não possibilitou a mesma homogeneização econômico-social encontrada nos países centrais. O processo de industrialização brasileiro não ensaiou em nenhum momento a superação de suas principais características de subdesenvolvimento, optando por manter e até mesmo agravar as desigualdades estruturais herdadas do período colonial:

A característica mais significativa do modelo brasileiro é a sua tendência estrutural para excluir a massa da população dos benefícios da acumulação e do progresso técnico. Assim, a durabilidade do sistema baseia-se grandemente na capacidade dos grupos dirigentes em suprimir todas as formas de oposição que seu caráter anti-social tende a estimular (Furtado, 1983, p. 109).

Para Florestan Fernandes (2021), essa combinação entre dependência, subdesenvolvimento e desigualdade, que se expressa em todas as esferas da vida social, é o que determina “a **lógica do capitalismo dependente** e o caráter ultra-egoístico, autocrático, e conservador de suas estruturas de poder elitista” (Fernandes, 2021, p. 100, grifo do autor).

Embora se apresente como único caminho possível para o desenvolvimento e a autonomização dos países periféricos, esse sistema se estrutura mediante constantes redefinições e intensificações das técnicas de dominação, acumulação de capital e apropriação do excedente econômico nacional pelas classes dirigentes internas e externas. Ao mesmo tempo, estabelece realidades marcadas pelo controle autoritário/totalitário do poder e por mecanismos espoliativos de dominação econômica cada vez mais

avançados, submetendo os trabalhadores e despossuídos a violentos processos de exploração e exclusão (Fernandes, 2021).

Pensando especificamente no contexto brasileiro, outro aspecto dessa realidade que merece destaque é o que Florestan Fernandes (2008) define como mito da “democracia racial”. Em síntese, pode ser compreendido como o conjunto de ideias, teorias, explicações e atitudes acionadas para encobrir a profundidade das tensões raciais da sociedade brasileira ao fim do período colonial. Portanto, trata-se de uma ideologia capaz de atualizar e perpetuar o padrão de relações raciais elaborados no período escravista, conservando a concentração de poder e os privilégios da “raça branca” ao mesmo tempo em que mantém a população negra acorrentada “aos grilhões invisíveis do seu passado, a uma condição sub-humana de existência e a uma disfarçada servidão eterna” (Fernandes, 2008, p. 309).

Para Aníbal Quijano (2005), essa ideologia da democracia racial é uma das formas pelas quais a colonialidade do poder se manifesta dentro do atual padrão de poder mundial e, como tal, tem papel crucial no sentido de impedir os processos de desenvolvimento, nacionalização e democratização de alguns Estados da América Latina, principalmente Brasil, Colômbia e Venezuela.

Partindo de releituras, inovações e críticas das contribuições de Florestan Fernandes, principalmente a sua abordagem acerca da relação entre a abolição formal da escravidão e o abandono secular das classes populares, Jessé Souza (2019) apresenta outros elementos analíticos que possibilitam um olhar mais profundo e aguçado sobre os atuais dilemas brasileiros. Em sua perspectiva, a presença do paradigma culturalista, que marca a continuidade do racismo científico e se mostra predominante até mesmo nas ciências sociais, impede que a escravidão e seus efeitos adquiram centralidade nas análises que buscam reconstruir o processo de formação social e econômico brasileiro.

Nesse sentido, Souza (2019) toma como ponto de partida a constatação de que o processo de abolição não representou a efetiva libertação das pessoas escravizadas, mas sim o seu abandono e lançamento em uma ordem social competitiva na qual as suas possibilidades de concorrência foram anuladas. Assim, desde o seu início, o processo de

modernização brasileiro manteve as hierarquias raciais e sociais do período colonial ao promover a valorização do trabalho de imigrantes europeus e a desqualificação corporal e cultural da população negra.

No entanto, na medida em que as estruturas da modernização dependente avançaram e o mercado adquiriu mais relevância como agente de organização social, consolidou-se uma ordem moral capitalista e, com ela, novos elementos de classificação social e novos mecanismos de exclusão e exploração. Nessa conjuntura, as relações de dominação articuladas a partir da intersecção entre raça e classe viabilizaram a criação da “ralé de novos escravos” em um processo que determinou a continuação da escravidão e os conflitos de classe no Brasil moderno, que “passou de um mercado de trabalho escravocrata para um formalmente livre, mas manteve todas as virtualidades do escravismo na nova situação” (Souza, 2019, p. 109).

Portanto, o Estado Brasileiro Contemporâneo se estrutura a partir de uma ordem moral capitalista que formaliza a gestão desigual de acesso aos capitais econômico, cultural e social de relações pessoais, conformando uma realidade em que a marginalização e as diversas formas de violência sobre às classes populares se tornam produtivas e funcionais para a classe dirigente:

O que permanece do escravismo é a sub-humanidade cevada e reproduzida, a crença de que existe gente criada para servir outra gente e que, se existir um governo para redimi-la, deve ser derrubado sob qualquer pretexto de ocasião. É necessário reproduzir uma classe de carentes pela ausência de pressupostos para o sucesso escolar como uma forma de continuar a escravidão por outros meios. Uma raça/classe condenada a serviços brutos e manuais desvalorizados (Souza, 2019, p. 113).

Tais elementos nos auxiliam a perceber com mais nitidez a relação estrutural entre racismo e capitalismo e suas manifestações no mundo contemporâneo, especialmente na realidade brasileira.

Para Silvio Almeida (2015), em diálogo com Karl Marx e Etienne Balibar, a subsunção real do trabalho ao capital, ou seja, o momento em que a produção fica totalmente submetida ao controle do capital, efetua um processo de abstração do trabalho e esvaziamento da pessoalidade e individualidade do trabalhador, transformando a individualidade humana ao mesmo tempo em que produz uma ideologia dominante capaz de ser assimilada pelos dominados.

Nesse sentido, o efetivo desenvolvimento das relações capitalistas em uma dada formação social se relaciona diretamente com a predominância do trabalho assalariado, mas não com a sua exclusividade:

No capitalismo dividem espaço e concorrem entre si trabalhadores assalariados bem pagos, mal pagos, muitíssimo mal pagos, escravizados, grandes empresários, pequenos empresários etc. A inserção dos indivíduos em cada uma destas condições formatadas pela sociabilidade capitalista depende de um complexo jogo que mescla uso da força e a reprodução da ideologia a fim de realizar a domesticação dos corpos entregues indistintamente ao trabalho abstrato. O racismo é um elemento deste jogo: será que parte da sociedade não verá qualquer anormalidade na maioria das pessoas negras ganharem salários menores, submeterem-se aos trabalhos mais degradantes, não estarem nas universidades mais importantes, não ocuparem cargos de direção, residirem nas áreas periféricas nas cidades e serem com frequência assassinadas pelas forças do Estado (Almeida, 2015, p. 761).

O racismo, sob essa ótica, mantém uma associação direta com o processo de subsunção real do trabalho ao capital, na medida em que extrai do trabalhador qualquer relevância enquanto indivíduo. O racismo é um fator estrutural da formação social de qualquer Estado capitalista, organizando as relações políticas, econômicas e institucionais, mas não se manifesta de maneira uniforme nos diferentes espaços de dominação (Almeida, 2015).

No caso do racismo colonial brasileiro, ao contrário do que acontece nos países europeus em que a violência racial e a superexploração do trabalho recaem mais diretamente sobre os imigrantes, a mira está sempre apontada para indivíduos que pertencem a minorias raciais e sociais, ainda que tais indivíduos sejam institucionalmente reconhecidos como nacionais. Assim, torna-se visível a capacidade de adaptação e reconfiguração do racismo e das suas estratégias de dominação, mecanismos que perpetuam sua essência em articulação com os processos de formação social de cada Estado:

O Estado brasileiro não é diferente de outros Estados capitalistas em um aspecto: o racismo é constituinte da política e da economia sem o qual não é possível compreender as suas estruturas. Nessa vereda, a ideologia da democracia racial é um discurso racista e legitimador da violência e da desigualdade racial diante das especificidades do capitalismo brasileiro (Almeida, 2015, p. 763).

Assim como o racismo, as crises são fenômenos inerentes ao capitalismo, processos desencadeados a partir de uma “incapacidade de um determinado arranjo social da produção capitalista de manter os níveis de extração da mais-valia e queda na taxa de lucro” (Almeida, 2015, p. 764),

contexto em que o Estado passa a modificar sua atuação sobre a sociedade a partir de novos arranjos institucionais que visam reorganizar as relações de produção, alterando também as configurações do racismo.

Sendo assim, o que temos observado a partir das recentes crises do capitalismo, que consolidaram o predomínio do capital financeiro sobre o capital industrial, é que suas reorganizações tendem a adotar como padrão a intensificação da ideologia neoliberal, norteadas pelos princípios de uma religião econômica caracterizada pela idolatria do mercado e o sacrifício de vidas humanas, especialmente nas periferias do sistema mundo. Tal perspectiva é chave analítica importante para compreensão das peculiaridades das sociedades contemporâneas, especialmente a forma como elas reproduzem o racismo:

O encarceramento e o assassinato pelas forças policiais do Estado são “aceitos” por parte da sociedade justamente pelo fato desse processo atingir jovens negros e moradores da periferia, ocasião em que a compatibilidade da organização espacial e racial da sociedade mostra-se totalmente compatível com o funcionamento regular do capitalismo (Almeida, 2015, p. 765).

No que se refere ao Estado brasileiro, a crise estrutural do capital e a consequente financeirização mundial da economia promoveram sua submissão à uma agenda política neoliberal que culminou no aprofundamento de suas estruturas nacional-dependentes. Desde então, apresentam-se diferentes ciclos de ajustes tensionados, por um lado, pelos movimentos de democratização e, por outro lado, pelo ajuste ao capitalismo financeirizado. O resultado desse antagonismo, uma vez que o atual padrão de poder mundial atua no sentido de desarticular a democratização dos países periféricos, tem sido a consolidação do modelo de ajuste rentista-neoextrativista, produto da articulação entre o capital financeiro e o capital vinculado ao neoextrativismo (Carvalho; Porto; Bezerra, 2023).

Tal modelo de ajuste, embora se materialize a partir de ciclos distintos, mantém um padrão de alinhamento ao neoliberalismo em todas as suas fases. Em um primeiro momento, o auge desse alinhamento se dá nos governos de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), que articula, acionando a noção de estabilização da economia como cortina de fumaça, uma agenda de ajuste submissa aos interesses dos países capitalistas centrais, principalmente os Estados Unidos, promovendo a desindustrialização, a

reprimarização da pauta de exportações e a desnacionalização do País. Esses movimentos, capitaneados pelo Plano Real, configuraram um modelo de “Estado Ajustador” que se impôs contra lutas e conquistas democráticas (Carvalho; Porto; Bezerra, 2023).

Embora os ciclos da Era Petista (2003-2015) tenham retomado o caminho das garantias constitucionais e da democratização das relações sociais, através, principalmente, da criação de programas como o “Bolsa Família”, o “Minha Casa Minha Vida” e o “Programa Universidade Para Todos”, além de outros avanços nos sistemas públicos de saúde e assistência social, o seu modelo de “crescimento com inclusão social” não foi capaz de romper a dinâmica de submissão aos interesses do capital financeiro internacional, uma vez que suas políticas de conciliação de classes sufocaram as reivindicações da classe trabalhadora em meio aos limites do desenvolvimento capitalista dependente (Mara, 2016; Carvalho; Porto; Bezerra, 2023).

A realidade produzida por esse modelo ofereceu terreno fértil para a deflagração da crise que permeia a contemporaneidade brasileira, tendo como principais marcadores do seu início as Manifestações de 2013 e o Golpe de 2016, concretizado através do *impeachment* de Dilma Rousseff. Esse processo conduziu, mediante o governo de Michel Temer (2016-2018), o ajuste brasileiro pelo caminho de uma perspectiva ultraliberal de desmonte das políticas públicas estatais, implementado por meio de contrarreformas neoliberais, com fortalecimento da extrema direita e do autoritarismo, na contramão do Estado Democrático de Direito (Carvalho; Porto; Bezerra, 2023).

Em decorrência, principalmente, do Golpe de 2016 e da atuação da Operação Lava Jato, no sentido de fortalecer o antipetismo no imaginário social e articular a prisão de Lula, o Bolsonarismo vence as eleições presidenciais de 2018 e se consolida como fenômeno sociopolítico, passando a representar uma coalização de forças políticas conservadoras, sendo o fundamentalismo religioso uma das mais significativas enquanto capital político. No que se refere ao modelo de ajuste, o governo de Jair Bolsonaro (2018-2022) radicalizou as políticas ultraliberais de seu antecessor e adotou uma postura genocida como política de Estado (Carvalho; Porto; Bezerra, 2023), levando em consideração a forma como conduziu a pandemia da COVID-19, configurando o ápice de uma religião econômica sacrificial no território brasileiro.

Entretanto, tal cenário sofre uma significativa inflexão com o resultado das eleições presidenciais de 2022, que definiu a vitória e o retorno de Lula para o seu terceiro mandato. O caminho de construção dessa conquista, no entanto, foi permeado de tensões, conciliações e concessões na formação de uma Frente Ampla capaz de levar a cabo um novo ciclo de ajuste, visando a reconstrução de um ambiente democrático minimamente estável e a retomada de políticas públicas estatais (Carvalho; Porto; Bezerra, 2023). A derrota de Jair Bolsonaro, todavia, não significa a derrota do Bolsonarismo, de forma que o terceiro governo de Lula vem enfrentando uma forte oposição das forças conservadoras no Congresso Nacional, especialmente de parlamentares fundamentalistas.

No que se refere à relação entre neoliberalismo e fundamentalismo, Wendy Brown (2019) nos oferece algumas contribuições importantes ao revelar que a ideologia neoliberal estabelece paralelamente mecanismos de privatização econômica e ampliação da influência sobre a “esfera pessoal e protegida”:

O desmonte da provisão pública vai rotineiramente de par com normas da esfera privada estendida para deslegitimar o conceito de provisões de bem-estar social e o projeto de democratização dos poderes sociais de classe, raça, gênero e sexualidade. À medida que a vida cotidiana é mercantilizada de um lado e “familiarizada” de outro pela racionalidade neoliberal, estes processos gêmeos contestam os princípios de igualdade, secularismo, pluralismo e inclusão, junto com a determinação democrática de um bem comum (Brown, 2019, p. 132-133).

A partir dessa perspectiva, é possível perceber o papel do conservadorismo religioso no disciplinamento das subjetividades, atuação que abre caminho para a imposição de lógicas autoritárias de exercício do poder e, conseqüentemente, retrocessos na concretização dos direitos humanos. Dessa forma, a lógica clássica do Estado mínimo se converte em uma liturgia em reverência ao “Estado Pastoral”, uma outra face da dimensão teológica da racionalidade neoliberal:

O Estado neoliberal assume a lógica de uma governança pastoral, isto é, modela a autoridade do Estado na autoridade da Igreja, estabelecendo uma relação pastoral do Estado com “seu rebanho” e uma preocupação com o poder estatal unificado em vez de equilibrado ou controlado (Cunha, 2020, p. 20).

Nesse sentido, Cunha (2020) fornece elementos analíticos acerca dos fundamentalismos como um fenômeno religioso-político na América Latina, possibilitando uma compreensão mais aprofundada acerca da realidade brasileira. A autora demonstra como a integração entre a racionalidade neoliberal e algumas teologias propiciaram, simultaneamente, maior legitimidade para essa ideologia, bem como o reavivamento e a politização das forças religiosas no continente.

Há um destaque para as teologias da “Prosperidade”, da “Guerra Espiritual” e do “Domínio”, que conferem uma base religiosa para a naturalização da exclusão e a adequação dos sujeitos à competição social e ao individualismo exacerbado, características inerentes ao modelo de sociedade neoliberal. Essas relações produziram mudanças significativas no campo religioso da América Latina, movimentos que estabeleceram a perda da hegemonia católica e, em contrapartida, a ocupação do espaço público pelos evangélicos com o fortalecimento de sua influência sociopolítica, especialmente as vertentes do protestantismo pentecostal e neopentecostal (Cunha, 2020).

Uma vez que a contemporaneidade brasileira é marcada pela coalização de forças políticas conservadoras e que o fundamentalismo religioso é um braço mobilizador importante desses movimentos, com repercussões significativas para o campo das políticas públicas, faz-se necessário delimitar conceitualmente o fenômeno:

Fundamentalismos (no plural, portanto) são aqui compreendidos como uma visão de mundo, uma interpretação da realidade, com matriz religiosa, combinada com ações políticas decorrentes dela, para o enfraquecimento dos processos democráticos e dos direitos sexuais, reprodutivos e das comunidades tradicionais, políticas de valorização da pluralidade e da diversidade, num condicionamento mútuo. Não são homogêneos, são diversificados, formados por diferentes grupos que têm em comum inimigos a combater com ações distintas no espaço público. Por isso, o caráter basilar dos fundamentalismos é o oposicionismo (Cunha, 2020, p. 26).

Portanto, a partir dessa definição e dos elementos apresentados, podemos analisar e avaliar de maneira mais crítica e profunda a realidade brasileira, compreendendo de que forma a relação entre política e religião modela o Estado brasileiro contemporâneo e influencia o campo das políticas públicas estatais. Em síntese, nossa análise revela como as configurações da religião econômica neoliberal do Estado brasileiro legitimam a sua violência

sacrificial, na medida em que a idolatria do mercado efetua o esvaziamento de corporalidades e a conversão de sujeitos de direitos em sujeitos elimináveis.

Voltando-se para o campo das políticas públicas sobre drogas no âmbito da saúde mental, foco principal de nossa pesquisa avaliativa, daremos seguimento à discussão problematizando de que forma as disputas e contradições que conformam o Estado brasileiro contemporâneo se manifestam na implementação dessas políticas e repercutem nas experiências de gestores(as), profissionais e usuários(as).

Em um primeiro momento, iremos nos debruçar sobre como o contexto de redemocratização brasileiro contribuiu para a construção de um novo modelo de atenção em saúde mental, estabelecendo princípios, políticas e práticas comprometidas com uma ética do cuidado efetivamente libertadora, denominada Atenção Psicossocial. Posteriormente, iremos demonstrar como o avanço da ideologia neoliberal em território nacional, a partir de sua associação com movimentos conservadores e fundamentalistas, vem atuando na contramão dessa ética do cuidado, estruturando uma “não-ética da guerra às drogas” que tem como principais vítimas os destinatários das políticas, ou seja, as pessoas com problemas e necessidades relacionados ao uso de drogas.

#### **4.2 O paradigma da atenção psicossocial e a ética do cuidado em saúde mental**

Para compreender o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs, é preciso discorrer brevemente sobre a concepção de saúde mental instaurada através da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica brasileira. Estes movimentos, a partir de uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico tradicional e suas instituições asilares, possibilitaram a construção de um novo modelo de atenção à saúde mental, fundamentado nos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aqueles relacionados ao uso de drogas, e no cuidado em liberdade.

O campo da saúde mental e atenção psicossocial precisa ser pensado não como um sistema fechado, mas como um processo social complexo, dinâmico e em constante transformação. Dessa forma, mais importante do que apresentar uma sucessão cronológica de eventos históricos,

é buscar entender o entrelaçamento das dimensões que estão, simultaneamente, provocando tensões, contradições e reorganizações desse processo. É nessa perspectiva que se define quatro dimensões essenciais que compõem o percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira, que são: jurídico-política, teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial e sociocultural (Amarante, 2007).

Partindo da contribuição de Amarante, Yasui (2010) se debruça sobre essas dimensões e elabora uma análise das principais mudanças e desafios que fazem parte da trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, apresentando elementos que nos ajudam a compreender a complexidade desse movimento e, principalmente, resgatar a sua potência enquanto ferramenta de transformação social.

A **dimensão jurídico-política** é renomeada pelo autor de **dimensão política**, visando enfatizar a atuação concreta de indivíduos e coletivos que encontraram na luta política o caminho possível para que suas vozes fossem ouvidas. Sendo assim, destaca-se o firme compromisso ideológico e a articulação de trabalhadores, usuários e outros grupos da sociedade civil, bem como os tensionamentos, conflitos e diálogos que possibilitaram a construção e implementação das políticas públicas de saúde mental (Yasui, 2010).

O marco inicial da Reforma Psiquiátrica brasileira acontece em 1978, no episódio que ficou conhecido como 'crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental). Na ocasião, os trabalhadores de algumas unidades psiquiátricas da DINSAM, insatisfeitos com as péssimas condições de trabalho e as recorrentes denúncias de maus-tratos por parte dos pacientes, estouraram uma greve seguida de demissão em massa. Como consequência dessa mobilização, com a adesão de profissionais de outras unidades e de organizações que já atuavam na luta política do campo da saúde, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e, a partir dele, a articulação de propostas de renovação da assistência psiquiátrica (Amarante, 1998).

O surgimento do MTSM e os desdobramentos que deram início ao movimento da Reforma Psiquiátrica se inserem em um contexto histórico e político mais amplo, caracterizado pelo reavivamento dos movimentos sociais e o alinhamento de forças políticas voltadas para a redemocratização do país,

em meio ao clima de repressão e autoritarismo da ditadura militar. Tais fatores favoreceram a vinda ao Brasil de nomes como Michel Foucault, Erwin Goffman, Feliz Guattari e Franco Basaglia, autores que inflamaram o debate acadêmico sobre a democratização da saúde, o lugar social da loucura e o papel da psiquiatria como ferramenta de coerção e exclusão. A partir desse momento, Basaglia e a sua experiência com a psiquiatria democrática italiana se tornam a principal referência para a Reforma Psiquiátrica brasileira, inspiração através da qual os trabalhadores de saúde mental aprofundam o caráter político de suas práticas (Yasui, 2010).

Nesse cenário, as reivindicações por melhores condições de vida para a população ganham representatividade através do projeto da Reforma Sanitária, movimento que estabeleceu uma sólida contestação ao paradigma biomédico e ao seu modelo de atenção individualista e centralizador, ao mesmo tempo em que abriu caminho para que a saúde passasse a ser compreendida como um direito de todos e um dever do Estado. Ao longo dos anos 70, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica consolidam uma agenda reformista para a saúde pública brasileira, convergindo os interesses democráticos com a necessidade de um sistema de saúde universal, unificado e descentralizado (Paim, 1997; Yasui, 2010).

Essa agenda reformista ganha os primeiros contornos no final da década de 80. Merece destaque a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, por ser a primeira a contar com a participação de representantes de usuários e por ter como principal resultado a proposição dos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, a 8ª CNS possibilitou a realização, em 1987, da I Conferência Nacional de Saúde Mental e do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, eventos nos quais se fortalece o grito pela extinção das instituições asilares e a construção de uma nova ética de cuidado no campo da saúde mental, comprometida com os direitos humanos e a cidadania daqueles que eram considerados loucos. Surge assim o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), formado pelo engajamento e militância de trabalhadores, usuários e familiares na luta por uma sociedade sem manicômios e contra todas as formas de opressão (Manifesto de Bauru, 1987; Yasui, 2010).

A primeira grande conquista no campo da saúde, enquanto política pública, concretiza-se com a publicação da Lei nº 8.080, sancionada em setembro de 1990, após um longo processo de luta social. Conhecida como Lei Orgânica da Saúde, ela institui o SUS e estabelece princípios, diretrizes, mecanismos de organização e controle dos serviços de saúde em todo o território nacional. Com a criação do SUS, efetiva-se a concepção ampliada de saúde e o modelo de atenção formulado pelo movimento da Reforma Sanitária, através de um sistema que visa atender a todos com equidade e integralidade. Além disso, torna-se dever do Estado formular políticas econômicas e sociais que garantam a igualdade de acesso às ações e aos serviços de saúde (Brasil, 1990; Paim, 2008).

Como principal marco no campo da saúde mental, temos a publicação da Política Nacional de Saúde Mental, definida pela Lei nº 10.216/2001, que determina os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, priorizando a reinserção social e o tratamento em serviços territoriais de base comunitária. A Lei Paulo Delgado, ou Lei da Reforma Psiquiátrica, como ficou conhecida, representa um importante passo para a humanização do cuidado em saúde mental, promovendo novos olhares, espaços, serviços e práticas voltadas para as pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2001).

No entanto, o texto final, aprovado após quase doze anos de tramitação no Senado Federal, apresenta muitas alterações em relação ao projeto original, aprovado em 1989, pela Câmara dos Deputados. O seu caráter mais explicitamente antimanicomial, presente na proposta de extinção dos manicômios, foi substituído pela manutenção das instituições hospitalares existentes e por um controle mais rígido das internações psiquiátricas. Esse processo de descaracterização evidencia os tensionamentos e contradições que compõem a dimensão política da Reforma Psiquiátrica (Yasui, 2010).

Portanto, torna-se necessário discorrer sobre outras dimensões que compõem o processo de Reforma Psiquiátrica, discutindo elementos que nos aproximam da complexidade de sua construção enquanto ferramenta de transformação social. No que se refere à **dimensão teórico-conceitual ou epistemológica**, Amarante (2007) afirma que a Reforma Psiquiátrica se estabelece, inicialmente, como uma crítica aos fundamentos epistemológicos

do saber psiquiátrico, no bojo de um processo mais amplo de desconstrução dos paradigmas da ciência moderna. Há uma denúncia consistente de que, ao adotar o modelo das ciências naturais como referência para apreender a subjetividade, a psiquiatria produziu uma cisão entre os sujeitos e suas experiências de sofrimento. O fenômeno da loucura, assim, esvaziou-se de seus significados e passou a ser alvo de classificação, hierarquização e controle através do objeto 'doença mental'.

Nesse sentido, o autor resgata a contribuição de Basaglia ao elaborar, a partir da fenomenologia de Edmund Husserl, mais especificamente o seu conceito de *epoché*, a proposta de “colocar entre parênteses” a doença:

A ideia da doença entre parênteses pode ser entendida como uma atitude epistêmica, isto é, uma atitude de produção de conhecimento, que significa a suspensão de um determinado conceito e implica a possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, que, no caso, é a experiência vivida pelos sujeitos (Amarante, 2007, p. 67).

Operar a partir dessa lógica não significa negar a doença, mas negar a supremacia da ciência psiquiátrica e acolher outras possibilidades de compreensão do fenômeno, partindo do que os próprios sujeitos conhecem, sentem e vivenciam. A atitude epistêmica de suspender os saberes pré-definidos e se aproximar das realidades experienciadas pelos sujeitos fez emergir o 'duplo da doença mental', a noção que concebe a institucionalização como processo de negação da identidade do outro e sujeição de subjetividades, ou seja, como produtora de adoecimento. Sendo assim, tornava-se imprescindível ir além dos muros institucionais para desconstruir a lógica manicomial entranhada nas diversas camadas do tecido social, reproduzindo preconceitos, estigmas, exclusão e violência (Amarante, 1996).

Foi a partir dessas perspectivas que o conceito de desinstitucionalização foi assimilado e ampliado por Basaglia em sua experiência na Itália. A ideia de desinstitucionalização surge no contexto da psiquiatria preventiva e comunitária estadunidense, carregando originalmente o sentido restrito de desospitalização, mas logo adquirindo também uma concepção negativa de desassistência. No entanto, dentro da tradição basagliana, a desinstitucionalização passa a representar o ideal de negação,

enquanto processo de destruição e superação, dos sistemas de opressão representados pelo modelo sócio-político e pelas instituições psiquiátricas. Além de apresentar novos olhares acerca da loucura e do sofrimento psíquico, envolve também a tarefa de construir novos paradigmas, conceitos, espaços e práticas em saúde mental (Amarante, 1996; Basaglia, 1985).

Embora tenha sido influenciada por diversos modelos e processos de reformas psiquiátricas internacionais, a Reforma Psiquiátrica brasileira estabelece a sua fundamentação epistemológica nas proposições de Basaglia para trilhar o seu próprio caminho na luta antimanicomial, refletindo as características, dilemas e conflitos da sua realidade. Pensando mais especificamente sobre o contexto brasileiro, Costa-Rosa (2000) identifica a coexistência de dois paradigmas que orientam as ações no campo da saúde mental: o “modo asilar”, que consiste no modelo hegemônico da psiquiatria tradicional, e o “modo psicossocial”, que surge a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica como contraponto ao modelo predominante. No quadro a seguir, apresentamos as principais características destes paradigmas na perspectiva do autor, elucidando elementos relevantes para o percurso da avaliação de políticas públicas no campo da saúde mental:

Quadro 5 - Características dos paradigmas orientadores das práticas de saúde mental

| Parâmetros principais                                     | Modo asilar                                                                                                                                                     | Modo psicossocial                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Concepção do ‘objeto’ e dos ‘meios’ de trabalho</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalização</li> <li>• Medicalização</li> <li>• Objetificação</li> </ul>                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desospitalização</li> <li>• Desmedicalização</li> <li>• Implicação subjetiva e sociocultural</li> </ul>                    |
| <b>Formas da organização do dispositivo institucional</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratificação e interdição institucionais</li> <li>• Heterogestão</li> <li>• Disciplina das especialidades</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação popular</li> <li>• Autogestão</li> <li>• Interdisciplinaridade</li> </ul>                                     |
| <b>Formas de relacionamento com a clientela</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imobilidade</li> <li>• Mutismo</li> <li>• Estratificação da atenção por níveis</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interlocação</li> <li>• Livre trânsito do usuário e da população</li> <li>• Territorialização com Integralidade</li> </ul> |
|                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Adaptação” dos sujeitos</li> </ul>                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicação subjetiva e</li> </ul>                                                                                          |

|                                                                       |                                |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Formas de seus efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos</b> | através da cronificação asilar | sociocultural visando a singularização dos sujeitos |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------|

Fonte: Elaborada pelo autor com base em Costa-Rosa (2000)

Embora o autor apresente aspectos identificadores de cada paradigma, afirma que eles não se manifestam de forma estática no cotidiano dos serviços de saúde. Sendo assim, chama atenção para a possibilidade de que profissionais, instituições e práticas inseridas no contexto do “modo psicossocial” estejam impregnadas de elementos do “modo asilar” (Costa-Rosa, 2000). Consideramos essa percepção oportuna para uma análise aprofundada das políticas públicas de saúde mental, uma vez que os paradigmas orientadores repercutem diretamente na sua implementação.

Seguindo para a **dimensão técnico-assistencial**, Yasui (2010) considera como fundamental a composição de uma rede de serviços responsáveis por concretizar a nova ética de cuidado desenvolvida no percurso da Reforma Psiquiátrica, espaços nos quais serão inventando novos conceitos, práticas e formas de socialização, além da valorização dos recursos do território e da responsabilização sobre as demandas deste território.

Nesse sentido, vale destacar os dois principais atos normativos do Poder Executivo que dispõem sobre as ações de saúde mental no âmbito do SUS: a Portaria nº 336/2002 e a Portaria 3.088/2011. A portaria 336/2002 regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estabelecendo suas modalidades, responsabilidades e normas de organização. Já a portaria 3.088/2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento ou com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ambos os documentos cumprem um papel essencial na dimensão técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica brasileira, uma vez que se configuram como marcos legais que fundamentam a existência de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e comprometidos com a Luta Antimanicomial (Brasil, 2002, 2011a).

Os CAPS são o ponto de atenção da RAPS na atenção especializada e são responsáveis pela ordenação do cuidado a partir da construção e pactuação do projeto terapêutico singular (PTS), processo que deve envolver a participação do usuário e de sua família. Para Yasui (2010), dentre os diversos equipamentos que compõem a RAPS, os CAPS ocupam o

lugar de principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental. O autor identifica nos princípios fundantes destes serviços a capacidade de romper com o modelo de saúde mental predominante, transcender os limites institucionais e tecer uma rede de cuidados potencializadora dos sujeitos e das comunidades. Para tanto, considera que as noções de acolhimento, território, responsabilização, PTS e intersectorialidade sejam operadas como conceitos-ferramenta que se manifestem nas ações e relações produtoras de cuidado.

Percebe-se, a partir desses elementos, que a dimensão técnico-assistencial está para além da implementação de novas técnicas e serviços. Ela se materializa na intersecção entre a dimensão política e epistemológica da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a implementação de políticas públicas orientadas pelo modo psicossocial possibilita a desinstitucionalização e a recuperação da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. A centralidade do cuidado não se encontra na doença, nos profissionais ou nas instituições, mas na teia de relações costurada a partir da singularidade e do protagonismo dos usuários.

De forma semelhante, é no entrelaçamento das dimensões política, epistemológica e técnico-assistencial que se desenha a **dimensão sociocultural**, que tem como característica principal “a construção de um novo imaginário social em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento, que não seja de rejeição, ou tolerância, mas de reciprocidade e solidariedade” (Amarante, 2007, p. 73). Dentre as diversas estratégias de cuidado incorporadas aos projetos terapêuticos a partir da Reforma Psiquiátrica, a arte se consolida como uma importante ferramenta de afirmação, visibilidade e liberdade. A produção artística e cultural de usuários, familiares e profissionais, concebida no cotidiano dos serviços substitutivos, transpõe as barreiras da exclusão e convoca a sociedade a refletir sobre a sensibilidade, a subjetividade e a potência das pessoas consideradas inúteis, irracionais, incapazes e perigosas (Amarante, 2007).

Baseado nessa proposição de Amarante, Yasui (2010) discute sobre o papel da arte na dimensão sociocultural voltando seu olhar para as oficinas terapêuticas. Para o autor, elas representam um instrumento fundamental das práticas nos serviços substitutivos, viabilizando espaços coletivos de

expressividade, aprendizado e produção de relações sociais transformadoras. Esse caráter transformador se relaciona com outro aspecto da dimensão sociocultural destacado pelo autor, que é a sustentação de uma utopia baseada na esperança e nas ações concretas em busca de uma sociedade com mais igualdade, diversidade e justiça social. É levando em conta estes fatores que o autor afirma a Reforma Psiquiátrica como um processo civilizador<sup>9</sup>, entendendo-a como movimento persistente de resistência, criação, afirmação e instauração de outros modos de vida.

Ao se falar em utopia, esperança, resistência e transformação, consideramos oportuno discutir brevemente o resgate de uma outra dimensão que esteve presente nas origens da Reforma Psiquiátrica brasileira, mas que foi esquecida ao longo de sua trajetória. O Manifesto de Bauru, documento fundante do MNLA, apresenta alguns elementos que nos ajudam nessa tarefa:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. **Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.**

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

**O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres.** Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Manifesto de Bauru, 1987, grifo nosso).

Trata-se de uma **dimensão revolucionária** marcada pela consciência de que apenas a instauração de um novo modelo de saúde mental não seria suficiente e que o caminho para a liberdade exigia uma ruptura com os mecanismos de opressão estruturantes da realidade social. Nesse contexto, a luta por direitos, justiça e melhores condições de vida se constitui também de

---

<sup>9</sup> O autor utiliza a análise do binômio civilização/barbárie de Wolf (2004), no qual a ideia de civilização não se relaciona com a pretensa superioridade e dominação de uma cultura sobre as demais. Nessa perspectiva, uma cultura é civilizada quando apresenta possibilidades de admitir, reconhecer e assimilar uma outra, ou seja, quando consegue conviver harmonicamente com a alteridade.

uma luta anticolonialista, antirracista, antiLGBTfóbica, antimachista e antipatriarcal.

A raiz da natureza revolucionária da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial se encontra em Frantz Fanon, que se debruçou sobre os efeitos do colonialismo e do racismo na saúde mental da população negra (Passos, 2018). Após alguns anos atuando como médico-chefe de um hospital psiquiátrico na cidade de Blida, na Argélia, ainda que tivesse dado início há um importante processo de reforma no interior da instituição, Fanon se deu conta das limitações desse tipo de intervenção. Sua experiência o levou a reconhecer a cumplicidade da psiquiatria na perpetuação das mazelas do colonialismo e o fez aderir à luta revolucionária.

O próprio Basaglia reconhece a atuação de Fanon e sua adesão à “revolução africana” como uma possibilidade de saída para as armadilhas institucionais que aprisionavam o movimento de reforma italiano:

Fanon define sua posição de psiquiatra politizado, ao perceber que a relação entre médico e doente (assim como a relação entre branco e negro, ou seja, entre quem detém o poder e que não tem) era sempre uma relação institucional, onde os papéis haviam sido definidos pelo sistema. Sua ação podia chegar, no máximo, até o reformismo, e o perfeccionismo técnico de uma instituição que oferecia, em troca da confirmação do estado dependente do enfermo, a ‘cura’ e a reintegração social numa realidade que Fanon definia como ‘uma desumanização sistematizada’. A ação terapêutica resultava num ato de aceitação silenciosa do sistema e Fanon não tinha outra escolha senão a revolução, como único lugar, fora das instituições, onde podia agir (Basaglia, 1985, p. 320).

Passos (2018) indica que o apagamento da influência de Fanon sobre Basaglia e de suas contribuições para a Luta Antimanicomial pode ser um reflexo do racismo estrutural, conforme proposto por Almeida (2019), que fundamenta as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares no contexto brasileiro, produzindo um cenário de naturalização da violência, da discriminação e da estratificação social contra pessoas negras. Para a autora, questionar essa realidade e tratar as questões étnico-raciais, levando em consideração suas intersecções com gênero e classe, constitui tarefa essencial para o fortalecimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, pois resgata as bases ideológicas e políticas que deram origem a estes movimentos.

Através dessa explanação sobre as dimensões que compõem a Reforma Psiquiátrica brasileira, buscamos apresentá-la como um processo social complexo que, apesar de suas contradições e desafios, permanece vivo. As mudanças políticas, epistemológicas, técnico-assistenciais e socioculturais construídas pelo movimento, possibilitaram o fortalecimento da Luta Antimanicomial e o estabelecimento de um novo modelo de atenção à saúde mental. O modo psicossocial, embora experimente uma controversa coexistência com o paradigma asilar, segue tensionando e promovendo rupturas significativas a partir dos movimentos de desinstitucionalização e dos serviços substitutivos que compõem a RAPS, conservando sua dimensão revolucionária.

Ao ampliar o campo da saúde mental, tornando-o polissêmico e transdisciplinar, e consolidar o modelo da atenção psicossocial, a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial também impulsionaram novos olhares, práticas e políticas voltadas para as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, oferecendo as bases para a consolidação de um paradigma antiproibicionista.

#### **4.3 Políticas públicas sobre drogas brasileiras na dimensão da saúde mental: entre a ética do cuidado e a não-ética da guerra**

No final da década de 1980, impulsionada pela retomada da institucionalidade democrática, é promulgada a Constituição Federal de 1988 (CF/1988), lei que promove transformações estruturais nas funções e responsabilidades do Estado:

O novo texto constitucional introduz determinadas inovações que se configuram como vetores de mudanças no longo prazo, cabendo destacar a ampliação do rol de direitos na área social, a descentralização político-administrativa, com ênfase na esfera local de governo, e a indicação da burocracia weberiana como modelo de organização do aparato estatal, ao lado do estabelecimento de novos arranjos institucionais voltados para a democratização do Estado e suas relações com a sociedade (Carneiro; Brasil, 2021, p. 7).

Nesse contexto, a saúde passa a se configurar como um direito social que deve ser garantido pelo Estado e as políticas públicas nesse campo

passam a ser delineadas de forma descentralizada, com ampla participação popular. Começa a ganhar visibilidade no cenário nacional a discussão sobre drogas proposta pelo campo da saúde. O uso abusivo de drogas passa a ser visto como uma doença, a dependência química.

O campo da saúde mental no Brasil experimentou avanços significativos a partir do final da década de 90, conquistas que tiveram início com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a implementação do Sistema único de Saúde (SUS), concretizada através da promulgação das Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, após um longo e árduo processo de lutas sociais. Tais dispositivos abriram caminho para que, no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, fosse aprovada e sancionada a Lei Federal nº 10.216/01, responsável por afirmar a proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais, além de inaugurar um novo modelo de assistência, estabelecendo, assim, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (Brasil, 2001).

No que se refere às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, deve-se ressaltar a aprovação da Portaria nº 1.028/GM, de 2005, que regulamenta pela primeira vez as ações de Redução de Danos (RD) sociais e à saúde especificamente para essa população, pois, até então, as ações de RD eram voltadas exclusivamente para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Buscando romper com a lógica proibicionista que impõe a abstinência como condição para o cuidado, a Política Nacional de Redução de Danos preconiza que as ações de saúde devem contemplar os usuários que não querem, não podem ou não conseguem interromper o consumo de drogas, tendo como objetivo reduzir os riscos envolvidos sem, necessariamente, interferir na oferta ou consumo (Brasil, 2005).

A Redução de Danos, enquanto estratégia voltada para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, surge na década de 1980 em países europeus que enfrentavam um crescimento alarmante do uso abusivo de heroína e da disseminação do vírus HIV, além da dificuldade de lidar com essas questões em seus sistemas de saúde. Entre as principais estratégias de RD desenvolvidas nesse contexto, podemos mencionar os programas de redutores de danos nas ruas, atuando em situações de crise e

oferecendo informações de qualidade, as terapias de substituição da heroína por metadona, a troca de agulhas e seringas, a distribuição de preservativos e materiais de higiene. Tais ações contribuíram diretamente para a redução do número de mortes por overdose, das complicações por contaminações e até mesmo as consequências dos processos de criminalização e marginalização (Niel; Silveira, 2008).

No Brasil, foi em Santos, município do estado de São Paulo, que a RD foi adotada pela primeira vez como estratégia de saúde pública, no ano de 1989, período em que a cidade também apresentava altos índices de transmissão de HIV relacionadas ao uso indevido de drogas injetáveis. No entanto, dois dos responsáveis por implementar o programa de troca de seringas, o secretário municipal de saúde, David Capistrano, e o coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, sofreram uma ação judicial pela qual eram acusados de promover o uso de drogas ilícitas. Assim, como se vê, desde o início, o trabalho com RD no Brasil precisou enfrentar uma forte política antidrogas e se consolidar como movimento de resistência, assumindo um compromisso em defesa da vida e da democracia (Passos; Souza, 2011).

Foi através da mobilização de usuários, profissionais de saúde e movimentos sociais, que a RD se consolidou enquanto alternativa aos modelos de saúde focados na lógica proibicionista e, no ano de 2003, tornou-se uma estratégia norteadora da política de saúde mental voltada para usuários de álcool e outras drogas (Passos; Souza, 2011).

Sendo assim, percebe-se que a Redução de Danos surge como compromisso sólido com as vidas, histórias e existências dos subalternos. Foi historicamente construída a partir das experiências dos próprios usuários, que passaram a desenvolver estratégias de cuidado não voltadas exclusivamente para a abstinência, não moralistas e não excludentes. Se impõe também como estratégia de enfrentamento ao modelo hegemônico que tem o profissional de saúde como protagonista, pois para que se concretize precisa de relações horizontais e de sujeitos autônomos implicados nos seus processos de cuidado.

Nessa ótica, a Redução de Danos se apresenta como um potente instrumento de enfrentamento à colonialidade do poder, do saber e do ser. Em primeiro lugar, por partir das experiências e vivências dos próprios indivíduos

colocados em situação de subalternidade, oferecendo possibilidades de enfrentamento aos diversos tipos de violências dos quais são vítimas. Além disso, por se constituir como uma virada epistemológica, política e ética, que subverte os pressupostos da lógica de cuidado vigente, enfrenta os estigmas da criminalização e contribui para a construção de práticas de saúde mais humanizadas (Tremper; Alves; Cabral, 2020).

Com a promulgação da Portaria nº 3.088/2011, que institui e regulamenta a rede de atenção psicossocial (RAPS), as ações de RD passam a ser, também, de responsabilidade dos serviços e profissionais que compõem esta rede. Além disso, a rede passa a contar com dispositivos especializados no cuidado de usuários de SPAs, tais como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), as Equipes de Consultório na Rua e as Unidades de Acolhimento. Entre as diretrizes destes equipamentos, estão o respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade, o combate a estigmas e preconceitos, a ênfase em serviços de base territorial e comunitária e o desenvolvimento de estratégias de RD (Brasil, 2011a).

Entre 2003 e 2014, os governos do Partido dos Trabalhadores cumpriram um importante papel no fortalecimento dos direitos de cidadania propostos na CF/1988. O governo Lula foi responsável por ampliar de forma significativa a participação do Estado no desenvolvimento de políticas públicas, além de intensificar a descentralização das políticas sociais, beneficiando diretamente a parcela mais pobre da população. Posteriormente, o governo Dilma, mesmo enfrentando dificuldades no cenário econômico, manteve a ampliação de políticas públicas voltadas para a garantia de direitos e a inclusão social (Carneiro; Brasil, 2021).

Dessa forma, conforme apontado por Estenssoro (2013), pode-se afirmar que os governos petistas proporcionaram uma redefinição do papel do Estado, através do modelo de participação cidadã, no qual o paradigma público passou a ser entendido como de interesse coletivo e as questões sociais passaram a ser o alvo principal das políticas públicas. No entanto, mesmo com essa mudança paradigmática, as contradições do Estado e, principalmente o seu viés autoritário (Bacelar, 2003), permaneceram presentes no desenvolvimento das políticas públicas brasileiras.

No campo da saúde mental, após 22 anos da promulgação da PNSM, sua implementação ainda é incompleta, fator que se evidencia na escassez de financiamento dos serviços que compõem a RAPS (Ribeiro; Minayo, 2020). A média de gastos em saúde mental no Brasil é de 2,0 a 2,5% do orçamento, enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como desejável um percentual mínimo de 5%. Além disso, é possível identificar, a partir de 2010, um processo de remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil, a partir do qual as políticas públicas desse campo passam a adotar uma racionalidade neoliberal de fortalecimento da lógica de mercado e desarticulação de direitos garantidos constitucionalmente (Guimarães; Rosa, 2019).

O cenário se torna ainda mais desafiador quando se trata das ações preconizadas pela Política Nacional de Redução de Danos, levando em consideração que, frequentemente, as intervenções baseadas nessa lógica de cuidado são interpretadas como incentivo à manutenção do consumo e da dependência de SPAs (Lopes; Gonçalves, 2018). De forma geral, as opiniões que circulam no debate público sobre drogas no Brasil são majoritariamente conservadoras, disseminando uma compreensão estigmatizadora e criminalizante das pessoas que fazem uso problemático ou abusivo de SPAs (UFSC, 2014). Tais percepções dificultam o desenvolvimento das políticas de RD, uma vez que, dentro deste paradigma, busca-se construir abordagens realistas, compreensivas, acolhedoras e comprometidas com a dignidade das pessoas em sofrimento, em oposição ao modelo predominante, de viés proibicionista, punitivista e moralizante.

No que se refere ao paradigma proibicionista e seu viés criminalizante, não podemos deixar de problematizar a Lei 11.343/2006, sancionada pelo presidente Lula em 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e promoveu alterações significativas no entendimento jurídico das condutas relacionadas ao uso e ao tráfico de drogas ilícitas.

A partir da publicação desta lei, o tráfico de drogas, além de ter sua pena mínima aumentada para 15 anos, passou a abarcar uma quantidade significativamente maior de condutas:

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar (Brasil, 2006).

Já em relação à posse de drogas ilícitas para uso pessoal, apesar de permanecer tipificada como infração penal, as penas restritivas de liberdade aos usuários foram abolidas e substituídas por penas alternativas, com um viés mais preventivo. No entanto, a lei não especifica critérios objetivos que possibilitem a diferenciação entre o porte para uso pessoal e outras condutas que podem ser tipificadas como tráfico de drogas, ficando a critério das autoridades policiais e judiciais fazer a distinção caso a caso.

Como principal consequência da Lei 11.343/2006, observa-se o aumento vertiginoso da população carcerária brasileira. Atualmente, 215 mil pessoas (cerca de 28% das pessoas em privação de liberdade no Brasil) cumprem pena após serem enquadradas em artigos da lei antidrogas. No entanto, a maioria destas condenações se dá a partir de investigações policiais pouco robustas e réus primários com pequenas quantidades de drogas (Altino, 2023; Cifali, 2016).

Soma-se a isso alguns fatores que reverberam a implicação da questão racial nessa problemática, tais como o maior número de condenações de pessoas negras mesmo portando menores quantidades de drogas em comparação com pessoas brancas, a maior incidência de atividades policiais em comunidades compostas predominantemente por pessoas negras e a sobrerrepresentação de pessoas negras na população carcerária brasileira. Sendo assim, observa-se que as mudanças implementadas pela lei antidrogas, embora tenham representado um pequeno avanço normativo na descriminalização dos usuários de drogas, favoreceram, na prática, a manutenção de abordagens desfavoráveis para grupos sociais historicamente vulnerabilizados e estigmatizados, principalmente a população negra (Feitosa; Leite, 2021).

É importante mencionar que, ainda em 2006, através do documento intitulado “Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil”, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) passou a se posicionar diretamente contra princípios e políticas provenientes da luta antimanicomial, questionando uma possível natureza ideológica do movimento e criticando o

modelo de atenção centrado nos CAPS. Seguindo a mesma linha de ataque aos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica, mas a partir de interesses religiosos e econômicos, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) passa a ganhar destaque nesse debate, buscando participar diretamente da elaboração e execução de políticas públicas (Guimarães; Rosa, 2019). Tais posicionamentos se tornam relevantes para nossa discussão porque, como veremos a seguir, o processo de desmonte das políticas públicas no campo da saúde mental brasileira se dará a partir do alinhamento entre os discursos proibicionista, manicomial e religioso.

Os efeitos dessas mobilizações antagônicas podem ser observados de forma mais evidente a partir do ano de 2010, ano em que, através do Decreto 7.179, sancionado pelo presidente Lula, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, implementado pelo programa “Crack, é Possível Vencer”. A partir de uma falsa narrativa de epidemia do crack sustentada pela mídia, o governo federal favoreceu o investimento de recursos para o combate ao uso dessa substância, ainda que as evidências científicas apontassem o uso abusivo de bebidas alcoólicas como principal problema de saúde pública relacionado ao uso de SPAs (Guimarães; Rosa, 2019). Ao buscar conciliar a lógica de cuidado das políticas de saúde mental com a lógica proibicionista das políticas de segurança pública, o programa abriu caminho para o processo de deslocamento do campo da saúde nas discussões referentes à problemática do uso de drogas.

A partir do Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011, sancionado pela presidenta Dilma, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) são transferidos para o Ministério da Justiça (Brasil, 2011b). Essa movimentação é importante porque, atuando na pasta da justiça a SENAD vai se consolidar como a principal instituição governamental a atuar no fortalecimento do paradigma proibicionista, apostando na intensificação da guerra às drogas e no financiamento de vagas em CTs.

No ano seguinte, através da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, ainda no governo Dilma, as CTs foram inseridas como ponto de atenção da RAPS, no componente atenção residencial de caráter transitório. Posteriormente, com a Portaria SAS/MS nº 1.482, de 2016, as CTs adquirem o

status de serviço de saúde e passam a disputar, oficialmente, recursos do SUS destinados à saúde mental. A atual deputada federal e presidente nacional do PT, Gleisi Hoffmann, que na época ocupava o cargo de ministra-chefe da Casa Civil, foi uma das principais articuladoras dos processos de incorporação e financiamento público das CTs como dispositivos da RAPS (Rovai, 2013). Quando questionada sobre a destinação de 230 milhões de reais para as CTs, por via da Secretaria SENAD e do Ministério da Saúde, Gleisi afirmou que as CTs realizam um trabalho de acolhimento que o Estado não pode fazer, eufemizou os problemas relacionados ao caráter religioso destas instituições e mostrou-se contrária à descriminalização das drogas (Sassine, 2013).

As Comunidades Terapêuticas, em sua maioria, fundamentam suas intervenções em princípios e práticas religiosas de doutrinas cristãs, propondo a abstinência como única possibilidade de tratamento, perspectiva que vai de encontro a outras políticas públicas do campo da saúde mental (CFP, 2018). Estas instituições têm operado como atores importantes no cenário político brasileiro, tanto na atualização de ideologias favoráveis ao proibicionismo e criminalização do uso de drogas, como na captação de recursos públicos destinados ao setor da saúde (Ribeiro; Minayo, 2020).

Em 31 de agosto de 2016, após a conclusão do processo de *impeachment* da presidenta Dilma, Michel Temer assume de forma definitiva o comando do governo federal e passa a promover uma significativa inflexão na agenda pública, abandonando a ideia de crescimento econômico com inclusão social e implementando reformas de orientação pró-mercado, com prioridade para o ajuste fiscal (Carneiro; Brasil, 2021). Inicia-se um processo de *policy dismantling*, ou seja, o desmantelamento do Estado Social, que se caracteriza por “mudanças de natureza direta, indireta, oculta ou simbólica que resultam em cortes, redução ou mesmo abolição de orçamento, regras, capacidades e instrumentos de políticas ou setor governamental” (Cavalcante, 2020).

Seguindo e consolidando os retrocessos, a Portaria 3.588, de 2017, sancionada no governo Temer, promove alterações significativas na Política Nacional de Saúde Mental e na RAPS, excluindo a participação de pesquisadores e representantes dos movimentos sociais nesse processo, além de desconsiderar os determinantes sociais dessa política. Dentre as características mais comprometedoras dessas alterações, podemos citar: a)

ambulatorialização do cuidado: através da criação de equipes especializadas que fragilizam a lógica de cuidado no território e tendem a atuar focadas na prescrição medicamentosa; b) remanicomialização da saúde mental: garantia de recursos financeiros que aumentam, em média, 65% do valor da diária dos manicômios, enquanto os CAPS permanecem sem reajuste; c) utilização de até 20% da capacidade dos leitos em Hospitais Gerais para alas psiquiátricas: mais investimento em internações e menos investimento em reabilitação psicossocial; d) ampliação de aporte financeiro das CTs de 4.000 para 20.000 vagas (Guimarães; Rosa, 2019).

Em 2019 inicia-se o governo Bolsonaro, responsável por aprofundar e radicalizar ainda mais o processo de desmantelamento das políticas públicas iniciado por Temer. O paradigma hegemônico, que entrelaça os interesses proibicionistas, manicomiais e religiosos, tomou força com a publicação do Decreto 9.761, de abril de 2019, que aprovou uma nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD). O dispositivo foi sancionado pelo ex-presidente Jair Bolsonaro, em parceria com os ex-ministros Sérgio Moro, Luiz Henrique Mandetta, Osmar Terra e Damare Regina Alves. A nova PNAD, já em suas primeiras linhas, responsabiliza a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública pela sua implementação (Brasil, 2019a). Esse deslocamento exacerba a desvalorização das instituições do campo da saúde na articulação e coordenação da política de drogas.

Além disso, a nova PNAD estabeleceu a abstinência como paradigma de cuidado, renegou o papel central das estratégias de RD na implementação da RAPS e promoveu o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, viabilizando o estímulo de incentivos financeiros que possibilitem o desenvolvimento e o aprimoramento dessas instituições (Ribeiro; Minayo, 2020).

Esse dispositivo favoreceu mudanças significativas no orçamento público para os gastos diretos com a política sobre drogas no âmbito do Ministério da Saúde. Entre 2017 e 2019, os recursos financeiros destinados a esta política sofreram uma severa mudança na composição orçamentária, passando de um total de R\$ 1,6 bilhões em 2017 para R\$ 22,7 milhões em 2019 (Prudencio; Senna, 2022).

Esses cortes foram justificados pelo regime de austeridade fiscal instituído com a EC n. 95/2016, contrastando com o aumento, no mesmo período, de R\$100 milhões por ano para o Ministério da Justiça e Segurança (IPEA, 2021). No início de 2018, o governo federal financiava 2,9 mil vagas em CTs, número que saltou para 10.657 em 2021, com meta de chegar a 24.320 em 2022. Se até 2018 o montante transferido a tais entidades era, em média, de R\$ 40 milhões por ano, o valor repassado pelo governo do ex-presidente Jair Bolsonaro entre 2020 e 2021 chegou a R\$ 193,2 milhões de reais, ou seja, uma média anual de quase R\$ 97 milhões (Prudencio; Senna, 2022).

Outros dispositivos aprovados pelo governo Bolsonaro, tais como a Lei nº 13.840/2019 e a Resolução nº 3 do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), de 24 de julho de 2020, ampliaram os esforços rumo à intensificação da guerra às drogas e da internação compulsória, retomando os modelos propiciadores dos processos de exclusão e criminalização dos usuários, bem como do encarceramento em massa desses sujeitos (Brasil, 2019b; 2020).

O protagonismo que as CTs vêm adquirindo na atenção aos usuários de drogas é reflexo do atual cenário político brasileiro, que se encontra marcado pelo fortalecimento de projetos políticos capazes de articular o conservadorismo de extrema-direita e o fundamentalismo cristão, aviltando cotidianamente princípios e instituições basilares da nossa democracia.

Essa mobilização política que efetua a manipulação da religião como forma de legitimar e ampliar o autoritarismo configuram o que pode ser entendido como “cristofascismo brasileiro” (Py, 2019; 2020). Os ataques terroristas perpetrados por apoiadores do ex-presidente Jair Bolsonaro aos Três Poderes, em Brasília, no dia 8 de janeiro de 2023, podem ser compreendidos como a manifestação mais explícita deste espírito cristofascista. Diversos pastores evangélicos e parlamentares religiosos atuaram diretamente na construção e divulgação de narrativas conspiracionistas entranhadas de conteúdo teológico, pavimentando o caminho para a concretização dos ataques violentos e antidemocráticos dos extremistas (Correia; Fonseca, 2023).

Estes incidentes aconteceram alguns dias após o início do terceiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Sua cerimônia de posse,

realizada no dia 1 de janeiro de 2023, foi marcada por ações simbólicas voltadas para o reconhecimento da diversidade e valorização dos direitos humanos, atitude que representa não apenas uma resposta aos anseios de seus eleitores, mas também o seu antagonismo em relação ao modelo político implementado pelo governo anterior.

Vale ressaltar, no entanto, que ainda durante o período eleitoral, em 19 de outubro de 2022, após se reunir com pastores e lideranças religiosas evangélicas, Lula publicou uma carta direcionada aos cristãos brasileiros. No texto, utilizou citações bíblicas e mobilizou pautas popularmente associadas ao pensamento conservador, entre elas, o fortalecimento das famílias como forma de manter os jovens longe das drogas (CartaCapital, 2022). A tentativa de diálogo e reconciliação expressa no documento demonstra a relevância política atual do eleitorado evangélico, grupo que tem tido papel decisivo nas disputas eleitorais, e manifesta uma realidade que permanece oculta em boa parte das análises políticas contemporâneas: as demandas conservadoras e religiosas, que encontram sua representatividade maior na Frente Parlamentar Evangélica (FPE), sempre encontraram terreno fértil nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT).

Quando se trata de uma problemática tão complexa quanto o uso de drogas, que permanece perpassada por uma forte concepção religiosa, moralista e elitista, muitas vezes não é possível estabelecer diferenciação precisa entre a “esquerda progressista” e a “direita conservadora”, realidade que afeta profundamente as políticas públicas neste setor.

Essa confusa e problemática relação entre o governo federal e as entidades religiosas no âmbito das políticas públicas sobre drogas permanece muito intensa no momento atual. Em janeiro de 2023, por meio do decreto 11.392, o poder executivo anunciou a criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas, com o intuito de fortalecer o protagonismo dessas instituições no cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs) (Brasil, 2023a).

A publicação do decreto aconteceu três dias após reunião do ministro do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, Wellington Dias, com representantes da Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), que já vinham demonstrando

insatisfação com a extinção da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), órgão criado durante a gestão de Bolsonaro e que tinha como uma de suas principais atribuições a ampliação de contratos e de vagas financiadas com recursos públicos nessas instituições. Vale ressaltar que a CONFENACT, nas últimas eleições, demonstrou apoio a candidaturas de viés conservador, endossando políticas públicas voltadas para defesa dos princípios e valores cristãos, criminalização das drogas e adoção da abstinência como estratégia exclusiva de prevenção e tratamento (Vargas, 2023).

A criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas foi duramente criticada por órgãos e coletivos que atuam na defesa dos direitos humanos no campo da Saúde Mental, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Antimanicomial. Tais organizações ressaltaram que o modelo de assistência prestado pelas CTs, de viés majoritariamente religioso confessional e asilar, não apresenta evidências científicas sobre sua eficácia, que há diversos relatórios comprovando a existência de práticas de violação dos direitos humanos nessas comunidades e que o financiamento crescente dessas instituições vem ocorrendo em detrimento dos serviços territoriais de base comunitária que compõem a RAPS (Brasil, 2023b; ABRASME, 2023).

Somente após a repercussão negativa o governo recuou e anunciou a alteração do nome do departamento, que passou a se chamar Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD), manifestando como justificativa o reconhecimento da importância de uma abordagem multidisciplinar que priorize a reinserção social e dialogue com outros modelos de atenção (Balloussier, 2023).

Observamos que essas disputas estão inseridas em um contexto histórico e político mais amplo de fortalecimento do pensamento e das instituições evangélicas no país, mesmo em governos alinhados ideologicamente à esquerda, fator que produz retrocessos no campo das políticas públicas de saúde mental, especialmente nas políticas públicas sobre drogas. Como consequência, a ética do cuidado inaugurada pelas estratégias de redução de danos, em consonância com o paradigma antimanicomial, perde terreno no campo das políticas de saúde mental, ao mesmo tempo em que a

não ética da guerra às drogas, sustentada pelo paradigma proibicionista e articulada à lógica manicomial, é fortalecida.

#### **4.4 A dinâmica local das políticas públicas sobre drogas no âmbito da saúde mental no município de Fortaleza-CE**

A fim de contextualizar o cenário atual das políticas públicas sobre drogas no município de Fortaleza-CE, apresentamos e discutimos alguns elementos que configuram a realidade local, evidenciando problemáticas relevantes para nossa pesquisa e situando o panorama das políticas de saúde mental no município.

No Estado do Ceará, as bases legais para a reformulação da assistência à saúde mental foram asseguradas pela Lei Estadual 12.151, publicada em 1993, que previa a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos e a estruturação de recursos alternativos de atendimento, em consonância com as exigências dos movimentos sociais formados por trabalhadores, usuários e suas famílias. Entre os recursos substitutivos são mencionados leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção psicossocial e centros de convivência (Ceará, 1993).

No entanto, 11 anos após sua publicação, a capital do Estado não conta com muitos dos serviços previstos na referida lei e pelo menos 3 hospitais psiquiátricos permanecem ofertando internação em leitos psiquiátricos, sendo o principal deles o Hospital de Saúde Mental do Ceará (HSM), uma unidade da Secretaria de Saúde do Ceará (SESA).

Já que a rede não dispõe de leitos psiquiátricos em hospital geral e a maioria dos CAPS do município não foram estruturados para oferecer acolhimento noturno, o HSM se apresenta como referência na atenção às crises em saúde mental através do seu serviço de emergência psiquiátrica 24 horas (Falcão; Santos; Leonardo, 2023).

Dessa forma, o hospital psiquiátrico, a instituição mais representativa do modo asilar, não apenas permanece em pleno funcionamento, como adquire protagonismo no cuidado em saúde mental, especialmente para as pessoas em maior situação de vulnerabilidade psíquica. Vale ressaltar, no entanto, que tal contexto se configura a partir de fragilidades da própria RAPS, que não dispõe dos recursos necessários para ofertar esse cuidado.

Outro aspecto importante é que, por muitos anos, o governo estadual destinou recursos para as CTs através da contratação de vagas de acolhimento nesses serviços. Durante esse período, a Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Copom) era o órgão responsável por estabelecer os critérios e o fluxo de regulação dessas vagas pelos outros pontos de atenção da RAPS (Ceará, 2021).

A Resolução Nº 18/2022 - CIB/CE, publicada no dia 28 de janeiro de 2022, que aprovou a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PESMAD), é uma política fundamentada em dispositivos legais e princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica, estabelecendo, entre os seus objetivos e diretrizes, a Redução de Danos como paradigma de cuidado em saúde mental:

Construir, de maneira intersetorial e participativa, estratégias de promoção de saúde e cuidado a pessoas com problemas por uso de álcool e outras drogas por meio da estratégia de Redução de Danos, de maneira individualizada e levando em consideração a singularidade de cada sujeito, enquanto paradigma ético, clínico e político (Ceará, 2022).

No entanto, a PESMAD prevê, em uma das ações do “Eixo 2 – Cuidado e Reinserção”, um novo edital para contratação de vagas de acolhimento em comunidades terapêuticas (Ceará, 2024). Ou seja, mesmo alicerçada em princípios antimanicomiais e visando fortalecer as estratégias de Redução de Danos, essa política indica o retorno da destinação de recursos públicos estaduais para instituições asilares que, historicamente, posicionam-se contra a Luta Antimanicomial e adotam uma perspectiva proibicionista.

Embora, atualmente, não haja financiamento estadual e municipal de vagas em CTs, a valorização política dessas instituições em eventos oficiais da Câmara Municipal de Fortaleza (CMFor) e da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará (ALECE) reforçam o seu protagonismo social no cuidado voltado para pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs.

Durante solenidade na ALECE, voltada para o reconhecimento da atuação das CTs no Estado, a deputada estadual Dra. Silvana (PL) destacou o trabalho realizado por essas instituições, afirmando que elas atuam de acordo com ferramentas reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que, para ajudar os pacientes a lidar com questões psicológicas e sociais, “na maioria dessas comunidades, a Bíblia Sagrada é um livro fundamental de

leitura e regra de fé, que mostra os princípios para a restauração” (Holanda, 2023)

Em outro momento, o deputado federal Jaziel Pereira (PL), além de parabenizar as CTs pelo trabalho realizado, salientou o seu compromisso de fortalecer o financiamento público das CTs através da retomada dos convênios estaduais:

Me coloco à disposição de vocês e vamos até o Congresso Nacional dizer que o Governo do Estado precisa ter um canal que a gente possa direcionar recursos diretamente para essas comunidades, porque vocês precisam e realizam um trabalho de excelência. Vocês terão uma voz e um agente que terá esse compromisso de captar recursos para beneficiar a maior quantidade possível de comunidades terapêuticas do nosso Estado (Holanda, 2023).

No âmbito municipal, em 7 de abril de 2022 foi sancionada pelo prefeito José Sarto a Lei Nº 11.244, que institui a campanha Junho Branco, voltada para “ações de conscientização, prevenção e combate ao uso de drogas no município de Fortaleza” (Fortaleza, 2022a, p. 1).

Inicialmente, chama atenção o uso da palavra “combate”, termo que transmite um significado mais próximo da lógica proibicionista e da ideia de guerra às drogas, distanciando-se da noção de cuidado utilizada no campo da saúde.

Essa concepção ideológica da política fica mais evidente no inciso VII do Art. 2º que, entre os objetivos da campanha, apresenta: “O fortalecimento das comunidades terapêuticas legalmente constituídas e a valorização das demais instituições que atuem no atendimento aos usuários e aos dependentes de drogas” (Fortaleza, 2022a, p. 2).

O destaque para as CTs demonstra a relevância política dessas instituições no município e, como veremos a seguir, a subvalorização de outros equipamentos que compõem a RAPS, principalmente aqueles que atuam alinhados aos princípios antimanicomial.

A referida lei foi criada a partir de um projeto apresentado pelo vereador Jorge Pinheiro (PSDB), que em seu site oficial se apresenta também como advogado, palestrante católico, membro da comunidade católica Shalom e radialista. Há ainda um destaque para a sua atuação como missionário católico e a afirmação de que o vereador compreende sua atuação política

como um “terreno de missão, em busca do bem comum”. No trecho em que fala sobre seu mandato, o site do vereador apresenta o seguinte relato:

Defensor da vida muito antes de ser eleito, Jorge Pinheiro é palestrante e também participou de diversos eventos pró-vida, muitas vezes, como organizador. Sua atuação como parlamentar reflete esta defesa, na forma de projetos pró-vida e articulação para evitar iniciativas que ameacem a vida. Honrando seu compromisso de defender a vida em todas as suas fases, o vereador enviou ao STF moção de repúdio à ADPF 442, que repercutiu no país todo, criando a campanha #MinhaCidadeDisseNãoAoAborto.

Como repercussão da campanha, mais de 200 cidades e Estados replicaram a Moção de Repúdio, que se tornou um modelo a ser enviado por todo cidadão pró-vida aos deputados estaduais e vereadores de todo o Brasil. A iniciativa foi destaque em diversas páginas pró-vida. Também nesta seara, Jorge Pinheiro tem reconhecida atuação na luta contra a depressão, a automutilação e o suicídio (Pinheiro, [s.d.]).

É possível identificar um alinhamento ideológico entre a atuação política do vereador e a Lei Nº 11.244, ambas perpassadas por concepções que reforçam o caráter proibicionista e manicomial das políticas públicas sobre drogas.

O Art. 5º da Lei Nº 11.244 define:

A Câmara Municipal de Fortaleza realizará anualmente sessão solene em homenagem a pessoas naturais e pessoas jurídicas que atuem no atendimento aos usuários e aos dependentes de drogas, designada e agendada preferencialmente para a semana em que transcorrer o dia 26 de junho (Fortaleza, 2022a, p. 2).

Em maio de 2022 foi realizada a primeira “sessão solene em homenagem aos trabalhos desenvolvidos pelas comunidades terapêuticas”, conforme site oficial da Câmara Municipal de Fortaleza. O evento foi proposto pelo vereador Jorge Pinheiro e aprovado por unanimidade pelo Plenário da Casa Legislativa. Em sua saudação aos presentes, como presidente da solenidade, o vereador Jorge Pinheiro disse:

Na verdade, nós da Câmara é que agradecemos por realizar esse reconhecimento a tudo que as comunidades terapêuticas realizam. Gostaria de historiar até esse dia. Estou no segundo mandato de vereador, sou membro consagrado da Comunidade Shalom, missionário e dedicado à evangelização e cuidado dos jovens. Por isso, vi que um dos grandes caminhos errados que os jovens seguem são as drogas. Pude trabalhar em presídios onde visitamos homens privados de liberdade. Assim como advogado criminalista sou homem voltado em defesa da vida e da família. Como vereador trabalhei contra ideologia de gênero, contra o aborto e outros temas contra a vida e nessa busca fui encontrando outros de ataques a vida, como o suicídio (Fortaleza, 2022b).

Em outro momento de sua fala, o vereador afirma que o uso e o abuso de drogas são inimigos da vida e, por isso, ele se aproximou da Associação Cearense de Comunidades Terapêuticas, articulou com o presidente da Câmara para ser indicado ao Conselho sobre Drogas e tem participado ativamente de todas as reuniões. Além disso, o vereador afirmou que, através de intervenção divina, deparou-se com um projeto voltado para a defesa da Luta Antimanicomial:

Quando fui ver, um dos grandes alvos do projeto era as comunidades terapêuticas. Além de não serem devidamente valorizadas ainda querem trabalhar contra? Aqui em Fortaleza não. A gente retirou esse projeto de pauta e a partir de então passamos a defender as comunidades terapêuticas. Pegam casos isolados ocorridos em comunidades, que não são regularizadas, para querer usar esses casos para lutar contra essas comunidades. Precisamos cuidar das pessoas, porque vocês fazem o que o Estado não faz. O que cabe ao poder público é, se não contribui, que não atrapalhe. De maneira efetiva, enquanto vida tiver defenderei as comunidades terapêuticas, para serem apoiadas e valorizadas (Fortaleza, 2022b).

Através da fala do vereador, percebemos que o seu discurso, de viés conservador e religioso, busca fortalecer as CTs em detrimento da Luta Antimanicomial, posicionamento que está em total desacordo com a Política Nacional de Saúde Mental e com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

O evento também contou com a participação do coordenador especial de políticas sobre drogas da Prefeitura de Fortaleza, Erasmo Lenz, e da coordenadora de políticas públicas sobre drogas do Governo do Ceará, Lidiane Rebouças, evidenciando uma significativa articulação entre gestores municipais e estaduais com representantes das CTS.

Na ocasião, Erasmo Lenz valorizou a importância do atendimento espiritual para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas e a aproximação do Poder Público com o terceiro setor e as igrejas:

Represento esses profissionais que pensam cada vez mais uma política descentralizada. Esse tema é transversal, pois percorre vários setores, como saúde mental, segurança, educação. Essa é uma justa homenagem àqueles que acolhem e que procuram ajuda. As pessoas precisam saber onde procurar ajuda. As pessoas precisam de tratamento e de atendimento espiritual. Nossa equipe é pequena, temos 20 pessoas trabalhando, mas são pessoas inquietas, que estão sempre em busca de melhorar o atendimento. Cada vez mais haja uma aproximação do Poder Público com as entidades, terceiro setor e igrejas que realizam esse trabalho de política sobre drogas (Fortaleza, 2022b).

Outro aspecto relevante da solenidade foi o reconhecimento da atuação do Governo Federal, através da participação do, naquele momento, Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, Quirino Cordeiro Júnior. Em seu discurso, o Secretário reforçou as críticas à Luta Antimanicomial, afirmando que se trata de uma perspectiva atrasada e que trouxe um grande mal para o campo das políticas de saúde mental:

Não prejudicava só as comunidades terapêuticas, mas hospitais de saúde mental, hospitais-dia. A luta antimanicomial vinha adotando políticas irresponsáveis, defendendo e trabalhando pela liberação das drogas. Não podemos conceber que isso aconteça em nosso país. Temos lutado para mudar esses indicadores. Aprovando a lei de política sobre drogas e a instituição da Lei de prevenção de mutilação e suicídio. Lutamos para que todas sociedades possam lutar de maneira mais efetiva contra esses problemas (Fortaleza, 2022b).

Quirino Júnior destacou ainda as mudanças implementadas nas políticas de saúde mental a partir da atuação do Governo Federal, que na época tinha como principal representante o ex-presidente Jair Bolsonaro, reconhecendo que as alterações visavam, principalmente, expandir, consolidar e financiar as CTs:

Temos trabalhado para que elas trabalhem com segurança jurídica e que façam parte da rede assistencial de suporte para a rede SUS. Publicamos uma normativa inédita, uma resolução do Conade, que passou a admitir e regulamentar o acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas. Essa norma garante sua sustentabilidade a longo prazo. Trabalhamos pelo financiamento. Em 2019 quando assumimos o Governo Federal financiava 2 mil vagas. Aumentamos logo no primeiro ano para 11 mil e no ano passado conseguimos mais de R\$ 80 milhões e financiamos mais 203 comunidades terapêuticas. Hoje são mais de 17 mil vagas. Aqui no Ceará são 1.200 vagas em 29 comunidades, com aporte por ano de R\$ 17 milhões. Durante esses anos foram mais de 120 mil pessoas acolhidas em comunidades terapêuticas no país (Câmara Municipal de Fortaleza, 2022b).

Além dos fatores que já ressaltamos, é importante salientar a total ausência de usuários, familiares e profissionais de outros equipamentos da RAPS que também oferecem cuidado para usuários de drogas. O reconhecimento e as homenagens da solenidade contemplaram apenas representantes das CTs, tendência que foi mantida na solenidade da Câmara relacionada à campanha Junho Branco no ano seguinte (Fortaleza, 2023a).

Enquanto as forças políticas conservadoras e religiosas se apropriam dos espaços decisórios de formulação das políticas públicas sobre drogas, com aval de representantes das instâncias municipais, estaduais e

federais, profissionais, usuários, familiares e movimentos sociais denunciam o sucateamento dos serviços da RAPS e o enfraquecimento da Luta Antimanicomial no município.

Atualmente, a RAPS de Fortaleza conta com 16 CAPS, mas segundo os parâmetros da Portaria 336/2002, documento que estabelece a quantidade adequada de CAPS a partir de critérios populacionais dos municípios, a cidade deveria contar com pelo menos 39 equipamentos dessa modalidade, todos com funcionamento 24 horas (Almeida, 2021; Brasil, 2002).

Além disso, a quantidade insuficiente de profissionais, as longas filas de espera para atendimentos e os problemas de infraestrutura estão entre as principais queixas de usuários, familiares e profissionais (Diário do Nordeste, 2019; 2021; Maia, 2021).

Mesmo com tais problemas, ao apresentar o Projeto de Lei do Plano Plurianual (PPA) do período entre 2022 e 2025, a Prefeitura de Fortaleza definiu um teto orçamentário no qual estava previsto o investimento de apenas R\$ 6 milhões na implementação dos CAPS do município. O valor é cerca de 83,86% menor do que o que havia sido estipulado no PPA anterior e o projeto não apresentava informações concretas sobre quantas unidades seriam instaladas no período determinado (Almeida, 2021).

É importante ressaltar que no ano de 2016 foi instaurado o Inquérito Civil Público nº 342221/2016, destinado à verificação das condições de funcionamento dos serviços da RAPS de Fortaleza. Através das visitas institucionais realizadas pela Assessoria Psicossocial da 1ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, foram constatadas inúmeras deficiências e irregularidades que comprometiam a assistência à saúde mental no município.

Diante desse cenário, foi pactuado, no ano seguinte, o Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta (TAC) nº 01/2017, visando a reestruturação da RAPS e o atendimento extra-hospitalar adequado às pessoas com transtornos mentais (Ministério Público do Estado do Ceará, 2017).

A RAPS de Fortaleza experimentou algumas melhorias a partir dos compromissos firmados no TAC, tais como a realização do primeiro concurso público para a área de saúde mental, a requalificação de algumas unidades e a

realocação de alguns CAPS que passaram a funcionar em sede própria. Entretanto, entre 2017 e 2023, apenas dois novos CAPS foram inaugurados, totalizando os 16 CAPS que compõem a RAPS de Fortaleza atualmente: 6 CAPS Geral, 7 CAPS AD e 3 CAPS Infantil.

O TAC estabelecia ainda que 1 CAPS Geral e 6 CAPS AD, até julho de 2019, deveriam atuar como Tipo III, com funcionamento 24 horas e leitos para desintoxicação, mas apenas 2 CAPS AD realizam esse serviço atualmente, cada um com apenas 9 leitos disponíveis.

A Prefeitura de Fortaleza também dispõe de 25 leitos infantojuvenis na Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI) e 12 leitos para desintoxicação na Santa Casa de Misericórdia, mas essa quantidade ainda é insuficiente para lidar com a demanda dos serviços, gerando filas de espera e desassistência de pessoas que, além do sofrimento psíquico, encontram-se em situação de vulnerabilidade social.

Tal cenário prejudica significativamente o acesso e o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, favorecendo as narrativas contrárias à Luta Antimanicomial que visam reestabelecer a centralidade do Hospital Psiquiátrico como referência do cuidado em saúde mental na rede e o protagonismo das CTs nas disputas por financiamento público de novas vagas de internação.

Portanto, as avaliações da trajetória institucional e do espectro temporal e territorial das políticas públicas sobre drogas a partir de sua implementação no município de Fortaleza, conforme apresentas a seguir, possibilitaram uma compreensão mais aprofundada acerca do contexto, das disputas e das contradições que configuram a realidade local dessas políticas, revelando também as repercussões para os atores que as implementam e caminhos alternativos de construção, que levem em consideração as necessidades dos territórios nos quais essas políticas ganham vida.

## 5 “VEREDAS TORTUOSAS”: OS DESCAMINHOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NA RAPS DE FORTALEZA-CE

A sabedoria o livrará do caminho dos maus, dos homens de palavras perversas, que abandonam as veredas retas para andar por caminhos de trevas, têm prazer em fazer o mal e exultam com a maldade dos perversos, gente que anda por veredas tortuosas, e no caminho se extraviam (Provérbios, 2:12-15).

O sentido dos movimentos que conduzem de uma posição a outra (de um posto profissional a outro, de uma editora a outra, de uma diocese a outra etc.) evidentemente se define na relação objetiva entre o sentido e o valor, no momento considerado, dessas posições num espaço orientado (Bourdieu, 1986, p. 190).

Ao estabelecer o percurso para uma perspectiva antropológica de avaliação, Gussi (2008) transporta a noção de trajetória, proposta originalmente por Bourdieu (1986) em *A Ilusão Biográfica*, para o campo da avaliação de políticas públicas, oferecendo um olhar mais aguçado sobre a materialização das políticas/programas através de suas passagens pelas diferentes vias institucionais.

A partir de suas reflexões acerca dos variados sentidos que constituem uma história de vida, Bourdieu (1986, p. 189) concebe a trajetória como uma “série de proposições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (ou um mesmo grupo), num espaço que é ele próprio um devir, estando sujeito a incessantes transformações”.

Se concebemos, juntamente com Lejano (2012), que as políticas públicas ganham corpo a partir da inter-relação entre texto e contexto, não podemos perder de vista que essas duas dimensões são perpassadas por histórias de vida e suas constantes mutações, elementos que refletem e são refletidos nos territórios, instituições e relações sociais.

É nesse sentido que Gussi e Oliveira (2016) afirmam a noção de trajetória no campo da avaliação de políticas públicas, sustentando a compreensão de que:

Uma política pública não tem um sentido único e, portanto, está circunscrita a ressignificações de acordo com os fluxos organizacionais, processos burocráticos e modificações interpretativas que vão se desdobrando dentro e fora dos vários espaços institucionais a qual a política está vinculada. Em outras palavras, há que se levar em conta os deslocamentos da política nesse itinerário institucional e entre os distintos grupos sociais aos quais a mesma se destina (Gussi; Oliveira, 2016, p. 96).

Portanto, a imersão no campo de pesquisa e as estratégias metodológicas participativas adquirem centralidade nessa perspectiva avaliativa, uma vez que favorecem uma postura compreensiva em relação às experiências dos diferentes atores envolvidos na implementação das políticas, ao mesmo tempo em que articulam essas realidades com os contextos socioeconômicos, políticos e culturais que configuram o Estado e suas contradições. Através desses recursos, o que se pretende, prioritariamente, não é estabelecer verdades imutáveis, “mas sim uma compreensão eticamente ponderada acerca da política avaliada” (Gussi; Oliveira, 2016, p. 96).

Para Rodrigues (2016), o espectro temporal e territorial das políticas públicas, ou seja, o percurso que elas realizam pelas vias institucionais e espaços socioculturais, que conforma um dos eixos analíticos propostos pela avaliação em profundidade, está intimamente associado ao da trajetória institucional das políticas.

Sendo assim, em nosso processo avaliativo, operamos uma mutualidade entre os dois eixos mencionados, articulando os achados das etapas textuais da pesquisa com os dados contextuais e experienciais que emergiram a partir da pesquisa de campo.

Para tanto, optamos por executar a exploração, triangulação e integração desses elementos através da análise hermenêutico-dialética (Minayo, 2002; 2007), abordagem já consolidada no âmbito da pesquisa qualitativa e que tem se mostrado promissora, especialmente, nas investigações voltadas para o campo da saúde:

Essa proposta analítica leva em conta os sentidos das falas dos sujeitos, em seus consensos e dissensos, face ao contexto histórico onde e pelo qual foi produzida, exemplificando como o círculo hermenêutico da interpretação pode se amalgamar com o desvelamento de ideologias tão peculiar à crítica dialética (Cardoso; Batista-dos-Santos; Alloufa, 2015, p. 83).

Dessa forma, em um primeiro momento, de cunho hermenêutico, realizamos as transcrições das entrevistas, o registro das expressões mais recorrentes, um resumo das primeiras impressões, releituras do material transcrito e novas escutas das narrativas, identificando no conteúdo as unidades de sentido mais diretamente relacionadas com o nosso objeto de estudo e, posteriormente, definindo os eixos temáticos pelos quais iríamos efetuar a avaliação. Em seguida, sistematizamos as falas mais significativas e

operamos uma análise compreensiva da linguagem, assimilando os significados presentes nos discursos, nas metáforas e nos silêncios dos participantes.

No entanto, o olhar compreensivo sobre a linguagem, embora fundamental, não se mostra suficiente, uma vez que “linguagem também é *medium* de dominação e de poder social. Ela serve à legitimação de relações de violência organizada [...] a linguagem também é ideológica” (Habermas, 1987, p. 21). Isto posto, levando em consideração que uma determinada realidade histórica é composta de conciliações, disputas e contradições, uma análise de orientação dialética tem o dever de “realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais” (Minayo, 2002, p. 105).

Logo, dando prosseguimento à análise hermenêutico-dialética, executamos uma segunda análise sobre o material sistematizado, dessa vez, com uma postura crítica voltada para a revelação de possíveis antagonismos, contradições e armadilhas ideológicas legitimadoras de relações opressivas. Simultaneamente, articulamos esses novos elementos com as categorias teórico-conceituais que orientam a pesquisa de forma contextualizada, configurando uma dimensão avaliativa mais profunda.

Os resultados desse processo encontram-se consolidados nas seções 5 e 6 do presente trabalho, que juntas constituem os eixos analíticos trajetória institucional e espectro temporal e territorial da nossa avaliação. Na atual seção, a discussão tomou como matéria-prima as experiências e concepções dos agentes institucionais envolvidos na implementação das políticas avaliadas, gestores e profissionais de nível superior da RAPS de Fortaleza que, através das entrevistas, contribuíram para a realização da pesquisa.

No Quadro 6, apresentamos uma síntese das trajetórias profissionais dos diferentes agentes institucionais, levando em consideração que a singularidade de tais experiências influenciam as percepções acerca das políticas públicas sobre drogas na dimensão da saúde mental:

Quadro 6 – Síntese: trajetórias profissionais dos agentes institucionais

| Nome<br>Fictício | Cargo | Tempo de<br>atuação na Saúde | Trajetória profissional |
|------------------|-------|------------------------------|-------------------------|
|------------------|-------|------------------------------|-------------------------|

|               |                           | Mental          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------|---------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Davi</b>   | Gestor Coordenadoria      | 2 a 5 anos      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrador de Empresas;</li> <li>- Experiências no setor público e privado;</li> <li>- Interesse pela área esportiva proporcionou a aproximação com as políticas sobre drogas;</li> <li>- Após assumir o cargo atual buscou formações e capacitações no campo da saúde mental.</li> </ul>                                           |
| <b>Ester</b>  | Gestora Coordenadoria     | 2 a 5 anos      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeira;</li> <li>- Experiências de assistência e gestão na Atenção Primária, Secundária e Terciária;</li> <li>- Experiências no campo da Participação Social e nos Conselhos de Saúde.</li> </ul>                                                                                                                                  |
| <b>José</b>   | Gestor Coordenadoria      | até 2 anos      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro</li> <li>- Experiências de assistência e gestão na Atenção Primária;</li> <li>- Experiências de assistência na saúde mental e na área hospitalar.</li> </ul>                                                                                                                                                                |
| <b>Raquel</b> | Articuladora Saúde Mental | 2 a 5 anos      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeira</li> <li>- Interesse no campo da Saúde Coletiva</li> <li>- Experiências de assistência e gestão na Atenção Primária</li> <li>- Primeira experiência enquanto gestora de saúde mental.</li> </ul>                                                                                                                            |
| <b>Rebeca</b> | Coordenadora CAPS AD      | 5 a 7 anos      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente Social</li> <li>- Experiências de assistência e gestão na Atenção Primária</li> <li>- Experiência de assistência na Atenção Terciária</li> <li>- Experiência anterior na coordenação de CAPS.</li> </ul>                                                                                                                    |
| <b>Sara</b>   | Gestora Coordenadoria     | até 2 anos      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dentista</li> <li>- Experiências prévias de gestão na Atenção Primária;</li> <li>- Primeira experiência enquanto gestora de saúde mental.</li> </ul>                                                                                                                                                                                   |
| <b>Débora</b> | Vice-Presidente CT        | 10 anos ou mais | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concluindo graduações em Marketing e Teologia;</li> <li>- Sem experiências prévias de assistência ou gestão no setor saúde;</li> <li>- Aproximação com o campo da saúde mental veio através de experiência pessoal com o uso abusivo de SPAs;</li> <li>- Cursos e capacitações voltadas para a problemática do uso de SPAs.</li> </ul> |

|                 |                      |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------|----------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estevão</b>  | Administrador CT     | 7 a 9 anos | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrador de Empresas</li> <li>- Sem experiências prévias de assistência ou gestão no setor saúde;</li> <li>- Aproximação com o campo da saúde mental veio através de experiência pessoal com o uso abusivo de SPAs;</li> <li>- Cursos e capacitações voltadas para a problemática do uso de SPAs.</li> </ul> |
| <b>Paulo</b>    | Profissional CAPS AD | 7 a 9 anos | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicólogo</li> <li>- Formação acadêmica voltada para o setor saúde;</li> <li>- Toda a experiência profissional, até o momento, foi no campo da saúde mental;</li> <li>- Além de atuar na assistência, já coordenou equipamento de saúde mental.</li> </ul>                                                        |
| <b>Priscila</b> | Profissional CAPS AD | até 2 anos | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente Social</li> <li>- Longa experiência de atuação, na assistência e gestão, no campo das políticas públicas;</li> <li>- Breve experiência de assistência na rede pública hospitalar;</li> <li>- Primeira experiência na assistência em equipamento da saúde mental;</li> </ul>                            |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Após esse exercício de contextualização das trajetórias profissionais desses atores, voltamos o foco para a elucidação e discussão de suas percepções acerca das políticas avaliadas, que será apresentada a partir de 3 eixos temáticos: 6.1) Olhares sobre os destinatários das políticas 6.2) Percepções sobre a trajetória das políticas 6.3) Concepções sobre a presença da religião nas políticas sobre drogas.

### **5.1 Olhares sobre os destinatários das políticas: acolher entre estigmas, preconceitos e invisibilidades**

Os textos das políticas apresentam, em sua maioria, conceitos, definições, características e descrições acerca das práticas que pretende fomentar, utilizando uma linguagem técnica e jurídica que nem sempre é assimilada nos contextos em que elas são implementadas. Além disso, em suas trajetórias, as políticas são perpassadas por especificidades culturais e territoriais, em movimentos dinâmicos que extrapolam o mundo do texto

(Ricoeur, 1994), ampliando os seus horizontes de significação, interpretação e materialização. Nesse sentido, avaliar políticas públicas em profundidade é também absorver, refletir e problematizar esses processos, construindo possíveis caminhos de compreensão e transformação da realidade.

Sabemos que o cuidado em saúde mental, sob a perspectiva antimanicomial, envolve, para além da apropriação de conceitos por parte dos trabalhadores, a concretização de transformações estruturais, institucionais, organizacionais e socioculturais complexas. Dessa forma, ao analisar os discursos dos agentes institucionais, estivemos atentos para possíveis inconsistências e contradições, tomando como referência analítica as proposições de Costa-Rosa (2000) acerca dos dois paradigmas universais das práticas de saúde mental, o modo asilar e o modo psicossocial, uma vez que:

Qualquer que seja o programa terapêutico que se crie em termos ideológicos e teórico-técnicos, ele será profundamente sensível aos modos estruturais e conjunturais de organização do dispositivo institucional em que/ou por meio da qual é executado (Costa-Rosa, 2000, p. 149).

Nesse sentido, a instituição de saúde mental, compreendida como um “conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso” (Costa-Rosa, 2000, p. 148), configura-se como intermediário necessário da relação entre os agentes institucionais, os demais atores sociais e a clientela, ou seja, os(as) usuários(as) dos serviços. Levando em consideração as implicações do atual padrão de poder mundial discutidas anteriormente, é importante ressaltar que tais instituições se organizam em congruência com o modo de produção capitalista, tendendo a reproduzir suas características “desde as formas mais brutas e de imediato perceptíveis, até formas mais sutis, cuja presença só mesmo um recurso ao deciframento pode detectar” (Costa-Rosa, 2000, p. 149).

Dentre os quatro parâmetros principais<sup>10</sup> que caracterizam os paradigmas de saúde mental mencionados, tendo em vista que a essa altura nossas lentes estão voltadas para os olhares dos agentes institucionais sobre os destinatários das políticas, assimilamos aquele denominado **concepções do ‘objeto’ e dos ‘meios de trabalho’**, que se refere às concepções de saúde-doença-cura, bem como os meios e instrumentos de seu manuseio,

---

<sup>10</sup> Ver Quadro 5, p. 92.

incluindo o aparelho jurídico-institucional, multiprofissional e teórico-técnico, além do discurso ideológico (Costa-Rosa, 2000).

Quanto a esse parâmetro, o modo psicossocial tem como uma de suas principais características a consideração genuína dos fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes de saúde, perspectiva que desloca o foco das intervenções terapêuticas para além do indivíduo, visando também os contextos social, comunitário e familiar. Já no modo asilar, a ênfase recai sobre as determinações orgânicas dos problemas de saúde mental e as pessoas são vistas como doentes, logo, as intervenções são centradas nos sujeitos e os métodos de tratamento se dão a partir do isolamento em relação ao meio familiar e social (Costa-Rosa, 2000).

No Quadro 7, sintetizamos as principais noções presentes nos olhares de gestores e profissionais de nível superior sobre os destinatários das políticas públicas sobre drogas na dimensão da saúde mental, apreendidas ao longo das entrevistas, principalmente, através da pergunta: “Quem são as pessoas com problemas relacionadas ao uso de SPAs?”.

Quadro 7 – Síntese: olhares dos agentes institucionais sobre os destinatários das políticas

| Agentes Institucionais                                    | Quem são as pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs?                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           | Concepções do 'objeto'                                                                                                                                                                                      | Concepções dos 'meios de trabalho'                                                                                                                                                                            | Paradigma de Saúde Mental                                                                                                                                                                                      |
| <b>Gestores e Profissionais de nível superior da RAPS</b> | Predomina uma compreensão multifatorial do fenômeno e a consideração de determinantes sociais, mas também está presente um olhar reducionista sobre a dimensão existencial dos destinatários das políticas. | A noção de acolhimento surge como a principal ferramenta de mediação do trabalho, mas ela adquire significados distintos a depender do contexto institucional, refletindo diferentes perspectivas de cuidado. | Prevalecem ideias e princípios que remetem ao modo psicossocial, mas estão presentes elementos e práticas características do modo asilar, o que evidencia a coexistência de paradigmas orientadores distintos. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

De forma geral, os destinatários das políticas, ou seja, as pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs, são vistas por esses agentes institucionais como sujeitos vulneráveis, não apenas por conta da relação problemática com as drogas, mas porque enfrentam diversas barreiras sociais:

Essas pessoas são invisibilizadas no seu contexto total, como pessoa. Essa invisibilidade, ela vai lidar por várias relações, inclusive relações pessoais, de profissionais que invisibilizam, porque elas vêm estigmatizadas com outros fatores sociais, são pessoas em situação de rua, pessoas que não têm uma renda fixa, pessoas que são frágeis porque não têm um capital social que dê suporte, não temos alguém que olhe para ela, então é ela que procura pelos pés dela, ela tem a consciência que está com problema e ela quer sair daquele problema, mas não tem aquele suporte (Ester – Gestora Coordenadoria).

Se formos olhar enquanto sociedade, são pessoas estigmatizadas, excluídas, tem todo esse estigma: “usa droga porque é marginal, porque é fraco, porque quer”; pouco se entende verdadeiramente. Ou pela ignorância ou preconceito, não sei dizer (Débora – Vice-Presidente CT).

Sabemos que tem um estigma, tem um preconceito, principalmente aquele que não tem um vício e julga o outro de fraco, de incapacitado por não conseguir vencer ou não conseguir superar isso (José – Gestor Coordenadoria).

Tais perspectivas demonstram o reconhecimento de que as vulnerabilidades sociais atuam no sentido de invisibilizar as reais necessidades das pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs, configurando-se também como barreiras de acesso às políticas de saúde mental.

Nesse contexto, a noção de acolhimento aparece com muita ênfase nos discursos dos agentes institucionais, sendo compreendida como uma necessidade prioritária das pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs e a principal ferramenta acionada nas relações com os destinatários das políticas:

É uma pessoa que precisa de apoio e esse apoio não é um apoio de muletas ou de carregá-lo, mas de ter o suporte, de ter condições, de ter quem escute, de ter quem oriente para o que ela precisa e trilha um caminho que ela consiga seguir, porque também não adianta eu querer trabalhar algo que vai ser impossível para ela naquele momento, até porque ela tem que se perceber como pessoa, se perceber o que está acontecendo com ela, com a vida dela para que ela consiga sair dessa situação (Raquel – Articuladora Saúde Mental).

Essas pessoas precisam ser acolhidas. Alguma carência, algum problema elas têm para poder usar a droga como um acesso, uma liberdade, alguma coisa do tipo (José – Gestor Coordenadoria).

Eu acredito que que o amor constrange, o cuidado, você dar dignidade para uma pessoa, mostrar para aquela pessoa: olha, eu estou aqui por você, estou te vendo, te entendo, te compreendo, a sua vida vale tanto quanto a minha (Débora – Vice-Presidente CT).

Vejo como qualquer pessoa que tem suas vulnerabilidades e precisa de apoio, de ajuda, de acolhimento. Eu vejo que na saúde, aquela pessoa que tem essas vulnerabilidades, elas são muito mitigadas, tem muito preconceito. Como existe um preconceito da sociedade, da

família, e a pessoa também não se entende como que tem uma vulnerabilidade, que precisa de acolhimento, de tratamento (Rebeca – Coordenadora CAPS AD).

Acolhimento é, em suma, o ato de “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde” (Brasil, 2013, p. 6). Trata-se de uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), configurando-se como uma tecnologia leve de cuidado no âmbito da saúde (Merhy, 1997), que tem como principal objetivo o fortalecimento de vínculos entre equipes/serviços, usuários e sua rede socioafetiva. Portanto, o acolhimento, que se concretiza por meio da escuta qualificada por parte dos trabalhadores de saúde, facilita o reconhecimento e a valorização das necessidades dos(as) usuários(as), promovendo mais efetividade para as práticas de saúde (Brasil, 2013).

Nos discursos dos agentes institucionais, observamos que a noção de acolhimento aparece ora associada, ora como sinônimo de palavras que preservam o mesmo sentido semântico, tais como: apoio, suporte, escuta, orientação, ajuda, tratamento. Em nossa concepção, esse aspecto evidencia uma significativa centralidade da noção de acolhimento como ferramenta para o cuidado em saúde mental. No entanto, a assimilação e aplicação dessa diretriz não acontece de maneira uniforme nos diferentes contextos institucionais, o que parece ser um reflexo de diferentes concepções de objeto e de meios de trabalho nesses espaços.

Ao definir os destinatários das políticas, duas gestores(as) municipais e um dos profissionais do CAPS AD trouxeram em suas falas palavras que remetem a uma compreensão biomédica e predominantemente psiquiátrica de saúde mental:

É uma das doenças que é mais necessário ter um acolhimento, que tenha um olhar diferente, tanto das políticas públicas, como da sociedade e de nós que trabalhamos aqui dentro (Rebeca – Coordenadora CAPS AD).

É uma população de alta vulnerabilidade, porque podemos considerar como um transtorno mental relacionado ao uso abusivo, e que eles precisam de um olhar muito mais amplo por conta do contexto social em que eles se inserem. Muitas vezes tem o olhar da saúde, mas esse olhar da saúde não resolve todos os problemas. Então, por muitas vezes, tem que ter a articulação com outros setores, principalmente o social, para que possamos dar seguimento no caso do paciente. É um paciente que percorre a rede como um todo, muitas vezes ele está em situação de rua e acaba demandando

outras questões, precisa de internação, mesmo após a estabilização, precisa de um acompanhamento mais de perto e também a questão de reinserção na sociedade (Sara – Gestora Coordenadoria).

Pessoas que têm problemas com o uso de drogas, na minha realidade, são pessoas que têm um transtorno grave e persistente relacionado a um padrão de uso abusivo [...] Vejo que o público que tem problema é esse que passa a ter prejuízo na saúde, nas relações interpessoais, no trabalho, em várias áreas da vida e que, normalmente, quando eles nos procuram no CAPS AD, eles já estão com esses sinais, desses prejuízos. A maioria das pessoas que eu tive o contato, são pessoas que têm já um prejuízo clinicamente significativo devido a um padrão de uso abusivo das variadas substâncias (Paulo – Profissional CAPS AD).

Embora tais falas evidenciem uma compreensão, do fenômeno e das pessoas que o vivenciam, que destaca determinações orgânicas, como doença, ou uma sintomatologia psiquiátrica, como transtorno mental, percebemos também uma aproximação da concepção de objeto e dos meios de trabalho do modo psicossocial, uma vez que reconhecem outros determinantes do sofrimento psíquico e a necessidade de intervenções para além do indivíduo, considerando outras dimensões e contextos da sua vida.

Ainda assim, chamou nossa atenção o fato de os destinatários das políticas serem definidos, em todas as citações apresentadas até aqui, a partir dos problemas e vulnerabilidades que enfrentam, não por quem eles são de fato, conforme buscava apreender a pergunta disparadora. Percebemos nessas falas pouco reconhecimento da dimensão subjetiva dessas pessoas enquanto sujeitos viventes, protagonistas de suas próprias histórias, aspecto que suscitam resquícios de uma perspectiva asilar.

Apenas na fala de uma das profissionais de nível superior do CAPS AD, que atua na assistência direta aos(às) usuários(as) do serviço, o olhar voltado para a dimensão subjetiva/existencial dessas pessoas se manifestou com mais amplitude e profundidade:

A visão que eu tenho é que são pessoas que estão inseridas nessa sociedade que eu faço parte, que trabalham, que estudam, que estão desempregadas, que estão na luta pelo benefício e que têm uma escolha que, às vezes, é adoeceadora e, às vezes, não é [...] Quando eu entrei no CAPS consegui perceber que é possível, lógico que eu sei que é possível usar droga e ter sua vida funcional, mas é possível construir muitas coisas na sua vida e fazer tudo o que todo mundo faz: se relacionar, curtir, viajar, ter problemas na família, comprar uma casa, vender uma casa, se socializar, se frustrar e ter problemas de saúde, que nem tudo é relacionado à substância. Muitas vezes tem questões de base nesses pacientes e nos familiares, que é um contexto familiar, o contexto infracional, o contexto de adoecimento

deles que leva para as questões infracionais, e tudo isso nos faz ver que eles não são a droga que eles usam. Até porque se for, cada um de nós aqui vai pregar na testa a droga que usa [...] Quem são os pacientes do CAPS? São pessoas que estão na busca de um caminho, tem vários caminhos, e eles vêm aqui atrás de um caminho pra conseguir conviver com a droga, porque a droga está em todo lugar [...] são sujeitos de direitos que estão aqui construindo suas histórias (Priscila – Profissional CAPS AD).

Constatamos ainda nesse discurso outro parâmetro representativo do modo psicossocial, que consiste na compreensão do sofrimento psíquico como parte integrante da existência humana e não como um corpo estranho que deve ser eliminado a qualquer custo (Costa-Rosa, 2000). Dessa forma, as pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs, dentro desse paradigma, não têm suas existências resumidas aos estereótipos de doentes, viciados ou adictos, noções que reforçam no imaginário social a ideia de indivíduos descontrolados e perigosos que devem necessariamente interromper suas relações com as drogas. Pelo contrário, essas pessoas passam a ser vistas como sujeitos de direitos, capazes de construir o caminho de cuidado mais adequado para si.

Sendo assim, apesar de manifestarem algumas diferenças de concepção do objeto, gestores municipais e profissionais de nível superior do CAPS AD apresentaram uma assimilação adequada do conceito de acolhimento. Seus olhares demonstram mais abertura, aproximação e compreensão em relação à realidade dos destinatários das políticas, características que se refletem nas suas concepções sobre os meios de trabalho, nos quais há ênfase na interdisciplinaridade, na intersetorialidade, na reinserção social e no cuidado em liberdade.

Nesse sentido, existe entre eles uma compreensão favorável sobre as estratégias de redução de danos, que são vistas como instrumentos que potencializam o acolhimento dos usuários(as), favorecendo o acesso e vínculo dessas pessoas com às políticas de saúde mental:

A minha percepção é que hoje existem alguns equipamentos que trabalham com redução de danos e isso é muito positivo, porque pra uma pessoa que tem dificuldade em lidar com o uso de substância, quando você diz: “você não pode usar, você é proibido, você só vai ser tratado aqui se você deixar de usar”, isso restringe e afasta a pessoa (Rebeca – Coordenadora CAPS AD).

Com a redução de danos acaba que você não afasta o usuário. Você vai olhar e entender também, porque é um vício. Não é algo que eu

vou desligar e não vou mais sentir o desejo. Não é assim que funciona, sabemos que tem muito por trás disso. A redução de danos é algo que poderíamos fortalecer bem mais (Raquel – Articuladora Saúde Mental).

A redução de danos, na minha visão, inclusive no nosso trabalho, é importantíssima [...] O mundo inteiro trabalha com redução de danos, então temos muitos trabalhos, em todas as nossas incursões, eventos, dentro da nossa prevenção, também fazemos trabalhos de redução de danos. De uma forma geral, esse nome ganhou um destaque dentro das políticas sobre drogas, mas redução de danos existe em diversas áreas. Na área da economia você tem redução de danos, tem muitas áreas, não é apenas na nossa (Davi – Gestor Coordenadoria).

Sendo assim, identificamos que o foco desses agentes institucionais na relação com as políticas e os seus destinatários está sobre o cuidado e o acolhimento, distanciando-se dos discursos ideológicos de cunho proibicionista e da percepção da abstinência como objetivo primordial dos projetos terapêuticos.

Em contrapartida, os discursos dos(as) agentes institucionais que atuam em comunidade terapêutica vão na contramão dessas perspectivas, manifestando uma discrepância nas concepções do objeto e dos meios de trabalho, como é possível perceber através das citações apresentadas a seguir:

No fundo, o que as pessoas pouco entendem é que por se tratar de uma doença, se perde o controle, o indivíduo perde o controle sobre si. A partir daí, quem tem acesso ao dinheiro vai gastar, vai usar até gastar tudo, quem não tem vai praticar pequenos crimes, furtos para poder obter, porque é uma doença, está fora do controle dele. Por ser uma adicta, eu sei o quanto dói [...] Tendo compreendido que o meu problema não era a substância, a substância é consequência de toda essa falta, da doença, do vazio aqui dentro. A droga é para anestesiá-lo. Existe uma falta muito grande dessa pessoa que está aí aprisionada à droga e ele precisa ser ouvido, ser acolhido, precisa que parem de julgar e acreditem, sintam o que ele está sentindo naquele momento. São pessoas que, se formos ver, são tão vazias. Quando chegam aqui eu vejo pessoas mortas em vida, sem brilho (Débora – Vice-Presidente CT).

A chegada de qualquer vida que seja, independentemente de como ela chegou ao uso, à compulsão, à obsessão, até que ponto ela chegou, porque é uma doença progressiva, incurável, fatal. Particularmente, as minhas crenças, ainda acredito naquela coisa espiritual, que não vou ter força sozinho, vou ter que confiar em algo. Aquilo vai me afetar no espiritual, no mental e físico também, meu corpo sempre vai pedir. Estou há algum tempo limpo e eu sinto ainda abstinência, sei o que é isso. Não tem cura, só que tem tratamento. Não é porque eu convivo e sou voluntário numa comunidade que eu não posso enxergar aquilo como: isso aqui é minha doença. Mas teve que a vida, esse local, esse tipo de tratamento, alguém me dar a chance de entender isso como doença e não como sem-vergonhice

da minha parte, como a sociedade enxergaria (Estevão – Administrador CT).

É importante destacar que esses agentes institucionais também reconhecem a relação entre as vulnerabilidades sociais e os problemas relacionados ao uso de SPAs, aspecto que os sensibiliza para atuar de forma mais humanizada com esse público. No entanto, observamos que os seus discursos, ainda que sensíveis para determinados fatores, apresentam uma abordagem reducionista do objeto e dos meios de trabalho, o que acaba por reproduzir os estigmas e preconceitos que eles mesmos haviam denunciado ao longo das entrevistas.

Por um lado, há ênfase e supervalorização da dimensão orgânica, na medida em que a relação com as drogas é definida como uma doença progressiva e incurável. Sob essa ótica, ter problemas com o uso de drogas é como viver aprisionado em um corpo contaminado, que não tem controle, um corpo que “sempre vai pedir” pelo uso da substância. Por outro lado, essa contaminação é perpassada por uma dimensão espiritual, de caráter difuso e misterioso, o que justifica a necessidade de relacionamento com alguma divindade para fins de purificação, o desafio de “ficar limpo”.

Portanto, dentro dessa perspectiva, a noção de acolhimento ganha outros contornos, na medida em que absorve a suspeita e o controle como mediadores necessários da relação com os sujeitos. Acolher, nesse sentido, significa também ensinar a desconfiar do próprio corpo e apostar no isolamento social como estratégia prioritária de cuidado.

Portanto, esses agentes institucionais manifestam discursos ideológicos alinhados com o proibicionismo, compreendendo a abstinência como única possibilidade efetiva de cuidado e adotando uma postura desfavorável acerca das estratégias de redução de danos:

Enquanto comunidade terapêutica e sendo uma adicta também, sendo profissional, tendo toda essa experiência desses anos, eu nunca vi alguém que tentou a redução de danos realmente parar. Não funciona pra mim. Talvez tenha funcionado pra alguém lá fora, mas eu não conheço. Porque quando a pessoa já se coloca numa situação de fundo de poço, de precisar abdicar da sua liberdade, do seu direito de ir e vir, porque querendo ou não, aqui todos têm o direito de ir e vir, mas todos os dias não. Se ele vai ingressar em um tratamento, ele tem que estar longe da sociedade por um período, mas ele está porque ele quer estar, não está contra a vontade dele. Eu admito que preciso de um tratamento, passo 9 a 12 meses em um tratamento e quando eu sair vou usar apenas no final de semana?

Não vai funcionar, vai perder o controle. A ciência mostra que a doença é progressiva. Se é um usuário que ainda não perdeu o controle, que maravilha [...] Mas o público que eu atendo, são pessoas que já passaram várias vezes pelo CAPS, que já tentaram redução de danos. A primeira coisa que um adicto faz é tentar controlar o uso, tentar usar uma vez por semana, uma vez no mês, aí vai perdendo o controle. Acredito que quem está no início da doença pode tentar fazer essa redução de danos, não sei. Fico até sem saber como falar, porque eu nunca vi funcionar. O que eu vejo de fato chegar aqui [...] são pessoas que fazem uso do CAPS há anos para conseguirem uma droga de substituição, que no caso é a medicação, e a partir disso eles vão desenvolvendo uma outra situação, que é a farmacodependência, fazendo o uso cruzado [...] Essa é a experiência que eu tenho de vivência aqui dentro, com as histórias que eu escuto [...] No meu ponto de vista, como adicta, não acredito que a redução de danos ajude uma pessoa que já está no estágio crônico. Inicial, aí já não tenho como falar, porque o meu público são pessoas que já chegaram no limite da doença (Débora – Vice-Presidente CT).

Venho dessa linha da abstinência total. Pra mim, não resolveu, sou um alcoolista, não resolveu simplesmente beber menos. Não me enquadro na parte de ser aquele de só beber final de semana, sempre fui compulsivo, foi amor à primeira vista. Consegui manter um padrão de vida, consegui conquistar algo na minha vida ainda, mas já no uso compulsivo. O que fez foi desandar mais ainda, porque é progressão. Não é o público que atendemos, perante os estudos que fizemos, perante o que observamos, das reuniões que participamos. Entendo que existe outro tipo de tratamento, o direito de ter o tratamento de redução de danos, é plausível [...] Mas é uma parte que sempre batemos muito a marreta, porque muitas pessoas estão em um estado crítico, mas elas vão acreditar até chegar ao ponto e ver que não adianta redução de uso pra ela. É o que ela vai usar de muleta para continuar usando. Com isso, vou ter indivíduos que poderiam ter resolvido com 2, 3, 4 internações no máximo, talvez até na primeira, mas tem indivíduos que estão com 30 internações (Estevão – Administrador CT).

Percebemos nesses discursos uma compreensão negativa acerca da redução de danos e do trabalho realizado pelos CAPS nessa perspectiva, uma vez que, para esses agentes institucionais, essa proposta de cuidado inviabiliza ou impõe dificuldades para a manutenção da abstinência, além de favorecer a dependência de outras SPAs, como os medicamentos.

É importante ressaltar que a medicalização da vida é um problema de saúde pública reconhecido pelo Ministério da Saúde, que recentemente lançou uma cartilha com recomendações e estratégias para o enfrentamento dessa problemática (Brasil, 2019c). No entanto, esse fenômeno pode ser visto como uma consequência direta da conjunção entre o modo de produção capitalista, a consolidação do discurso médico e a ascensão da indústria farmacêutica, realidade que estabelece modos de subjetivação e relações sociais que impelem os sujeitos aos processos de “buscar nos medicamentos

saídas mais rápidas para o sofrimento, visto que esse deve ser negado e extinguido da experiência humana” (Rocha et al., 2019, p. 401).

Embora a medicalização da vida também se manifeste e seja reproduzida em serviços como CAPS, Unidades de Acolhimento e Residências Terapêuticas, percebemos que isso acontece como reflexo da manutenção de princípios e práticas asilares nesses espaços, enquanto a proposta antimanicomial, representada também pelas estratégias de redução de danos, busca reconhecer e problematizar o sofrimento dos indivíduos para transformar as práticas de cuidado, priorizando intervenções coletivas e territoriais, além de desenvolver estratégias de uso racional dos medicamentos.

Por outro lado, foi possível identificar entre os gestores de CT uma relativa valorização acerca do trabalho realizado pelos CAPS, uma vez que muitas necessidades das pessoas acolhidas não conseguem ser atendidas na própria instituição e se torna inevitável buscar outros serviços da rede. Nesses casos, a RAPS é acionada para atender demandas pontuais que possibilitem a continuidade do tratamento realizado na CT:

Nós temos a profissional na casa para facilitar e fazer esse acompanhamento, até para ver se ele se deu com aquela medicação, se não deu, se está bom, se estabilizou o humor. Então é assim: “Eu quero continuar fazendo o meu atendimento no CAPS”, pronto, ele tem total direito, nós temos carro aqui na casa, então ele tem total direito de ter acesso à rede [...] Sabemos que o CAPS tem esse olhar realmente, acho isso muito bom, de direcionar para locais humanizados, acolhedores. Quando eu recebo a ligação de alguém do CAPS direcionando, eu fico muito feliz porque eu sei que o nome do nosso trabalho já chegou lá no CAPS. Nós recebemos títulos, de cidadão, de reconhecimento, justamente tudo pelo CAPS que tem esse primeiro contato e vê o trabalho que desenvolvemos [...] O CAPS é uma porta de entrada que eu percebo, porque as mães, o pai, a esposa que liga: “Não, ele está no CAPS. Não, ele está sendo atendido em tal canto. Não, ele foi pro CAPS, mas foi mandado pra desintoxicação”. Então, isso vai facilitar cada vez mais o nosso trabalho, porque quando uma pessoa vem pelo CAPS, eu me sinto muito segura, nos sentimos seguros, porque sabemos que está no encaminhamento, que foi atendido, porque dá todo esse suporte (Débora – Vice-Presidente CT).

Esse trabalho multifacetado do serviço, de tratamento de álcool e outras drogas, compulsões e obsessões, quando você consegue alinhar essa parte terapêutica com psicológica, com médico, que seria o psiquiatra, dá um resultado muito mais efetivo. Você é atingindo em várias áreas. Então, tentamos sempre complementar o serviço que o CAPS já oferece de excelência em relação a enviar, entender que o indivíduo não vai parar em uma simples redução, não vai parar em um simples atendimento, ele estando na rua com todas as facetas que seriam com a recaída dele. Também, quando preciso, usamos muito a rede na questão médica, porque esses acolhidos muitas

vezes, dentição, problemas de saúde, o que é mais normal é o cara parar de usar, principalmente dependendo de qual droga, é tumor, é garganta inflamada, as DSTs também, chegam com sífilis, ou seja, um soro positivo também é acompanhado. Temos que usar a rede em relação a isso (Estevão – Administrador CT).

Consideramos essa relação da CT com outros pontos de atenção da RAPS um avanço no sentido de uma maior integração entre serviços e equipes, levando em consideração que se mostrou muito comum no cotidiano do CAPS AD discursos de usuários(as) nos quais relatam que foram impedidos de buscar atendimentos em outros serviços e de usar os medicamentos prescritos durante acolhimento em determinadas CTs, com a justificativa de que o tratamento se daria somente pela via espiritual. No entanto, as percepções desses agentes institucionais ainda relegam aos CAPS um papel secundário, como porta de entrada e meio de encaminhamentos para acolhimento nas CTs, sem que haja uma perspectiva de integralidade do cuidado.

Sendo assim, diante do panorama apresentado, é perceptível uma diferença significativa de concepção do objeto e dos meios de trabalho entre os agentes institucionais entrevistados, configurando uma disputa entre os dois paradigmas orientadores das práticas de cuidado em saúde mental dentro da mesma rede de atenção psicossocial.

Os olhares dos gestores(as) municipais e dos profissionais de nível superior do CAPS AD, embora apresentem resquícios do modo asilar na definição dos destinatários das políticas, aproximam-se substancialmente do paradigma psicossocial na medida em que consideram efetivamente os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes, buscando construir meios de trabalho que, além de acolher e identificar as necessidades dos sujeitos, sejam capazes de transformar a realidade na qual eles estão inseridos.

Já os olhares dos gestores de CT apresentam uma consideração genérica dos determinantes sociais e uma assimilação distorcida de elementos do campo da saúde, tais como a noção de acolhimento e a compreensão das psicopatologias, ao mesmo tempo em que demonstram fortes características do modo asilar na medida em que estabelecem a redução da existência dos sujeitos à condição de doentes e a adoção do isolamento social como método preferencial de cuidado.

## 5.2 Percepções sobre a trajetória das políticas: costurar uma rede ou uma colcha de retalhos?

### 5.2.1 Proibicionismo, cuidado colonial e suas repercussões

Ao nos debruçarmos sobre as percepções dos agentes institucionais acerca da trajetória das políticas públicas sobre drogas, a partir da realidade local que configura nosso campo de pesquisa, tomamos como ponto de partida um trecho do discurso de um dos gestores municipais, no qual ele estabelece uma análise sobre as raízes dessas políticas no território brasileiro:

Nós, enquanto município, recebemos todas as consequências das políticas sobre drogas nacionais e estaduais. Essas consequências afetam ao município diretamente, ao cidadão e à nossa cidade. Historicamente, o Brasil vem de uma política sobre drogas, vamos dizer assim, ele é signatário a mais de cem anos das políticas mais repressivas que existem no mundo na política sobre drogas. Porque temos uma fronteira enorme, uma fronteira com produtores e o Brasil é rota para a África, Europa, etc. Ele assinou conjuntamente com os principais países que tinham problemas com drogas já no início do século passado. O Brasil acabou tendo que assinar e firmou compromissos. Essa política é uma política de combate, de tentar acabar com as drogas, é uma política voltada para essa, acho que chega até a ser uma violência nesse combate, não cuidar do cidadão, mas sim focar nas substâncias e tentar acabar com as substâncias. Esse viés ainda existe até hoje (Davi – Gestor Coordenadoria).

É possível perceber que, para esse gestor, a origem repressiva e proibicionista das políticas públicas sobre drogas brasileiras estabeleceu a guerra às drogas como caminho prioritário de intervenção estatal, realidade que permanece atual e que traz repercussões negativas para o município e para os cidadãos, uma vez que as necessidades locais e territoriais são outras:

Nós no município, que não temos poder de polícia, não temos poder de fronteira, acaba que os cidadãos que têm a oportunidade de ter as drogas, vão consumindo, vão criando problemas. Temos a nossa necessidade de acolher e cuidar, de tentar fazê-los voltarem à sociedade, reinseri-los no trabalho, na sociedade, através de uma série de projetos e programas que temos e da nossa rede de atenção psicossocial. Então essa é a nossa função, acaba que fazemos exatamente essas vertentes do cuidado e da reinserção social (Davi – Gestor Coordenadoria).

Portanto, percebemos, a partir dessa fala, um desencontro de prioridades entre os entes federativos e a compreensão de que a aposta na guerra às drogas, além de não conseguir alcançar seus pretensos objetivos,

compromete a implementação de políticas voltadas para as reais necessidades das pessoas que vivenciam problemas com o uso de drogas:

O indivíduo tem a liberdade para ir atrás de consumir, porque você acaba com uma droga, ele inventa outro tipo de droga. Se tentar acabar com as drogas por um lado, não vai conseguir, surgem drogas novas do outro, e isso tem causado uma série de problemas na sociedade, com pessoas que, por vezes, entram em um caminho e se veem numa situação complicada. A política sobre drogas no Brasil tem esse viés atrasado, não é feita baseada realmente em dados científicos para serem analisados, de forma a dirigir a nossa política. É feita meio empírica, meio pelos pensamentos, pelos achismos, em uma continuidade do que sempre vem sendo feito, baseado na repressão (Davi – Gestor Coordenadoria).

Ao prejudicar a implementação de políticas fundamentadas na perspectiva da saúde, a continuidade da lógica proibicionista repercute diretamente na relação dos agentes institucionais com essas políticas, produzindo contextos e experiências de trabalho que podem ser resumidas pelos sentimentos de frustração e incongruência e pelo anseio de mudanças:

Quando você olha alguns estados e algumas cidades no Brasil, os planos que foram lançados são mais do mesmo. Uma sensação que incomodou muito a nossa equipe, que incomoda muito, é a sensação de enxugar gelo. Você trata, vai tratando as pessoas que vão chegando com o problema, vai tratando, vai fazendo prevenção. Os programas de prevenção no Brasil são programas que dão resultados contrários e iatrogênicos, todos os programas de prevenção no Brasil são importados e não são bem traduzidos e os resultados têm sido piores. Toda prevenção mundial, todos os programas de prevenção mundial tentam retardar o primeiro uso de uma substância. No Brasil, esse uso, a idade vem caindo. Então, achamos que estamos sempre enxugando gelo e quando você olha para todos os planos lançados até agora, o plano federal, o plano nacional, os planos estaduais, inclusive do estado do Ceará e alguns estados do Brasil, planos municipais, são todos na mesma linha de uma política muito atrasada (Davi – Gestor Coordenadoria).

O sentimento hoje é de frustração, o meu sentimento é de frustração. Eu tenho um CAPS que atende 10 mil pessoas, mas como é esse atendimento? Quem são essas pessoas? Elas têm acesso na hora que elas precisam mais? [...] Ficamos enxugando gelo e o gestor fica tentando colocar um acolhimento que não acolhe, porque nem você é acolhido, nem o profissional é acolhido, como é que ele vai acolher? [...] Então aí vem o meu sentimento de frustração, porque vêm outras questões que permeiam mesmo, da falta (Ester – Gestora Coordenadoria).

O sentimento hoje é que a implantação é muito difícil e que precisamos ampliar o horizonte, abrir o nosso leque de opções para resolver os casos das pessoas ou de pensar em políticas mais amplas, que cheguem em todo o caminho da rede (Sara – Gestora Coordenadoria)

O sentimento é que podemos fazer muito mais. Já fazemos muito pelo que temos, mas podemos fazer muito mais (Raquel – Articuladora Saúde Mental).

O sentimento é de preocupação e eu sinto que temos, pacientes, funcionários e gestão, de buscar, lutar para que esse quadro melhore, que o paciente tenha o espaço que ele merece e melhores condições também de trabalho, para que a gente desenvolva todo esse trabalho, o funcionário também tem que ter condições (Rebeca – Coordenadora CAPS AD).

O sentimento [...] na verdade, se fez toda uma revolução psiquiátrica, dizendo que não podia mais, era antimanicomial. Todo mundo levantou a bandeira do antimanicomial, desinstitucionalização, tirar daqui e botar ali, mas tirou daí e botou onde? É difícil arranjar uma vaga em um CAPS, até mesmo pro profissional psiquiatra atender. É difícil arranjar uma vaga na residência, porque não temos condições suficientes pra atender eles. Então o meu desalento é esse, fechamos uma política, que na verdade não era humana, o tratamento, mas não subsidiamos, não melhorou a outra opção. Extinguimos uma política, mas não estabelecemos uma outra forte pra acolher essas pessoas, esse fluxo e a demanda que só aumenta (José – Gestor Coordenadoria).

O sentimento é de incongruência, que as políticas são meio que uma colcha de retalhos, elas não dialogam bem entre si. Existem atores e pessoas diferentes fazendo coisas totalmente diferentes, e isso acaba levando a um resultado da mesma forma também imprevisível. Escutamos relatos de ótimas experiências de pessoas que procuraram diferentes pontos da rede pra serem atendidas em relação a esse problema, e escutamos pessoas que trazem experiências muito negativas, em que foram vítimas de estigma, em que foi trazida a perspectiva apenas de isolamento, de internação de longa duração (Paulo – Profissional CAPS AD).

Observamos ainda que a concepção proibicionista se apresenta, no âmbito das políticas de saúde mental, como uma aliada do paradigma asilar, uma vez que “a lógica de tolerância zero que emerge com a guerra às drogas processa a união entre a premissa da abstinência e a ideia de segurança” (Silva; Marques Jr., 2020, p. 195). Essa associação opera uma convergência perversa entre os campos da segurança pública e da saúde, configurando contradições e desalinhamentos entre os diferentes pontos da rede de atenção psicossocial, esta que, através dos discursos apresentados, mais se assemelha a uma colcha de retalhos.

Outro elemento presente nas falas dos agentes institucionais que merece destaque, é a percepção de que a guerra às drogas, embora produza repercussões para a sociedade como um todo, afeta com mais intensidade determinados grupos sociais e comunidades, com recortes de raça, gênero e classe social muito evidentes:

Essa visão preconceituosa, essa visão de acabar com a substância, essa visão de encarceramento, essa coisa tem que mudar. Temos que ter um olhar mais humano, olhar para a pessoa que está precisando, está necessitando [...] Encarceramento, problema com drogas, está na população negra, pobre, vulnerável, esses números são de conhecimento. Não tem brasileiro que possa dizer que desconhece isso [...] Sabemos que o problema da escolaridade também afeta a mesma população vulnerável, negra. Quando você vai para os índices de evasão escolar, dentro do ensino fundamental, quando você pega crianças de 10 a 19 anos, essa faixa de adolescentes que é a que mais morre no nosso município [...] Quando olhamos o recorte que a evasão escolar é 10 vezes maior quando passa para o ensino médio, e ali também aumenta muito os casos de assassinato, morte dessas crianças e adolescentes, muitas vezes por drogas, por facções, por brigas de territórios, então você tem que fazer uma relação (Davi – Gestor Coordenadoria).

Falamos até agora em pessoas que a sociedade considera comuns, porque negro, mulheres, pessoas que têm orientação sexual que não sejam héteros, todo esse público, se existe visibilidade na saúde mental para as outras, vamos chamar de categorias, imagina quando juntamos várias situações numa mesma pessoa e ainda tem o uso de substâncias. Se você vê uma pessoa negra ou indígena, pobre, em situação de rua, gay ou travesti [...] você vê negra, sem instrução e ainda tem o uso de substâncias. Essa pessoa é um espúrio da sociedade, ela não consegue acesso nos nossos serviços de saúde por ela estar suja, por ela ser negra (Ester – Gestora Coordenadoria).

O paciente de saúde mental, seja usuário de droga, ou seja de transtorno severo e persistente, dentro de uma comunidade faccionada ou não, ele já é racializado ali mesmo. Essa racialização vem também da base dos transtornos, porque assim como a população carcerária é uma população negra, esse lugar do adoecimento e de usar a droga lhe trazendo prejuízo, ficou também pra essa camada da população [...] A nossa sociedade toda usa droga, todos nós usamos drogas, mas o tratamento está na periferia, a organização e o controle dos corpos é na periferia [...] A questão racial é atravessada pela saúde mental, esses corpos negros são os mais prejudicados e também são os que têm menos atenção [...] Imagina o que é pra uma população de rua ir lá na defensoria pública pedir atendimento, ir em uma delegacia tirar uma segunda via, fazer um boletim de ocorrência virtual, pedir uma orientação do INSS, eles não vão. O preto, pobre, sem chinelo, sujo, usuário de droga, ele não chega lá. A mulher que surtou, que é doida, que é esquizofrênica e que é preta, ela não chega, não entra na agência, não sobe na casa do povo, não entra na Assembleia Legislativa, nem na Câmara porque ela está de short, porque está seminua, que é como vemos a população racializada que está na rua. Racialização em um sentido social, um recorte de classe, a interseccionalidade, a classe e a raça, porque são os corpos mais pobres, mais violentados, são eles que estão nas bocadas, que estão nos estabelecimentos que vendem droga, que estão vendendo seu corpo ou trocando por droga, ou trabalhando para facção, ou trabalhando para milícia, são eles. Não tem como não ver que a racialização atravessa a política de saúde mental (Priscila – Profissional CAPS AD).

O que esses agentes institucionais percebem a partir de suas experiências, em nossa análise, é reflexo de uma conjuntura política organizada pelo atual padrão de poder mundial. Afinal, foi a internacionalização

do proibicionismo norte-americano que promoveu o fortalecimento da guerra às drogas e o endurecimento dos sistemas penais nacionais na América Latina, perpetuando hierarquias de raça, classe e gênero estabelecidas desde o período colonial (Daou, 2021; Ferrugem; Gershenson, 2021).

Refletindo sobre as repercussões dessa conjuntura na realidade local, em diálogo com o conteúdo apresentado pelos agentes institucionais, observamos que a cidade de Fortaleza vem vivenciando nas últimas décadas um processo de intensificação da violência urbana, caracterizado, principalmente, pelo aumento progressivo de crimes violentos e pelo alto índice de homicídios na adolescência, experiências que são normalizadas no cotidiano de territorialidades periféricas. Dentre os diversos fatores que contribuem para a estruturação desse cenário, podemos mencionar a conjunção entre a adoção de políticas de segurança pública orientadas pela lógica da guerra às drogas, o fortalecimento das organizações criminosas e das disputas territoriais impulsionadas pela dinâmica do encarceramento em massa e a precarização de políticas públicas sociais característica do avanço da ideologia neoliberal (Benício et al., 2018).

Ainda assim, a lógica proibicionista, institucionalizada pela política de guerra às drogas, é legitimada no imaginário social como único caminho possível para a garantia da segurança. No entanto, o que a sua verdadeira face revela são estruturas de uma biopolítica do sacrifício que marca o corpo negro e pobre como vítima preferencial da violência sacrificial (Dos Anjos, 2019). A produção teológico-política de imagens sacrificáveis, lançada sobre o corpo negro e periférico, legitima toda forma de violência descarregada em sua direção, assim na terra como no céu.

Consideramos que tais elementos oferecem sustentação ideológica para a convergência entre a lógica proibicionista e o paradigma manicomial, através da qual se estabelece uma lógica perversa de cuidado, o cuidado colonial, uma vez que “O Estado que alega proteger acaba promovendo violações que reafirmam a punição e o extermínio dos corpos e comportamentos negros” (Passos, 2020, p. 117-118).

Nesse sentido, é importante ressaltar a interseccionalidade do cuidado colonial a partir das dinâmicas da divisão social e sexual do trabalho no modo de produção capitalista, que impõe sobre as mulheres, especialmente

mulheres negras e pobres, os trabalhos mais subalternos, as piores remunerações e a responsabilidade de realizar e executar o trabalho do cuidado, ao mesmo tempo em que impossibilita suas condições de exercer autocuidado (Passos, 2020).

Essas expressões do cuidado colonial também se manifestam no âmbito da saúde mental do município de Fortaleza:

As mulheres procuram ajuda para os homens, mas para elas próprias não procuram. Elas demoram, são as últimas a procurar, acho que só quando elas estão nas últimas mesmo que vão procurar. O companheiro ou a família também não vêm procurar por elas. Enquanto elas, ao contrário, com os homens, o filho, a filha, elas vêm mesmo (Davi – Gestor Coordenadoria).

As mulheres relacionadas a álcool e drogas é um perfil mais difícil do tratamento, da adesão. Até [...] da permanência na desintoxicação, por ela ser a responsável pela família, do cuidado, mas também outras questões que sabemos, que é o comércio com o próprio corpo, que sabemos que existe e é muito forte. Essas mulheres também são submissas a quem ela está próxima, seja o esposo, seja o chefe daquele local que ela está. Porque também vai depender se ela está em situação de rua, se tem a casa dela. Mas é um público que eu vejo que ele tem uma vulnerabilidade (Raquel – Articuladora Saúde Mental).

[...] Tem a interseccionalidade do profissional, se ele for religioso, dependendo da religião, preconceituoso, homofóbico, se a branquitude estiver nele, enraizada, porque tem também a questão cultural e a colonial, quando falamos do que os ancestrais trouxeram para nós e que vem se arrastando [...] tem um discurso aí que todo mundo é igual e esse discurso, para mim, ele não existe. Igualdade no Brasil não existe, ninguém é igual, eu não sou igual a você. Por esse discurso que todo mundo é igual, é que negligenciamos, nós que eu digo os profissionais, negligenciamos os que mais precisam, porque na verdade estamos fazendo o caminho contrário. É para darmos mais assistência, mais cuidado a quem precisa mais. Aquela pessoa que mais precisa, é a que menos enxergamos, porque ela reclama, porque causa mau cheiro, porque está suja, porque dá mais trabalho. É a que tínhamos que acolher mais e é a que menos acolhemos. Então, eu acho que é a interseccionalidade, ela precisa ter o olhar de cada um. “Ah, somos todos iguais”, não somos (Ester – Gestora Coordenadoria).

Mais uma vez fica evidente que, diante das contradições impostas pela perspectiva proibicionista/manicomial, as demandas individuais, comunitárias e territoriais não reverberam na implementação das políticas públicas sobre drogas no campo da saúde mental. Na verdade, pelo contrário, percebemos que essas políticas, muitas vezes, caminham na direção oposta, como evidenciam algumas percepções sobre o cuidado em saúde mental voltado para mulheres na RAPS de Fortaleza:

É um público mais difícil de acessar, acessar no sentido de conseguir trazer pra fazer o tratamento e que hoje não tem pra onde encaminhar essa mulher, não tem mais como dar um segmento pra ela a não ser o CAPS. A desintoxicação feminina, que nós não temos mais vagas, não temos mais leitos na Santa Casa e sem previsão pra ter, porque o que foi que a gestão disse? O que foi que a Santa Casa passou pra que não houvesse mais esses leitos? Que não tinha adesão e não tinha a busca por eles, que esbarramos com a situação de não haver busca e não haver adesão por outros motivos, que não justifica não ter mais leito, não ter pra onde encaminhar. É algo que o município está tentando contornar, mas que no dia de hoje, nós ainda não temos para onde (Raquel – Articuladora Saúde Mental).

Tivemos uma experiência muito ruim na CORES I, que foi o fechamento da Unidade de Acolhimento (UA) feminina, que impacta diretamente na população feminina e trans, que nós acolhíamos. Eram pessoas que chegavam a UA em grande vulnerabilidade e que hoje nós temos uma dificuldade muito grande de arrumar vagas pra essas pessoas. Na Santa Casa também houve uma diminuição de vagas, diminuição não, a retirada de vagas femininas, que hoje só conseguimos, segundo eles, se a paciente tiver problemas clínicos. Temos que encaminhar pra Santa Casa e tem que ser justificado o encaminhamento com problemas clínicos. Nós não conseguimos encaminhar nenhuma mulher para lá, então isso impacta diretamente na população feminina e trans (Rebeca – Coordenadora CAPS AD).

Enquanto as mulheres apresentam necessidades e vulnerabilidades específicas, singularidades reconhecidas pelos próprios agentes institucionais, a RAPS de Fortaleza estrutura caminhos que configuram uma desassistência para esse público, materializada através do fechamento da Unidade de Acolhimento feminina e da desarticulação de leitos femininos para desintoxicação na Santa Casa da Misericórdia, decisões que afetaram diretamente a produção do cuidado nos serviços de saúde mental.

Para um desses agentes institucionais, tais decisões também são reflexo de uma desarticulação entre as políticas de saúde no geral e as políticas de saúde mental:

A impressão que eu tenho é que, no geral, a saúde mental não é priorizada pelas gestões públicas aqui do contexto onde eu vivo [...] Não percebo muita preocupação com esses outros avanços. Por exemplo, a questão da saúde da mulher, nós no município tivemos a criação de um hospital da mulher [...] que foi muito marcante, um hospital enorme, com vários setores, várias especialidades para lidar com isso. Mesmo que isso tenha mudado depois, isso refletiu muito do que se discutia até nacionalmente na época, de atenção à saúde da mulher como algo que precisaria de um olhar diferenciado, de uma capacitação específica e de que era muito estratégico, porque afinal é mais da metade da população. Na saúde mental, temos o extremo oposto atualmente, que é praticamente não ter onde acolher mulheres, seja em abrigo transitório, nas UAs pouquíssimas vagas. Uma unidade que era feminina foi fechada há uns dois anos e a que tem, que acolhe mulheres, são pouquíssimas vagas. A Santa Casa, que era o hospital de referência para leito de atenção em álcool e

outras drogas, deixou de acolher mulheres. Para mim, isso reflete o oposto [...] reflete também esse lugar de maior invisibilidade que a saúde mental tem em relação a outros aspectos da saúde como um todo (Paulo – Profissional CAPS AD).

Para outras agente institucional, essas decisões refletem ainda um contexto de desvirtuação de serviços de saúde mental pela lógica proibicionista/manicomial, ou seja, processo através do qual instituições concebidas originalmente a partir de princípios antimanicomiais passam a reproduzir discursos e práticas repressivas/asilares:

As Residências Terapêuticas estão sendo desvirtuadas do papel delas, como as Unidades de Acolhimento também, que nós éramos para investir mais, nós que eu digo o governo. Por que temos tanta demanda e as UAs estão vazias? Fechamos uma porque não tinha público, será que é apenas por conta das barreiras sociais? Ou elas são um pano de fundo para não poder dizermos que falamos com relação à entrega daquela UA, com as atividades que eram para ser desenvolvidas e não são? (Ester – Gestora Coordenadoria).

Diante do panorama analítico que erigimos ao longo da pesquisa, consideramos que os processos que estabelecem incongruências, desarticulações e desvirtuações na RAPS de Fortaleza são expressões do contexto nacional de remanicomialização do cuidado em saúde mental (Guimarães; Rosa, 2019), mas não são as únicas.

### **5.2.2 As dinâmicas do retrocesso: disputas, subfinanciamento e fragmentação**

Para os gestores municipais e profissionais de nível superior do CAPS AD, a trajetória das políticas públicas sobre drogas no campo da saúde mental é marcada por disputas, estagnação e retrocessos:

Quando a política pública consegue ser efetivada, pelo menos naqueles princípios e diretrizes, estamos conseguindo fazer acontecer, mas sempre vai ser esse lugar de disputa. Por exemplo, ver que alguns equipamentos são descaracterizados. Temos uma Unidade de Acolhimento que tem uma caracterização manicomial, temos uma Residência Terapêutica que tem uma caracterização manicomial. E aí, vamos deixar de ter a RT? Não, é aí que eu quero chegar, não é deixar de ter a RT, não é dizer: “ou é do jeito que a gente quer ou não é”. É ter a residência e disputar esse lugar (Priscila – Profissional CAPS AD).

A nova política agora, ela não usa mais essa tecnologia de enclausurar, questão da desinstitucionalização, mas ela também não oferta o acolher e o acompanhar, de certa forma integral e resolutiva. No momento, devido ao aumento da procura e a baixa da oferta, estamos na saúde mental enxugando gelo. Tem esse problema,

procuramos alguém pra ajudar, mas o sistema está um pouco desgastado, está precisando ser ampliado (José – Gestor Coordenadoria).

Eu percebo um retrocesso, eu percebo um aumento do uso abusivo das substâncias, até porque elas são mais fáceis, mais simples, eu vejo um adoecimento geral da população também [...] tem muito holofote, muito sensacionalismo, como estamos vendo agora na época da campanha política e se utiliza isso também, vemos um adoecimento dos profissionais, porque eles não conseguem dar uma resposta que é para dar, não conseguem articular essa rede [...] Eu não vejo, nem do estado, nem do município, a eficiência nem eficácia que deveria ser, se tivesse integrado e fortalecendo os serviços de saúde mental (Ester – Gestora Coordenadoria).

Constatamos nos discursos uma percepção de que essas disputas conformam retrocessos que comprometem a implementação da RAPS, deturpando os princípios, diretrizes e propostas de cuidado que a fundamentam. Esse acirramento, marcado principalmente pela oposição entre o modo psicossocial e o modo asilar, ganhou outro contorno com a entrada das Comunidades Terapêuticas na cena das políticas públicas de saúde mental:

Eu não sei dizer se foi para melhor (as mudanças nas políticas), mas que precisamos realmente voltar o olhar para isso, porque muita coisa que foi construída, principalmente a nível de governo, de ministério, precisa ser revista, detalhada mais, esmiuçada. O que mais compromete é a questão da rede. Como esse paciente vai caminhar na rede se você tem um equipamento que não faz parte da rede? Porque sabemos que muitos dos pacientes acabam indo para as comunidades terapêuticas e isso não é visto pela rede como um todo, isso segrega a situação e a perdemos a continuidade do cuidado desse paciente [...] perdemos o vínculo, perdemos o controle do acompanhamento, perdemos o monitoramento de tudo isso, de indicadores também. Os serviços de lógicas diferentes na mesma rede é um problema, porque já que falamos em rede, teria que ser tudo numa rede só (Sara – Gestora Coordenadoria).

Eu já vi baterem muito em comunidade terapêutica e me incomoda, porque eu não me encaixo, enquanto instituição, nós não nos encaixamos naquilo que as pessoas estão acostumadas a ver. Nós nos dedicamos tanto, buscamos fazer o certo, eu vou lhe mostrar a nossa casa, você vai ver. Eles chegavam a falar colocações que me doíam. Um dia eu levantei no meio do fórum, lá no congresso, eu não aguentei não, estavam sentando o pau nas comunidades terapêuticas e levantei e falei: “olha, é o seguinte, eu entendo a colocação de vocês, mas eu estou há 10 anos e eu nunca vi nenhum de vocês na minha porta”; aí soltei o sarrafo e falei. Se eles pegam dados dos piores locais que eles visitam, por que que eles não visitam também locais que se destacam? Por que que eles não falam também das que fazem um bom serviço? Ou então, por que que eles não cobram mais? [...] fecha o que tiver que ser fechado, reconhece quem está fazendo um bom trabalho. Fiquei muito decepcionada, porque na época, em vez de eu ter a oportunidade de expor o meu trabalho, mostrar o nosso trabalho, eu me senti muito atacada e vi o meu trabalho sendo totalmente depreciado, sendo que eu não encaixava

naquela realidade que eles estavam falando (Débora – Vice-Presidente CT).

Uma das facetas do retrocesso, articulado pelo processo de remanicomialização do cuidado em saúde mental, consiste na destinação de recursos financeiros para as CTs, em detrimento dos serviços territoriais de base comunitária, como CAPS, UAs e RTs. Tal cenário se configura como um subfinanciamento das políticas de saúde mental antimanicomiais:

Sabemos que existe um financiamento para as comunidades terapêuticas, mas não temos como acompanhar. Eu não sei nem qual é o montante de Fortaleza, para você ter uma ideia, não temos esse acompanhamento. É algo à parte, a comunidade terapêutica entra no Ministério, solicita e tudo mais, não passa por aqui. Enquanto isso, temos um subfinanciamento da própria saúde mental como um todo, onde todo o nosso incentivo aqui é muito mais municipal do que propriamente estadual ou federal. Somente 30% do financiamento que vem é do Ministério. Isso dificulta a implantação da saúde mental, do trabalho, da organização e dá margem para que tenhamos outras formas de se organizar (Sara – Gestora Coordenadoria).

Na prática eu percebo que houve um fechamento para a saúde mental, inclusive, que escutamos muito falar que na saúde mental houve diminuição de verbas. Nas reuniões que eu vou, o que falamos muito, nas reuniões também de defensoria, de promotoria, de aumentar essas verbas pra que a saúde mental possa abrir mais equipamentos. Na prática, sobre os contratos, que antes tinha alguns contratos de alimentação e houve falhas de abastecimento. Nós percebemos uma dificuldade no abastecimento, que a gestão tenta de todas as formas sanar, pra que não tenha esse tipo de problema, mas percebemos uma dificuldade (Rebeca – Coordenadora CAPS AD).

Vale salientar que, em contrapartida, os gestores de CT perceberam mudanças favoráveis nas políticas de drogas, com mais apoio para essas instituições, principalmente no ano de 2019, durante o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro, período em que os recursos financeiros destinados para as CTs aumentaram vertiginosamente (Prudencio; Senna, 2022). Atualmente, após a mudança de governo, existe entre eles o receio de que esse cenário de apoio do governo federal sofra alterações:

Nesses anos (entre 2018 e 2019) mudou muito a questão da política de drogas em relação à comunidade terapêutica, existe hoje um apoio mais plausível, claro que com limitações [...] Eu considero que a lei melhorou muito, mas que realmente tem que existir essa questão de maiores fiscalizações [...] Temos uma atuação maior dentro da política sobre drogas a partir de 2019, foi quando participamos do nosso primeiro edital, chamamento público, naquele tempo era até SENAPRED, então começamos a ter uma participação maior dentro disso [...] Eu comecei num projeto junto com o governo federal, ao qual no Brasil, diante da política sobre drogas, eram atendidas 15 mil

peessoas. Hoje eu tenho 6 mil pessoas atualmente, com a queda dos contratos, tanto por tempo vigente, como por perda de contrato por descumprimento, como também com o novo edital não foram chamadas as novas comunidades ainda. Tivemos uma perda muito grande de vagas que eram disponíveis pra pessoas que realmente têm a necessidade e não têm condição de pagar um tratamento. Então, de cima para baixo, dá um certo medo de envolvimento (Estevão – Administrador CT).

O nosso medo sempre vai ser esse. Porque assim, enquanto instituição, a estrutura que nós temos aqui hoje, se o governo sair a casa vai continuar funcionando. Colocamos plano de saúde, porque nós temos estrutura pra isso, e eu vou atender quem tem condições, quem tem um plano de saúde. Nós não somos sustentados, pelo contrário, se eu colocasse aqui plano de saúde, eu iria ganhar dinheiro. Mas a nossa preocupação é como que ficam essas pessoas que não tem condições? Em vez de ter toda essa briga de quem é essencial, de quem não é, nós temos que nos unir entre todos os eixos e realmente fazer uma política pública que seja dentro da singularidade, dentro da necessidade de cada indivíduo (Débora – Vice-Presidente CT).

Há ainda entre esses agentes institucionais a visão de que o valor pago pelo Governo Federal não consegue suprir as demandas dos acolhidos e que mais vagas deveriam ser financiadas, possibilitando o acolhimento de mais pessoas. Para isso, a presença de representantes dos interesses das CTs em cargos públicos se mostra oportuno:

O valor é abaixo de um salário mínimo. Como é que você alimenta 5 vezes ao dia? Olha como não paga, são cinco alimentações por dia, ele tem psicóloga, psiquiatra, uma equipe 24 horas, desde a parte de manhã até o noturno no cuidado da casa, toda a estrutura ofertada (Débora – Vice-Presidente CT).

Tem essa vantagem, de ter iniciado no Governo Federal projetos em relação à criação de fundos para políticas sobre drogas, porque não se desenvolve nada sem dinheiro. Acredito muito que o maior problema hoje, até na evolução das políticas sobre drogas, seja sim fundos para isso. Estamos sofrendo a diminuição de vagas: “Ah porque a política não está ativa”. Não, eu tenho lá hoje, na frente do DEPAD, Sâmio Falcão, que é um anjo para as comunidades terapêuticas, mas verba para isso, passamos situações orçamentárias no país, ao qual vai ser tirado de algum canto, que realmente vai dar até briga de ego e poder em relação para onde vai esse dinheiro [...] Hoje em dia, no atual convênio, o valor é R\$ 1.172,26 reais. Eu fiz o custo outro dia, com os nossos 118 atendidos, hoje atualmente, com a equipe, vamos botar ali 125 pessoas, nosso custo mensal hoje de alimentação é 42 mil, por pessoa é de 9,49 a 10 reais por dia se eu for arredondar (Estevão – Administrador CT).

Voltando para o âmbito municipal, embora, muitas vezes, não seja perceptível uma relação direta entre mudanças a nível federal e o trabalho nos territórios, percebemos que esses aspectos afetam de forma significativa o cotidiano dos agentes institucionais e dos destinatários das políticas,

produzindo no contexto local experiências de trabalho marcadas pela carência de recursos, em vários níveis:

Uma das grandes dificuldades, a nossa falta de insumos mesmo, de materiais pra podermos fazer outros tipos de grupos, porque hoje o que acontece é que os grupos são realizados pela equipe. Falta de insumos, de poder proporcionar também a alimentação, que nós sabemos que eles sentem muita fome, a questão de não ter acesso mesmo. Às vezes ele tem acesso àquele grupo, àquele tratamento, às vezes pelo interesse do alimento, mas aquilo ali vai chamar e ele vai ser conscientizado depois, em segundo momento

Sinceramente, eu percebo mais o impacto das questões locais. Acho que eu sinto muito mais, por exemplo, se o serviço está com a equipe composta, se o serviço está com muita lacuna de profissionais, a alimentação do serviço, seja para acolhimento de 24 horas ou para fomento da participação nos grupos, ela está mais estável ou ela está instável, se as políticas vizinhas, as outras políticas, a assistência, a juventude, essas outras coisas estão mais próximas ou não, sinto isso mais do ponto de vista local.

Outra evidência do retrocesso pode ser encontrada ao avaliarmos o lugar que as estratégias de redução de danos ocupam na implementação das políticas de saúde mental, levando em consideração que, como já destacamos, o paradigma proibicionista/manicomial se movimenta no sentido de desconstruir essa lógica de cuidado:

O Estado tem uma política, parece até que cada um quer ter uma caixa dentro, mas que você não consegue o resultado final, aí eu digo não de não mais utilizar a substância, mas uma política de redução de danos. Quem é que fala de política de redução de danos no município de Fortaleza? Nos últimos 15 anos, para não dizer que é apenas na gestão atual, mas a política de redução de danos nenhum governo conseguiu implantar eficazmente dentro da capital (Ester – Gestora Coordenadoria)

Eu vejo que hoje alguns equipamentos da RAPS trabalham com a redução de danos, que isso inclui e é muito mais acolhedor, que entende o paciente, as dificuldades do paciente. Mas não todos, alguns trabalham com proibicionismo, de proibir o uso, e isso ao invés de acolher o paciente e tratar, dificulta mais, porque a pessoa já se culpa por não conseguir deixar o uso de substância e quando se proíbe, piora muito esse tratamento, essa possibilidade do tratamento (Rebeca – Coordenadora CAPS AD).

Não há uma diretriz, não há uma cobrança, digamos assim, não sei se é a melhor palavra, mas não há um direcionamento de que precisamos atuar com a redução de danos. Geralmente quem passa são os seus colegas quando recebem um novo (profissional). Não tem ninguém do município para ensinar o que é atuar com redução de danos, que o serviço tem essa missão de trabalhar assim, não tem Paulo – Profissional CAPS AD).

Eu não tive nenhuma formação sobre redução de danos aqui, tudo o que eu acessei sobre redução de danos foi porque fui atrás. Estou há

1 ano e 1 mês no CAPS, nunca tive nenhuma formação sobre redução de danos a não ser dos meus próprios colegas que colocam aqui na educação permanente, a não ser coisas que eu já fui atrás, cursos, e quando eu trabalhava com população de rua tive acesso [...] Quando eu converso com os meus colegas de todos os níveis, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros níveis superiores que entraram pra assumir aqui o concurso, percebo que nenhuma formação, nenhuma formação nossa, academicamente, tem formação sobre redução de danos [...] Então me assusta bastante saber que pessoas que estão no dia a dia com essa política de saúde mental não seja treinada, ensinada, não seja trabalhada a questão de redução de danos com ela (Priscila – Profissional CAPS AD).

Como é possível notar, a implementação das estratégias de redução de danos na RAPS de Fortaleza se dá exclusivamente por interesse e disposição dos profissionais que atuam na ponta. O município não apresenta uma política de redução de danos que estabeleça diretrizes, fluxos, capacitação e insumos necessários para que essa proposta de cuidado se materialize de forma adequada. Nesse sentido, o cuidado em saúde mental entre os serviços se dá de forma fragmentada, revelando a coexistência contraditória de práticas proibicionistas/manicomiais e práticas manicomiais, a depender do contexto institucional.

Na verdade, o município não dispõe de uma política de saúde mental própria, fazendo com que toda a implementação da RAPS se dê a partir de leis e portarias nacionais e estaduais, sem uma contextualização adequada para as necessidades e realidades municipais. Os dispositivos legais do município ainda estão em fase de construção, sem uma previsão concreta para sua conclusão:

Ficamos no processo de implantar e escrever políticas que não foram escritas antes, porque aqui na saúde mental do município não temos um documento, uma política de saúde mental, estamos nesse processo de construção. Houve, antes da minha vinda, uma escrita de uma política que está sendo discutida no conselho, estão sendo elaboradas sugestões, mas está nesse processo, ainda não recebi de volta. Paralelamente, estamos construindo os protocolos dos equipamentos e as linhas de cuidado da saúde mental como um todo [...] Essa política foi construída, foi repassada para o conselho, para a apreciação e avaliação, mas foram vistas muitas inconsistências e foram feitas algumas considerações, estamos nesse processo (Sara – Gestora Coordenadoria).

Nós também, Prefeitura de Fortaleza, estamos lançando a elaboração de um plano municipal de políticas sobre drogas [...] Paralelo a isso, estamos criando e elaborando uma linha de cuidado intersetorial. Porque hoje você não tem nenhuma linha de cuidado, você mesmo, na própria saúde, na própria RAPS, não consegue entender a nossa linha de cuidado. Os profissionais não entendem os

encaminhamentos, então dentro da própria saúde, não entendemos a linha de cuidado, o Brasil não tem nenhuma definição muito grande disso (Davi – Gestor Coordenadoria).

O caminho dessas políticas aqui no município depende do equipamento que essa pessoa está sendo assistida, porque vai depender, como nós não temos um fluxo estabelecido nos equipamentos de saúde mental, então cada um vai fazer de acordo com o perfil de seus profissionais, perfil de equipe, se eu tenho equipe completa, se eu não tenho, isso tudo vai influenciar no tratamento do usuário. Se eu tenho um equipamento de saúde que tem o mínimo de profissionais, que esses profissionais também se dispõem a função que eles estão lá, vai fazer total diferença. Eu não vejo isso 100%, porque a rede não é um fluxo, não tem fluxo, que é o que se tenta desenhar, já desde que eu entrei na saúde mental que se diz isso, que vai desenhar o fluxo dos equipamentos para que possamos ofertar os serviços igualitários e é algo que estamos caminhando, mas ainda não alcançou (Raquel – Articuladora Saúde Mental).

Enquanto isso, a trajetória das políticas sobre drogas no âmbito da saúde mental tem como principais características a contradição e a fragmentação, aspectos que se manifestam nos diversos contextos de trabalho dos agentes institucionais e que estabelecem descaminhos de cuidado, afetando os diferentes atores responsáveis pela implementação dessas políticas.

Tais aspectos podem ser explicados, em parte, pela ausência de processos de avaliação e monitoramento das políticas de saúde mental no município. A partir dos relatos dos gestores municipais e dos profissionais do CAPS AD, foi possível perceber que esses processos se resumem a uma quantificação de procedimentos realizados nos serviços, dados que são produzidos, mas que sem os devidos procedimentos de tratamento e análise, não são utilizados para a construção de indicadores que possam qualificar o rumo das políticas:

Elas (as políticas de saúde mental) são pouco monitoradas e muito menos avaliadas. Avaliação aqui, dentro da bolha, fazemos a avaliação, mas precisamos avaliar e escutar lá. Como é que ela está sendo avaliada para as pessoas que estão sendo cuidadas? Não temos isso. Não temos avaliação do profissional. O que que temos? Momentos de reivindicação. Tem o Grupo de Trabalho, nós escutamos, mas eu não posso considerar isso como uma avaliação. Nós, geralmente, vamos no serviço quando tem um conflito e quando eu vou quero inserir o meu pensamento lá dentro, nem escuto o que o profissional tem para dizer. Se formos falar de avaliação na forma do conceito do que é avaliação, nós não fazemos (Ester – Gestora Coordenadoria).

O monitoramento hoje, basicamente, eu vejo que é atendimento, por meio da produtividade, que é enviado todos os meses. Agora assim,

relatório do nosso sistema de informações, que é utilizado pro município todo, é o que é extraído deles, a produção mesmo. As atividades que são desenvolvidas, atendimentos, por categoria, os grupos que são desenvolvidos em cada equipamento, quantos encontros tem, número de participantes. É mais esse dado mesmo estatístico (Raquel – Articuladora Saúde Mental).

Não acompanho muito essas questões, por eu estar na gestão da ponta. Sei que existe um monitoramento, mas não posso te dar essa resposta, não sinto que tenha muitos detalhes para falar. Daqui do CAPS, eu forneço um relatório quantitativo, o que é feito de atendimento por profissionais, por categoria, não é por profissional. Tenho uma reunião, mas em relação a ser passado dados do que realmente é feito, porque quando vocês atendem, é gerado um relatório de acordo com o que você coloca no sistema. Atendimento individual tem um código, então quando você coloca esse código errado, é como se o município não estivesse vendo aquele seu atendimento. O que me pediram até hoje é a para informar o que realmente está sendo feito (Rebeca – Gestora Coordenadoria).

Sinceramente, não sei como é feito o processo de avaliação e monitoramento das políticas sobre drogas no município. Acho que, inclusive, um grande desafio [...] é a falta de monitoramento e de indicadores. Não tem indicadores claros que digam que o serviço está fazendo um bom trabalho ou em que precisamos avançar no serviço. Isso vem com o que eu falei antes em relação à própria capacitação, que não tem um estímulo do município, não tem um direcionamento claro de que vamos trabalhar com redução de danos e não se estimula nem a fazer, quanto mais a monitorar se foi feito. Na verdade, o que vemos é que existe uma preocupação mais numérica, se eu for falar de indicadores, não vou dizer que não tem, mas a preocupação é muito mais quantitativa: “Quantos atendimentos iniciais foram feitos? Quantas ideações suicidas foram identificadas no mês? Quantas tentativas?” Mas, não tem parâmetros claros para avaliar nenhum tratamento e nenhum serviço, exceto o que a própria ciência já traz, os instrumentos que já usamos enquanto profissionais (Paulo – Profissional CAPS AD).

Esses relatos, além de demonstrarem a inexistência de processos bem delineados de avaliação e monitoramento, revelam a profundidade da fragmentação e até mesmo uma dimensão alienante das experiências com essas políticas, uma vez que cada agente institucional se torna responsável por uma produção de trabalho individual, mas sem consciência ou conhecimento acerca do resultado final dessa “linha de montagem” das políticas de saúde mental. Essa fragmentação aparece de maneira ainda mais explícita nas percepções dos gestores municipais e profissionais do CAPS AD sobre a atuação dos principais órgãos/setores responsáveis pela implementação e articulação das políticas de saúde mental no município.

Sobre a CORAPP, setor que tem como principal competência “formular políticas, planejar, coordenar, articular, acompanhar e avaliar às ações e serviços nas áreas de: atenção primária à saúde, atenção

especializada, atenção em saúde mental, em consonância com as políticas nacionais e os princípios e diretrizes do SUS, visando a organização das redes de atenção” (Fortaleza, 2022c, p. 38), existe uma compreensão de que a articulação entre os serviços e atores da rede é incipiente e que há uma subvalorização das demandas do campo da saúde mental:

Aqui na SMS é uma coordenação só, a atenção primária e a psicossocial, de uma certa forma facilita, até por conta de pensarmos junto algumas coisas, mas tem muito a se caminhar, sair da caixinha da especializada. O que vai para a especializada da saúde mental é o CAPS, mas de uma certa forma a saúde mental não está só lá. Sempre houve um estigma de que saúde mental era no CAPS e ficou um pouco longe a atenção primária, que o paciente do CAPS não fazia parte da atenção primária. Então, estamos em um trabalho constante para mudar isso porque muitas vezes a população não enxerga isso e nós, mesmo como profissionais, acabamos fazendo essa separação nas caixinhas e isso dificulta muito o processo de integralidade do cuidado, de ver a questão centrada na pessoa e não na doença (Sara – Gestora Coordenadoria).

A CORAPP é uma coordenadoria gigante, porque ela formula todas as políticas públicas dessas três redes, ela é estrondosa. Se você ver uma política de execução, aqui na secretaria sou eu e mais 2 pessoas, mais as coordenadoras regionais para executar [...] Fazemos parte das duas coordenadorias, que são juntas e esse junto é no sentido de integrar, mas não conseguimos, a integração não é só em palavras, em espaço físico, a integração precisa ser completa. Ainda há muito a avançar e inclusive dentro das coordenadorias, dentro de uma coordenadoria, ainda existem várias caixas. Isso não é, infelizmente, não é apenas no município de Fortaleza, isso replica também em outras situações no Estado, porque precisamos ter o cuidado integral (Ester – Gestora Coordenadoria)

Eu percebo que a saúde mental é como se funcionasse junto com a atenção primária, e a atenção primária, ela é um mundo muito amplo, e acaba que essa amplitude da atenção primária toma muito espaço, talvez devido essa invisibilidade do paciente, que não vai lá brigar pelos direitos, devido as vulnerabilidades que ele tem. Esse setor da saúde mental tinha que ser ampliado para que desse conta de todas as necessidades que a saúde mental tem [...] o fato de a saúde mental ser uma célula que funciona junto com a atenção primária, e a atenção primária ter essa amplitude toda, talvez dê pouca assistência à saúde mental. A saúde mental tinha que ser tão grande quanto a atenção primária. Não existe atenção primária sem saúde mental, as duas tinham que ser do mesmo tamanho e trabalhar juntas.

Acho que foi uma ótima ideia (a criação da CORAPP) que levou a pouco resultado positivo, porque o meu entendimento dessa ideia é de que os serviços da atenção primária precisariam se aproximar da saúde mental, que nós enquanto município tínhamos que quebrar a ideia de que casos de saúde mental são em CAPS e os outros são no posto e esses públicos são distintos [...] A ideia foi: “vamos juntar um setor só, partindo de dentro da Secretaria, de dentro da gestão, e isso vai impactar na ponta”. Não houve tanto êxito, porque o que eu percebo é que quando o município foi executar essa aproximação não foi: “vamos marcar reuniões, vamos juntar os principais atores ali que mexem com esses diferentes públicos pra

discutir como é que nos aproximamos”. Foi algo muito hierarquizado e muito burocrático [...] Em nenhum momento eu ouvi falar de estímulo a fazer atividades coletivas [...] não vejo isso de uma forma estruturada pelo município, vejo mais por iniciativa dos profissionais. Essa junção da atenção primária e psicossocial, a saúde mental, acabou levando a outra coisa, as reuniões de gestão passaram a ser de regionais. Então, por um lado, os gestores dos CAPS da regional estão próximos dos gestores das unidades de atenção primária daquela regional, mas em compensação parou de ter reuniões entre os gestores de todos os CAPS e as UAS. Isso fragmentou muito a própria rede de saúde mental [...] Essa fragmentação dos CAPS entre si também foi ruim. Na prática eu não vi muito efeito positivo disso, foi uma ideia boa no início, mas que precisava ser revista, reavaliada, o que que funcionou nessa ideia, o que que não funcionou (Paulo – Profissional CAPS AD).

Já sobre a COESD, órgão que, de acordo com material de divulgação que nos foi fornecido durante visita institucional, é responsável por coordenar a política municipal sobre drogas e construir ações intersetoriais buscando articular redes de prevenção, cuidado e integração social e econômica, percebemos que suas ações não são realizadas de maneira integrada com as coordenadorias da SMS e os serviços da RAPS:

O funcionamento da COESD é dentro de outra caixa, fazendo outras coisas que não sabemos. Se você me perguntar hoje, efetivamente, não o que tem no papel, qual é a finalidade, mas hoje efetivamente, para dar o resultado, porque eu acho que trabalhamos para o povo, o resultado tem que ir para eles, não para nós. Eu não vejo, nem do estado, nem do município, a eficiência nem eficácia que deveria ser, se tivesse integrado e fortalecendo os serviços de saúde mental. Eu vejo ações pontuais que se fazem, logicamente se fazem, tem atendimentos móveis, ações integradas com a população em situação de rua, mas efetivamente não tem (Ester – Gestora Coordenadoria).

Muitas pessoas compartilham o pensamento de que esse órgão (COESD) poderia ser mais aproveitado no município e que nós até desconhecemos a função dele. Vemos muito relato até dos usuários ou de profissionais do órgão que visitaram aqui o serviço, que eles fazem um trabalho de orientação, acolhem, estão em um lugar centralizado em que recebem pessoas da cidade inteira, então não existe a divisão territorial pra dar uma primeira atenção, geralmente é caso de primeira atenção em álcool e outras drogas, em quadros que envolvem o uso [...] Existem articulações, cursos e outras coisas voltadas para os usuários que o órgão oferece, que isso é bastante importante, mas muitas vezes isso não chega no serviço, não chega quais cursos estão abertos, não existe uma rotina [...] Não sei o que acontece, não sei se é a organização de processos de trabalho, se é a de gestão, se é o fato da cidade ser muito grande, muito complexa, com muitas áreas diferentes, se a equipe é reduzida, realmente eu não tenho conhecimento pra dizer por que, só o que eu percebo. E o que eu percebo é que é um órgão que poderia ser muito estratégico, mas que não chega muito na ponta, talvez algumas regiões cheguem mais do que em outras, mas aqui eu não vejo muito uma relação próxima, assim, com os nossos usuários e com os profissionais do órgão em si (Paulo – Profissional CAPS AD).

Portanto, vemos que articulação, integração e intersetorialidade são necessidades que se impõem concretamente no cotidiano dos agentes institucionais, mas que não são implementadas de forma efetiva nas políticas de saúde mental do município, impondo ao cotidiano dos agentes institucionais dificuldades que, muitas vezes, se sobrepõem às potencialidades dessas políticas:

O desafio é integrar as políticas, esse é o grande desafio. É quem está na gestão perceber a importância disso, porque falamos de gestão e parece que todo mundo é robô e é igual, mas não é, porque são pessoas também que têm as suas individualidades. Muita gente que diz que sabe fazer, é você transformar um discurso teórico em um discurso prático: “Ah, é muito importante, a saúde mental é muito importante”. Pois me prove que ela é importante. E reconhecer as fragilidades. Nesse momento, nós estamos frágeis. Se existe uma política frágil hoje é a política de saúde mental. Essa fragilidade não é apenas a nível municipal, ela é a fragilidade como um todo, como um todo (Ester – Gestora Coordenadoria).

Eu sinto ainda, em grande parte, um senso de realização no trabalho, existem ótimos momentos no trabalho, em que conseguimos, pela força da equipe, acredito muito nessa força da equipe, que é unida, que trabalha de uma forma o mais alinhada possível, ainda conseguir fazer bastante coisa com o pouco que temos de recursos. Porque carência de recurso temos, de insumo, de gestão, de capacitação, e acabamos tentando muitas vezes resolver isso com as próprias mãos e isso cansa, isso angustia, mas isso também une, isso também fortalece em outro ponto. Primeiro eu fiquei com uma leve angústia: “Poxa, eu vou falar apenas coisa ruim”, e até me esquecer desse lado mais positivo, mas não é que ele não exista. É porque realmente precisam ser feitas críticas muito firmes pra que o conhecimento científico que uma pesquisa pode trazer, de publicização dessas realidades que os serviços veem, que são muitas vezes invisíveis, possa refletir mais isso. Eu me preocupo mais em ser mostrado isso até do que o positivo, no sentido de que alguém precisa nos ver, precisa ver o que é que falta melhorar e não é pouco (Paulo – Profissional CAPS AD).

A ausência de políticas públicas municipais nesse campo, formuladas a partir das necessidades territoriais, faz com que cada ator e serviço da rede atue de forma isolada, acionando pontualmente e de maneira autônoma outros pontos de atenção, realidade que fragiliza seus vínculos com as políticas públicas de saúde mental e a própria implementação delas.

### **5.3 Concepções sobre a presença da religião nas políticas sobre drogas: uma guerra perdida?**

Em um primeiro plano, percebemos que os agentes institucionais compreendem a religião como parte integrante da vida social e, como tal,

percebem-na como uma dimensão que naturalmente está presente no campo da saúde mental, tanto em suas trajetórias de vida e nas dos(as) usuários(as), quanto nas próprias trajetórias das políticas públicas. Sendo assim, por esse viés, a presença da religião no cotidiano dos agentes institucionais não se mostra como algo problemático.

No entanto, na medida em que passam a refletir sobre a presença da religião como elemento constituinte de um paradigma orientador da formulação e implementação das políticas públicas sobre drogas no campo da saúde mental, alinhado à lógica proibicionista e manicomial, as concepções sobre essa relação apresentam outras dimensões:

Se pensarmos na religião como um objetivo de chegarmos mais próximo de Deus, da espiritualidade, tudo bem, mas o que vemos é outra coisa, são os dogmas que querem ser impostos. Até entendo que a espiritualidade vai facilitar o tratamento para que a pessoa tenha uma crença, uma fé, que se fortaleça como pessoa, sabemos que é importante, mas quando passamos por cima do livre-arbítrio, tornamos algo obrigatório, passa a não ser mais eficaz (Sara – Gestora Coordenadoria).

Não sei se é um certo preconceito, mas a religiosidade, eu fico muito com o pé atrás, porque às vezes a igreja ajuda, mas quer que você siga um ritual que eles acham que é o melhor. [...] É outra coisa que me incomoda, a religiosidade precisa estar dentro do campo da saúde, mas ela precisa vir junto com o respeito. [...] Quando eu entro nesse campo de interferir é negativo, porque você precisa, e alguns profissionais trazem isso, que é você ser atendido com o terço enrolado na mão, nesse aspecto ela atrapalha, porque na religião também tem as populações que a igreja exclui e precisamos compreender um pouco. [...] A religião vai interferir quando você quer incluir no outro o que é o certo e o que é o errado, e o profissional tem muito disso. O reflexo disso é o afastamento da população, afasta porque na verdade é o pecado: olha, é pecado (Ester – Gestora Coordenadoria).

Como profissional, eu prefiro trabalhar o neutro. Se a religião está contribuindo e fortalecendo o usuário, ela é válida. Mas a religião pode também ser um gatilho pra algo negativo na vida daquela pessoa. Então, eu prefiro ser neutra, na fala e nas atitudes, para que essa pessoa vá se mostrando. Se aquela religião é algo que é muito importante, aí também ela vai seguir a religião que ela quer, porque não adianta, por exemplo, eu sou católica e eu querer impor a minha religião ao outro (Raquel – Articuladora Saúde Mental).

Sinto um grande incômodo, a influência da religião no atendimento às pessoas que fazem uso de substâncias me incomoda bastante. Eu tenho uma fé religiosa, os meus hábitos relacionados à religião, mas enquanto profissional, a minha formação sempre foi muito sólida no sentido de entender os espaços diferentes que essas coisas ocupam na vida humana e entender que estamos aqui pra proporcionar um atendimento com base em evidência científica, com base em uma legislação que não surgiu do nada, que veio de muita luta, veio de décadas com coisas muito erradas que foram feitas até chegarmos ao

que fazemos hoje, que ainda precisa melhorar, mas avançou bastante. Vejo que, na área de álcool e outras drogas, a perspectiva religiosa ainda está muito na questão da punição, como eu falei, a questão do pecado [...] esse pensamento de que é ilegal, de que é errado, de que é imoral [...] Eu tenho muito incômodo com essa interferência que às vezes tem no sentido que atrapalha, não é que a religião em si vá ser um problema. Inclusive, como eu disse, tenho minhas crenças e isso faz parte importante da experiência humana, mas quando isso é um obstáculo em um trabalho que já é tão desafiador, contribui mais ainda pro estigma, acaba contribuindo pra termos mais dificuldade de avançar no cuidado da saúde mental (Paulo – Profissional CAPS AD).

Desse modo, voltando-se para a influência da religião na perspectiva de cuidado em saúde mental, as concepções desses agentes institucionais passam a manifestar receio, incômodo e oposição, visto que essa relação pode estabelecer contradições com evidências científicas, diretrizes de humanização das práticas de saúde e princípios antimanicomiais, comprometendo o acolhimento e a adesão dos(as) usuários(as) ao tratamento.

Nesse contexto, a atuação das Comunidades Terapêuticas no campo das políticas públicas sobre drogas surge como a expressão mais significativa da relação entre religião e saúde mental e das contradições suscitadas por ela, configurando-se como um dos principais desafios presentes no cotidiano desses agentes institucionais:

Acho que nunca deu certo, primeiro porque sabemos que religião é muito individual, que existe uma gama de religiões e que hoje existe uma forte questão religiosa nessas políticas, mais nessa instituição das comunidades terapêuticas, por exemplo. Isso não está determinado nas políticas e isso dá margem, justamente por não termos os processos determinados, as políticas determinadas, bem escritas, não a política, mas os processos organizados, os fluxos, as diretrizes, dá margem para que cada um faça o seu. E às vezes a questão religiosa, vemos vários casos que essa questão é excedida um pouco e que ela vai servir de barganha para algo (Sara – Gestão Coordenadoria).

Cada uma tem sua crença, nós temos que respeitar as crenças de cada um, e só. Não acho que tenha que ter uma relação, a não ser que a pessoa: “a minha religião me ajuda a ter mais força para eu fazer meu tratamento”. Então, nesse sentido, independente da religião que a pessoa tenha, se funciona para ela, perfeito, mas, se não, tem que ser respeitado. Não tem funcionado dessa forma, porque sabemos que tem equipamentos que misturam as coisas, que escutamos muito isso sobre as comunidades terapêuticas. Tem comunidade terapêutica que tem uma determinada religião, mas isso é nocivo para o paciente. A minha visão das comunidades terapêuticas é o que o paciente traz. O que o paciente traz é que eles utilizam alguns tipos de terapias que não são aceitas na saúde mental e a questão das religiões que eles utilizam como terapia também. Não falamos praticamente em religião dentro do serviço. Então, não

funciona de acordo com as políticas públicas, de portarias de políticas públicas, não funcionam (Rebeca – Coordenadora CAPS AD).

O desafio das comunidades terapêuticas é outro ponto, que é um tipo de serviço que não é um serviço de saúde, mas se aproxima da saúde acolhendo esses usuários que querem ou precisam por algum motivo ficar longe do contexto onde eles vivem para evitar o uso de substâncias. São serviços que, pelo que escutamos, muito mal fiscalizados e que as vezes não têm nenhuma base científica do que estão fazendo, uma base totalmente informal, baseada no achismo, as vezes impondo a religião, que sabemos que muitas religiões têm uma visão do uso como pecado e aí é errado em qualquer grau. [...] Ficamos nessa dicotomia, ou a pessoa está bem sem usar nada, ou a pessoa que usa é uma pessoa problemática, é uma pessoa imoral, é uma pessoa que vive na ilegalidade, que faz algo errado. Estamos no meio dessas diferentes influências e o usuário sofre tudo isso, influência de modelos totalmente diferentes intervindo no mesmo problema, que poderia ser mais coordenado (Paulo – Profissional CAPS AD).

De forma geral, gestores municipais e profissionais do CAPS AD compreendem as CTs como instituições confessionais que não se configuram como serviços de saúde e que representam um modelo de cuidado dissonante dos equipamentos de saúde da RAPS, estes que foram originalmente formulados no contexto da Reforma Psiquiátrica como serviços substitutivos ao paradigma asilar. Nesse sentido, enquanto elemento fundante do paradigma proibicionista/manicomial e força política capaz de interferir no rumo das políticas sobre drogas, a religião se apresenta como empecilho para a consolidação e ampliação de práticas antimanicomiais.

No entanto, para um dos gestores municipais e para os gestores de CT, apesar das diferenças existentes entre as propostas de cuidado, as duas perspectivas devem ser vistas como complementares:

As pessoas perdem tanto tempo se desgastando pelo poder: “Ah, eu estou aqui, o CAPS é o único que funciona, a comunidade terapêutica”. Em vez de fortalecer uma rede, que possamos trabalhar o eixo da prevenção, trabalhar o cuidado e, em último caso, se precisar de um tratamento que seja voluntário ou involuntário, que seja ofertado pra quem precisa [...] O CAPS, junto com uma comunidade terapêutica séria, que realmente faz um trabalho de excelência, tem que unir cada vez mais essas forças (Débora – Vice-Presidente CT)

Somos parte da rede, temos que usar a rede, não nos entendo como rivais, como um à parte, até porque somos regidos pelas mesmas leis. Então, eu entendo que temos uma parte fundamental com toda a rede em relação ao tratamento, em relação à reinserção, em relação à acolhimento, em relação à humanização dessas pessoas que estão no problema de drogas, compulsões, obsessões, quais sejam. É muito atrativo que as comunidades passem por esse conselho junto com os outros setores da saúde, como os CAPS, os CRAS, os CAPS

AD, porque atendemos o público que realmente está precisando. Nós que vamos saber reger melhor em relação a opiniões públicas do que deveria ser sim uma lei, do que deveria ser sim o que beneficiaria, porque o problema em si é muito mais do que o uso e abuso de droga, é um problema social, é um problema de saúde (Estevão – Vice-Presidente CT).

São os estigmas e os preconceitos que regem muito, que entram muito dentro dessa nossa política e assim como se condena, por exemplo, a redução de danos, por não se entender o que é uma redução de danos, o significado, se condena a atuação religiosa para acolher as pessoas que precisam. Eu acho que tem que ter uma convergência, e aí vem a convergência de Estado, de setor público, com essas entidades religiosas privadas de acolhimento. [...] Então, quebrar esses preconceitos é uma coisa muito importante. São duas coisas que são engraçadas de ver, quem convive com as duas redes, quando você vê a nossa rede, os nossos profissionais do CAPS, da RAPS, eles são totalmente preconceituosos com o tipo de tratamento oferecido pelas instituições religiosas e você vê as instituições religiosas com preconceito enorme conosco, com a nossa rede, com as ações de redução de danos. [...] Eu não vejo como divergentes, vejo que devem ser convergentes e que o Estado não tem recursos suficientes para fornecer todo o cuidado que a população que sofre esses problemas precisa. O poder público não tem recursos suficientes pra suportar isso, ele necessita do apoio das entidades religiosas, de clínicas, de outras estruturas, pra dar esse suporte para a população (Davi – Gestor Coordenadoria).

Novamente percebemos elementos que constituem as contradições e a fragmentação da rede, visto que os agentes institucionais apresentam perspectivas distintas acerca de sua implementação, o que leva à construção de caminhos que não se encontram, ou seja, os descaminhos do cuidado em saúde mental na RAPS de Fortaleza:

Houve um afastamento municipal dessa rede de apoio também, que ora ela está dentro da RAPS, ora não está na RAPS, ora ela está dentro da assistência social, ora não está mais na assistência social, fica mudando isso aí na conveniência dos governos. Mas nós depois entendemos que temos que fazer uma reaproximação e fomos fazendo essa aproximação com as instituições religiosas do terceiro setor, comunidade terapêutica, etc. [...] Paramos de fazer convênio, ficaram lá junto com o Estado, o Estado parou recentemente também. Está só o Governo Federal, com vagas, essas vagas sociais. Nós paramos, mas começamos aqui dentro do nosso núcleo de orientação institucional, de visitar, fazer a reaproximação, visitar as comunidades terapêuticas. Chamar eles, conversar, colocar eles dentro do nosso Conselho Municipal de políticas sobre drogas. Mas, principalmente, fazer as visitas. Ir lá e ver mesmo: “Olha, você precisa refazer isso aqui, porque isso aqui não tá certo”. A gente conseguiu ver instituições que são muito bem geridas, impressionantes, com 60 pessoas, com 100 pessoas, 100 homens lá sendo acolhidos, em lugares super bonitos, super acolhedores, com vários tipos de programas de reinserção social, em parte religiosa também. Vimos coisas impressionantes, muito boas, e coisas que estavam precisando de uma orientação melhor, um apoio melhor, que era uma boa vontade de alguém que já sofreu, que colocou. Então, a gente foi

fazendo essa reaproximação com eles e trazendo, apesar de não termos mais recursos públicos pra comprar vagas e mandar alguns dos nossos acolhidos, porque muitas vezes a família quer que ele seja acolhido em uma comunidade terapêutica. Tem essa parte espiritual mais forte, tem uma religião dela, e: “Eu quero que o meu filho aprenda um pouco mais disso lá”, não na nossa rede, que é aberta, sai a hora que quer, vai quando quer e tal. [...] Eu acredito, particularmente, que essas instituições são fundamentais no apoio ao poder público, para o acolhimento das pessoas (Davi – Gestor Coordenadoria).

Portanto, ao mesmo tempo em que um gestor municipal compreende essa convergência como caminho adequado de implementação da rede, outros agentes institucionais questionam a destinação de recursos públicos para essas instituições e a sua participação como ponto de atenção da RAPS, uma vez que elas não se configuram como serviços de saúde e não estão alinhadas com o aparato legal e os princípios éticos da Reforma Psiquiátrica:

As CTs, não todas, mas a maioria teria que ser destituída do âmbito da política, deveríamos investir mais nas políticas públicas, o governo, porque a maioria são vinculadas a algumas religiões e os depoimentos que eu vejo, que eu escuto, de pessoas que passaram por CTs, não são os melhores, justamente por tirar sua autonomia e lhe privar de algumas situações de visitas. A forma como os cuidadores, que eu devia usar outro nome, porque não é. O cuidador é quem cuida, tratam aquelas pessoas, porque a pessoa já tem uma dificuldade com relação ao uso de drogas, e aí ela não é reconhecida como pessoa. Elas existem hoje por uma fragilidade das políticas públicas, porque aí vem a igreja, acho que a maioria hoje é vinculada a alguma igreja, tenho quase certeza, mas é por isso que vemos de vez em quando ir fechando algumas que realmente são pessoas despreparadas para lidar com essa temática. Falamos em política pública, investimento, inclusive de política de trabalho, porque se você não tem trabalho, você não tem o que comer, você vai utilizar aquela droga ali para sobreviver, enquanto você estiver viva ali. As CTs, hoje, dado o formato que elas estão, deveria ter um maior acompanhamento e monitoramento do governo em cima delas, não apenas da saúde, mas da vigilância sanitária, comissão de direitos humanos. Só vai quando estoura, aí todo mundo vai. Sinceramente, é quase uma internação compulsória. [...] Eu tenho minhas críticas bem severas com relação às CTs. Elas estão presentes nos espaços de discussão das políticas, não só aqui (Ester – Gestora Coordenadoria).

É bem complicada essa relação, tenho ojeriza a essa relação, mas o meu trabalho é dentro dessa relação, não tem como construir outra coisa sozinha e as pessoas não estão dispostas a isso, cada vez mais as religiões estão legitimadas, nas leis, no recurso público e no modus operandi. A política pública só acontece, a legislação é o reflexo da prática e vice-versa, então só acontece porque tem uma ideologia aqui e estamos disputando essas ideologias, elas convivem, não é uma ou outra, essas ideologias convivem e nós somos minoria. A atuação das CTs é um desserviço, tenho uma visão utilitarista delas. [...] Ela é importante porque chega onde a política pública não chega. Não vejo a CT como política pública, como unidade de saúde,

vejo como um espaço, eu ia dizer um depósito, mas nem todas são depósitos, tem umas que não são depósitos de pessoas. Tem CTs que são espaços de enclausuramento, tem CTs que são espaços de acolhimento. Ela cumpre o papel de acolhimento que a política pública não cumpre (Priscila – Profissional CAPS AD).

Como as CTs atendem pessoas que têm um transtorno do uso, acaba que elas ocupam muito o espaço da assistência social, muita gente que deveria estar ou em UA, que são espaços de abrigo transitório dentro da saúde mental, dentro da saúde, e não existe oferta de vaga suficiente, não tem oferta de abrigo suficiente na política de assistência para pessoas que fazem parte desse público que estão em situação de rua, estão com vínculos fragilizados, esses equipamentos que não atuam com base na ciência, no conhecimento das profissões que temos, que a saúde mental apresenta, eles ocupam essa lacuna. Fica muito difícil lidar com esse paradigma totalmente diferente do que atuamos aqui no serviço [...] o usuário, as vezes, porque teve uma recaída, porque o uso agravou e não tem suporte social para manter o atendimento no serviço, ele vai para uma instituição dessa. Lá ele passa até nove meses aprendendo que o uso em qualquer grau é errado, que é um pecado, que é algo indigno [...] como se a religião fosse totalmente oposta à ciência, que o que vai curar é Deus. Como eu disse, eu tenho a minha fé, todo tratamento deve considerar a fé que as pessoas têm, porque faz parte da cultura e faz parte do direito de cada um ser como é, mas as coisas não podem se confundir, elas têm que ter espaços separados. [...] Quando eles vão pra essas outras instituições, eles encontram esse outro paradigma. É um exemplo, um dos mais graves, da incongruência, porque são instituições privadas, que isso ainda torna tudo mais complexo, porque o poder público tem uma função de fiscalizar que muitas vezes não é bem feita, utiliza isso pra preencher essas lacunas que ele não oferece, essas vagas em outras instituições e ao mesmo tempo isso é mais difícil ainda de ser questionado, porque se não temos um alinhamento conceitual bom na própria saúde, imagina em serviços privados que prestam o papel de fazer uma parceria (Paulo – Profissional CAPS AD).

Em nossa análise, as concepções de gestores municipais e profissionais do CAPS AD contrárias à atuação das CTs representam, antes de tudo, um compromisso com as dimensões sociais que constituem a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois seguem buscando uma ruptura definitiva com o paradigma manicomial a partir da consolidação das estratégias de desinstitucionalização e do fortalecimento dos serviços substitutivos que compõem a RAPS. Não interpretamos esses posicionamentos como atitudes preconceituosas em relação à uma religião específica, mas sim como crítica aguçada de uma modalidade de religiosidade hegemônica, de viés fundamentalista, que respalda o paradigma proibicionista/manicomial e, consequentemente, os olhares e as práticas que desumanizam as pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs.

A partir de nossa trajetória profissional no campo da saúde mental, podemos afirmar que relatos de violação de direitos em CTs são muito comuns no cotidiano de um CAPS AD. Mesmo no decorrer da pesquisa de campo, várias foram as situações narradas pelos usuários(as) durante atendimentos, grupos terapêuticos e conversas informais: cobrança indevida de mensalidade; trabalho forçado, imposição de práticas religiosas e intolerância religiosa, castigos físicos, cárcere privado, extorsão de familiares e violências de gênero:

Está totalmente imbricado, é bastante complicado, porque nós lutamos pra imprimir um estado laico nas políticas, mas não temos o estado laico, não temos em lugar nenhum, não vejo o estado laico nem no meu no micro aqui e muito menos no macro. É uma disputa ideológica, acho complicadíssimo tudo que tem religião envolvida. [...] Aqui em Fortaleza eu tinha uma referência da (Nome da CT). Assim que eu cheguei aqui, no meu primeiro mês de trabalho, vivenciamos um caso de transfobia. Antigamente, quando eu nem trabalhava aqui, a (Nome da CT), apesar do nome, que é bem religioso, já era uma referência de uma comunidade terapêutica mais ou menos legal. No primeiro mês que eu estou aqui, eu me deparo e eu vou ter que intervir numa situação de transfobia (Priscila – Profissional CAPS AD).

Atualmente, como não há contratação de vagas em CTs por parte do Governo do Estado do Ceará e da Prefeitura Municipal de Fortaleza, não existe um fluxo de regulação dos acolhimentos nesses equipamentos. Dessa forma, a equipe técnica do CAPS AD, por conta própria, mantém uma lista atualizada de CTs conveniadas pelo Governo Federal para disponibilizar aos(as) usuários(as) que solicitam encaminhamento, de forma que eles ou os familiares realizem essa articulação. No entanto, mesmo entre as CTs financiadas com recursos federais, os relatos de violação de direitos continuam frequentes, fazendo com que a equipe técnica do CAPS AD, informalmente, realize uma triagem dessas instituições visando diminuir os riscos para os(as) usuários(as).

Nessa toada, reforçamos que o olhar crítico dos trabalhadores de saúde mental da RAPS não se restringe à atuação das CTs e suas vinculações religiosas, pois também se direciona aos próprios serviços substitutivos quando se compreende que eles não estão seguindo os objetivos para os quais foram criados, ou seja, que estão sendo desvirtuados de uma perspectiva psicossocial e passando a reproduzir discursos, relações e práticas asilares:

Eles mesmos (usuários) dizem: eu detesto comunidade terapêutica, não queria, eu queria ir pra uma UA. Daqui a pouco eles não vão mais querer ir pra UA porque, pelo que nós estamos tendo

conhecimento, os critérios, as regras colocadas, estão virando uma comunidade terapêutica. Daqui a pouco nem a UA eles vão mais querer ir, vão dizer: “não, então eu vou pra comunidade terapêutica mesmo porque é mais fácil. Então, eu não sou contra as comunidades terapêuticas, eu sou contra essa apropriação conservadora. Tem gente que nem é de igreja, mas tem essa pegada, essa formação humana conservadora, religiosa, mesmo que não seja representante de igreja [...] Vejo como um grande problema, mas pra mim, no meu exercício profissional, eu tenho elas assim: pra que serve a comunidade terapêutica? Pra acolhimento de quem está com vínculo fragilizado ou rompido. Mas eu deixo tudo transparente para os pacientes, lá é assim, lá não pode fazer isso, lá você não vai ter acesso à sua família, lá você vai ficar isolado, é um espaço de isolamento. Demorei muito pra admitir isso, mas é um espaço de isolamento e, pensando na redução de danos, para alguns pacientes o isolamento serve, funciona por um tempo (Priscila – Profissional CAPS AD).

Também consideramos pertinente a análise apresentada pelos próprios agentes institucionais, de que a presença das CTs na RAPS é um reflexo da fragilidade das políticas públicas de saúde mental e da assistência social. No entanto, reforçamos que essa fragilidade não pode ser utilizada como justificativa para que as políticas sejam ainda mais enfraquecidas através da disputa de recursos públicos com instituições privadas, contexto que agrava os processos de desmantelamento, subfinanciamento e sucateamento das políticas do SUS voltadas para pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs.

Compreendemos que os argumentos em prol da convergência e complementaridade entre os serviços substitutivos da RAPS e as CTs é uma repercussão da aliança entre a ideologia neoliberal, o discurso conservador, a lógica proibicionista, a religiosidade fundamentalista e o paradigma manicomial, um amálgama biopolítico<sup>11</sup> que estrutura o cuidado colonial no campo da saúde mental brasileiro, especialmente nas políticas sobre drogas.

Em outras palavras, trata-se de uma representação concreta da religião econômica capitalista no âmbito das políticas públicas sobre drogas, visto que reproduz uma concepção de ineficiência do Estado ao mesmo tempo em que supervaloriza a eficiência do setor privado, concebendo-o como único caminho para solucionar ou atenuar os problemas sociais. Nessa perspectiva, não se problematiza que as questões sociais que as políticas buscam sanar foram causados ou intensificados por essa mesma ideologia dominante que

---

<sup>11</sup> No sentido de Foucault (1988; 2008), enquanto técnicas modernas específicas de poder que se estruturam por meio de dispositivos de controle e gestão da vida.

agora se apresenta como solução: o mercado cria a demanda e oferta o produto.

Esse processo de retroalimentação do paradigma econômico é o que revela o seu caráter idolátrico, ou seja, sua absolutização/divinização, e também sua dimensão sacrificial, já que não possibilita outra alternativa que não envolva uma relação de submissão aos seus interesses, mesmo que isso implique na produção de uma realidade em que a morte, objetiva ou simbólica, torna-se evento ordinário através da naturalização das desigualdades, das violências e da desumanização.

Nesse contexto, as práticas manicomiais sustentadas pelo modelo de cuidado das CTs, que abrem caminho para a naturalização da violação de direitos, são tratadas como pequenos erros que precisam ser corrigidos. Como se pretende corrigi-los? Com ainda mais investimentos públicos nessas instituições e ampliação da participação dos seus representantes nos espaços de discussão das políticas, lugares que, muitas vezes, são utilizados para atacar a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica.

Enquanto isso, as experiências cotidianas dos(as) trabalhadores(as) de saúde mental são perpassadas pela falta de recursos terapêuticos, de capacitações que garantam a educação permanente em saúde, de valorização profissional e de integração entre os serviços e as redes de atenção. Nesse cenário, o encaminhamento para as CTs, em casos que envolvem pessoas com vulnerabilidades familiares, comunitárias e territoriais, aparece como única possibilidade de cuidado:

Esse plano “Crack, é Possível Vencer” abriu as portas das CTs, que já existiam, mas agora o retrocesso está aí, abrimos o mercado, legitimamos as CTs. Infelizmente, no meu exercício profissional eu legitimo as CTs. Sou contra as CTs no Brasil, do jeito que elas estão organizadas, mas o meu exercício profissional me leva a legitimá-las. Diariamente estou fazendo encaminhamento, orientação para o camarada ir para CT, estou entrando em contato, porque não temos nada para oferecer, pela insuficiência de vagas. Aquele paciente não vai para um leito no hospital geral porque não temos, mas ele vai pra CT, todo lascado, com todas as comorbidades, já que não conseguimos a vaga dele no leito. Isso, para mim, já é um sinal muito complicado. Para mim, o maior retrocesso é o crescimento das CTs. É tão precário que hoje já precisamos delas, para a população de rua, que rompeu os vínculos familiares, e nem isso o Governo do Estado ajuda, porque rompeu o vínculo. Tinha um programa pensado para isso, que era a Rede Acolhe Ceará. Veja a contradição, é uma coisa que nós não acreditamos, que não queremos, mas ela está faltando também. Tem vezes que nos vemos sem nem ter para onde mandar o paciente, porque só aceita com documento, algumas

têm uma alta exigência que a saúde já não tem (Priscila – Profissional CAPS AD).

A fala acima, ao estabelecer uma ponte entre o lançamento do programa “Crack, é Possível Vencer” e os desafios enfrentados hoje no dia a dia dos serviços de saúde mental, oferece-nos uma síntese dos elementos discutidos em nossa pesquisa avaliativa, na medida em que revela de que forma contexto, conteúdo, trajetória e territorialidade se entrelaçam na materialização das políticas públicas sobre drogas no município de Fortaleza e nas experiências dos agentes institucionais, estes que vivenciam em suas práxis as repercussões das disputas, contradições e fragmentações que conformam o campo da saúde mental:

Perdemos essa guerra. Perdemos e perdemos bonito, perdemos porque é muita grana envolvida e isso reflete no poder legislativo, porque essa galera toda está sustentada por trás de uma liderança política e essas lideranças têm representatividade na igreja da esquina da sua casa, no congresso, na câmara e na assembleia. Nós perdemos bonito para as CTs, mas os próprios pacientes já têm essa visão, eles também burlam isso. Para mim, essa é a grande sacada, os pacientes também sabem que lá não é uma unidade de saúde, que não tem abrigo para eles aqui, não tem mais Casa de Passagem, não tem abrigamento provisório, a UA eles não podem ir por isso, por aquilo outro, porque eles infringiram uma regra, eles têm alta administrativa, têm uma treta de território que eles não podem ir, mas eles também burlam e isso é fantástico, porque nós fingimos que a CT serve para o ela quer servir. Ela quer a abstinência, quer o controle dos corpos, e eles fingem que é isso que eles vão fazer lá. Na verdade, eles só vão dar um tempo de tudo, eles só vão querer comer, beber e dormir no travesseiro, no colchão, e isso é fantástico. Nós fingimos que eles estão cumprindo o papel deles, os nossos pacientes e nós fingimos que acreditamos nisso (Priscila – Profissional CAPS AD).

Sendo assim, apesar dos atravessamentos e descaminhos, que parecem sinalizar uma guerra perdida, encontramos veredas de resistência através dos vínculos, ressignificações e subversões construídas coletivamente entre trabalhadores de saúde mental, usuários(as) e familiares, elementos que deram início ao processo de transformação da atenção à saúde mental no passado e que podem reavivar sua dimensão democrática, revolucionária e libertadora no presente, jornada em que a religião também pode ser vista como aliada:

O meu esperar é que essas pessoas conheçam a religião em uma perspectiva libertadora, emancipadora, e não que aprisione. Muita gente está presa a isso e só consegue ver aquele paciente, ver aquela família, se for daquele caminho religioso, se não for aí não

tem mais jeito, não sei mais o que fazer, só um milagre. Eu acredito em milagres também, como um ser humano contraditório, acredito em milagres, acho que existem, todo dia acontece milagre, mas o milagre sem a ação, sem a política, nunca vai acontecer (Priscila – Profissional CAPS AD).

Após erigir o exercício avaliativo a partir das experiências dos agentes institucionais, na seção seguinte daremos continuidade a esse processo através da assimilação das trajetórias dos destinatários das políticas, compreendendo que elas se entrelaçam às trajetórias das próprias políticas, configurando-se como ferramentas indispensáveis para o trabalho avaliativo.

## **6 “O SANGUE DE SEU IRMÃO CLAMA A MIM DA TERRA”: O GRITO /PRANTO DAS VÍTIMAS E A COLONIALIDADE DO SER USUÁRIO DE DROGAS**

Então Deus disse: “O que você fez? Ouça! O sangue de seu irmão clama a mim da terra! O próprio solo, que bebeu o sangue de seu irmão, sangue que você derramou, amaldiçoa você. O solo não lhe dará boas colheitas, por mais que você se esforce! E, de agora em diante, você não terá um lar e andará sem rumo pela terra” (Gênesis 4:10-11).

Uma resposta consistente à colonialidade envolve tanto a descolonização quanto a degeneração (ou ação que rompe com as relações dominantes coloniais de gênero) como projetos. [...] A descolonização e a degeneração não se referem a formas de autenticidade ancoradas em antecipações da morte. Elas obtêm, ao contrário, sua inspiração e sentido na visão do corpo como abertura radical ao outro corpo e no escândalo frente à morte desse outro corpo. A descolonização e a degeneração como projeto nascem, quando os sujeitos vão além dos estandartes da justiça e estão dispostos a substituir seus próprios corpos pelos corpos relativos ao corpo desumanizado, ainda que às custas da própria morte (Maldonado-Torres, 2022, p. 56-57).

Antes de mais nada, ressaltamos que o conteúdo apresentado nesta seção exprime as entranhas dos nossos esforços avaliativos, aquilo de mais íntimo, significativo e inquietante que esteve nos mobilizando durante todo o percurso da pesquisa. Elementos que, na verdade, foram se constituindo ao longo dos quase dez anos de convivência diária com pessoas que apresentam necessidades relacionados ao uso de drogas no âmbito das políticas de saúde mental, ouvindo atentamente suas narrativas de vida, percebendo as consequências dos processos de exclusão, estigmatização e invisibilidade dos quais elas são vítimas e lutando arduamente para encontrarmos juntos caminhos de resistência.

Conforme já discutimos, compreendemos o avanço da ideologia neoliberal como consequência direta da consolidação do sistema mundo moderno/colonial, contexto através do qual se consolidam as estruturas do atual padrão de poder mundial e a liturgia do capitalismo como religião, elementos que conformam o Estado Brasileiro Contemporâneo e seguem tensionando o campo das políticas públicas na contramão das garantias constitucionais de saúde, vida e existência, produzindo uma realidade atravessada pela colonialidade do ser. Mediante essa conjuntura, apresentamos ao longo da discussão possibilidades de compreensão acerca

do amálgama biopolítico formado pela conjunção entre ideologias hegemônicas que se manifestam nas políticas sobre drogas brasileiras e estruturam o cuidado colonial no campo da saúde mental: a ideologia neoliberal, o discurso conservador, a lógica proibicionista, a religiosidade fundamentalista e o paradigma manicomial.

Portanto, cientes do caráter necrófilo desse sistema sacrificial que ora denunciemos, ressaltamos a urgência de um compromisso ético incondicional com a vida humana:

Vida humana que não é um conceito, urna ideia, nem um horizonte abstrato, mas o modo de realidade de cada ser humano concreto, condição absoluta da ética e exigência de toda libertação. Não deve estranhar, então, que esta Ética seja uma ética de afirmação total da vida humana ante o assassinato e o suicídio coletivo para os quais a humanidade se encaminha se não mudar o rumo de seu agir irracional (Dussel, 2000, p. 11).

Tal compromisso, essencialmente contra-hegemônico e anti-ideológico, exige a construção de caminhos alternativos, capazes de revelar o grito/pranto das vítimas desse sistema, pessoas e comunidades que possuem corpos e experiências perpassadas pela negação de sua humanidade. Buscamos, assim, avançar no sentido de fazer emergir o ser ocultado sob a condição do não-ser, afirmando sua corporalidade e colaborando para a restauração dos laços comunitários.

Desse modo, dentre as diversas vítimas do sistema mundo moderno/colonial, voltando-se para o nosso objeto de estudo, anunciamos o grito/pranto de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas que se movimentam em busca de cuidado na condição de usuários(as) da RAPS de Fortaleza.

Como primeiro movimento nesse sentido, apresentamos no Quadro 8 alguns elementos referentes às trajetórias de saúde mental dos(as) destinatários das políticas, destacando os principais motivos pelos quais decidiram procurar acompanhamento profissional e algumas citações que revelam aspectos psicossociais significativos:

Quadro 8 – Síntese: trajetórias de saúde mental dos destinatários das políticas

| Nome Fictício | Principais motivos para início do acompanhamento | Citações/Aspectos Psicossociais                |
|---------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>João</b>   | - Uso abusivo de múltiplas                       | “Iniciei o contato com a droga aos 20 e poucos |

|              |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | drogas, principalmente cocaína                                                                                                                                            | <p>anos, no ambiente universitário. Até então tinha tido contato com álcool e já usava cigarro. Conheci a cocaína por meio de amigos que me levaram ao uso. Desde então, desde o primeiro contato, já foi automático, aquele amor pela droga. Com o uso da droga, gradativamente, de uma forma progressiva, as coisas foram saindo dos trilhos. Então eu perdi meu curso, perdi meu trabalho, perdi minha família, depois me distanciei dos amigos”;</p> <p>“Desde criança eu tinha algumas dessas comorbidades. Um pouco de ansiedade, sempre quis tudo para ontem. Essa questão da dependência emocional, os familiares terem que estar sempre perto, de se algo me era negado, eu me sentia rejeitado”;</p> <p>“Minha família nunca me deixou faltar nada nesse aspecto, de ter o necessário, saúde básica, plano de saúde, alimentação, roupa, tudo, tudo. Nunca me faltou nada, eu sempre vivi com conforto. A droga, ela me blindou de uma forma que eu não conseguia mais enxergar isso, não conseguia mesmo”.</p>                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Lucas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso abusivo de bebidas alcoólicas e crack</li> <li>- História prévia de episódios convulsivos e pancreatite alcoólica</li> </ul> | <p>“O uso de drogas surgiu a partir de uma parada bem em casa. Eu cresci criado por um pai que, para mim, ser homem, eu tinha que ter mais de uma mulher, tinha que beber bebida forte e jogar baralho. Então, foi mais ou menos aí, eu tinha uma predisposição a ser um alcoólatra, porque eu vi meu pai bebendo, achei interessante e um dia eu bebi, gostei da sensação da bebida, aos 14, 15 anos, já estava bebendo excessivamente”;</p> <p>“Eu sou muito comunicativo, tanto eu estava com as pessoas boas como com as “erradas”. Nesse fato, gerou pra mim uma satisfação de poder cativar os dois lados, andava com os playboys, chamávamos de playboy, uma galera que são bem de família, classe média, andava com eles, mas também tinha um tempo que eu andava com as pessoas erradas. Cheguei ao ponto de levar bebida, levar droga para os playboys, para sair com uma galera de classe média”;</p> <p>“Já cheguei a ser baleado por conta de, não era nem dívida, era por envolvimento, já pendi mais pro lado da criminalidade. No começo, como eu ressaltai, eu tinha amizade com gente de classe média, a galera que curtia, mas conseguia trabalhar, a galera que curtia, mas quando dava dez e meia eles iam embora. Eu progredi na doença”;</p> |
| <b>Maria</b> | - Uso abusivo de múltiplas drogas, principalmente bebidas alcoólicas                                                                                                      | <p>“O uso de drogas começou desde os 18 anos, começou com um abuso sexual dentro de casa. O abuso sexual começou com uns 9 para 10 anos, do meu padrasto e do meu tio, que os dois bebiam, um forçou e o outro eu deixei. Eles usavam, minha mãe pedia para eu acender o cigarro no fogão, eu</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|               |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                                                                                                  | <p>ia acender o cigarro no fogão e, por curiosidade, eu ia e provava. Eles tinham droga guardada e eu provei, sempre provava a droga deles e eles nunca davam falta das drogas quando eu provava. Eu fui me viciando aos pouquinhos;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Mateus</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso abusivo de bebidas alcoólicas e cocaína</li> <li>- Tentativa de suicídio</li> </ul> | <p>“Comecei a usar droga com 12 anos de idade, já fazia uso do CAPS, mas era o CAPS infantil, por causa de abuso sexual. [...] Eu tinha acabado de chegar do CAPS, meu irmão e meu cunhado estavam fazendo uso de droga em casa. Lembro que o dia não tinha sido muito bom lá no CAPS, eles estavam fazendo uso e eu não conhecia a droga. Eu tinha dinheiro e ela não tinha dinheiro, porque eu já trabalhava, eu trabalhava meio período em um negócio de estofados. Ela me ofereceu, eu perguntei o que era e ela disse que ia me dar alegria. Eu experimentei e me deu uma euforia realmente, depois disso não parei”;</p> <p>“Com 18 anos eu comecei a fazer uso diário, então comecei a notar que era um problema, foi quando eu procurei ajuda no CAPS AD. [...] Comecei a fazer um tratamento psicológico e psiquiátrico já em cima do problema com drogas, mas eu ia, depois parava, ia, depois parava, não dava muita credibilidade ao tratamento. Com 22 anos foi que eu tentei suicídio e me internei no Mental. Foi quando eu realmente dei o primeiro passo, quando eu saí do Mental eu vim para o CAPS AD para começar um tratamento de fato”.</p>                                                     |
| <b>Pedro</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso abusivo de múltiplas drogas</li> </ul>                                              | <p>“Inicialmente eu usei por curiosidade, querendo me integrar em um grupo popular da escola. Comecei com cigarro, não tinha dimensão dos danos que me causariam hoje em dia. Depois foi com álcool, sempre tive uma predisposição muito grande com o álcool por conta que meu pai era alcoolista, também dependente químico. O álcool eu sempre fui muito compulsivo, sempre bebia para vomitar, cheguei a ter vários comas alcoólicos, precisei tomar glicose e tudo mais. [...] Com 15 anos eu tive a primeira experiência com as drogas ilícitas, começando com psicotrópicos, que são comprimidos e a maconha. Foi evoluindo, porque a doença é progressiva”;</p> <p>“Sempre gostei de usar, porque ela me proporciona prazer, toda substância química, as drogas em si, se não proporcionassem prazer, ninguém usaria. As pessoas bebem porque sentem prazer em beber, fumam porque proporciona algum prazer. A minha primeira internação, a primeira vez que eu pedi ajuda, foi com 19 anos, em um hospital para pessoas com problemas mentais. Eu tive uma, não sei se foi uma overdose, mas eu fiquei sem sentir minhas pernas e não estava conseguindo andar. Fiquei desesperado e gritei pro socorro”.</p> |
| <b>Rute</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso abusivo de múltiplas drogas</li> </ul>                                              | <p>“A primeira vez que eu experimentei eu tinha 13 anos, comecei a sair, ir para festa e comecei a</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|  |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | - Transtorno depressivo | <p>aumentar o uso. No começo, usava maconha, depois comecei a usar loló, fui para a cocaína e fiquei só até a cocaína, até os 14. Quando eu completei 15 anos, conheci meu namorado, a gente saía para festa junto e eu experimentei a primeira vez, quando eu saí de casa, o crack. Depois que eu saí de casa, já tinha saído de casa uma vez, aí eu saí de casa de novo, quando fui morar com ele. Quando terminei com ele aí me aprofundi ainda mais no crack e eu me perdi. Não usava apenas a cocaína, usava crack todo dia, não conseguia parar o efeito. Comecei a me prostituir também e foi aumentando, veio o momento que eu estava morando na rua já, não tinha mais ninguém, estava muito magra, não comia, não bebia, não fazia nada, só no crack. A bebida em si não foi tanto problema para mim, foi mais o crack. Depois de muito tempo eu fui para um abrigo e contactaram a minha mãe. Ela disse que não queria ficar comigo por causa do meu uso de droga”.</p> |
|--|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Os trechos apresentados acima evidenciam as singularidades de cada uma dessas pessoas e nos ajudam a romper com uma visão reducionista acerca das dificuldades, necessidades e sofrimentos que estiveram presentes ao longo de suas trajetórias de vida e que, atualmente, ainda se apresentam como desafios para uma condição digna de existência. Assim, podemos perceber o uso de SPAs e seus efeitos como um fenômeno complexo que varia de acordo com os sujeitos e seus contextos de vida, de forma que os critérios diagnósticos que o classifica como doença ou transtorno mental são apenas uma de suas expressões.

Antes de tudo, de forma concreta, estamos falando de corpos condenados a uma “existência infernal no mundo colonial” (Maldonado-Torres, 2022, p. 43), na qual a morte é vivenciada como uma ameaça constante, através da desigualdade social, desamparo, rejeição, desemprego, criminalização, das diversas formas de violência, subalternização e desumanização. Qualquer perspectiva de cuidado voltada para os corpos colonizados, principalmente no campo da saúde mental, deve levar em consideração esses fatores e compreender que o uso de drogas, apesar dos seus efeitos nocivos, também é uma estratégia de sobrevivência.

Dando seguimento, como exercício de um “esforço avaliativo no qual o subalterno avalie, mais do que participe do processo” (Lima; Gussi, 2021, p. 29), propomos a seguir uma imersão na realidade existencial/corporal dos

destinatários das políticas, revelando os elementos que constituem aquilo que denominamos como a “colonialidade do ser usuário de drogas”, a partir de três eixos temáticos: 6.1) Aspectos coloniais do ser e suas fraturas; 6.2) As repercussões do cuidado colonial; 6.3) Aproximações teológico-políticas.

### 6.1 Aspectos coloniais do ser e suas fraturas: o(a) usuário(a) de drogas como um não-ser ou ente invisível

Tomemos como ponto de partida o que os destinatários das políticas definem sobre o que é “ser um(a) usuário(a) de drogas”, ou seja, aquilo que vivenciam cotidianamente na própria pele:

É muito complicado, porque quem sabe a história **discrimina** muito. O resto da sua vida, eu sei que eu nunca vou ficar curada, nunca vou estar cem por cento e, até por causa disso, também as pessoas **discriminam**, é muito **discriminado**. Quem sabe da história, acha que você, a qualquer momento você pode usar e, realmente, a qualquer momento você pode usar mesmo, basta você querer, oportunidade é que não falta quando você está limpo. Parece que quando você está limpo, aí mesmo que aparece algo para você voltar para o uso. Para eu conseguir ficar limpa, eu mudei de lugar, mudei de casa, mudei de bairro. As amizades eu mudei, não é a mesma amizade que eu tinha da minha antiga casa. Tive que mudar muito. Também a confiança, que assim, o principal é a confiança, porque você **perde totalmente a confiança** dos seus parentes. No meu caso, é apenas eu e a minha mãe. A confiança que ela tinha em mim antes, foi muito difícil para eu conseguir a confiança dela de novo. Para eu voltar a sair sozinha foi muito tempo, é muito chato para quem convive com você e para a pessoa também que é ex-usuário parar. No meu caso, aconteceu qualquer coisa assim, a pessoa procurou algo e não achou, coloca logo **culpa** em você. Acha que tudo de **errado** que acontece, a **culpa** é sua. Se você sai, se você demora, você foi usar. Você pode estar limpo e nem pensar em uso, mas as pessoas que convivem com você, se você passar de um certo horário, minha mãe acha que eu já estou em uso. É muito difícil (Rute, 17 anos).

É **triste**, é triste, por muitas vezes eu caminho na rua e pelo fato da sociedade em que eu vivo, no bairro, pelo fato de eu ser reincidente, várias recaídas, as pessoas **desacreditam** de você, te **rotulam** e isso deixa a pessoa triste, **deprimida**. Por vários momentos eu passei por depressões bem pesadas, **pré-julgamentos**, **preconceitos**. É bem complicado, até para emprego, porque devido às circunstâncias de uso, você começa a não render tanto no trabalho, falta, coloca um atestado. As pessoas percebem e isso vai dificultando cada vez mais, vai progredindo. [...] Se eu paro a medicação, fico uma pessoa muito ansiosa, muito ansiosa mesmo, nervoso, irritadiço e, às vezes, depressiva. No âmbito social, tem essa **dificuldade de conseguir emprego**, só consigo bico, pra conseguir emprego de carteira assinada se torna mais complicado, tanto que eu já estou até desistindo de ir atrás. Eu vou atrás por aí, porque eu preciso trabalhar, mas eu sempre consigo é trabalho, não emprego, ultimamente eu só consigo trabalho. [...] **Falta de moradia**, isso me leva à **situação de rua**, minha esposa ganha um salário mínimo, mas

não consegue manter. Eu tenho cinco filhos, muita gente me julga irresponsável, nos julga irresponsável por ter cinco filhos. Ela também se tornou uma codependente. Então, eu tenho ciência de que a doença não é apenas minha e, na verdade, a **doença é social**, é isso, é uma doença social. A sociedade, às vezes, até contribui pra que aquele cidadão, aquela pessoa, aquele indivíduo, não retorne ao seu convívio, ao seu âmbito familiar e social (Pedro, 40 anos).

É ser **marginalizado**, é ser visto como um **ladrão**, um **viciado**, um **drogado**, mas é uma pessoa que é **doente**, e é uma pessoa que precisa de **cuidado**. Ela também precisa ter força, precisa ter força para querer um tratamento, porque se ela não quiser o tratamento, não adianta vir pai, mãe, tio, não adianta vir ninguém. Não adianta o psicólogo querer ajudar, o psiquiatra querer ajudar, a farmácia entregar o melhor remédio, não adianta a política, os políticos entregarem a medicação, o CAPS AD. Se ele não quiser, não vai rolar, não vai rolar porque eu estou no AD já há muitos anos e eu já podia ter muito tempo limpo, e não tenho muito tempo limpo. Eu tenho 9 meses limpo, porque eu quis dar uma freada para parar de usar realmente, quando eu disse assim: “Não, chega, a minha vida importa mais para mim agora”. Então, o jeito que as pessoas te **olham**, te **julgam**, a **credibilidade** que tu perde. **Ser um usuário de drogas é ver os olhos das pessoas te julgando**. [...] A droga é uma doença e é uma doença que ela pega todos, uma doença que tem que ser estudada e tem que ser levado o conhecimento para todos. As pessoas não conhecem o que pode causar a doença do ainda, a droga é a doença do ainda, se você ainda não fez, você vai fazer (Mateus, 28 anos).

As pessoas não entendem o que é ter problemas com drogas, a imagem que é passada é aquela mesmo que a mídia passa, que a pessoa é um **drogado**, é um **viciado**, é um **incapaz** e não tenta conhecer minimamente a **história da pessoa**. As pessoas não têm, em geral, um entendimento de que a adicção é uma doença, que é uma tríade mental, física, espiritual, que não tem cura, mas tem tratamento, que é tão complexo, não é o simples fato de usar uma droga. Aquele uso da droga te acarreta em inúmeras coisas, atrai o que você quer, mas também atrai o que você não quer, temos que lidar com isso, principalmente as substâncias químicas, elas acabam dando essa sensação de poder fazer as coisas. [...] As dificuldades enfrentadas são muitas, eu penso hoje, **contato familiar**, atualmente eu mantinha contato apenas com a minha mãe. Dificuldade de **conseguir emprego**, porque por mais que eu esteja bem, sem estar usando, devidamente aparamentado, vestido, isso criou um bloqueio, de chegar e conseguir algo. **Estudo**, pra mim, agora eu estou conseguindo focar, mas por muito tempo eu fiquei disperso na leitura, não conseguia me concentrar, foram várias consequências negativas. Acesso à moradia, ao básico. Porque se não fosse essa estrutura do CAPS, se não fosse essa estrutura da CT, a pessoa que a família não quer o contato até ver a pessoa bem, como é que a pessoa vai ficar bem se estiver na rua? Não fica (João, 36 anos).

Estar sob o signo do(a) “usuário(a) de drogas”, portanto, significa experienciar sofrimentos corporais, existenciais e relacionais que são produzidos socialmente, mas ser responsabilizado(a)/culpabilizado(a) por eles individualmente. Além disso, é também carregar sobre o próprio corpo as marcas do estigma, do preconceito, da marginalização, da desconfiança, da

criminalização, ao passo que sua corporalidade é esvaziada e sua humanidade dissipada, violências legitimadas por uma “suposta inferioridade que passa a se converter em dispensabilidade, o que faz com que a vizinhança da morte, e não apenas a pobreza, defina a situação do condenado (Maldonado-Torres, 2022, p. 54).

Esse processo de corrosão da existência que marca a experiência vívida do colonizado e que o lança em uma realidade na qual a não-ética da guerra é naturalizada, é a expressão máxima da colonialidade do ser, de forma que “mortandade e violação corporal estão inscritas nas imagens dos corpos coloniais” (Maldonado-Torres, 2022, p. 43). É o que, pensando na realidade dos destinatários das políticas, fundamenta a conversão do ser usuário(a) de drogas em um não-ser, um ente invisível:

Eu estava no ônibus essa semana e tinha um rapaz que caiu no chão, ele estava alcoolizado e drogado. Ele caiu no chão e absolutamente ninguém, ninguém levantou ele. Se fosse uma pessoa que não tivesse drogada, alguém teria feito alguma coisa. Isso mostra o **preconceito**, ninguém vai **ajudar**, ninguém vai **limpar**, ninguém vai fazer nada, porque é o preconceito, é a **marginalização** (Mateus, 28 anos).

Enquanto você é um usuário, que você mora com sua família, que você tem uma estrutura, as pessoas não te **julgam**. A partir do momento que você está em **situação de rua**, parece que você veste uma roupa de uma pessoa **incapaz**. Já cheguei em situação de estar em situação de rua e pedir água num restaurante e a pessoa me **negar**, pedir pra ir ao banheiro e a pessoa me **negar**, dizer que estava interditado. Menos de um minuto depois, chega uma pessoa bem vestida e dizia: “O banheiro é ali”. As pessoas **julgam** muito pela **aparência**. **A sensação que dava era que eu estava vivenciando dois mundos, dois universos totalmente diferentes, mas que estavam no mesmo plano**. Não sei se faz muito sentido o que eu estou te falando, mas assim, estar em situação de rua e ver, vivenciar coisas que eu não tinha vivenciado quando eu era uma pessoa que não usava, que não tinha tido o primeiro contato. [...] **A minha vida hoje se resume a uma mochila**. O que eu carrego na minha vida é minha mochila. E nem a mochila mais, porque eu sei que ela eu já perdi e já voltou, já perdi e já voltou, já providenciei outras coisas. Mas a **minha vida se resume mais ao meu conhecimento, a única coisa que não conseguem levar é o conhecimento**, o que eu aprendi durante toda a minha vida (João, 36 anos).

Embora essa condição existencial, que tem como um dos traços principais a invisibilidade, tenha se manifestado nas narrativas de todos(as) os(as) usuários(as) entrevistados, é possível perceber que ela se expressa com nuances distintas nas trajetórias de cada um deles(as):

Eu sou muito comunicativo, tanto eu estava com as pessoas boas como com as “erradas”. Nesse fato, gerou pra mim uma satisfação de poder cativar os dois lados, andava com os playboys, chamávamos de playboy, uma galera que são **bem de família, classe média**, andava com eles, mas também tinha um tempo que eu andava com as pessoas erradas. Cheguei ao ponto de levar bebida, levar droga para os playboys, para sair com uma galera de classe média. [...] Já cheguei a ser **baleado** por conta de, não era nem dívida, era por **envolvimento**, já pendi mais pro lado da **criminalidade**. No começo, como eu ressaltai, eu tinha amizade com gente de classe média, a galera que curtia, mas conseguia trabalhar, a galera que curtia, mas quando dava dez e meia eles iam embora. Eu progredi na doença, fiquei no núcleo da doença (Lucas, 35 anos).

Por ser usuário e **homem trans**, nas favelas, eu lembro de um episódio muito específico, que a minha mente até bloqueou, não sei exatamente o porquê. Mas eu lembro de um episódio que foi em dezembro, eu fui na favela, fui comprar droga e eu lembro de entregar o dinheiro a um traficante. Eu só me lembro disso. Ele me chamou para um canto e eu levei uma paulada na cabeça. Depois fiquei sabendo por duas moças, falaram que **arrastaram o meu corpo** até um local e vários homens **abusaram do meu corpo**. Então assim, isso não acontece com outras pessoas, você não vai ver isso acontecendo com um homem dentro da favela. **Nunca vão arrastar o corpo de um homem pra entrar dentro da favela pra fazer isso**. [...] Meus pés foram **queimados** com maçarico. Ser chamada de “sapatãozinha”, essas coisinhas. Quando eu chegava, logo quando eu chegava na favela, que eu chegava com o bolso cheio de dinheiro, eu era o brother, o cara, o patrão. Mas quando o dinheiro já estava acabando, que eu já tinha empenhado o celular, aqui é a sapatão, aqui é a lixo, aí vem a discriminação: “Vai embora, tu é um lixo” (Mateus, 28 anos).

Ser usuária de droga é **horroroso**, é horroroso, que quando chega ao ponto de eu precisar procurar vocês no CAPS eu vou com muita **vergonha**, não vou mentir. Uma vez falaram assim pra mim: “Você não acha que você está vindo muito aqui não? Eu falei: “Realmente, eu estou vindo muito aqui no CAPS, mas não é melhor eu vir muito aqui do que eu **morrer** usando? Morrer, dar um ataque no meio da rua. [...] Um dos problemas enfrentados é a **transfobia**, eu me estresso muito. Se eu tiver andando na rua, me estresso muito por causa da transfobia, da parte de homem. Não é nem por causa da parte de mulher, é da parte de homem, aí o estresse sobe à cabeça. A raiva de eu não conseguir parar com isso. Eu penso que eu vou ser mais uma daqui a pouco a ser **assassinada** por conta disso [...] Tu acredita que teve uma vez que eu precisei deixar a barba ficar maior do que a tua, peguei meu cabelo, fiz um cocó bem “cocózão” aqui, deixei a sobrancelha ficar desse tamanho e fui para aquele CAPS. Vesti bermudão de homem porque eu não estava conseguindo vaga nem lá e nem aqui. Eu tive que ir pra lá pra poder entrar depois na Santa Casa, no meio do “macharal”. Eu não durei nem 2 dias, quando eu entrei no meio do “macharal”, os machos conhecem quem é viado e quem não é, eu me senti **sufocada**, eu saí foi correndo. Chegar a esse ponto de precisar se **camuflar** e **forçar** uma coisa que nós não queremos ser para poder entrar em um canto. Não é de Deus não (Maria, 42 anos).

No relato de Lucas, observamos que seus processos de socialização estiveram demarcados pelas categorias classe social e raça, uma vez que ele,

enquanto um jovem negro da periferia, visando ampliar e fortalecer seus vínculos sociais, passou a fornecer substâncias ilícitas para jovens de classe média, conduta tipificada como tráfico pela legislação penal brasileira. Ainda que o uso, o manejo, o transporte e a entrega dessas substâncias para o consumo fossem fatores comuns entre esses jovens, seu relato sugere que os riscos e as vulnerabilidades da criminalização se manifestaram com mais intensidade sobre o seu corpo.

Já nos relatos de Mateus, homem negro e trans, e Maria, mulher negra e trans, as categorias raça e gênero se entrecruzam como elementos articuladores do sofrimento, uma vez que a transfobia e a marginalização potencializam o esvaziamento de corporalidades tidas como femininas, abrindo caminho para a violação, a desumanização e a dispensabilidade desses corpos.

Conforme mencionamos anteriormente, na RAPS de Fortaleza há um cenário de desarticulação e precarização do cuidado em saúde mental voltado para as mulheres. Diante disso, observamos ainda, a partir da fala de Maria, como o desmantelamento das políticas de saúde mental afeta ainda mais os corpos mais vulneráveis, de forma que a violação do próprio corpo, através da camuflagem de sua identidade de gênero, aparece como estratégia de cuidado. Assim sendo, podemos afirmar que o desmantelamento das políticas públicas submete os(as) usuários(as) às estratégias de “cuidado” que são, na prática, processos de subalternização e desumanização, expressões típicas do cuidado colonial.

Essas narrativas, que representam apenas recortes de longas e profundas trajetórias de sofrimento, sintetizam as formas pelas quais a colonialidade do ser se materializa na experiência vívida dos(as) condenados(as), demonstrando como a “ideia de raça, ou melhor, o ceticismo misantrópico maniqueu colonial, não é independente de categorias de gênero e sexualidade, já que a feminização e certo tipo de erotismo são parte fundamental dele” (Maldonado-Torres, 2022, p. 43).

Levando em consideração que o ideal de subjetividade moderno, apreendido na noção de *ego conquiro*, é representado pela figura do homem branco, europeu e cristão, as relações sociais produzidas pelo sistema mundo moderno colonial são definidas pela elevação desse grupo dominante ao status

de divindade, enquanto o resto da humanidade, ou sub-humanidade, é submetida ao “inferno da escravidão racial, do estupro e do colonialismo perpétuo” (Maldonado-Torres, 2022. p. 53).

No que se refere ao campo das políticas públicas sobre drogas, consideramos que esse ideal de subjetividade se encontra dissimulado nas ideias, princípios e práticas dispensadas aos usuários e usuárias de drogas na perspectiva do cuidado colonial. Por conseguinte, é a conjunção entre a ideologia neoliberal, o discurso conservador, a lógica proibicionista, a religiosidade fundamentalista e o paradigma manicomial que estrutura a colonialidade do ser usuário de drogas, produzindo “um sem número de características existenciais e de imaginários simbólicos” (Maldonado-Torres, 2022, p. 48) que recaem sobre esses sujeitos, perpetuando a diferença ontológica colonial e a legitimação das violências decorrentes dela.

## **6.2 As repercussões do cuidado colonial: subalternização, desumanização e exploração**

Após compreender de maneira mais aprofundada as modalidades existenciais do(a) usuário(a) de drogas a partir da noção de colonialidade do ser, partimos para a investigação de como se dá a sua busca por cuidado no campo da saúde mental e de como eles avaliam as perspectivas de cuidado ofertadas:

Os lugares onde encontro apoio, por incrível que pareça, vamos para essa parte da religião, a ideia de congregar em uma igreja, ser pastoreado, ter um líder pra me orientar, ele já fica sabendo e eu peço também ajuda de outras pessoas, quebro o anonimato e acho que ali vou conseguir um amparo, uma ajuda, pra eles saberem o tipo de pessoa que eu sou. Mas por incrível que pareça, quando eu tinha uma recaída e voltava, via pessoas olhando diferente, por eu não ter perseverado. Agora, onde eu vejo as portas abertas é CAPS, ele me surpreende porque toda vez que venho aqui as portas estão abertas, não é o fim, está aqui pra ajudar o tempo em que estiver funcionando, ajuda com acolhimento, psicólogo, psiquiatra, tem os grupos de autoajuda daqui. Também tem AA, NA, minha família e trabalho. Essa minha rede de apoio que eu procuro não está de braços cruzados e nem de portas fechadas, as portas estão abertas. Então, por incrível que pareça, eu não estou ficando mais raquítico, não estou mais deixando me acabar pra pedir ajuda. [...] As portas abertas é aqui (CAPS), aqui eu aprendi muito, estou no meio dos meus iguais, pessoa que também estão tentando, que estão vindo buscar ajuda. Até um recém-chegado me ajuda também. Desde a porta de entrada, a recepção, até com a própria internação eu vejo o cuidado, porque as pessoas fizeram um juramento de trabalho para trabalhar na área mental e sabem os problemas que vão ter. Hoje já foi medida minha

pressão arterial, já perguntaram se eu estava bem, se estava com fissura, se eu dormi, ou seja, é nesse amparo que eu acredito, porque se eu der continuidade, assim como dei das últimas vezes, eu vou conseguir (Lucas, 35 anos).

Onde encontro apoio é CAPS e CT, apenas. Porque um adicto falar com uma pessoa que não sofre com a adicção, que não tem um embasamento e não tem um conhecimento sobre, a pessoa não vai nem te escutar, minimamente ela não vai te ajudar. Então, o único lugar que eu encontro essa estrutura, de ser ajudado, sem julgamento, com orientação correta, é aqui no CAPS e nas CTs. E não são todas, tá? Que é importante frisar, que tem as CTs que dão essa assistência, como essa última que eu estive, orientando a pessoa de acordo com o perfil dela e tentando reencaixar ela dentro de uma atividade que ela se veja, que ela se identifique. Se for um serviço braçal, vai para serviço braçal, se for um serviço de escritório, vai para escritório, de acordo com o laboral dela. E o CAPS, por dar essa assistência mais imediata, quando a pessoa tem um despertar: “Não, peraí, deixa eu parar com isso aqui, deixa eu entender o que está acontecendo porque se eu continuar assim, eu vou morrer”. Vai perdendo as coisas gradativamente, as pessoas mal intencionadas já vão se aproximando, tentando lhe pintar de incapaz, de surtado, de isso, daquilo outro. Sendo que eu sei como eu estava naquela situação, no meu uso da droga não fico alheio ao que está acontecendo, não fico agressivo, nunca fui agressivo, tudo meu é na conversa, no diálogo (João, 36 anos).

Encontro apoio em grupos de terapia em conjunto como o NA, AA. [...] CAPS AD, que é a única ferramenta que é disponibilizada para um dependente químico. Acredito que deveria existir outras, além dessas CTs, pelo governo e prefeitura, além de CAPS. Talvez pudessem criar alguma outra ferramenta, não sei. E igreja, eu ia muito à igreja, mas não estou mais empreendendo muito a religiosidade, porque eu estou com outros pensamentos, outras ideias, na verdade (Pedro, 40 anos).

Onde procuro ajuda é no CAPS, porque com a minha mãe nem tudo eu posso conversar, esses assuntos ela não gosta de saber. Se eu falar, se tiver alguma relação com o meu uso de droga, não posso conversar com ela. Quando venho para o CAPS, é onde eu tenho terapia para conversar, porque aqui eu consigo conversar assuntos que eu não consigo conversar com a minha mãe. Diferente de outros lugares que já frequentei, no CAPS me entendem mais, aqui tem outras pessoas que tiveram as mesmas experiências que eu, os profissionais que já sabem lidar. No SOPAI não tem com quem conversar. Na CT, se eu fosse falar, se eu estivesse com vontade de uso, iam querer logo falar com a minha mãe para me internar de novo. Aqui não, aqui eu consigo conversar. O principal para se sentir bem é conseguir entender o paciente, não julgar, não discriminar (Rute, 17 anos).

Vou buscar apoio no hospital quando eu tô muito assim em cachaça, muita cachaça, procuro logo um clínico geral, pra poder logo fazer o exame do fígado porque, às vezes, o meu pé tá dessa grossura, enorme. Aí depois eu vou para o CAPS procurar. Já fui no mental, mas o mental eu não gosto não, porque lá parece que eles querem atender só homem, lá parece que só tem tratamento pra homem, pra mulher não existe. Santa Casa pra mulher também não existe mais, só pra homem. Aí é algo que me estressa, porque não é só homem, as mulheres também precisam de muito apoio, precisam de muita ajuda, se fosse só os homens. É complicado. UA foi um dos que mais

deu certo, foi o que mais deu certo, tu acredita? Inclusive, nós tava tentando naquele dia e nem deu, não tinha vaga. A gente estava até conversando aqui, não tem vaga pra mim mais, não tem vaga, isso é um absurdo, tem que abrir mais, isso é uma coisa horrorosa (Maria, 42 anos).

Os lugares onde encontro apoio, o primeiro é aqui, no CAPS AD. Eu sempre mantenho o meu tratamento, eu venho buscar as minhas medicações mensalmente, tenho vindo ao psiquiatra, não falto. Aconteça o que aconteça, sempre venho, não perco as minhas consultas. O Grupo Serenidade também, é muito difícil eu faltar mais que um dia. [...] Cada vez que eu estou melhorando meu tratamento, tomando uma medicação na hora, indo ao psicólogo, indo ao psiquiatra, indo ao terapeuta, conversando com o padrinho, eu estou garantindo a minha recuperação (Mateus, 28 anos).

Alguns equipamentos da RAPS, principalmente CAPS, CTs e UAs, grupos de autoajuda independentes e igrejas aparecem como os únicos locais onde os(as) usuários(as) encontram apoio, mas há uma variação na forma como eles são acolhidos nesses diferentes contextos institucionais.

De forma geral, os equipamentos antimanicomiais da RAPS foram mencionados pelos destinatários das políticas como os principais espaços de acolhimento e cuidado. Há uma percepção comum entre eles de que esses serviços, principalmente o CAPS AD, contam com profissionais capacitados, que compreendem os problemas e as necessidades relacionadas ao uso de SPAs e, dessa forma, disponibilizam estratégias de cuidado compatíveis com a realidade dos(as) usuários(as), aspectos que fortalecem os vínculos construídos nesses espaços institucionais e favorecem a manutenção do tratamento.

Entre as possibilidades de cuidado construídas nesses serviços, alguns usuários destacam as estratégias de redução de danos como uma ferramenta potencializadora do acolhimento, pois se distancia da perspectiva proibicionista ao não conceber o uso de SPAs, e as pessoas que fazem esse uso, como algo inerentemente ruim, mal ou doentio, além de não impor previamente a abstinência como objetivo do tratamento. Essas percepções demonstram a relevância ética e política das estratégias de RD como instrumento de enfrentamento ao cuidado colonial:

Se eu tivesse ciência desse tratamento de redução de danos antes, das primeiras vezes que eu pedi ajuda, provavelmente não teria tido tantos problemas dos quais eu já tive. Eu vim conhecer esse tratamento de RD quando o quadro já estava bem mais evoluído. Antes era mais manicomial, esse negócio de internar, de isolar, de ficar em CT. Não discriminando as CTs, porque tem seus méritos

também, ajudam, tem várias pessoas que se identificam, mas eu, particularmente, prefiro estar livre, ter o direito de ir e vir, ter responsabilidade, liberdade com responsabilidade. O usuário, falando de mim e posso até generalizar, não consegue isso se não tiver as pessoas que realmente apoiem ao invés de julgá-lo e tachá-lo, não darem a oportunidade por desacreditar da pessoa (Pedro, 40 anos).

Eu já pratiquei a redução de danos, troquei uma droga por uma droga mais leve, funcionou, no meu caso, mas o desejo de uso pela outra era mais alto. Passei um tempo só na maconha e aí foi muito bom. Conseguia trabalho, conseguia me comunicar com as pessoas, porque cada organismo é um organismo. [...] A redução de danos é interessante, sendo bem orientada, porque alguns adictos que não conseguem acabam falando que não funciona, mas para outros funciona. Tem que chegar no meio termo, às vezes é só uma conversa: “Cara, eu estou com vontade cheirar hoje. Bora comer uma pizza, a vontade dá e passa, vamos trocar uma ideia, vamos tomar um drink ali”. No caso, eu não tenho problema com álcool, mas já tem pessoa que não pode triscar no álcool e vai passar a noite bebendo. Isso também pode ser visto como uma redução de danos. A partir do momento que eu pegava a droga e que eu ia para dentro de um barraco, me isolava e ficava lá em função do uso, era só drenando minha energia e gastando, consumindo. Antes de fazer isso, chegar para alguém e: “Bora conversar aqui, sentar e tal”, poder conversar abertamente: “Estou sentindo isso, vontade de fazer isso”, sem ser reprimido, isso é uma redução de danos bem interessante. Eu já tive contato com estratégias de RD até entre os acolhidos mesmo, cada um experienciando as formas que faziam, mas nunca algo muito a fundo, muito aprofundado. Isso também faltou um pouco (João, 36 anos).

Ao refletirem sobre os objetivos e os caminhos mais adequados de implementação das políticas sobre drogas no âmbito da saúde mental, considerando o papel central que as instituições exercem nas suas dinâmicas de cuidado, os(as) usuários(as) reconhecem repercussões e demonstram insatisfações quanto ao cenário de desmantelamento dessas políticas, apresentando o entendimento de que o fortalecimento da perspectiva, dos dispositivos e das práticas que representam o modelo antimanicomial é a melhor forma de atender às suas necessidades:

Como eu estou aqui (CAPS AD) faz uns 2 anos, eu vi que **deixava a desejar em relação a algumas coisas**, questão de **estrutura**, deixava a desejar, mas continuava funcionando e hoje eu estou vendo que a estrutura está a mesma e continua funcionando. Então pra mim, **o CAPS é fundamental**, as vezes que eu bati, nem bati e a porta já estava era abrindo pra eu entrar, com um sorriso, perguntando como você está, todo mundo se preocupa e eu me sinto **importante** porque tem **alguém que se preocupa comigo**, alguém que quer o meu bem. Na Santa Casa, quando me enviaram daqui pra lá, não deu uma semana que eu estava lá e foi uma galera daqui me visitar, saber como eu estava sendo tratado lá. [...] Por exemplo, eu estava aqui na época que usávamos três ventiladores na sala de grupo. Eu fui uma ou duas vezes como conselheiro e usuário para uma reunião, aí além de elogios, sugestão, opinião, no final eu levei a

**demanda** do ar-condicionado, do geláguia. Porque em outros CAPS, não tem internação, mas tem grupo de segunda a sexta, tem o lanche depois do grupo. Às vezes a pessoa vem de casa e ainda nem lanchou, então são detalhes. Quando aqui não tinha ar-condicionado, eu usava aqui uma hora, trinta minutos, porque estou no acolhimento, e o profissional ficava no calor. Então não é pra mim, é em prol do todo (Lucas, 35 anos).

Para melhorar, abrir uma unidade feminina e a **perversidade** que fizeram, tirar a desintoxicação feminina da Santa Casa. Voltar, porque funcionava muito bem. Os quatro leitos que tinha na parte feminina nunca ficavam vazios, sempre funcionavam. Então aquilo ali era para poder voltar e tem que voltar. O CAPS AD, que é o nosso CAPS lá, é muito **deficiente** na questão de comida e é muito deficiente na questão de roupa. Eu não sei por que que essa parte da prefeitura faz tanto essa perversidade com o CAPS de lá, é muita **maldade**. Porque olhamos o CAPS de lá e o CAPS daqui, o daqui não falta roupa e não falta comida, aqui é um CAPS modelo. Por que o de lá falta? É maldade da parte deles, da Prefeitura, é maldade da parte deles fazer isso pra lá. Lá a demanda é grande, viu? Você pode chegar aqui de manhã, você não vê aquele desespero de gente procurando vaga para se internar, mas lá você vê que as pessoas, como eu, chegam 5 horas da manhã para poder pegar um encaixe pra poder tentar se internar. Até tem psiquiatra, até tem encaixe, mas não tem a comida, não tem a roupa, ou não tem um ou não tem o outro. Quando tem é um milagre, um milagre. É muita perversidade da parte da Prefeitura não olhar para essa parte. Está faltando e como está faltando. **A saúde mental está precária** (Maria, 42 anos).

O objetivo deve ser **acolher**, o essencial é acolher para o paciente se sentir bem, ter a **confiança** e conversar sobre o que quiser. Tem muita coisa aqui (CAPS AD), é porque eu não venho [...] porque não interessa mesmo para mim. Para melhorar, deveria ter **grupos**, porque para a minha idade é mais complicado, porque eu sou menor de idade, então não visam muito para quem é menor de idade, sempre é já quem é adulto, quem tem uma idade mais avançada, mas para a minha idade mesmo não tem muita opção. Poderia ter **grupos para a gente sair e tudo**, mas eu sei que é muito difícil porque a qualquer momento alguém pode sair, voltar para o uso e quem está presente quer usar também, ser influenciado. Mas se tivessem **grupos, atividades em grupo para o público jovem**, seria muito bom (Rute, 17 anos).

Os objetivos das políticas eu acredito que é **exatamente o que vai ser feito aqui no CAPS**, porque não adianta apenas tirar da rua, se não for tratar a adicção. Ter essa percepção do que é a **complexidade** da doença, que tem que tratar o mental, tem que tratar o físico, tem que tratar o espiritual, é o começo, o alicerce. Então, **o que é necessário é justamente o que é feito aqui**, não precisa tirar nem por. É **orientar** a pessoa, **escutar** a pessoa, basicamente é **reensinar** a pessoa a viver rotineiramente, acordar no horário, se alimentar no horário, tomar medicação no horário, manter o ambiente organizado. Acredito que sejam essas coisas que ajudam muito a pessoa. [...] Quando eu vejo que existe uma **estrutura que é de fundamental importância, que é o CAPS**, porque sem ele, mano, não sei como é que ia ser. Só acho que deveria ser mais **divulgado** também. O meu primeiro contato com o CAPS foi lá em Teresina. Até quando a minha irmã estava me levando lá, parece que ela escolheu o CAPS mais longe lá de casa, para ninguém ver que eu estava indo num CAPS, parece que era uma vergonha. Não, é um sistema de saúde, de atendimento. A

droga ela não escolhe classe social, ela não escolhe grau de instrução, não. **A partir do momento que tem essa estrutura, ela tem que ser divulgada.** Isso é importante. **A divulgação, expandir esse conhecimento para a sociedade, porque não adianta de nada você apenas apontar o dedo** (João, 36 anos).

Eu creio que **a redução de danos é o meio mais eficaz.** Na verdade, redução de danos é diminuir os danos que a droga, a substância causa na minha vida. [...] Quando eu estou em abstinência das minhas substâncias químicas de preferência, eu fumo cigarro, que é uma droga legal, e eu sou muito compulsivo. Aí onde vai entrar a redução de danos? Eu ir atrás de um tratamento antitabagista, colocar aqueles adesivos para ir tentando diminuir. Deve ser assim com qualquer outra substância, porque se tiram de uma vez, o corpo vai sentir falta, então uma hora ou outra ela vai voltar a recair. É uma **redução de danos**, é uma **espiritualidade**, buscar uma espiritualidade, **novas práticas**, buscar **coisas culturais, estudos.** Ele tem que estar **incluído na sociedade**, para mim, ele **não pode estar recluso**, o importante é isso. Para mim, a pessoa que está reclusa, quando sai, ela tende a se comportar pior do que como já se comportava. Isso eu tenho certeza, porque eu passo por isso. **Todas as vezes que eu fico muito tempo recluso, quando eu volto é um choque de realidade, muitas vezes eu não aguento** (Pedro, 40 anos).

Dessa forma, destacamos que, em consonância com o que já havia sido problematizado pelos agentes institucionais, os destinatários das políticas também identificam as contradições que conformam o campo da saúde mental, uma vez que carregam sobre o próprio corpo as marcas da fragmentação do cuidado. Ao avaliarem suas experiências de cuidado no campo da saúde mental, observamos que a paradoxal união de paradigmas orientadores distintos, que legitima a assimilação de instituições asilares na RAPS, é terreno fértil para a solidificação do cuidado colonial:

No SOPAI foi tudo bem, era muito bom. Eu passava **o tempo todo medicada**, mas tinha as refeições e ficava lá. A minha mãe ficava também, mas quem ficava mais comigo eram as pessoas do Conselho Tutelar e do abrigo também, que eu passei um tempo. Lá era muito bom, sabe? Tinha hora que eu não estava muito bem, a minha abstinência, ficava muito agressiva e eu ficava **contida, amarrada de corpo inteiro.** Tomava medicação também, porque se eu não tomasse eu não conseguia dormir, não conseguia me acalmar por conta da abstinência. No Hospital Mental eu não tenho muito o que falar, porque eu ficava **dormindo o tempo todo**, passava o tempo todo dormindo. [...] **A melhor experiência de cuidado foi aqui no CAPS**, porque no SOPAI **não tinha com quem estar conversando**, no Hospital Mental eu **só ficava medicada, também não tinha com quem estar conversando**, na CT, **não podia conversar sobre quase nada e aqui eu posso conversar** (Rute, 17 anos).

A pior experiência de cuidado foi em um Hospital Psiquiátrico, onde eu fui **amarrado**, no **tratamento manicomial.** Eu disse que não queria ficar e os enfermeiros disseram: “Não, deixa que a gente dá

um jeito”. Aí me amarraram na maca, não só uma vez, por mais de uma vez aconteceu isso comigo. Uma vez eu trabalhando com a farda, tinha passado a noite em uso e não estava em condições de ir para o trabalho, eu recorri a um determinado hospital e fui pedir ajuda. Passei desde seis e meia da manhã até quatro da tarde esperando atendimento e não me atendiam. Aí houve uma confusão lá, outra pessoa se envolveu no meu assunto pessoal, onde eu me irritei, que eu já falei que tem a questão da irritabilidade, e a gente partiu pra agressão física, os dois. Aí eu fui **contido** por um dos profissionais de lá, que era um segurança, que me **agrediu, tirou sangue de mim** e, mesmo depois de **amarrado** na maca, ele ainda continuou com as **agressões**. Foi a minha pior experiência. Depois que aconteceu tudo isso, eu pedindo ajuda desde manhã até de tarde, **com fome, e ninguém ouvia, ninguém me escutava, então só fui visto depois que aconteceu esse desastre** (Pedro, 40 anos).

No Hospital Mental foi bem complicado, porque lá não são apenas pessoas com problemas de drogas, são pessoas com problemas mentais. Eu acordava e tinha alguém em cima de mim. Uma pessoa com problemas mentais em cima de mim é algo bem apavorante, ou alguém pegava minha peça íntima e saía andando, era bem apavorante. Eu não conseguia dormir, quando eu dormia é porque eu estava **dopado** com a medicação. Lá **não é um tratamento**, eles dopam você, **você não consegue viver, você não tem uma vida**, ou está **dormindo ou comendo**, é basicamente isso, não é um tratamento. Deveria **reestruturar** essa política de tratamento mental, porque ou o paciente está dormindo ou está se alimentando, ele não tem um tratamento de fato, ele não tem um cuidado de o paciente estar ocupando a mente dele, conhecendo a doença, em se tratar, em ver com outros olhos o que ele vai fazer depois que sair de lá, porque **quando você está dormindo é muito fácil não usar droga, mas quando você está acordado** (Mateus, 28 anos).

Como é possível perceber através dessas experiências, os hospitais psiquiátricos, instituições clássicas do paradigma asilar que ocupam o lugar de referência em saúde mental na RAPS de Fortaleza, permanecem reproduzindo práticas manicomiais que efetua a subalternização e a desumanização de pessoas em sofrimento psíquico, especialmente o isolamento social, a medicalização da vida e outros métodos de controle dos corpos (Foucault, 1988).

Nesse sentido, a existência possibilitada pela perspectiva manicomial, que é uma faceta do cuidado colonial, é experienciada como uma inexistência, uma não-vida, uma exceção da ordem do ser: “é como se essa ordem fosse o produto do excesso do ser que, em seu esforço por continuar sendo e por evitar a interrupção do que reside para além do ser, produz aquilo que o manterá sendo o não-ser humano e um mundo inumano” (Maldonado-Torres, 2022, p. 47).

No entanto, como discutimos exaustivamente ao longo do trabalho, a psiquiatria clássica e suas instituições não são as únicas representantes do

paradigma proibicionista/manicomial. Na verdade, levando em consideração que essa perspectiva de cuidado foi, durante muito tempo, o único modelo de tratamento no campo da saúde mental, existe uma forte tendência de manutenção da sua hegemonia. Sendo assim, até mesmo profissionais, instituições e práticas que estão inseridas no contexto do paradigma psicossocial podem estar impregnadas de elementos do paradigma asilar (Costa-Rosa, 2000).

Alguns agentes institucionais que participaram da pesquisa identificaram esse fenômeno na RAPS de Fortaleza, denunciando um processo de desvirtuação através do qual instituições concebidas originalmente a partir de princípios antimanicomiais passam a reproduzir discursos e práticas repressivas/asilares. Tal percepção também se manifestou no relato de um dos usuários entrevistados, ao fazer a comparação de suas experiências de acolhimento institucional entre um CAPS AD e uma Unidade de Acolhimento:

Entre os serviços, o que eu vejo de diferente é a estrutura, o CAPS tem uma estrutura bacana, principalmente para quem busca. [...] Se eu buscar ajuda eu tenho o **acolhimento**, tenho uma enfermeira para conversar comigo, tenho o psiquiatra, basta marcar. **Isso nas unidades não tem, nas unidades são sinais vitais e remédio de doze em doze horas**. Eu passei lá um mês e quinze dias e eu tive uma conversa com a psicóloga, que ela pegou o básico e falou que depois conversava comigo. Ela falou comigo na primeira semana, fez mais de um mês e ela não falou comigo, **deixa muito a desejar**. Pena que fica uma galera lá um pouco leiga pra achar que isso ali tá bom, e eu por ter uma visão mais ampla me faltou teoria para eu aprender mais, ali eu não estava aprendendo mais, pedi alta. De funcionamento, por exemplo, lá também tem estrutura de 24 horas, mas aqui tem mais. Aqui até pelo fato de ser menor, porque lá é grande, mas só tem sete pessoas, então ainda vai começar, a diferença é que aqui (CAPS AD) já funciona. Aqui é **mais próximo da minha família**, tem como a minha mãe me ver todos os dias, tem como ela trazer meu filho, tem como meu pai vir (Lucas, 35 anos).

Além desse processo de desvirtuação, vimos que o Estado brasileiro vem financiando um processo de remanicomialização do cuidado em saúde mental e que uma das principais características desse processo é a legitimação e ampliação da atuação das CTs na RAPS, meio pelo qual a religião tem efetivado uma “atualização” do aparato manicomial no âmbito das políticas públicas.

A Resolução nº 3/2020 do CONAD, dispositivo do governo Bolsonaro, que regulamentava o acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas, foi uma das maiores expressões desse processo

(Brasil, 2020). Ainda que tenha sido revogada pela Resolução nº 249/2024 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), que proibiu o acolhimento desse público nas CTs (Brasil, 2024), o tempo que ficou em vigor foi suficiente para deixar marcas no corpo de Rute:

Na CT, quando eu não estava bem, ou quando eu queria usar, eles me davam uma **injeção**, que era chamado coquetel. São **vários remédios misturados para dormir**. Aí me colocavam, chamavam lá de enfermaria, mas era uma soli...era um quarto que eu ficava **trancada o tempo todo, não participava de nada**, ficava lá. Tinha uns horários, eu tomava minha medicação e lá não podia ter livro, não podia ter nada. Eu simplesmente ficava lá deitada, pensando em mil coisas possíveis. Tinha hora que eu não aguentava, que eu começava a gritar, a chorar, a quebrar tudo. E iam lá, **me medicavam, me amarravam** e eu passava mais tempo lá. Se eu pudesse ficar com um livro, se eu pudesse conversar com alguém, se tivesse alguém ali comigo, seria bem diferente, mas eu ficava só. **Passava um mês lá dentro, eu não via o sol, não via nada, ficava dentro de um quarto que tinha uma cama, tipo de hospital, e eu ficava lá trancada, não tinha janela, não tinha nada. Era uma experiência horrível**. Às vezes eu queria conversar com uma psicóloga que tinha lá, mas eu não conseguia, porque **não tinha o sigilo** de eu conversar com ela e ela tentar me ajudar. Tudo que eu conversava com ela, ela passava para a minha mãe e já aumentava. Eu falava que estava com vontade e ela passava para a minha mãe: “Ah, ela está com vontade, ela já está pensando, ela quer sair daqui para usar”. **Eu achava horrível, porque eu queria ter uma pessoa para conversar. Eu tinha acabado de chegar lá, tinha 16 anos, foi no meu aniversário de 16 anos que eu entrei, queria conversar e não tinha com quem conversar**. Com os outros pacientes que tinha lá, com as meninas, não tinha como conversar também, porque elas queriam me prejudicar, passava para a psicóloga e me trancavam logo dentro da sala e era horrível. Eu praticamente não tinha com quem conversar, de jeito nenhum. Só ficava ali, passando a imagem que eu estava melhor, mas tinha hora que eu não aguentava. [...] **Fiquei trancada sete vezes, passava quinze dias, uma semana, mas a maior parte eram quinze dias. Praticamente a maior parte do meu tratamento, porque eu passava o tempo todo trancada** (Rute, 17 anos).

Sendo assim, levando em consideração que todos(as) os(as) usuários(as) entrevistados tiveram trajetórias de internação em CTs e que alguns deles também mencionaram as igrejas como locais de apoio para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de SPAs, a avaliação que eles fazem dessas experiências, refletindo sobre a relação entre religião e política, é de importância crucial para nosso trabalho:

O olhar da religião para o usuário de droga, vou falar por mim, é de que ele **não está perseverando muito, não está queimando o desejo da carne** dele. Acho que faltava mais acompanhamento e quem gosta de acompanhar um cara desse sem o julgamento? Já aconteceu comigo de eu chamar uma galera lá em casa pra fazer uma oração e ter aquele: “Ah, depois a gente vai”. É tipo assim: “Se

interessa que vamos pra cima". Eu tenho que estar ali constantemente nos cultos, tenho que mostrar que eu quero, porque o pastor está ali ensinando, doutrinando. Já ouvi muito pessoas que: **"Não precisa de CAPS, não é pra usar mais droga e o CAPS ele dá é droga, tu tá é dopado"**. Então já ouvi muito que **não funciona de outra forma, apenas da forma deles**. [...] Na religião, as pessoas esperam que tipo: "Está sem trabalhar? Consagração seis horas da manhã, jejum de seis às sete, clamor do meio dia, culto de noite, se envolve com as coisas da obra". Porque com meu esforço na busca, até pra um irmão conseguir um emprego pra mim, fazer uma peixada, me indicar pra algum trabalho, fica mais fácil: "Pô, o cara está se interessando, ele tem esse problema, mas está se interessando". Tem pessoas lá que se libertaram, continuam com a doença da adicção, mas se libertaram. Então é com base nessas pessoas que se libertaram, nessas pessoas que deram certo, que todos vão dar certo. **Se não der certo é porque não tentou da forma correta, está deixando a desejar em alguma área** (Lucas, 35 anos).

A religião é necessária, mas não é sobre religiosidade, é sobre espiritualidade. Não adianta a pessoa querer levar a dependência dela para uma coisa e tentar projetar em outra. Tudo que é em excesso é problema. [...] A forma como o usuário é percebido depende da religião. O que eu percebi é que o evangélico sempre vai achar que **o satanás tá do seu lado e que você precisa fazer um exorcismo e o caralho**. O católico é mais voltado pra você se apegar com Deus e ser mais assim. É bem específico, **cada um interpreta de uma forma**. Mas no final das contas tem que ser a pessoa. É o que ela se identifica e o que não vai fazer mal pra ela. Porque **até o excesso de religiosidade faz mal, cega a pessoa** (João, 36 anos).

A religiosidade não é fundamental, acho que é espiritualidade e humanidade, é você ser humano. Porque, independente da minha religião ou da sua, nós somos a mesma criatura, somos semelhantes. Não é porque eu sou católico, ateu, que eu não mereço ser tratado com o mesmo direito. **Política e religião são duas coisas muito confusas para mim, eu não gosto de misturar não** [...] O usuário de droga é visto pela religião como um **pecador** que, tipo assim, eu não vou citar religião nenhuma, mas em algumas: "Ah, esse cara já está **condenado**, já **vai para o inferno**. Não tem jeito não, já lutamos, já lutamos, está entregue nas mãos do bicho ruim". Acham que é isso, quando não, sempre há esperança. Tem o dizer popular que enquanto há vida, há esperança. Então, se você tem um cara que está muito doente, mas ele está vivo, ele está lutando ainda, ele ainda está lutando. Eu vou citar um texto: "O homem religioso, ele é semelhante àquele que se olha no espelho e que quando sai logo esquece a figura que viu". Então, o religioso sempre acha que as coisas são para o outro e não para ele mesmo. Tipo assim, **as condenações, as coisas que condenam, é sempre para aquele cara que está bebendo, que está fumando, que matou, quando o fato de ele julgar, ele já está sendo também condenado, segundo a religião** (Pedro, 40 anos).

Na religião a pessoa que tem problema com o uso de drogas **não é bem visto**. Quando eu estava na (Nome da igreja), que é igreja inclusiva, as igrejas que eu faço parte, as pessoas **me olhavam mais torto**. Na minha última recaída, que foi a que me machuquei mais, que foi há 9 meses atrás, eu corri nos telhados e quebrei meu pé. Quando foi no Natal, fui pro Natal na igreja com o pé enfaixado. As pessoas me olhavam, nossa, elas me olhavam de muleta e **elas me olhavam com uma cara de julgamento**. Porque todo mundo sabia

que eu tinha me machucado fazendo uso de drogas. O olhar, as pessoas não falavam comigo, elas me olhavam torto. Eu tentei agir naturalmente, fiquei sentado em uma cadeirinha, não me levantei. Teve uma pessoa que chegou pra mim e disse assim: “Você se machucou usando drogas”, apontou o dedo mesmo. Fiquei calado, não falei nada. **Eu fui bem julgado, bem julgado mesmo.** Olhares. [...] Ninguém em nenhum momento me perguntou se eu estava bem, mandou mensagem, foi me visitar na minha casa. Agora na (Nome da igreja), que é essa que eu estou fazendo parte, que também é uma igreja inclusiva, [...] é diferente, mas eu tenho os puxões de orelha. Sempre que eu estou mais inquieto: “O que é que tu tem? Vai fazer uso não né?”, sempre tem um puxão de orelha, alguém me perguntando se eu estou limpo, há quanto tempo estou limpo, se eu não estou sentindo uma abstinência, sempre tem uma pergunta. Se eu estou um pouco mais irritado sempre tem alguém me perguntando. **Sempre tem alguém rondando** (Mateus, 28 anos).

As experiências desse(as) usuários(as) no âmbito das religiões cristãs revelam que a abstinência é incentivada e vista como sinônimo de uma fé fortalecida. Consequentemente, há uma um olhar negativo acerca das recaídas e, com isso, o acolhimento de pessoas que fazem uso de SPAs fica comprometido. Em muitos momentos, essa perspectiva religiosa sobre o uso de SPAs, que está alinhada com outras ideologias dominantes, confronta o modelo de cuidado ofertado pelos dispositivos antimanicomiais da RAPS. No geral, para aqueles que não conseguem manter o alto padrão de exigência da abstinência, a perspectiva do acolhimento é distorcida e adquire um sentido de subalternização, aspecto que torna a caminhada de cuidado dessas pessoas ainda mais difícil.

Ao refletirem sobre a relação entre religião e política no campo da saúde mental, os(as) usuários(as), inevitavelmente, passam a narrar e avaliar suas experiências nas CTs. Nas trajetórias de muitas pessoas, as CTs aparecem como porta de entrada para as políticas de saúde mental, uma vez que apresentam caráter confessional e são vinculadas a instituições religiosas que ocupam um lugar social e afetivo muito significativo no contexto brasileiro, especialmente no cotidiano das periferias. Sendo assim, observamos que, por um lado, essas relações ampliam as possibilidades de cuidado e acolhimento para pessoas em vulnerabilidade social. Por outro lado, fazem com que suas primeiras experiências de cuidado sejam moldadas por modelos explicativos e práticas de viés proibicionista e manicomial associadas a elementos religiosos:

Eu tinha 22 anos quando me internei a primeira vez, fiquei abstinente da substância. Antigamente a internação era como se o cara fosse um doente, internou, então o cara tá “mil grau”. A internação foi em

uma comunidade terapêutica, lá era evangélico. [...] Chamei meus irmãos e pedi ajuda, porque eu já estava me viciando em outra droga, que é a maconha junta com o crack, que é o mesclado. Estava emagrecendo muito rápido, vendendo minhas coisas, empenhando minhas coisas. Aprendi que a droga é uma doença progressiva, eu progredi na minha vida e não tinha mais controle. Consegui ficar limpo, consegui ficar sóbrio, saí de lá pra me casar, passei 5 meses, absorvi muito bem o que estava sendo tratado lá. No fato de ser uma clínica evangélica, fui mais para o lado da religião, do poder superior da religião. Até então eu não tinha o autoconhecimento, trabalhar as emoções, trabalhar os sentimentos, não tinha controle pelos sentimentos (Lucas, 35 anos).

Portanto, no início de sua trajetória no campo da saúde mental, Lucas passou a compreender o uso abusivo de SPAs como doença progressiva e incurável que também apresenta uma dimensão espiritual, ou seja, um mal a ser combatido através da manutenção da abstinência e de práticas religiosas. Essa perspectiva, embora tenha proporcionado fatores protetivos para Lucas, fez com que ele e sua família o enxergassem como único responsável/culpado pelo problema e apostassem de forma recorrente no isolamento como estratégia de cuidado. No entanto, a cada nova recaída e internação, seus vínculos sociais e familiares foram se fragilizando:

Falo muito em **culpa** porque foi onde eu fiquei mais **estagnado**, sempre me prejudicou. Eu me culpava muito e quando eu me perdoei ficou mais flexível. Lembro que na minha primeira internação foi uma visita com uma kombi e quatro carros me visitar, ou seja, a família me abraçou. [...] **Mas conforme eu fui decaindo, na segunda, terceira internação, foi diminuindo a quantidade de pessoas.** Hoje é minha mãe, o meu pai, que era muito duro, mas hoje está mais resiliente, e os meus dois filhos. Se ficou eles é porque é o necessário. Os meus irmãos são meio receosos comigo porque eu levei muita preocupação para eles. [...] A dificuldade foi aí, muitos dedos apontados pra mim, ter terceirizando pra mim algumas culpas e eu fiquei acuado diante disso (Lucas, 35 anos).

As expressões com as quais Lucas sintetiza sua experiência nas CTs revelam uma insatisfação quanto ao modelo de tratamento proposto, principalmente no que se refere ao uso de ideias, discursos e práticas religiosas como métodos de explicação e intervenção nos seus problemas de saúde, além da oposição ao modelo de tratamento antimanicomial proposto pelos CAPS AD e outros equipamentos da RAPS. Ao refletir sobre suas diversas internações nessas instituições, predomina uma percepção de que essa perspectiva de cuidado lhe manteve estagnado, sem evolução terapêutica significativa:

Minha pior experiência de cuidado, profissionais sem estudo, profissionais da área da saúde tratando do espiritual achando que uma vez liberto não é mais adicto. Na verdade, não tem cura, tem tratamento, então foi onde eu me internei que não tinha um apoio bacana. Era chamada de clínica, as vezes quando chama de comunidade terapêutica é quando tem algum terapeuta por lá, mas quando chama de clínica, principalmente aquelas que tem **nome bíblico**, lá eles **expulsam a doença** e o cara tem que estar bom. Não é assim, tem que tratar o mental, o espiritual e o físico. Eu **perdi tempo**, porque fiquei **excluído do mundo**, acreditando, não que a fé não me ajude, mas eu fiquei mais **estagnado** quando fiquei em clínicas assim. Acreditam que é o sangue de Jesus que vai **libertar** e é, mas com um conjunto de outros fatores. [...] Então eu **perdi tempo**, não perdi porque tudo é aproveitável, dali eu dei descanso para os meus pais, fiquei com uma vida melhor, mas eu acredito muito que quando as clínicas conseguem unir as duas coisas ficaria mais fácil da pessoa ir lá buscar tratamento. [...] Por exemplo, **a clínica não é a favor do CAPS porque a pessoa que está tomando medicação não está sóbria, então vai orar e passa a madrugada orando para passar a vontade**. Aqui eu aprendi que essa medicação é necessária, não pra me dopar, mas pra me ajudar com o desmame depois, a ideia é desmamar. Eu vim pra cá com uma visão muito errada disso. A minha primeira experiência aqui no CAPS foi ficar abstinente de tudo, de manter a minha rede de apoio abstinência, porque na minha visão, um diazepam pra me deixar mais calmo, principalmente eu que tenho histórico de convulsão, eu: **“Não, não pode porque é pecado, eu estou em tratamento e isso aí é droga”**. Nem era automedicação, porque era passado pelo psiquiatra. [...] Já perdi oportunidade de ficar em uma clínica boa porque lá disseram: “Não, não aceitamos a medicação, o remédio é Jesus”. E eu: “Amém, se o remédio é Jesus fica aí com Jesus que ele está comigo onde quer que eu vá” (Lucas, 35 anos).

Portanto, é comum encontrarmos entre os(as) usuários(as) relatos de que nas CTs predomina uma compreensão religiosa dos problemas e necessidades relacionados ao uso de SPAs e uma oposição ao modelo de cuidado baseado em evidências científicas proposto pelo campo da saúde. Sendo assim, embora a RDC nº 29/2011, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento das CTs, assegure o “respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira” (Brasil, 2011c), as experiências dos destinatários das políticas evidenciam uma realidade diferente:

O aprendizado que eu tirei é que é de cada um e que seja respeitado. Não impor que a pessoa acorde cinco e meia da manhã. Eu já soube de situações de **clínicas evangélicas** que eles faziam um rodízio, pra tu ver como é uma parada doida, eles faziam um rodízio de meia hora para todo mundo **orar**. Se tiver trinta pessoas naquela casa, nunca a sala de oração podia ficar sem ninguém, tinha tipo um revezamento. Eu não passei por lá, apenas ouvi que tinha um revezamento e o cara tinha que estar lá, quando saísse um já tinha que ser aquele, aí o cara se ajoelhava e: “Meu Deus, fazer o quê?”, se o cara não tem

nem religião, está ali para se tratar, mas era uma norma da casa. [...] Eu já passei por uma que teve um batismo nas águas, **batismo evangélico**, e queria que todo mundo se batizasse, mas que eu tinha em mente que o batismo tem que ter discipulado antes, então eu peguei e: “Não, não vou me batizar porque eu não sei o que é”. [...] Já passei por uma também que tinha o **estudo bíblico** e depois tinha que falar o que entendeu, mas e o cara que não sabe ler? Se ele não tá com vontade de ler a Bíblia, mas tá com vontade de ler outro livro? Então era **imposto** fazer aquela situação, porque tem que fazer, **tinha que estar no culto de jejum**. Cortava o cigarro, a família que ia visitar não podia ir de saia, short, **tinha que vir crente também sem ser cristã**, tem muita norma pra tirar e não tem norma pra manter, é **estilo talibã**. Bate seis horas e já tem que estar de pé, enrolar a rede e guardar, se não perde a rede depois do almoço e é um tipo de clínica que eu não vou. Se eu for saiu daqui pra ficar até o final do ano em uma CT, vai ser em uma que tenha uma equipe multidisciplinar, desde a nutricionista, até a psicóloga, os próprios terapeutas, porque são eles que falam a minha língua (Lucas, 35 anos).

As CTs, a maioria realmente tem, coloca que se você for para o caminho de Deus você vai melhorar, vai ajudar a melhorar. A maioria é cristã e muitas vezes eu deixava de participar ou **participava sendo obrigada mesmo porque não era minha religião**, sabe? Eu estava lá internada porque realmente a minha mãe procurou e não tinha, a maioria era cristã. Para quem não é, quem é de umbanda, quem é espírita, quem é católico, não vai se identificar. Eu acredito que nesse processo não precisa ter religião envolvida. **Religião é de cada um e não precisa você estar lá sendo forçada a acreditar em uma coisa que não é do seu cotidiano**. Então, se fosse possível, não precisaria ter a religião nas clínicas (Rute, 17 anos).

A religião nas CTs, elas dizem no formulário que nós assinamos de ser sugerido, mas na realidade é **imposto**. Porque se você faltar um culto, ou se faltar um terço, ou se faltar aquele momento que se diz sugerido, você é como se fosse **penalizado**, leva uma **advertência**, não sei o quê, onde eu tenho o direito de não querer participar de um momento. Talvez eu busque a minha espiritualidade de outra maneira, lendo um livro qualquer, talvez, ou jogando, sei lá, jogando xadrez. Eu gosto de rezar um terço, porque é um costume que eu aprendi com a minha vó e é um costume que acho bonito. Mas, enfim, eu oro, mas já da minha maneira, cada um faz do seu jeito, eu não tenho que seguir padrão de ninguém, eu sou um indivíduo, um indivíduo singular. Então, eu posso buscar a minha espiritualidade do meu modo, não tem uma receita pra mim. Tem gente que fala que tem que ser assim: “Primeiro você ora, depois você se ajoelha, depois você levanta a mão e sai”, não é desse jeito, é da sua maneira. Cada um busca a sua espiritualidade da sua maneira. Religião, pra mim, eu não tenho nenhuma ainda definida não e eu acredito que nem quero mais ter, não quero mais ser religioso, não (Pedro, 40 anos).

Eu sou evangélico, tenho minha fé, tenho minha crença, mas eu acredito que dentro de um centro de recuperação não seja interessante. Porque uma coisa é tu querer tratar a recuperação, outra é tu querer **empurrar a religião**. A religião é diversa, não existe uma religião aqui no nosso país, nosso país ele é muito diverso. Tem gente que é católica, umbandista, espírita, então não vai ter uma casa que vai ser diversa. Vai ter uma casa que vai ter a sua religião e aí você **empurra como obrigatoriedade**. Por exemplo, na (Nome da CT) é obrigatório o horário do culto, os quartos se fecham, tu não tem pra onde ir. Tomamos banho, saímos, os monitores fecham os

quartos com a chave, então literalmente tu não tem pra onde ir. [...] Tu é obrigado a participar do culto. Não é interessante, porque se não for tua fé, tu tá sendo obrigado. Se tu for católico, é obrigado a participar de um culto evangélico? Então isso não é interessante. O Deus é o mesmo, e se tu for ateu? Você tá **desrespeitando** a pessoa (Mateus, 28 anos).

A predominância da perspectiva religiosa nas CTs, inserida em um contexto macropolítico de fortalecimento do conservadorismo religioso e dos fundamentalismos, além de se configurar como desrespeito ao credo religioso das pessoas acolhidas, também favorece à reprodução de violências de gênero contra elas, sendo essa outra expressão da desumanização característica do cuidado colonial:

Passei pela CT (Nome da CT), lá é apenas para homens, foi um pouco **complicado por eu ser homem trans**. Assim que eu entrei já foi bem polêmica a minha entrada, porque eles **não queriam aceitar** por eu ser homem trans. Eu fui encaminhado daqui, fiquei quinze dias aqui para fazer a desintoxicação e daqui eu fui encaminhado para lá. Eles não sabiam que eu era homem trans, quando eu cheguei lá eles fizeram toda a minha instalação. Quando eu entrei no quarto, tiramos a roupa para eles nos revistarem e eles notaram pelos seios que eu era homem trans, aí **disseram que eu não podia ficar, porque eu era mulher**. Começou aquela discussão de que “eu sou mulher”, e eu dizendo que eu não era mulher, que eu era homem trans, teve aquele **preconceito**. A assistente social daqui do CAPS AD começou a ligar para eles e foi um bate-boca. Depois deixaram eu ficar, mas foi bem complicado, eram muitas **piadas**. Lá eles são **muito religiosos**, tem culto todos os dias e eles **vinham muito na minha direção com oração para expulsar o demônio do homossexualismo**. Então assim, lá eu consegui ficar ainda vinte dias, o máximo que eu consegui ficar lá foi 20 dias. **Eu queria ter continuado o meu tratamento, mas não consegui por conta do preconceito, o preconceito estava me machucando muito e eu não conseguia lidar com isso**, porque era no café da manhã, no almoço, no jantar, na oração, no estudo, todo momento tinha uma piada, uma coisinha. **Era um pastor que vinha falar comigo e dizia que me viu em sonho como mulher, voltando a ser mulher, com um cabelo grande, e eu tinha que lidar com isso diariamente, era bem incômodo [...]** Isso foi o que fez eu sair de lá. Minha esposa foi me visitar e botaram a mão na cabeça dela tentando **expulsar o demônio do homossexualismo**. Eu fiquei furioso, fiquei altamente furioso, porque uma coisa era fazer comigo, ainda estava aguentando comigo, mas quando fizeram com ela me tirou muito do sério (Mateus, 28 anos).

Eu não gosto de CT, eles são falsos, me desculpa, eles são muito falsos. Os católicos não, os católicos já são amorosos, acolhem com amor, sem interesse, já os crentes são falsos. Minha família foi criada no evangelho, eu também, eu gosto da parte dos louvores, mas falou em CT a falsidade troa. [...] **A questão da religião tem demais, empurram de goela abaixo, sem você querer, sem você querer eles empurram. [...]** Queriam que eu virasse homem, por isso que **eu não gosto**. Lembra da (Nome de uma usuária), na (Nome da CT), que cortaram o cabelo dela? Foi em 2003, tu lembra desse babado? Eu estava na época dela, o cabelo dela era aqui, queriam cortar o

meu também que era bem grandão, meus cachos sempre foram muitos. Eu falei: “O meu não, se vier com o meu vai rolar um “auê” tão grande aqui dentro”. Ela era menor de idade na época, a bichinha não sabia se defender: “Não, mas o irmão aqui está aceitando se reconciliar com Cristo”, e ela não estava aceitando, estava chorando de emoção por causa do culto, mas não estava se reconciliando. Cortaram o cabelo dela, quando a mãe dela viu ela careca foi um fuzuê tão grande que tá rolando até hoje na justiça. [...] É por isso que eu gosto das coisas da Prefeitura, são educados, UA, CAPS, [...] é um povo preparado, que não força a barra, perguntam se você quer ou não quer (Maria, 42 anos).

Esses relatos revelam como os processos de subalternização e desumanização característicos do cuidado colonial são legitimados pela religiosidade fundamentalista e como a colonialidade do ser usuário de drogas se configura, acima de tudo, como um instrumento de violação da alteridade humana: “ela se faz concreta na produção de sujeitos elimináveis, os quais marcam o limite mesmo do ser” (Maldonado-Torres, 2022, p. 48).

Em decorrência disso, a exploração é outra dimensão do cuidado colonial a que o ser usuário de drogas, enquanto um não-ser, pode estar submetido na atual configuração das políticas de saúde mental brasileiras:

Na (Nome da CT) as atividades das mulheres eram mais brandas, nessas outras não, você tem que **esgotar fossa, capinar quintal no sol quente** e é do jeito que eles querem. Você só toma café depois de fazer a primeira terapia. Como uma pessoa com HIV, uma pessoa que tem imunidade baixa? Tem que comer e depois trabalhar. Eu entendo que todo mundo tem que trabalhar, mas lá você primeiro tem que trabalhar para depois comer. Aí você vai reclamar, advertência (Maria, 42 anos).

A minha **pior experiência de cuidado** foi em uma CT. Você chega da rua baqueado, desgastado fisicamente, mentalmente, e aí já não ter esse direcionamento de a pessoa analisar o perfil e colocar pra fazer uma atividade. Porque assim, eu sei que é uma atividade com um fim terapêutico, pode ser regar uma planta, ciscar umas folhas, arrumar o próprio quarto. São coisas simples, mas que de uma certa forma, o ambiente externo caba refletindo como eu estou por dentro. Então, se minha cama está organizada, se minhas coisas estão organizadas, se o lugar onde eu estou habitando está organizado, minha cabeça já está melhorando. E aí, nesse lugar, nessa comunidade específica, era aquilo, **taca a pessoa pra fazer um serviço braçal, cortar lenha, carregar um monte de lenha no ombro, capinar, tirar água do poço**, esses serviços mais braçais e que eu não tinha perfil pra isso. E eu cheguei e pedi ajuda: “Não tem como fazer outra coisa?”. E dentro dessa comunidade **ser extremamente ojerizado, ser tratado de uma forma que eu ficava olhando assim: “Gente, pra quê eu fui usar droga? Nesse momento ali, eu só conseguia pensar isso** (João, 36 anos).

Tem CTs que trabalham muito errado, é **exploração de mão de obra**. Se você tem, como eu já falei, eu não sou apenas um dependente químico, tenho experiências profissionais, já trabalhei de garçom, com pintura, eu sei cozinhar, enfim, gosto de cozinhar. Então

em CTs existem várias pessoas e cada pessoa tem o seu dom, tem o seu ofício, tem a sua profissão. Geralmente os gestores e os proprietários dessas comunidades não gastam dinheiro com profissionais de fora e pegam os próprios internos, que deveriam estar se tratando, e põe pra fazer as coisas e muitos fazem gostando, mas eu acredito que desconhecem o dano que é pra ele mesmo, porque **está sendo explorado**. Eu vejo dessa maneira, porque não é pra ele estar trabalhando. Uma manutenção de um sítio, você ciscar, varrer, passar o pano de onde você mora, isso é aceitável. Na verdade, acho que é até proposto no programa terapêutico. Mas você **levantar muro, pintar, passar o dia todo pintando, trabalhando como servente, como pedreiro**. Eu não estou falando de todas, porque existem trabalhos voluntários de quem está em tratamento. [...] Tudo bem, é aceitável. **Agora, tem lugar que o cara está lá, por ele ser um eletricitista, por ele ser um pedreiro, por ele ser um cozinheiro, ele está lá o dia todo na cozinha, ele está lá o dia todo fazendo massa, levantando os muros, os projetos da casa, da comunidade. Enfim, é errado, no meu ponto de vista, é errado**. Antes eu era um pouco alienado a isso, eu mesmo já fiz muita coisa em comunidades, mas hoje eu tenho outra visão sobre isso e não faço mais. É tanto que eu nem tenho mais desejo e nem pretensão de voltar em outra CT (Pedro, 40 anos).

Portanto, a colonialidade do ser usuário de drogas, agravada pelo cenário de desmantelamento das políticas públicas, assujeita-o a uma realidade na qual ele “não está apenas condenado a não ser livre, mas a morrer antes do tempo” (Maldonado-Torres, 2022, 54). Mais uma vez, na tentativa de confrontar a realidade de sua finitude, a submissão ao cuidado colonial aparece como alternativa viável.

Por outro lado, é importante ressaltar que essa submissão, em certo sentido, também se configura como uma subversão, já que os(as) usuários reconhecem as marcas deixadas em seus corpos pelo cuidado colonial, mantêm uma postura crítica em relação a esses processos, resignificam o papel que essas instituições ocupam em suas trajetórias de cuidado e se posicionam em defesa de políticas públicas voltadas para a afirmação de sua humanidade:

No SOPAI foi bom, para a desintoxicação é bom, realmente, tem uns profissionais, você tem todo o apoio, toma as medicações que é até para ajudar também no processo de desintoxicação, porque realmente o remédio é necessário, porque senão você não aguenta. Mesmo tomando o remédio, eu não aguentei. O **Hospital Mental** é complicado, porque não é bonito, se você está lá, você vê gente que não é apenas sobre o uso de drogas, sobre os problemas mentais fica lá, não é muito bom, **não indico. A CT, é necessária, mas também eu não voltaria. Se fosse preciso voltar, eu não voltaria de jeito nenhum**. Indicar posso até indicar. É muito complicado estar lá, realmente, é muito complicado você não se estressar porque eu estava lá, mas não era só eu, eram mais de 200 pessoas. Eu dormia numa casa que era cheia de mulher, então é mais complicado, tinha briga, é inevitável não ter, porque você está lá naquele canto fechado,

com um monte de gente, não tem um momento de privacidade. É inevitável você não ficar com raiva, você não brigar, é muito difícil. [...] **Aqui no CAPS não, eu acho bom, fico aqui, converso, é muito bom** (Rute, 17 anos).

A melhor experiência de cuidado foi aqui (CAPS AD), nos 15 dias que eu fiquei aqui de desintoxicação. Foi o melhor, sabe? Eu fiz muita coisa aqui. Pintamos, teve dia da pizza, eu como cozinheiro, nos reunimos, fizemos pizza aqui, foi muito interessante. A gente pintava muito desenho, jogava dominó. Largar o celular um pouquinho, porque eu lembro que quando eu entrei aqui, eu era muito viciado no celular, tipo, eu ficava no celular praticamente 24 horas, tanto que quando me disseram que eu não ia poder ficar com o celular eu disse assim: “Ferrou, eu vou ficar louco, não vou poder ficar com o celular”. [...] Eu percebi que existem outras coisas, que o tratamento possibilita ler. Lembro que eu descansei, eu trabalhava muito. Eu lia, dormia, assisti TV, assisti filme com o pessoal, conversei com as outras pessoas que estavam internadas, conheci a história de outras pessoas. Tinha um rapaz que estava internado aqui que era um ótimo profissional também e depois viramos amigos. Eu tenho o número dele, até hoje ele também saiu, largou as drogas também e nos tornamos amigos. Aqui eu tenho um carinho especial pelo CAPS AD, o trabalho que faz é muito especial, tem um trabalho sério. A pior experiência foi na CT, sem dúvida foi a pior experiência (Mateus, 28 anos).

Em contrapartida, tiveram essas duas últimas experiências que foram maravilhosas, dentro do CAPS e dentro da última comunidade que eu passei, que **conseguiram visualizar** aquilo, seu perfil, lhe orientar, dizer: “Olha, por aqui, por aqui”. O adicto, ele precisa de uma pessoa que pegue na mão dele e que diga: “Bora”, porque **sozinho ele não consegue**. Se eu estou na rua, eu não consigo. Se eu estiver sozinho em um apartamento, eu não consigo. Eu tenho que ter alguém, sabe? Essa **melhor experiência** que eu tive, hoje, eu posso dizer que foi aqui no **CAPS**, porque **você chega, tem acesso à medicação que é necessária, aos profissionais que são extremamente capacitados e que lhe orientam da melhor forma possível, dentro da realidade, não existe julgamento, isso é de extrema importância, nenhum desrespeito, não existe nenhum distrato aqui. Isso é extremamente positivo e só o fato de você se sentir incluído, meu dia já melhorou mil por cento a partir do momento que eu cheguei aqui, parece que eu atravessasse um portal, a sensação era essa, que eu estava num ambiente péssimo, e aí a primeira coisa que eu pensei foi vir pra cá. Aqui eu vou conseguir descansar, reorganizar a minha cabeça pra entender o que está acontecendo, o que eu preciso fazer pra poder retomar a minha vida**. Então, os dois melhores lugares que eu achei, assim, foi a última comunidade que eu passei e o CAPS (João, 36 anos).

A **melhor experiência de cuidado foi em CAPS**, nas desintoxicações. Com certeza, sem sombra de dúvida CAPS, porque eu **não me sinto oprimido**, porque eu **já passei por vários lugares onde o tratamento é opressivo, você não tem liberdade, você tem que fazer o sugerido, entre aspas, que não é sugerido, é imposto**. Porque se você não fizer ou discordar, você é desligado. Certo que existem leis e estatutos para serem cumpridos, mas eu creio que tem que ter uma flexibilidade em alguns aspectos. As coisas não tem de ser tão rígidas, porque se for rígido demais, você quebra. [...] Em relação às CTs, alguns se identificam e funciona para eles, mas existem até dados percentuais, de que eu já ouvi várias vezes em quase todas as comunidades que eu entrei, de que de a cada cem

pessoas que entram em comunidades, uma fica limpa e se recupera. **É um trabalho que não está sendo eficaz. [...] Essas verbas, porque é muito dinheiro envolvido e direcionado para as CTs, deveriam estar sendo empregadas em outros métodos. Não apenas na saúde, como também em outras áreas, como educação e segurança, esse tipo de coisa.** [...] Eu já passei por muitas, não lembro quantas, porém, que eu considero que existiu algum tratamento, tanto da minha parte, quanto da parte da comunidade, foram umas quatro, no máximo cinco onde realmente houve algum tratamento de ambas as partes. Um tratamento humanizado, porque as demais são apenas depósito de gente mesmo. [...] Foram umas trinta, por aí, ou mais. Porque assim, eu não fico. Eu entrei em determinado canto uma vez, e é muito famoso lá, que o chão era de cerâmica e a área externa tinha área que era grama, tinha área que era piçarra. Então, por ser um chão de cerâmica, você não podia pisar calçado no chão que nós mesmos varriamos, tinha que tirar a chinela e pisar descalço na cerâmica, para não sujar a cerâmica que a gente mesmo limpava e lavava. Na hora do almoço, na hora das refeições, não podia falar e era fila indiana, não podia fazer nenhum barulho na fila e antes de pegar o prato tinha que dizer um versículo bíblico. Então, isso é o extremo do absurdo, acho que é loucura, **isso é loucura e não o fato de eu ter minhas recaídas.** No NA fala que a insanidade é você voltar a repetir os mesmos erros esperando resultados diferentes. Mas eu vejo isso como uma insanidade. Como eu vou botar a cerâmica no chão e não vou poder pisar na cerâmica? Isso é coisa de louco (Pedro, 40 anos).

Por meio das experiências compartilhadas e discutidas, observamos que as dimensões que conformam a colonialidade do ser usuário de drogas são reproduzidas sobre os seus corpos no contexto das políticas públicas sobre drogas no âmbito da saúde mental. Sendo assim, suas trajetórias de vida são perpassadas por processos de subalternização, desumanização e exploração, aspectos característicos do cuidado colonial.

Em contrapartida, revelar o grito/pranto dos(as) usuários de drogas, apontando para a sua condição existencial, é o “que anima o nascimento da teoria e o pensamento crítico do condenado” (Maldonado-Torres, 2022, p. 47). Nesse sentido, oportunizar espaços para que as pessoas com necessidades relacionadas ao uso de SPAs não apenas relatem suas experiências, mas também atuem enquanto avaliadores, possibilita a trama de novos sentidos no campo da avaliação de políticas públicas.

### **6.3 Aproximações teológico-políticas: por uma ética da descolonização ou da libertação em saúde mental**

Ao estabelecer pontos de convergência entre os pressupostos da opção descolonial e do pensamento de libertação latino-americano, destacamos, entre eles, o compromisso de pensar/transformar a realidade

desde os subalternos/pobres, uma vez que: “a opção preferencial pelo *ego conquiro* seria desafiada diretamente pela teologia da libertação e por sua ênfase na opção preferencial pelo pobre e pelo desvalido” (Maldonado-Torres, 2022, p. 23).

Além disso, demonstramos que as discussões acerca da colonialidade do ser tomam como ponto de partida o grito/pranto da vítima, possibilitando movimentos de revelação do corpo desumanizado e de inconformismo frente à morte desse corpo, ações orientadas pelo “amor de-colonial”:

Tal como utilizo aqui, “amor de-colonial” se refere à suspensão teleológica da identidade pelas vias da descolonização. Ele inspira uma justiça, também decolonial, a partir da qual se abre um espaço para a opção preferencial pelo *damné*, para além de noções abstratas de igualdade que terminam desistoricizando as relações sociais. O amor e a justiça de-coloniais buscam restaurar o mundo paradoxal do dar e receber, através de uma política da receptividade generosa, mundo esse inspirado pelos imperativos da descolonização e da de-generação; são formas de desfazer o imaginário e o mundo social e geopolítico construídos a partir da naturalização da não-ética da guerra (Maldonado-Torres, 2022, p. 57-58).

Dessa forma, levando em consideração a confluência entre as trajetórias da descolonização e da libertação, que pode ser sintetizada por meio da opção preferencial pelo condenado, pedimos licença para tecer aproximações teológico-políticas visando contribuir para o desmantelamento das estruturas de violação da alteridade humana e o fortalecimento de uma ética do cuidado em saúde mental efetivamente libertadora.

Diante da realidade social e política brasileira, que apresenta como um de seus elementos fundantes e estruturantes uma religião econômica sacrificial impregnada de pressupostos teológico-políticos legitimadores da opressão, cenário fértil para a proliferação de hermenêuticas fundamentalistas, buscamos ecoar os princípios de uma hermenêutica política libertadora:

A hermenêutica política busca reconhecer as influências econômicas e sociais nas instituições teológicas e nas linguagens, a fim de levar o seu conteúdo libertador à dimensão política, tornando-as relevantes na verdadeira libertação do homem de sua miséria em certos ciclos viciosos (Moltmann, 2011, p. 391).

Nesse sentido, uma vez que nosso texto usufrui de significativa inspiração em narrativas bíblicas e que nossas análises possuem nítida dimensão teológica, tomamos a liberdade de realizar um trabalho exegético

capaz de articular os elementos que construímos e apresentamos ao longo da pesquisa avaliativa. Ao dialogar com o texto bíblico, longe de qualquer esforço em direção ao proselitismo religioso, apostamos na sua capacidade de produzir significações novas: “como as metáforas e os relatos de ficção, os textos da Escritura têm condição para mudar a realidade porque lhe conferem uma configuração nova e a reescrevem através de seus modos de discursos contrastados” (Ricoeur, 2006, p. 21).

Se a descolonização e a degeneração, enquanto respostas consistentes à colonialidade, obtêm “sua inspiração e sentido na visão do corpo como abertura radical ao outro corpo e no escândalo frente à morte desse outro corpo” (Maldonado-Torres, 2022, p. 57), não podemos deixar de notar que essas atitudes guardam uma estreita harmonia com as expressões de um Deus que se escandaliza diante da violência humana:

Então Deus disse: “O que você fez? Ouça! O sangue de seu irmão clama a mim da terra! O próprio solo, que bebeu o sangue de seu irmão, sangue que você derramou, amaldiçoa você. O solo não lhe dará boas colheitas, por mais que você se esforce! E, de agora em diante, você não terá um lar e andará sem rumo pela terra” (Gênesis 4:10-11).

A famosa narrativa de Caim e Abel, presente em Gênesis 4, revela não apenas a maldição divina imposta a Caim pelo assassinato de seu irmão, mas também uma curiosa parceria entre Deus e a terra, parte de sua criação, uma vez que ela atua como denunciadora da ação violenta e clama por justiça ao absorver o sangue inocente derramado (Nunes Júnior, 2017). Portanto, compreendemos que o texto suscita algumas implicações éticas para as relações entre Deus, a natureza e a humanidade, na medida em que situa a violência humana como produtora de caos e posiciona Deus e a própria natureza ao lado dos oprimidos, como agentes ativos de restauração da justiça<sup>12</sup>.

Esse Deus, que se opõe à violação do corpo, que toma a vida humana como critério absoluto e que ouve o grito/pranto das vítimas, também se manifesta nas experiências dos usuários(as) de drogas, conferindo sentido

<sup>12</sup> Para uma análise narrativa mais aprofundada e detalhada do eixo temático Deus-terra-homem em Gênesis, ver NUNES JÚNIOR, E. M. **A terra em Gênesis 1-9: uma leitura microscópica crítica da narrativa**. 2017. 140f. 2016. 418 f. Tese (Doutorado em Letras) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Judaicos, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

para suas interpretações acerca da realidade e, conseqüentemente, para as relações que estabelecem consigo mesmo e com o mundo que os rodeia:

Eu aprendi mais sobre espiritualidade e não tem nada a ver com religião, espiritualidade é uma coisa e religião é outra. **Aprendi que espiritualidade é eu com Deus, eu comigo mesmo e eu com o próximo.** Religião já é um lugar onde as pessoas vão se reunir para louvar, orar, para chegar em um contato com Deus. A espiritualidade já é melhor porque **tenho que estar bem comigo, bem com Deus e com o próximo, e quando eu estou assim consigo dizer não para as drogas.** [... A religião ela tem que ser livre-arbítrio, é um poder superior, uma força maior do que eu. Digamos que seja **um Deus bondoso, cuidadoso, amoroso**, na minha compreensão, porque na minha compreensão Jesus Cristo é Deus, mas também é livre-arbítrio (Lucas, 35 anos).

Jesus, como o mais famoso, como o homem que todo mundo conhece como Deus, nas religiões cristãs, ele disse que **a verdadeira religião é cuidar de órfãos e viúvas e cuidar do necessitado.** Então, **aquele que não dá pão a quem tem fome, aquele que não está dando água a quem tem sede, que não está dando abrigo a quem está na rua, que não está dando atenção a quem precisa de ajuda, ele não está praticando a verdadeira religião** que foi ensinada por Cristo, que é a religião que predomina, que é o cristianismo, no nosso país. Então, é **aquele cara no espelho, que ele se olha no espelho e esquece quem ele viu, que podia ser ele no meu lugar** (Pedro, 40 anos).

As falas dos usuários revelam a noção de um Deus acolhedor, que se importa com suas dores e necessidades, que não parece impor muitas exigências nessa relação e que tem o cuidado, em uma perspectiva integral, como prioridade. De antemão, uma vez que estamos cientes dos pressupostos e repercussões do cuidado colonial, compreendemos que o Deus assimilado por esses usuários caminha na direção oposta de uma perspectiva proibicionista/manicomial, ainda que suas experiências com instituições religiosas tenham demonstrando o contrário em muitos momentos.

Nesse sentido, mediante a tecitura de aproximações teológico-políticas, buscamos avançar na revelação e afirmação de um Deus intencionalmente antimanicomial, uma vez que, em sua infinita sabedoria, “escolheu as coisas que o mundo considera **loucura** para envergonhar os sábios, assim como escolheu as coisas fracas para envergonhar os poderosos” (1ª Coríntios 1:27, grifo nosso).

Seguindo a pista lançada pelos usuários, na medida em que nos debruçamos sobre o modo como o uso de substâncias psicoativas é relatado nas narrativas bíblicas, observamos que uma exegese atenta, além de não

fundamentar o conluio entre hermenêuticas fundamentalistas e leituras proibicionistas, pode oferecer princípios potencializadores de uma ética do cuidado em saúde mental.

Ao voltarmos nossas lentes para as descrições e relatos sobre o uso de substâncias psicoativas na Bíblia, observamos que o álcool surge como a droga mais explicitamente mencionada e discutida, uma vez que o vinho tinha papel sociocultural muito significativo no contexto da Antiguidade. No Antigo Testamento, escrito originalmente em hebraico, a expressão mais utilizada para se referir ao vinho fermentado é *Yayin*, enquanto no Novo Testamento, escrito originalmente em grego, a expressão mais utilizada é *Oinos* (Strong, 2002).

Chama atenção o fato de que, embora a embriaguez já suscitasse alguns problemas sociais no contexto da antiguidade, não existem passagens bíblicas em que o uso de bebidas alcoólicas é proibido ou considerado um ato pecaminoso:

Junto com um deles, ofereça duas medidas de farinha da melhor qualidade misturada com um litro de azeite puro de azeitonas prensadas; ofereça também um litro de vinho (*yayin*) como oferta derramada (Êxodo 29:40).

Junto com o sacrifício, apresentem uma oferta de cereal de quatro litros de farinha da melhor qualidade umedecida com azeite. Será uma oferta especial, um aroma agradável ao Senhor. Ofereçam também um litro de vinho (*yayin*) como oferta derramada (Levítico 23:13).

Quando chegarem, usem o dinheiro para comprar o tipo de alimento que desejarem: bois, ovelhas, vinho (*yayin*) ou qualquer outra bebida fermentada (*shekar*<sup>13</sup>). Então, na presença do Senhor, seu Deus, comam e alegrem-se com toda a sua família (Deuteronômio 14:26).

Então veio um samaritano e, ao ver o homem, teve compaixão dele. Foi até ele, tratou de seus ferimentos com óleo e vinho (*oinos*) e os enfaixou. Depois, colocou o homem em seu jumento e o levou a uma hospedaria, onde cuidou dele (Lucas 10:33-34).

Não se apresse em nomear um líder. Não participe dos pecados alheios. Mantenha-se puro. Não beba apenas água. Uma vez que você fica doente com frequência, tome um pouco de vinho (*oinos*) por causa de seu estômago (1ª Timóteo 5:22-23).

Como é possível perceber, o uso/consumo de bebidas alcoólicas poderia ser vivenciado em celebrações ou rituais religiosos, como forma de

---

<sup>13</sup> STRONG, James. **Dicionário Bíblico Strong**: léxico hebraico, aramaico e grego de Strong. Sociedade Bíblica do Brasil: São Paulo, 2002.

socialização/recreação e até mesmo para fins terapêuticos, demonstrando que a relação com essa substância psicoativa, além de permitida, era considerada agradável.

No entanto, alguns textos demonstram nítida preocupação e advertem os leitores quanto às repercussões do uso excessivo de bebidas alcoólicas, evidenciando também uma visão negativa acerca das pessoas que tinham dificuldade para controlar o consumo dessa substância:

Que aflição espera os que se levantam cedo pela manhã, para começar a beber, e passam a noite tomando vinho (*yayin*), para ficar embriagados. Em suas festas sempre há vinho e belas músicas, de lira e harpa, tamborim e flauta, mas nunca pensam no Senhor, não se dão conta do que ele faz (Isaías 5:11-12).

O que eu queria dizer era que vocês não devem se associar a alguém que afirma ser irmão mas vive em imoralidade sexual, ou é avarento, ou adora ídolos, ou insulta as pessoas, ou é bêbado ou explora os outros. Nem ao menos comam com gente assim (1ª Coríntios 5:11).

Quando seguem os desejos da natureza humana, os resultados são extremamente claros: imoralidade sexual, impureza, sensualidade, idolatria, feitiçaria, hostilidade, discórdias, ciúmes, acessos de raiva, ambições egoístas, dissensões, divisões, inveja, bebedeiras, festanças desregradas e outros pecados semelhantes. Repito o que disse antes: quem pratica essas coisas não herdará o reino de Deus (Gálatas 5:19-21).

Não se embriaguem com vinho (*oinos*), pois ele os levará ao descontrole. Em vez disso, sejam cheios do Espírito, cantando salmos, hinos e cânticos espirituais entre si e louvando o Senhor de coração com música (Efésios 5:18-19).

Os homens mais velhos devem exercitar o autocontrole, a fim de que sejam dignos de respeito e vivam com sabedoria. Devem ter uma fé sólida e ser cheios de amor e paciência. Semelhantemente, as mulheres mais velhas devem viver de modo digno. Não devem ser caluniadoras, nem beber vinho (*oinos*) em excesso; antes, devem ensinar o que é bom (Tito 2:2-3).

Ainda assim, ressaltamos que em nenhuma dessas passagens há uma visão negativa da droga em si ou dos efeitos que ela causa no organismo, mas sim das relações problemáticas que as pessoas podem estabelecer com a substância, culminando em comportamentos ou práticas consideradas impróprias.

Nesse sentido, já que o problema não recai sobre a alteração das sensações, do grau de consciência ou do estado emocional causado pelas bebidas alcoólicas, observamos que os textos bíblicos não apresentam uma compreensão do simples uso de SPAs como uma atitude pecaminosa, mas

condenam o consumo excessivo e incentivam o uso moderado. Portanto, o argumento de que o paradigma da abstinência é o padrão bíblico definitivo de relação com as drogas se mostra insustentável mediante um mínimo esforço exegético.

A maneira como o vinho aparece na trajetória de Jesus é um elemento que corrobora com essa perspectiva:

Jesus disse aos empregados: "Encham os potes com água". Quando os potes estavam cheios, disse: "Agora tirem um pouco e levem ao mestre de cerimônias". Os empregados seguiram suas instruções. O mestre de cerimônias provou a água transformada em vinho (*oinos*), sem conhecer sua procedência (embora os empregados obviamente soubessem). Então chamou o noivo. "O anfitrião sempre serve o melhor vinho primeiro", disse ele. "Depois, quando todos já beberam bastante, serve o vinho de menor qualidade. Mas você guardou o melhor vinho até agora!". Esse sinal em Caná da Galileia foi o primeiro milagre que Jesus fez. Com isso ele manifestou sua glória, e seus discípulos creram nele (João 2:7-11).

"E ninguém colocaria vinho (*oinos*) novo em velhos recipientes de couro. Os recipientes velhos se arrebentariam, deixando vazar o vinho e estragando o recipiente. Vinho novo deve ser guardado em recipientes novos. E ninguém que bebe o vinho velho escolhe beber o vinho novo, pois diz: 'O vinho velho é melhor'" (Lucas 5:37-39).

Jesus disse: "Estava ansioso para comer a refeição da Páscoa com vocês antes do meu sofrimento. Pois eu lhes digo agora que não voltarei a comê-la até que ela se cumpra no reino de Deus". Então tomou um cálice de vinho (*potérion*<sup>14</sup>) e agradeceu a Deus. Depois, disse: "Tomem isto e partilhem entre vocês. Pois não beberei vinho outra vez até que venha o reino de Deus" (Lucas 22:15-18).

Vale lembrar ainda que Jesus, ao não adotar o padrão moral estabelecido pela religião hegemônica em seu contexto, caminhando ao lado dos condenados, experimentou os efeitos da estigmatização a que os(as) usuários(as) de drogas são historicamente submetidos:

Quando João apareceu, não costumava comer nem beber em público, e vocês disseram: 'Está possuído por demônio'. O Filho do Homem, por sua vez, come e bebe, e vocês dizem: 'É comilão e bebedor, amigo de cobradores de impostos e pecadores'. Mas a sabedoria é comprovada pelos resultados que produz (Mateus 11:18-19).

A partir dessas breves discussões, compreendemos que o conceito que melhor expressa um "padrão" bíblico de relação com SPAs não é abstinência, mas sim moderação. Ao contrário do que afirmam os ideólogos do fundamentalismo cristão, a Bíblia nos apresenta uma visão honesta, realista e

---

<sup>14</sup> Strong (2002).

diversa sobre o uso de drogas, abrindo caminho para reflexões que podem auxiliar os seus leitores, ainda hoje, a tomarem decisões mais conscientes e saudáveis para si mesmos.

De forma sucinta, constatamos que a análise dos textos bíblicos pode fomentar uma perspectiva de compreensão das drogas como fenômeno sociocultural, entendendo-as como substâncias que podem ser utilizadas para fins ritualísticos, recreativos e terapêuticos. Entretanto, a postura de aceitação em relação ao consumo de SPAs deve estar acompanhada de advertências e orientações em relação aos riscos e consequências que podem surgir ou se intensificar a partir dessas relações. Nesse sentido, fica nítida a proximidade dessas implicações com os princípios norteadores das estratégias de Redução de Danos.

A potência dessa proximidade pode ser observada de forma concreta no trabalho de König (2012), intitulado “Redução de Danos e Teologia – Protagonizando novas compreensões de vida e cuidado a partir da epidemia de HIV/AIDS”, dissertação de mestrado na qual o autor realizou entrevistas com lideranças religiosas evangélicas que assimilaram estratégias de Redução de Danos nas suas práticas pastorais.

Utilizando narrativas e parábolas bíblicas como pano de fundo, as pessoas entrevistadas destacaram princípios e atitudes similares que também estavam presentes nas estratégias de RD, tais como ir de encontro aos necessitados, perceber e ouvir as pessoas que estão sobrecarregadas, a valorização da vida e o repúdio ao estigma e ao preconceito, práticas de cuidado que não exigem mudança de vida e possibilitam o protagonismo do indivíduo, além da transgressão de moralismos em favor da vida humana (König, 2012).

É interessante notar como suas vivências enquanto redutores de danos potencializaram princípios, atitudes e relações que já tinham como base elementos essenciais de sua religiosidade, moldando os encontros construídos no território e possibilitando a consolidação de práticas de cuidado descolonizadoras e libertadoras, nas quais há a valorização do lugar do outro e a afirmação de sua dignidade:

Olha pra mim a redução de danos marcou profundamente o meu trabalho, a minha forma de ser, de como eu vejo o mundo e ele

perpassa todo o meu trabalho pastoral. Porque, como um pastor muitas vezes tu é procurado nas situações limites, tu é procurado naquelas situações em que o problema já estourou, por exemplo, quando o problema já se instalou, quando já se cometeu o suicídio, quer dizer nessas situações em que parece ser o último recurso a busca por um pastor e a ajuda de Deus... a redução de danos pra mim é um conceito muito importante para a minha prática pastoral, porque eu entendo que pra mim como obreiro a serviço de Deus, eu tenho que conseguir trabalhar as questões, os problemas das pessoas antes de estourar, eu tenho que fazer isso tentando reduzir danos (König, 2012, p. 34).

Diante do exposto, e de nossa própria trajetória de atuação no campo da saúde mental, reafirmarmos a Redução de Danos como um potente instrumento de enfrentamento ao cuidado colonial, capaz de integrar os esforços na direção da descolonização social e da libertação dos condenados desde o campo da saúde mental, uma vez que seus pressupostos fomentam práticas de cuidado consonantes com as aspirações do paradigma psicossocial e de uma religião libertadora:

Só de estar aqui contigo compartilhando, eu já fico muito bem. Falar dessas experiências, externar tudo o que aconteceu mesmo que brevemente, porque isso não foi uma estrelinha do céu na constelação de tudo que aconteceu. Mas só de estar aqui e ser chamado para estar aqui conversando, partilhando tudo o que aconteceu, já me sinto tão mais leve. Porque independente disso tudo, vinte e quatro horas atrás eu ainda estava sentado em um quarto escuro, sem água, ser ridicularizado, ser tratado como surtado porque viram as medicações. **Confiar hoje é algo bem complicado e aqui eu tenho confiança. As pessoas são boas e tratam as pessoas bem.** Então, eu estar aqui hoje, poder saber que daqui a pouco eu vou **tomar um banho, vou me deitar, vou poder fechar o olho despreocupado**, meu Deus, não tem preço. Saber que eu posso deixar minhas coisas no quarto e assistir uma TV, que **ninguém vai mexer em nada. As pequenas coisas, sentir sede e beber água, se alimentar corretamente**, no horário certo. Ontem eu já estava pensando em fazer besteira, hoje eu já estou pensando que **tem tanta coisa que eu ainda posso fazer da minha vida.** Hoje quando eu cheguei ali, que eu vi você entrando eu disse: “Caramba”. **Não vivemos sozinhos nesse mundo e, com tudo que acontece, acaba sendo difícil encontrar uma pessoa para você conversar, que faça exatamente o que foi feito aqui, perguntar, ser escutado, falar, ser escutado, reciprocidade, porque você está genuinamente interessado no que aconteceu.** [...] Então, só de estar aqui, de estar conversando contigo, falando para uma pessoa que tem interesse em escutar e tem interesse em saber o que realmente aconteceu, é extremamente gratificante, é positivo, me estimula a continuar. **É sobre isso, sobre desabafar, colocar para fora, ter pessoas em quem confiar, ter uma equipe de profissionais que conseguem orientar a pessoa para onde é que vai. Não é apenas medicação, não é dopar uma pessoa, jogar em cima de um leito, não. É isso o que você faz enquanto profissional, que é extremamente importante e extremamente necessário** (João, 36 anos).

Esse penetrante relato de João, um dos usuários que contribuiu com nossa pesquisa e que foi entrevistado enquanto estava acolhido para desintoxicação no CAPS AD, sintetiza nossas afirmações quanto ao potencial descolonizador e libertador da Redução de Danos. Uma vez que “a invisibilidade e a desumanização são as expressões primárias da colonialidade do ser” (Maldonado-Torres, 2022, p. 47), o cuidado em saúde mental fundamentado no paradigma psicossocial, que apresenta a Redução de Danos como horizonte ético e político, traz à tona o que é invisível sobre os condenados: sua própria humanidade.

## **7 “POR FIM, OS DESAMPARADOS TÊM ESPERANÇA”: À GUIA DE CONCLUSÃO**

Ele salva os pobres das ofensas dos fortes e os livra das garras dos poderosos. Por fim, os desamparados têm esperança, e a boca dos perversos é fechada (Jó 5:15-16).

Esta pesquisa avaliativa teve como meta principal avaliar as políticas públicas sobre drogas brasileiras na dimensão da saúde mental, levando em consideração as interpenetrações entre religião, política e economia na sua implementação. Para tanto, construímos travessias teórico-metodológicas que nos conduziram a uma sistematização entre a avaliação em profundidade e o método experiencial, estabelecendo ferramentas de apreensão, assimilação e problematização de contextos, conteúdos e trajetórias das políticas em articulação com as experiências de gestores(as), profissionais e usuários(as) que as implementam localmente na Rede de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza, Ceará.

A partir de nossa própria trajetória de vida e de experiência profissional no campo da saúde mental, apresentamos alguns princípios e compromissos que nos situam em consonância com movimentos de descolonização e libertação das relações sociais. Demonstramos ainda de que forma a confluência dessas perspectivas fundamentou, impulsionou e aguçou nossos esforços avaliativos, proporcionando o desenvolvimento de uma perspectiva analítica/avaliativa contra-hegemônica e anti-ideológica.

Nessa toada, partimos do pressuposto de que o capitalismo se configura como uma religião sacrificial e demonstramos ao longo da pesquisa que a ideologia neoliberal, enquanto paradigma teológico-político, fundamenta a idolatria do mercado e a produção de sujeitos elimináveis. Articulamos ainda instrumentos analíticos que evidenciam a atuação dessa religião econômica como elemento estruturante do Estado brasileiro contemporâneo e suas repercussões em diversas esferas da vida social compartilhada em território nacional.

No que se refere ao campo das políticas públicas sobre drogas e o cuidado em saúde mental, constatamos que o espírito revolucionário e democrático que ecoou na construção da Atenção Psicossocial vem sendo sufocado por uma agenda neoliberal de desmonte das políticas públicas e

desarticulação da ética do cuidado em uma perspectiva antimanicomial. Essa oposição se materializa em um amálgama biopolítico formado pela conjunção entre a ideologia neoliberal, o discurso conservador, a lógica proibicionista, a religiosidade fundamentalista e o paradigma manicomial, elementos que estruturam o cuidado colonial no campo da saúde mental brasileiro através de diversas estratégias, sendo a política de guerra às drogas e atuação das CTs, atualmente, as expressões máximas desse modelo.

Ademais, revelamos ainda de que forma esse cenário afeta as experiências dos diversos atores que implementam as políticas públicas sobre drogas no campo da saúde mental, especialmente os destinatários das políticas. Em nossa avaliação, consideramos que tais problemáticas conformam o que denominamos como a colonialidade do ser usuário de drogas, os inúmeros processos de inferiorização existencial que marcam os corpos e experiências desses sujeitos na realidade brasileira.

Esse panorama analítico/avaliativo foi erigido a partir da realidade local, de forma que as experiências e as atitudes avaliativas de gestores(as), profissionais e usuários(as) da RAPS de Fortaleza conferiram mais autenticidade, profundidade e lucidez à nossa discussão. Sendo assim, faz-se necessário retomar de forma concisa as principais contribuições tecidas a partir dos encontros proporcionados pela pesquisa de campo.

Os olhares dos agentes institucionais sobre os destinatários das políticas tornaram evidente os reflexos da disputa entre os dois paradigmas orientadores das práticas de cuidado em saúde mental na RAPS de Fortaleza. Enquanto gestores(as) municipais e profissionais de nível superior do CAPS AD se mostram mais afinados com o paradigma psicossocial, os gestores de CT demonstram pensamentos e práticas característicos do paradigma asilar. As contradições suscitadas por essa disputa acabam por reproduzir no âmbito da RAPS os estigmas, preconceitos e a invisibilidade que recaem sobre os(as) usuários(as) de drogas.

As percepções desses agentes institucionais sobre a trajetória das políticas demonstram que o contexto nacional de remanicomialização do cuidado em saúde mental estabelece incongruências, desarticulações e desvirtuações na RAPS de Fortaleza, de forma que essa rede passa a ser percebida simbolicamente como uma “colcha de retalhos”, sendo afetada

cotidianamente pelo subfinanciamento, sucateamento e desmantelamento. Novamente, as contradições impostas pela perspectiva proibicionista/manicomial, esta que viabiliza o cuidado colonial, aparecem como elementos que comprometem a implementação das políticas públicas no campo da saúde mental, encobrendo as necessidades individuais, comunitárias e territoriais.

Nesse sentido, a religiosidade fundamentalista aparece como outra faceta do cuidado colonial, na medida em que se impõe como elemento constituinte de um paradigma orientador da formulação e implementação das políticas públicas sobre drogas no campo da saúde mental, alinhada à lógica proibicionista e manicomial. Portanto, a atuação das Comunidades Terapêuticas, enquanto expressão mais significativa da relação contraditória entre religião e saúde mental, representa um modelo de cuidado dissonante dos equipamentos de saúde da RAPS, configurando-se como um dos principais desafios presentes no cotidiano dos agentes institucionais e como empecilho para a consolidação e ampliação de práticas antimanicomiais.

No entanto, é importante ressaltar que a presença das CTs na RAPS é apenas uma das repercussões do cenário de desmonte das políticas públicas de saúde mental decorrente dos ciclos de ajuste do Estado brasileiro contemporâneo e da radicalização da religião econômica neoliberal. Como discutimos ao longo do texto, os hospitais psiquiátricos, instituições clássicas do paradigma asilar, permanecem atuando como serviços de referência do cuidado em saúde mental na RAPS. Além disso, os próprios serviços substitutivos, criados originalmente em uma perspectiva antimanicomial, sofrem processos de desvirtuação que invertem o seu modelo de cuidado e passam a reproduzir as práticas manicomiais que deveriam combater.

Diante dessa conjuntura, os destinatários das políticas, ou seja, as pessoas com problemas e necessidades relacionados ao uso de drogas, são os mais afetados em diversas dimensões da sua existência. A nível geral, o paradigma proibicionista e a não-ética da guerra às drogas, em articulação com outras ideologias hegemônicas, especialmente a religiosidade fundamentalista, produzem os aspectos coloniais do ser e suas fraturas, uma vez que o ser usuário de drogas, compreendido como um não-ser ou ente invisível, é lançado e enquadrado cotidianamente em uma realidade fragmentada e opressora,

demarcando uma condição existencial e corporal que nomeamos como a colonialidade do ser usuários de drogas.

Em um nível mais específico, ao avaliarmos as políticas públicas sobre drogas, em conjunto com as pessoas que se movimentam em busca de cuidado na condição de usuários(as) da RAPS, constatamos que a colonialidade do ser que atinge especificamente os(as) usuários(as) de drogas também é reproduzida no âmbito do cuidado em saúde mental, através de princípios e práticas que promovem a subalternização, a desumanização e a exploração dessas pessoas, perpetuando a diferença ontológica colonial.

É desde essa realidade, entendida como repercussão das disputas e contradições que conformam o Estado brasileiro contemporâneo, afetando também o seu campo de políticas públicas, que nos posicionamos enquanto avaliadores. Dessa forma, o caráter de denúncia da pesquisa avaliativa, que busca revelar e expor as armadilhas ideológicas ocultas no tecido social brasileiro, está diretamente vinculado à sua dimensão profética, visto que possibilita a construção de caminhos coletivos de descolonização e libertação, veredas de desmantelamento das práticas coloniais de opressão no aqui e agora.

Sendo assim, reforçamos a urgência do fortalecimento do Estado Democrático de Direito, através da retomada de políticas públicas formuladas pelo povo e para o povo, ou seja, com intensa participação social. Para isso, os processos avaliativos, especialmente no campo da avaliação de políticas públicas, necessitam de movimentos contra-hegemônicos contínuos que garantam sua reflexividade, reavivando incessantemente o compromisso ético e político com a dignidade humana.

No que se refere o campo da saúde mental, ressaltamos que o paradigma da Atenção Psicossocial, formulado no contexto da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial brasileiras, é o modelo que incorpora o espírito democrático e que melhor representa a garantia dos direitos constitucionais advindos das lutas sociais. Voltando-se para o cuidado em saúde mental direcionado às pessoas com problemas e necessidades relacionadas ao uso de SPAs, as estratégias de Redução de Danos se apresentam como um potente instrumento de enfrentamento à colonialidade dos ser usuário de drogas, pois anunciam o grito/pranto das vítimas do cuidado

colonial e estabelecem uma virada epistemológica, política e ética nas relações de cuidado, subvertendo o lugar social dos condenados.

Por fim, a partir de nossas reflexões teológico-políticas, demonstramos ainda que os princípios e práticas promovidas pelas estratégias de Redução de Danos, ao integrar os esforços na direção da descolonização social e da libertação dos condenados desde o campo da saúde mental, fomentam uma práxis de cuidado consonante não apenas com as aspirações do paradigma psicossocial, mas também com os compromissos de uma religião libertadora. Dessa forma, ao passo que disputamos o campo religioso por meio da revelação, construção e afirmação de religiosidades contra-hegemônicas, abrimos caminho para aproximações e interlocuções interdisciplinares que possam se somar aos esforços por uma ética da descolonização ou da libertação em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- ABRASME. **Nota de Repúdio à criação do Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas**. 2023. Disponível em: <<https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/179604/nota-de-repdio-criao-do-departamento-de-apoio-s-comunidades-teraputicas>>. Acesso em: 14 nov. 2024.
- ALMEIDA, G. Prefeitura de Fortaleza prevê reduzir 80% do valor destinado a implantação de CAPs. **O Povo**, Fortaleza. 2021. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2021/10/01/prefeitura-de-fortaleza-preve-reduzir-80-do-valor-destinado-a-implantacao-de-caps.html>. Acesso em: 14 nov. 2024.
- ALMEIDA, S. Estado, Direito e Análise Materialista do Racismo. *In*: KASHIURA JR., C. N.; AKAMINE JR., O.; MELO, T. de. (org.). **Para a Crítica do Direito**: reflexões sobre teorias e práticas jurídicas. 1 ed. São Paulo: Outras Expressões; Dobra universitário, 2015, p. 747-767.
- ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- ALTHAUS-REID, M. “Yo soy la desintegración”. *In*: EGGERT, E. **[Re]leituras de Frida Kahlo**: por uma ética estética da diversidade machucada. Santa Cruz do Sul, EDUNISC, 2008, p. 94-100.
- ALTHAUS-REID, M. **Deus queer**. Rio de Janeiro: Metanoia: Novos Diálogos, 2019.
- ALTINO, L. Porte de maconha pode ser descriminalizado pelo STF nesta quarta: “precisamos parar de ser vistos como marginais”, diz cultivadora. **O Globo**, Rio de Janeiro. 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2023/05/porte-de-maconha-pode-ser-descriminalizado-pelo-stf-nesta-quarta-precisamos-parar-de-ser-vistos-como-marginais-diz-cultivadora.ghml>. Acesso em: 14 nov. 2024.
- ALVES, R. **O Que é Religião?**. São Paulo: Edições Loyola, 1999.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- AQUINO, M. P.; TÁMEZ, E. **Teología feminista latinoamericana**. Quito: Pluriminor, 1998.
- ATENDIMENTO e falta de remédios geram reclamações no Caps do Bom Jardim. **Diário do Nordeste**, [Fortaleza], 19 ago. 2019. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/atendimento-e-falta-de-remedios-geram-reclamacoes-no-caps-do-bom-jardim-1.2137650>. Acesso em:

14 nov. 2024.

ASSMANN, H.; HINKELAMMERT, F. **A idolatria do mercado**: ensaio sobre economia e teologia. Petrópolis: Vozes, 1989.

BACELAR, T. As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. *In*: **Políticas Públicas e Gestão Local**: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE, 2003.

BALLESTRIN, L. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 11, pp. 89-117, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/DxkN3kQ3XdYYPbwwXH55jhv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BALLOUSSIER, A. V. Comunidades terapêuticas não terão mais órgão exclusivo no governo Lula. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 mai. 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/05/comunidades-terapeuticas-nao-terao-mais-orgao-exclusivo-no-governo-lula.shtml>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BASAGLIA, F. (coord.). **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BENICIO, L. F. D. S. *et al.* Necropolítica e Pesquisa-Intervenção sobre Homicídios de Adolescentes e Jovens em Fortaleza, CE. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. spe2, p. 192–207, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/FKRDccYDHRmgZGWPjvPfFzd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BENJAMIN, W. **O Capitalismo como religião**. São Paulo: Boitempo, 2013.

BOULLOSA, R. F. Por um olhar epistemológico para a avaliação de políticas públicas: história, teoria e método. **Revista AVAL**, [S. l.] v. 4, n. 18, p. 9-37, 2020.

BOULLOSA, R. F. *et al.* Por um antimanual de avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Avaliação**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 1-16, 2021.

BOURDIEU, P. O campo científico. *In*: ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu**: sociologia. São Paulo: Ática, 1983. p. 122–155.

BOURDIEU, P. A ilusão biográfica. *In*: AMADO, J.; FERREIRA, M. M. **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986.

BOURDIEU, P. Compreender. *In*: BOURDIEU, P. (coord.). **A miséria do mundo**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 693-732.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 abr. 2001a. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1 jul. 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 ago. 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 abr. 2019a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília, DF, 24 jul. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jan. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/decreto/D11392.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11392.htm). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 23 jun. 2011a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Decreto nº 7426, de 7 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jan. 2011b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7426.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7426.htm). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011c. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 jun. 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos\\_medicalizacao\\_recomendacoes\\_estrategia\\_1ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 2019b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm).

Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. **HumanizaSUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Recomendação nº 001, de 26 de janeiro de 2023. Recomenda medida contrária à criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome, entre outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de saúde, Brasília, DF, 26 jan. 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/2857-recomendacao-n-001-de-26-de-janeiro-de-2023>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BRASIL. Resolução nº 249, de 10 de julho de 2024. Dispõe sobre a proibição do acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 jul. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-249-de-10-de-julho-de-2024-571720917>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente. [S.l.]: Editora Filosófica Politeia, 2019.

CÂMARA realiza sessão solene em homenagem aos trabalhos desenvolvidos pelas comunidades terapêuticas. **Câmara Municipal de Fortaleza**, 5 mai. 2022. Disponível em: <https://www.cmfor.ce.gov.br/2022/05/05/camara-realiza-sessao-solene-em-homenagem-aos-trabalhos-das-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

CARDOSO, M. F.; BATISTA-DOS-SANTOS, A. C; ALLOUFA, J. M. de L. Sujeito, linguagem, ideologia, mundo: técnica hermenêutico-dialética para análise de dados qualitativos para de estudos críticos em administração. **R. Adm. FACES Journal**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 74-93, 2015. Disponível em: <https://revista.fumec.br/index.php/faceesp/article/view/2112/1679>. Acesso em: 14 nov. 2024.

CARNEIRO, R.; BRASIL, F. de P. D. **O papel do estado e as reformas na Administração Pública**: da constituição federal de 1988 ao contexto pós Pandemia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 69p., 2021. Disponível em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/PJSSaudeAmanha\\_Tex to0049\\_v02.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/PJSSaudeAmanha_Tex to0049_v02.pdf). Acesso em: 21 out. 2024.

CARVALHO, A. M. P de. **“Tú me ensinas a fazer renda que eu te ensino a namorar”**: tecendo rendas na descoberta do mundo nosso de cada dia: reflexões sobre o ofício da pesquisa. Texto elaborado para discussão com integrantes de movimentos sociais do Curso Análise da Realidade Brasileira a partir de autores brasileiros, São Luís, 2004.

CARVALHO, A. M. P. de; GUERRA, E. C. O Brasil no século XXI nos circuitos

da crise do capital: o modelo brasileiro de ajuste no foco da crítica. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 19, n. 1, 2015, p. 41-60. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3864/2009>. Acesso em: 14 nov. 2024.

CARVALHO, A. M. P.; PORTO, M. de S.; BEZERRA, L. M. P. de S. Expressões Contemporâneas do sistema do capital no contexto brasileiro: ciclos de ajuste, crise e reconfigurações do estado (1990-2023). *In: Jornada Internacional de Políticas Públicas*, 11., 2023, São Luís. **Anais [...]**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2023. Disponível em: <https://mapp.ufc.br/wp-content/uploads/2023/11/1.-artigo-mesa-tematica-joinpp-2023-1.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

CASTRO-GÓMEZ, S. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da “invenção do outro”. *In: LANDER, E. (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 80-87. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod\\_resource/content/1/colonialidade\\_do\\_saber\\_eurocentrismo\\_ciencias\\_sociais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod_resource/content/1/colonialidade_do_saber_eurocentrismo_ciencias_sociais.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

CAVALCANTE, P. Desmantelando o Estado Social Brasileiro: causas, estratégias e consequências. *Política. Blog Gestão Política e Sociedade, Estadão*, 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/desmantelando-o-estado-social-brasileiro-causas-estrategias-e-consequencias/>. Acesso em: 21 out. 2024.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Nota Técnica nº 7 - Informações sobre o Fluxo de Regulação de Vagas para Comunidades Terapêuticas contratadas pelo Ceará. **Governo do Estado do Ceará**, 13 ago. 2021. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Nota\\_Tecnica\\_07-2021\\_Fluxo\\_de\\_Regulacao\\_CT\\_s\\_REVISADA.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Nota_Tecnica_07-2021_Fluxo_de_Regulacao_CT_s_REVISADA.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Ceará – CIB/CE. Resolução nº 18/2022 – CIB/CE. Aprova a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PESMAD). **Governo do Estado do Ceará**, 28 jan. 2022. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/03/RESOLUCAO-18-Politica-Estadual-de-Saude-Mental-com-Anexo.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

CEARÁ. Secretaria de Proteção Social. Plano Estadual de Políticas Sobre Drogas. **Governo do Estado do Ceará**, 2024. Disponível em: [https://www.sps.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/16/2024/05/06\\_PLANO\\_ESTADUAL\\_PSD\\_09.04.24.pdf](https://www.sps.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/16/2024/05/06_PLANO_ESTADUAL_PSD_09.04.24.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

CELLARD, A. A análise documental. *In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, Vozes, 2008. p. 295-316.

CÉSAIRE, A. **Discurso sobre o colonialismo**. São Paulo: Veneta, 2020.

CIFALI, A. C. Política Criminal Brasileira no Governo Lula (2003-2010): diretrizes, reformas legais e impacto carcerário. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 1-15, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/CESP/article/view/20896/20548>. Acesso em: 14 nov. 2024.

COELHO, A. S. **Capitalismo como religião**: Walter Benjamin e os teólogos da libertação. São Paulo: Recriar, 2021.

COM filas de espera, demora no atendimento gera reclamações nos Caps em Fortaleza. **Diário do Nordeste**, [Fortaleza], 8 fev. 2021. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/com-filas-de-espera-demora-no-atendimento-gera-reclamacoes-nos-caps-em-fortaleza-1.3044642>. Acesso em: 14 nov. 2024.

CONE, J. **Deus dos oprimidos**. São Paulo: Recriar, 2020a.

CONE, J. **Teologia negra**. São Paulo: Recriar, 2020b.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al.* **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2024.

CORREIA, M.; FONSECA, N. Pastores articularam caravanas e convocaram ataques em Brasília. **Agência Pública**, [S. l.], 10 jan. 2023. Disponível em: <https://apublica.org/2023/01/a-face-religiosa-do-terrorismo-pastores-articularam-caravanas-e-convocaram-ataques-em-bsb/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. Em: AMARANTE, P.; VASCONCELLOS, J. (ed.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Coleção Loucura & civilização. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CRUZ, D. M. Enfoques contra-hegemônicos e pesquisa qualitativa: desafios da avaliação em profundidade em políticas públicas. **Revista AVAL**, [S. l.], v. 1, n. 15 2019. p. 161-173.

CUNHA, M. do N. **Fundamentalismos, crise da democracia e ameaça aos direitos humanos na América do Sul**: tendências e desafios para a ação. Salvador (Bahia): KOINONIA Presença Ecumênica e Serviço, 2020. Disponível em: <https://fld.com.br/wp-content/uploads/2020/11/FundamentalismosPT.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

DAOU, J. Z. **A Guerra às drogas na América Latina**: uma política neocolonial. 2021. 22 f. Artigo de Conclusão de Curso (Especialização em Relações Internacionais Contemporâneas) – Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019. Disponível em:

<https://dspace.unila.edu.br/server/api/core/bitstreams/125d39c1-672e-443b-af29-e1832e5aac5d/content>. Acesso em 14 nov. 2024.

DOS ANJOS, F. **Biopolíticas do sacrifício**: religião e militarização da vida na pacificação das favelas do Rio de Janeiro. São Paulo: Recriar, 2019.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. Em: DUARTE, J.; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo, Atlas, 2005. p. 63-83.

DUSSEL, E. **Filosofia na América Latina**: filosofia da libertação. São Paulo: Loyola, 1977.

DUSSEL, E. **Para uma ética da libertação latino-americana**: uma filosofia da religião antifetichista. [S.l.] Loyola-UNIMEP, 1980.

DUSSEL, E. **Caminhos de libertação latino-americana**. São Paulo: Ed. Paulinas, 1984.

DUSSEL, E. **Filosofia da libertação**: crítica à ideologia da exclusão. São Paulo: Paulus, 1995.

DUSSEL, E. **Teología de la liberación**: un panorama de su desarrollo. 1. ed. Ciudad de México: Potrerillos, 1999.

DUSSEL, E. **Ética da libertação**: na idade da globalização e da exclusão. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

DUSSEL, E. **Hacia una filosofía política crítica**. Bilbao-España: Desclée, 2001.

DUSSEL, E. Europa, modernidade e eurocentrismo. Em: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod\\_resource/content/1/colonialidade\\_do\\_saber\\_eurocentrismo\\_ciencias\\_sociais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod_resource/content/1/colonialidade_do_saber_eurocentrismo_ciencias_sociais.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2024.

ESCOBAR, A. Mundos y conocimientos de otro modo: el programa de investigación modernidad/colonialidad latinoamericano. **Tabula Rasa**, n. 1, 2003, p. 58-86. Disponível em: <https://www.revistatabularasa.org/numero-1/escobar.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

ESTENSSORO, L. **Estado e Políticas Públicas no Brasil**: questões pendentes. 2011. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/estenssoro/estado-e-politicas-pblicas-no-brasil-luis-estenssoro>. Acesso em: 14 nov. 2024.

EVANGELISTA, A. C.; REIS, L.; NOVAES, R. É preciso falar sobre religião para compreender o Brasil. **Religião e Poder**, 2022. Disponível em: <https://religioepoder.org.br/artigo/e-preciso-falar-sobre-religiao-para-compreender-o-brasil/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

FALCÃO, L.; SANTOS, H.; LEONARDO, Y. Referência, Hospital de Saúde

Mental do Ceará é espaço de apoio para devolver o desejo de vida.

**Assessoria de Comunicação da Casa Civil**, 2023. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2023/01/12/referencia-hospital-de-saude-mental-do-ceara-e-espaco-de-apoio-para-devolver-o-desejo-de-vida/#:~:text=%C3%89%20no%20Hospital%2Ddia%20%E2%80%93%20Lugar,%C3%A0%20pandemia%20da%20covid%2D19>. Acesso em: 14 nov. 2024.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FANON, F. **Os Condenados da Terra**. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 59, 2005. p. 97-109. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v20n59/a07v2059.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

FERNANDES, F. **A integração do negro na sociedade de classes**: (o legado da “raça branca”), volume 1. 5. ed. São Paulo: Globo, 2008.

FERNANDES, F. **Capitalismo Dependente e Classes Sociais na América Latina**. 4. ed. São Paulo: Global Editora, 2021.

FERRUGEM, D.; GERSHENSON, B. Guerra às drogas em contexto de pandemia: repercussões na saúde mental das mulheres negras. In: GOMES, T. M. DA S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. DE O. (Eds.). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia**: contribuições do serviço social. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Disponível em: [https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/17627/2/Guerra\\_as\\_drogas\\_em\\_contexto\\_de\\_pandemia\\_repercussoes\\_na\\_saude\\_mental\\_das\\_mulheres\\_negras.pdf](https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/17627/2/Guerra_as_drogas_em_contexto_de_pandemia_repercussoes_na_saude_mental_das_mulheres_negras.pdf). Acesso em: 14 no. 2024.

FILHO, T. J. M. **Necropolítica através de suas influências**: Achille Mbembe na encruzilhada entre estado de exceção, biopoder e colonialidade. 2022. 216 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia), Universidade Estadual de Londrina, Centro de Letras e Ciências Humanas, Londrina, 2022.

FEITOSA, G. R.; LEITE, L. C. Lei antidrogas no Brasil: nova segregação racial?. **Revista de Direito**, Viçosa, v. 13, n. 02, 2021. p. 01-29. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/revistadir/article/view/11200/6644>. Acesso em: 14 nov. 2024.

FORTALEZA. Lei Ordinária nº 11.244, de 07 de abril de 2022. Institui a campanha Junho Branco, dedicada a ações de conscientização, prevenção e combate ao uso de drogas no Município de Fortaleza, na forma que indica. **Diário Oficial do Município**, Fortaleza, 7 abr. 2022a. Disponível em: [https://sapl.fortaleza.ce.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2022/13410/lei\\_11244.pdf](https://sapl.fortaleza.ce.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2022/13410/lei_11244.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

FORTALEZA. Junho Branco: câmara destaca políticas públicas de prevenção ao uso de drogas. **Câmara Municipal de Fortaleza**, 28 jun. 2022b. Disponível em: <https://www.cmfor.ce.gov.br/2022/06/28/junho-branco-camara-destaca->

politicas-publicas-de-prevencao-ao-uso-de-drogas/. Acesso em: 14 nov. 2024.

FORTALEZA. Decreto nº 15.353, de 4 de julho de 2022. Aprova o regulamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Diário Oficial do Município**, Fortaleza, 2022c. Disponível em: [https://planejamento.fortaleza.ce.gov.br/images/PDF/2022/regulamentos/2022\\_DC\\_N%C2%BA\\_15.353\\_2022\\_-\\_Regulamento\\_SMS.pdf](https://planejamento.fortaleza.ce.gov.br/images/PDF/2022/regulamentos/2022_DC_N%C2%BA_15.353_2022_-_Regulamento_SMS.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

FORTALEZA. Câmara de Fortaleza homenageia profissionais e instituições atuantes na prevenção e tratamento de dependentes químicos. **Câmara Municipal de Fortaleza**, 21 jun. 2023a. Disponível em: <https://www.cmfor.ce.gov.br/2023/06/21/camara-de-fortaleza-homenageia-profissionais-e-instituicoes-atuantes-na-prevencao-e-tratamento-de-dependentes-quimicos>. Acesso em: 14 nov. 2024.

FORTALEZA. Decreto nº 15.628, de 27 de abril de 2023. Dispões sobre a estrutura organizacional, a distribuição e a denominação dos cargos em comissão da secretaria municipal de governo (SEGOV), e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Fortaleza, 2023b. Disponível em: [https://planejamento.fortaleza.ce.gov.br/images/PDF/2023/LEGISLACAO/2023\\_DC\\_N%C2%BA\\_15.649\\_2023\\_-\\_Altera%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_Estrutura\\_da\\_SEGOV.pdf](https://planejamento.fortaleza.ce.gov.br/images/PDF/2023/LEGISLACAO/2023_DC_N%C2%BA_15.649_2023_-_Altera%C3%A7%C3%A3o_da_Estrutura_da_SEGOV.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FURTADO, C. **O Mito do Desenvolvimento Econômico**. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1983.

FURTADO, C. **Formação Econômica do Brasil**. 32. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2003.

GADAMER, H. G. **Hermenêutica em retrospectiva**. Petrópolis: Vozes, 2009.

GALBRAITH, J. K. **A cultura do contentamento**. São Paulo: Pioneira, 1992.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOMES, T. M. da S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. de O. (Orgs). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do serviço social**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Disponível em: [https://www.editoranavegando.com/\\_files/ugd/35e7c6\\_e38745fdced5439f9ca4bb0b64125d0e.pdf](https://www.editoranavegando.com/_files/ugd/35e7c6_e38745fdced5439f9ca4bb0b64125d0e.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

GOMIDE, A. A.; Silva, M. M. S.; LEOPOLDI, M. A. (ed.). **Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022)**. Brasília: IPEA, 2023. Disponível em:

[https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11939/4/Desmonte\\_e\\_Reconfiguracao\\_Capa.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11939/4/Desmonte_e_Reconfiguracao_Capa.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

GROSFOGUEL, R. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 80, 2008. p. 115-47. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/697>. Acesso em: 14 nov. 2024.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 44, 2019. p. 111-138. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

GUSSI, A. F. Apontamentos teórico-metodológicos para a avaliação de programas de microcrédito. **Revista AVAL**. UFC, número 1, p. 29-37, 2008. Disponível em: <https://mapp.ufc.br/wp-content/uploads/2021/01/alcidas-1.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

GUSSI, A. Outras epistemologias e metodologias: a experiência do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas. **Revista AVAL**, [S. l.], v. 2, n. 16, 2019. p. 169-183. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49873/1/2019\\_art\\_afgussi.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49873/1/2019_art_afgussi.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

GUSSI, A.; OLIVEIRA, B. Políticas públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. **Desenvolvimento em Debate**, v. 4, n. 1, 2016. p. 83–101. Disponível em: [https://inctpped.ie.ufrj.br/desenvolvimentoemdebate/pdf/dd\\_v\\_4\\_1\\_Gussi\\_Oliveira.pdf](https://inctpped.ie.ufrj.br/desenvolvimentoemdebate/pdf/dd_v_4_1_Gussi_Oliveira.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

HINKELAMMERT, F. **As armas ideológicas da morte**. São Paulo: Paulinas, 1983.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HABERMAS, J. **Entre naturalismo e religião**: estudos filosóficos. [S.l.] Tempo Brasileiro, 2007.

HOLANDA, D. Atuação das comunidades terapêuticas do Estado é reconhecida em solenidade. **Assembleia Legislativa do Estado do Ceará**, 7 ago. 2023. Disponível em: <https://www.al.ce.gov.br/noticias/atuacao-das-comunidades-terapeuticas-do-estado-e-reconhecida-em-solenidade>. Acesso em: 14 nov. 2024.

KÖNIG, C. R. **Redução de Danos e Teologia**: protagonizando novas compreensões de vida e cuidado a partir da epidemia de HIV/AIDS. 2012. 104 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Teologia) – Escola Superior de

Teologia, São Leopoldo, 2012.

LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: <[https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod\\_resource/content/1/colonialidade\\_do\\_saber\\_eurocentrismo\\_ciencias\\_sociais.pdf](https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod_resource/content/1/colonialidade_do_saber_eurocentrismo_ciencias_sociais.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

LEIA a íntegra da carta de Lula aos evangélicos. **CartaCapital**, 19 out. 2022. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/leia-a-integra-da-carta-de-lula-aos-cristaos/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

LEJANO, Raul. **Parâmetros para Análise de Políticas**: a fusão do texto e contexto. Campinas: Arte Escrita, 2012.

LIMA, F. A. C.; GUSSI, A. Pode o subalterno avaliar?: possibilidades de um giro contra-hegemônico como opção descolonial no campo da avaliação de políticas públicas. **Revista AVAL**, [S. l.] v. 6, n. 20, 2021. p. 11-35. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/aval/article/view/78502/218306>. Acesso em: 14 nov. 2024.

LOPES, H. P.; GONÇALVES, A. M. A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. **Pesquisa e Práticas Sociais**, São João del Rei, v. 13, n. 1, 2020. Disponível em: [http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/2858/1886#](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2858/1886#). Acesso em: 14 nov. 2024.

LÖWY, M. Walter Benjamin, crítico da civilização. In: BENJAMIN, W. (ed.). **O capitalismo como religião**. São Paulo: Boitempo, 2013.

LÖWY, M. **O que é cristianismo da libertação**: religião e política na América Latina. 2. ed., São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo: Expressão Popular, 2016.

MAIA, L. Caps de Fortaleza não suprem demanda, denunciam profissionais e pacientes. **O Povo**, 17 set. 2021. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2021/09/17/caps-de-fortaleza-nao-suprem-demanda-denunciam-profissionais-e-pacientes.html>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MALDONADO-TORRES, N. El Caribe, la colonialidad, y el giro decolonial. **Latin American Research Review**, [Cambridge], v. 55, n. 3, 2020. p. 560-573. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/3063123107450770B0313350A6545B6E/S0023879100006294a.pdf/el-caribe-la-colonialidad-y-el-giro-decolonial.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MALDONADO-TORRES, N. **Sobre a colonialidade do ser**: contribuições para o desenvolvimento de um conceito. 1 ed. Rio de Janeiro, Via Verita, 2022.

MANIFESTO DE BAURU, Bauru, dez. de 1987 - II Congresso Nacional e

Trabalhadores em Saúde Mental. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em 14 nov. 2024.

MANN, T. **José e seus irmãos**, 3. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

MARA, E. **Pacto social e hegemonia burguesa**: a reforma do neoliberalismo na era Lula. 2016. 418 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/25773>. Acesso em: 14 nov. 2014.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (ed.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MIGNOLO, W. Os esplendores e as misérias da “ciência”: colonialidade, geopolítica do conhecimento e pluri-versalidade epistêmica. Em: SANTOS, B. S. (ed.). **Conhecimento prudente para uma vida decente**: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

MIGNOLO, W. A colonialidade de cabo a rabo: o hemisfério ocidental no horizonte conceitual da modernidade. *In*: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod\\_resource/content/1/colonialidade\\_do\\_saber\\_eurocentrismo\\_ciencias\\_sociais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod_resource/content/1/colonialidade_do_saber_eurocentrismo_ciencias_sociais.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

MIGNOLO, W. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. **Cadernos de Letras da UFF – Dossiê**: Literatura, língua e identidade, n. 34, 2008a. p. 287-324.

MIGNOLO, W. D. La opción de-colonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto y un caso. **Tabula Rasa**, Bogotá, n. 8, 2008b. pp. 243-281. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39600813>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MIGNOLO, W. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. **Rev. bras. Ci. Soc.**, [S. l.] v. 32, n. 94, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/nKwQNPrx5Zr3yrMjh7tCZVk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MIGNOLO, W. A geopolítica do conhecimento e a diferença colonial. **Revista Lusófona de Educação**, [S. l.], v. 48, n. 48, 2020, p. 187-224. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/7324/4329>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. *In*: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.83-107.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ. **Termo de compromisso de ajustamento de conduta nº 01/2017, inquérito civil público nº 342221/2016 – PSP**. [Fortaleza], 25 jul. 2017. Disponível em: <https://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2017/07/TAC-completo.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

MOLTMANN, J. **O Deus crucificado**: a cruz de Cristo como base e crítica da teologia cristã. Santo André (SP): Academia Cristã, 2011.

MST. 2024. Disponível em: <https://mst.org.br/nossa-historia/inicio/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da (org.). **Drogas e Redução de Danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: UNIFESP/Ministério da Saúde, 2008.

NUNES JÚNIOR, E. M. **A terra em Gênesis 1-9**: uma leitura microscópica crítica da narrativa. 2017. 140f. 2016. 418 f. Tese (Doutorado em Letras) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Judaicos, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8158/tde-17052018-134150/publico/2017\\_EdsonMagalhaesNunesJunior\\_VOrig.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8158/tde-17052018-134150/publico/2017_EdsonMagalhaesNunesJunior_VOrig.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

PACHECO, R. **Teologia negra**: o sopro antirracista do Espírito. Brasília: Novos Diálogos, 2019.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: TEIXEIRA, S. M. F. (ed.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11-23.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.] v. 23, n. 1, 2011. p. 154–162. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/zMk4Dq4gQ4XhH4dQgzScQRm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2024.

PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a reforma psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, 2018. p. 10–23. Disponível: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483/15672>. Acesso em: 14 nov. 2024.

PASSOS, R. G. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **Revista Em Pauta**, v. 18, n. 45, p. 116 – 129, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/47219/31983>. Acesso em: 14 nov. 2024.

PIERUCCI, A. F. de O. **O desencantamento do mundo**: todos os passos do conceito em Max Weber. 3. ed. São Paulo: Editora 34, 2013.

PINHEIRO, J. Jorge Pinheiro – Defensor da Vida e da Família. [S. l.]. [s.d.]. Disponível em: <http://jorgepinheiro.org/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

PORTO-GONÇALVES, C. W. Apresentação da edição em português. In: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005, p. 3-5. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod\\_resource/content/1/colonialidade\\_do\\_saber\\_eurocentrismo\\_ciencias\\_sociais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod_resource/content/1/colonialidade_do_saber_eurocentrismo_ciencias_sociais.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

PRADO JR., C. **Formação do Brasil Contemporâneo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

PRUDENCIO, J. D. L.; SENNA, M. de C. M. Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas: retrocessos nas concepções, desenho e financiamento. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, n. 49, v. 20, p. 159 – 173, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/63449>. Acesso em: 14 nov. 2024.

PY, Fábio. **A cristologia cristofascista de Jair Bolsonaro**. São Paulo: Carta Maior, 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opinioa/cristologiacristofascista-de-jair-b-olsonaro/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

PY, Fábio. **Cristofascismo de Bolsonaro em 7 atos**. São Paulo: The Intercept, 2020. Disponível em: <https://theintercept.com/2020/05/01/cristofascismobolsonaro-pascoa/>. Acesso em: 14 nov. 2024.

QUIJANO, A. Colonialidade, poder, globalização e democracia. **Revista Novos Rumos**, [S. l.], n. 37, 2002. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/2192/1812>. Acesso em: 14 nov. 2024.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod\\_resource/content/1/colonialidade\\_do\\_saber\\_eurocentrismo\\_ciencias\\_sociais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2591382/mod_resource/content/1/colonialidade_do_saber_eurocentrismo_ciencias_sociais.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. As mudanças na política brasileira de drogas: o avanço da lógica da justiça sobre a saúde. **Revista Cultura y Droga**, [S.l.], v. 25, n. 29, 2020. p. 17-39. Disponível em: [http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga25\(29\)\\_2.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga25(29)_2.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa (tomo 1)**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

RICOEUR, P. **A hermenêutica bíblica**. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

ROCHA, A. C. et al. Sofro, logo me Medico: a medicalização da vida como enfrentamento do mal-estar. **Id on line Rev. Mult. Psic.**, v. 13, n. 46, p. 392–404, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1854/2903>. Acesso em: 14 nov. 2024.

RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista AVAL**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 7-15, 2008. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22510/1/2008\\_art\\_lcrodriques.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22510/1/2008_art_lcrodriques.pdf). Acesso em: 14 nov. 2024.

RODRIGUES, L. C. Método experiencial e avaliação em profundidade: novas perspectivas em políticas públicas. **Desenvolvimento em Debate**, [S. l.], v. 4, n. 1, 2016. p. 103–115. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dd/article/view/31893/18057>. Acesso em: 14 nov. 2024.

ROVAI, R. Entidades pedem demissão de Gleisi por defender internação compulsória. **Revista Fórum**, 8 mai. 2023. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/blogs/blog-do-rovai/2013/5/8/entidades-pedem-demisso-de-gleise-por-defender-internao-compulsoria-40515.html>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SASSINE, V. Gleisi Hoffmann apoia internação involuntária de dependentes químicos. **O Globo**, 4 mai. 2013. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/gleisi-hoffmann-apoia-internacao-involuntaria-de-dependentes-quimicos-8289713>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. **Brasil: uma biografia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SÉGUY, J. Modernité religieuse, religion métaphorique et rationalité. **Archives de sciences sociales des religions**, v. 67, n. 2, p. 191–210, 1989. Disponível em: [https://www.persee.fr/doc/assr\\_0335-5985\\_1989\\_num\\_67\\_2\\_1387](https://www.persee.fr/doc/assr_0335-5985_1989_num_67_2_1387). Acesso em 14 nov. 2024.

SÉGUY, J. Théologie et sciences des religions: hier et aujourd'hui. **Archives de sciences sociales des religions**, n. 118, p. 21–28, 2002. Disponível em: <https://journals.openedition.org/assr/pdf/176>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SILVA, A. P. P. da; MARQUES JÚNIOR, J. S. Racismo estrutural e o paradigma antinegro: o proibicionismo e a guerra às drogas como os novos grilhões dos negros brasileiros. In: GOMES, T. M. da S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. de O. (Eds.). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do serviço social**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

SIQUEIRA, D. Construindo a descriminalização... *In*: SANTOS, L. M. B. (org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 65-70. Disponível em: <https://www.crprs.org.br/conteudo/publicacoes/arquivo48.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SOUZA, L. M. **Três ensaios sobre avaliação de políticas públicas**. Natal: Editora UFRN, 2014.

SOUSA, A. S.; OLIVEIRA, S. O.; ALVES, L. H. A Pesquisa Bibliográfica: princípios e fundamentos. **Cadernos da Fucamp**, v.20, n.43, 2021. p. 64-83. Disponível em: <https://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/download/2336/1441>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?**. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

STRONG, James. **Dicionário Bíblico Strong**: léxico hebraico, aramaico e grego de Strong. Sociedade Bíblica do Brasil: São Paulo, 2002. Disponível em: <https://yausha.com.br/wp-content/uploads/2022/10/dicionario-biblico-strong-lexico-hebraico-aramaico-e-grego-em-portugues.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SUNG, J. M. **Teologia e Economia**. Petrópolis: Vozes, 1994.

SUNG, J. M. **Desejo, mercado e religião**. 4. ed. São Paulo: Fonte Editorial, 2010.

TARGINO, J. Da intersecção entre religião e dependência química: temas relacionados ao assunto. **Revista de Teologia e Ciências da Religião da UNICAP**, v. 6, n. 1, 2016. p. 145–164. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/236213875.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

TARGINO, J. Notas sobre a sociologia da ação e a ética protestante e o espírito do capitalismo. **Estudos de Sociologia**, v. 22, n. 42, 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/9429/6788>. Acesso em: 14 nov. 2024.

TREMPER, M.; ALVES, M. C.; CABRAL, K. V. Escrivências sobre o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: diálogos entre redução de danos e pensamento descolonial. *In*: ALVES, M. C.; ALVES, A. C. (org.). **Epistemologias e metodologias negras, descoloniais e antirracistas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 110-34. Disponível em: [https://www.repositorio.ufpel.edu.br/bitstream/handle/prefix/7337/Escrivencias\\_sobre\\_cuidado\\_ao\\_usuario\\_de\\_alcool\\_e\\_outras\\_drogas.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.repositorio.ufpel.edu.br/bitstream/handle/prefix/7337/Escrivencias_sobre_cuidado_ao_usuario_de_alcool_e_outras_drogas.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 14 nov. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. *In*: **Álcool e sociedade** [recurso eletrônico]. UFSC; OLIVEIRA, W. F.; CARNEIRO, H. (org.). Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. Disponível em:

<https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/Modulo-1.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

VARGAS, M. Governo Lula é criticado por criar área para comunidades terapêuticas após pressão de religiosos. **Folha de São Paulo**, 25 jan. 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/01/governo-lula-e-criticado-por-criar-area-para-comunidades-terapeuticas-apos-pressao-de-religiosos.shtml>. Acesso em: 14 nov. 2024.

VASCONCELOS, E. M.; CAVALCANTE, R. **Religiões e o paradoxo apoio social/intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**. São Paulo: Hucitec, 2019.

WALLERSTEIN, I. **O sistema mundial moderno, vol 1**: a agricultura capitalista e as origens da economia-mundo europeia no século XVI. Porto: Edições Afrontamento, 1974.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thompson, 2001.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, 2010. p. 612–613. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**Você está sendo convidado por Israel Silva Sampaio Gomes como participante da pesquisa intitulada “O CAPITALISMO COMO RELIGIÃO E A COLONIALIDADE DO SER: UMA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NA DIMENSÃO DA SAÚDE MENTAL”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.**

O estudo pretende avaliar como as políticas sobre drogas no âmbito da saúde mental vêm sendo implementadas no município de Fortaleza, Ceará. A pesquisa tem como objetivo: trazer visibilidade para o lugar social das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas; caracterizar o público acompanhado no CAPS AD; compreender os sentidos e significados sobre essa população por parte de gestores, profissionais e usuários; e analisar a produção do cuidado em saúde mental das pessoas acompanhadas pelo CAPS AD, inseridas na Rede de Atenção Psicossocial no município de Fortaleza. As informações registradas serão sigilosas e não haverá divulgação personalizada. Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, no entanto, se houver algum desconforto ou incômodo, você terá a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Os discursos e informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicadas em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos diversos atores envolvidos na atenção às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, a fim de aperfeiçoar as políticas públicas, melhorando a qualidade dos serviços. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Nome:</b> Israel Silva Sampaio Gomes<br/> <b>Instituição:</b> Universidade Federal do Ceará<br/> <b>Endereço:</b> Av. Mister Hull, 2977 - Bloco 873 - Campus do Pici Fortaleza - CE, CEP 60.356-001, Brasil<br/> <b>Telefones para contato:</b> (85) 996816599</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ATENÇÃO:</b> Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).<br/> O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|                                                        |                |            |
|--------------------------------------------------------|----------------|------------|
| Nome do participante da pesquisa                       | Data           | Assinatura |
| _____                                                  | ____/____/____ |            |
| Nome do pesquisador                                    | Data           | Assinatura |
| _____                                                  | ____/____/____ |            |
| Nome da testemunha<br>(se o voluntário não souber ler) | Data           | Assinatura |
| _____                                                  | ____/____/____ |            |
| Nome do profissional<br>que aplicou o TCLE             | Data           | Assinatura |
| _____                                                  |                |            |

## APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como participante da pesquisa: **“O CAPITALISMO COMO RELIGIÃO E A COLONIALIDADE DO SER: UMA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NA DIMENSÃO DA SAÚDE MENTAL”**.

Nesse estudo pretendemos avaliar como as políticas sobre drogas no âmbito da saúde mental vêm sendo implementadas no município de Fortaleza, Ceará. Os motivos que nos levam a estudar esse assunto é trazer visibilidade para o lugar social das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas; caracterizar o público acompanhado no CAPS AD; compreender os sentidos e significados sobre essa população por parte de gestores, profissionais e usuários; e analisar a produção do cuidado em saúde mental das pessoas acompanhadas pelo CAPS AD, inseridas na Rede de Atenção Psicossocial no município de Fortaleza. Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimentos metodológicos: grupo focal e entrevista.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, garante-se que não trará prejuízo na qualidade e condição de vida dos participantes. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

Endereço d(os, as) responsável (is) pela pesquisa:

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nome:</b> Israel Silva Sampaio Gomes<br><b>Instituição:</b> Universidade Federal do Ceará |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|

**Endereço:** Av. Mister Hull, 2977 - Bloco 873 - Campus do Pici Fortaleza - CE, CEP 60.356-001, Brasil

**Telefones para contato:** (85) 996816599

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES(AS)**

Entrevistado(a): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

a. Faixa etária:

☐ 18 a 29 anos ☐ 30 a 49 anos ☐ 50 a 69 anos ☐ 70 ou mais

b. Estado civil:

☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ União Estável

☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_

c. Escolaridade:

☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino Fundamental completo ☐ Ensino Médio incompleto ☐ Ensino Médio completo ☐ Ensino Médio (Técnico)

☐ Nível Superior ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

d. Gênero:

☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro Qual? \_\_\_\_\_

e. Orientação sexual:

☐ Heterossexual ☐ Homossexual ☐ Bissexual ☐ Assexual ☐ Pansexual ☐

☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

f. Raça/Cor:

☐ Preto ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Amarelo

g. Renda mensal:

☐ Menor que 1 salário mínimo ☐ 1 a 3 salários mínimos

☐ 3 a 5 salários mínimos ☐ 5 ou mais

h. Religião:

( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Umbanda, candomblé ou outras religiões afro-brasileiras ( ) Judaica ( ) Sem religião ( ) Outra. Qual?

---

## **2. ASPECTOS OCUPACIONAIS**

a. Tempo de atuação profissional:

( ) 6 meses a 2 anos ( ) 2 a 5 anos ( ) 5 a 7 anos ( ) 7 a 9 anos ( ) 10 ou mais

b. Tempo de atuação no cargo:

( ) 6 meses a 2 anos ( ) 2 a 5 anos ( ) 5 a 7 anos ( ) 7 a 9 anos ( ) 10 ou mais

c. Tipo de vínculo empregatício na instituição:

( ) Celetista ( ) Estatutário ( ) Terceirizado ( ) Cooperativa

( ) Outro. Especificar tipo de vínculo: \_\_\_\_\_

e. Qual sua carga horária de trabalho semanal?

( ) 20 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas ( ) 50 horas ou mais ( ) 60 horas ou mais

( ) Outra. Especificar carga horária: \_\_\_\_\_

## **3. QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM GESTORES**

- a) Fale um pouco sobre sua experiência de atuação no campo das políticas públicas de saúde (formação, tempo no cargo etc.);
- b) Como é o seu cotidiano na coordenação/gestão do órgão/equipamento/pasta?
- c) Como você define uma pessoa com problemas relacionados ao uso de drogas?
- d) Na sua concepção, quais devem ser os objetivos das políticas de drogas no campo da saúde mental?
- e) Quais mudanças você percebe nessas políticas ao longo dos anos?
- f) De que forma essas mudanças afetam as relações de raça e gênero no campo da saúde mental?
- g) O que você percebe como potencialidades e desafios dessas políticas?
- h) Como é realizado o processo de avaliação e monitoramento dessas políticas no município?

- i) Qual seu sentimento em relação a essas políticas?
- j) Como você acha que o seu trabalho com essas políticas pode ser melhorado?
- k) O que você pensa sobre a relação entre religião e política na atenção às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas?
- l) Como você percebe a atuação das Comunidades Terapêuticas com as pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas?
- m) Como se sentiu realizando essa atividade?

**APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS**

Entrevistado(a): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

a. Faixa etária:

☐ 18 a 29 anos ☐ 30 a 49 anos ☐ 50 a 69 anos ☐ 70 ou mais

b. Estado civil:

☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ União Estável

☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_

c. Escolaridade:

☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino Fundamental completo ☐ Ensino Médio incompleto ☐ Ensino Médio completo ☐ Ensino Médio (Técnico)

☐ Nível Superior ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

d. Gênero:

☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro Qual? \_\_\_\_\_

e. Orientação sexual:

☐ Heterossexual ☐ Homossexual ☐ Bissexual ☐ Assexual ☐ Pansexual ☐

☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

f. Raça/Cor:

☐ Preto ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Amarelo

g. Renda mensal:

☐ Menor que 1 salário mínimo ☐ 1 a 3 salários mínimos

☐ 3 a 5 salários mínimos ☐ 5 ou mais

h. Religião:

( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Umbanda, candomblé ou outras religiões afro-brasileiras ( ) Judaica ( ) Sem religião ( ) Outra. Qual?

\_\_\_\_\_

## **2. ASPECTOS OCUPACIONAIS**

a. Tempo de atuação profissional:

( ) 6 meses a 2 anos ( ) 2 a 5 anos ( ) 5 a 7 anos ( ) 7 a 9 anos ( ) 10 ou mais

b. Tempo de atuação na instituição:

( ) 6 meses a 2 anos ( ) 2 a 5 anos ( ) 5 a 7 anos ( ) 7 a 9 anos ( ) 10 ou mais

c. Tipo de vínculo empregatício:

( ) Celetista ( ) Estatutário ( ) Terceirizado ( ) Cooperativa

( ) Outro. Especificar tipo de vínculo: \_\_\_\_\_

d. Turno de trabalho:

( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Matutino e Vespertino

( ) Plantão diurno ( ) Plantão noturno ( ) Plantão diurno ou noturno

e. Qual sua carga horária de trabalho semanal?

( ) 20 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas ( ) 50 horas ou mais ( ) 60 horas ou mais

( ) Outra. Especificar carga horária: \_\_\_\_\_

## **3. QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS**

- a) Fale um pouco sobre sua experiência de atuação no campo das políticas de saúde mental (formação, tempo no cargo etc.);
- b) Como é o seu cotidiano atuando em um serviço de saúde mental voltado para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas?
- c) Como você define uma pessoa com problemas relacionados ao uso de drogas?
- d) Na sua concepção, quais devem ser os objetivos das políticas de drogas no campo da saúde mental?

- e) Quais mudanças você percebe nessas políticas ao longo dos anos?
- f) De que forma essas mudanças afetam as relações de raça e gênero no campo da saúde mental?
- g) O que você percebe como potencialidades e desafios dessas políticas?
- h) Como é realizado o processo de avaliação e monitoramento dessas políticas no município?
- i) Qual seu sentimento em relação a essas políticas?
- j) Como você acha que o seu trabalho com essas políticas pode ser melhorado?
- k) O que você pensa sobre a relação entre religião e política na atenção às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas?
- l) Como você percebe a atuação das Comunidades Terapêuticas com as pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas?
- m) Como se sentiu realizando essa atividade?

**APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS(AS)**

Entrevistado(a): \_\_\_\_\_

**1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

a. Faixa etária:

☐ 18 a 29 anos ☐ 30 a 49 anos ☐ 50 a 69 anos ☐ 70 ou mais

b. Estado civil:

☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ União Estável

☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_

c. Escolaridade:

☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino Fundamental completo ☐ Ensino Médio incompleto ☐ Ensino Médio completo ☐ Ensino Médio (Técnico)

☐ Nível Superior ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

d. Gênero:

☐ Mulher cisgênero ☐ Homem cisgênero ☐ Mulher trans ☐ Homem trans

☐ Não-binário ☐ Travesti ☐ Outro Qual? \_\_\_\_\_

e. Orientação sexual:

☐ Heterossexual ☐ Homossexual ☐ Bissexual ☐ Assexual ☐ Pansexual ☐

☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

f. Raça/Cor:

☐ Preto ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Amarelo

g. Renda mensal:

☐ Menor que 1 salário mínimo ☐ 1 a 3 salários mínimos

☐ 3 a 5 salários mínimos ☐ 5 ou mais

h. Religião:

( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Umbanda, candomblé ou outras religiões afro-brasileiras ( ) Judaica ( ) Sem religião ( ) Outra. Qual?

---

## **2. QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS**

- a) Fale um pouco sobre sua história de vida e como foram surgindo os problemas relacionados com o uso de drogas;
- b) Para você, o que é ser uma pessoa com problemas relacionados ao uso de drogas?
- c) Que dificuldades você enfrenta por ter problemas com o uso de drogas?
- d) Onde você encontra apoio para enfrentar essas dificuldades?
- e) Qual a sua melhor experiência de cuidado no âmbito da saúde?
- f) Qual a sua pior experiência de cuidado no âmbito da saúde?
- g) Na sua concepção, quais devem ser os objetivos das políticas voltadas para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas?
- h) Qual seu sentimento em relação a essas políticas?
- i) Como você acha que sua relação com essas políticas pode ser melhorada?
- j) O que você pensa sobre a presença da religião nas políticas voltadas para as pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas?
- k) Você já ouviu falar ou teve alguma experiência com as Comunidades Terapêuticas?
- l) Como se sentiu realizando essa atividade?