PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social

Barbara Correa Belamio

O CUIDADO DE MULHERES USUÁRIAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: POR UMA PERSPECTIVA FEMINISTA DECOLONIAL

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO
2023

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

Barbara Correa Belamio

O CUIDADO DE MULHERES USUÁRIAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: POR UMA PERSPECTIVA FEMINISTA DECOLONIAL

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Social, sob a orientação da Profa. Dra. Elisa Zaneratto Rosa.

SÃO PAULO
2023

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação de Mestrado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura _____

Data _____

Sistemas de Bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -
Ficha Catalográfica com dados fornecidos pelo autor

Belamio, Barbara Correa
O cuidado de mulheres usuárias do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas: Por uma perspectiva feminista decolonial / BarbaraCorrea Belamio. -- São Paulo: [s.n.], 2023.
157p ; cm.

Orientador: Elisa Zaneratto Rosa.
Dissertação (Mestrado)-- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia: Psicologia Social.

1. Saúde Mental. 2. Feminismo. 3. Luta Antimanicomial. 4. Colonialidade. I. Rosa, Elisa Zaneratto. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social. III. Título.

CDD

Barbara Correa Belamio

O CUIDADO DE MULHERES USUÁRIAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: POR UMA PERSPECTIVA FEMINISTA DECOLONIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Social, sob a orientação da Profa. Dra. Elisa Zaneratto Rosa.

Aprovado em: ____/_____/____

BANCA EXAMINADORA:

_____
Profª. Drª. Elisa Zaneratto Rosa - PUC-SP

_____
Profª. Drª. Gabriela Gramkow – PUC-SP

_____
Profª. Drª. Melissa Oliveira Pereira- IBMR-RJ

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), número do processo: 130324/2021-3 (2021 – 2023).

This study was financed in part by Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – nº130324/2021-3 (2021 – 2023).

AGRADECIMENTOS

Mojubá, Exu! Agradeço profundamente a proteção pelas encruzilhadas da vida. Agradeço por me guiar pelos caminhos e por me trazer até a PUC de SP.

À Yemanjá, por essa relação profunda, amorosa, intensa e invisível. Que eu possa ser espelho de seu amor em cada passo dado.

Ao Pai Joaquim, preto velho que me ensinou o que é o cuidado.

À rua e ao povo da rua, que me ensinaram a ser a profissional que sou.

À minha ancestralidade feminina a qual tenho como referência de resistência, força e criatividade perante a dureza da vida. Agradeço grandemente **a minha mãe**, Rita Correa, que me ensinou a seguir construindo um caminho de luta amorosa; ensinou-me o valor da solidariedade e da esperança. Obrigada por me mostrar o significado do amor, base para eu ser a mulher que sou.

Ao meu pai, Wilson Belamio, que dentre tantos conflitos e divergências, sempre acreditou na minha potência, por vezes até mais que eu.

Ao Augusto Viodres, meu grande parceiro de vida, meu amigo, meu amor. Obrigada pela delicadeza de nossa sintonia. Agradeço pelo cuidado, carinho, escuta, incentivo e suporte durante todo esse processo: entre os múltiplos afetos de uma pandemia, uma cirurgia no meio, um mestrado a construir e o trabalho para tocar... Eu não estaria aqui, escrevendo essa página, sem você e sem a Lunita.

Em especial **a todas as mulheres, usuárias dos equipamentos da RAPS**, que já conheci pelos caminhos da Saúde Mental. Com vocês aprendi a cuidar; aprendi sobre o meu lugar de mulher e aprendi sobre o que vale a pena lutar.

À Maria Cristina G. Vicentin, por ter me recebido na PUC, me orientado no primeiro ano desse mestrado e por ter me ensinado tanto. Agradeço também **a todos os pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Lógicas Coletivas e Institucionais** pela gentileza das trocas, pelas indicações de leitura e de rumos.

À Elisa Zaneratto Rosa, pelo acolhimento durante essa trajetória do mestrado. Agradeço imensamente por ter me dado forças para seguir. Gratidão por me acolher como orientadora, pela leitura atenta e generosa, pela parceria, escuta e por ser uma mulher de importância fundamental para tantos dentro da PUC. Sua força e seu cuidado com todos nos inspiram!

Sou grata ao acolhimento recebido, já no final dessa trajetória, pelo **Núcleo de Estudos em Políticas Públicas e Desigualdade Social**. Muito obrigada pelo bom encontro que tive com vocês e pelas discussões que me foram fundamentais na construção final dessa dissertação.

À Isabela Concílio, pela amizade, apoio e solidariedade.

Às professoras **Drª Gabriela Grankow** e **Drª Melissa Oliveira Pereira**, pela leitura atenta, pelas pontuações carinhosas e pela riqueza das trocas no momento da qualificação dessa pesquisa.

À minha roda de supervisão, que se fez um espaço de suporte importante durante esses anos e muito inspirou na construção desse trabalho. Emiliano, Isabela, Raquel, Dayane e Luísa: é uma grande alegria poder contar com vocês!

Agradeço **a equipe do CAPS III AD Brasilândia**, parceiros dessa pesquisa, pela abertura em me receber, pelo aprendizado e pela beleza de poder acompanhar os processos de cuidado traçados por essa equipe. Gratidão em especial para Lívia e Flávia, as quais tiveram participação fundamental nessa pesquisa.

À Bruna, parceira de pesquisa, por ter aceitado participar e ser entrevistada. Por compartilhar sua história: é uma grande honra poder conhecer mulheres como você.

À Vitória (*in memoriam*). Que sua história possa continuar reverberando em nós de maneira a nos impulsionar a continuarmos lutando por você, por outras como você e por todas nós.

À Mariana, minha analista, que me ajudou a construir caminhos para tornar esse encontro com a universidade mais possível, diante de um contexto sócio-político e pessoal, bastante desafiador.

Agradeço **a PUC-SP pela bolsa FUNDASP**, sem a qual eu jamais conseguiria ter ingressado nessa importante universidade e realizado meu sonho de fazer um mestrado, algo que parece distante para àquelas que vêm de onde eu vim. Agradeço também a PUC pela abertura a mulheres de classes populares, trabalhadoras. Que muitas outras possam usufruir desse espaço e que as mulheres negras, indígenas, quilombolas, trans e periféricas tenham cada vez mais possibilidades de serem mestres e doutoras.

Agradeço **ao CNPq** pela bolsa para a realização dessa pesquisa e sigo a esperançar que mais mulheres possam ser pesquisadoras nesse país.

BELAMIO, Barbara Correa. **O cuidado de mulheres usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras drogas**: por uma perspectiva feminista decolonial. 2023. 157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

RESUMO

Esta dissertação parte do pressuposto de que a estruturação capitalista, patriarcal, racista e colonial de nossa sociedade se expressa também na perspectiva hegemônica proibicionista da política sobre drogas brasileira a qual historicamente tem gerado danos e violações de direitos humanos para os jovens negros de classes populares e, em especial para as mulheres negras. A partir da noção de interseccionalidade de Kimberlé Crenshaw, consideramos que as mulheres negras estão no centro da encruzilhada de opressões de classe, raça e gênero e o consumo prejudicial de drogas traz ainda maior complexidade para a análise de como essas opressões se expressam em seu cotidiano. A partir dessas constatações, nos comprometemos com uma mirada feminista decolonial tendo como ancoragem as autoras: Lélia Gonzalez, Françoise Vergès, Maria Lugones, Ochy Curiel e Rita Segato e outras autoras feministas negras com o objetivo geral de refletir sobre a produção do cuidado a mulheres no CAPS AD, a partir dessa visão feminista decolonial. Metodologicamente nos baseamos nos estudos sobre pesquisa-intervenção cartográfica e buscamos cartografar as linhas de forças presentes na composição de um cuidado feminista decolonial por meio da participação em reuniões de equipe no CAPS III AD Brasilândia nas quais a entrevistadora escutou o narrar da equipe sobre as histórias de mulheres usuárias do serviço e os impasses, afetos e práticas construídas nessa relação. Também realizamos entrevistas com a parceira de pesquisa Bruna e uma conversa com a parceira de pesquisa Vitória. A análise está divida em categorias que chamamos de correntezas, fazendo alusão a cosmopercepção Yorubá, na qual a água representa um elemento feminino. No acompanhar dessas correntezas, que apresentam fragmentos dos diários de campo da pesquisadora, trechos das entrevistas com Bruna, afetos e reflexões e memórias do trajeto profissional da pesquisadora e seu encontro com casos de mulheres, nos indagamos: como construir um cuidado feminista decolonial? A partir das pistas que obtivemos compreendemos que esse cuidado deve se afirmar a partir de uma clínica insubordinada às narrativas hegemônicas sobre mulheres negras que usam drogas, abrindo espaço para que o CAPS AD se posicione enquanto espaço de mestiçagem crítica, que tensiona e faz resistência à colonialidade de poder. De modo sucinto, podemos apontar que por meio de nosso encontro com o campo, compreendemos que o cuidado feminista decolonial tem como caminho a práxis peripatética, que se integra com o território-vivo da comunidade de abrangência dos CAPS AD e intermedia conexões comunitárias, que possam produzir um terreno fértil para a construção de novas sociabilidades, ressignificações de histórias de sofrimento e emancipação das mulheres negras, periféricas e usuárias de drogas. Manifestamos que a prática feminista decolonial é um caminho que resgata a radicalidade do projeto societário formulado pela Luta Antimanicomial sendo, portanto de fundamental importância para a construção de práxis comprometidas com a transformação social.

Palavras-chave: Colonialidade. Feminismo. Saúde mental. Luta Antimanicomial. Reforma Psiquiátrica. Drogas.

BELAMIO, Barbara Correa. **O cuidado de mulheres usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras drogas**: por uma perspectiva feminista decolonial. 2023. 157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

ABSTRACT

This dissertation is based on the assumption that the capitalist, patriarchal, racist and colonial structure of our society is also expressed in the hegemonic prohibitionist perspective of the Brazilian drug policy, which historically has generated harm and human rights violations for young black people from popular classes and especially for black women. Based on Kimberlé Crenshaw's notion of intersectionality, we consider that black women are at the center of the crossroads of class, race and gender oppression, and the harmful consumption of drugs brings even greater complexity to the analysis of how these oppressions are expressed in their daily lives. Based on these findings, we are committed to a decolonial feminist perspective based on the authors: Lélia Gonzalez, Françoise Vergès, Maria Lugones, Ochy Curiel and Rita Segato and other black feminist authors with the general objective of reflecting on the production of care for women in CAPS AD, based on this decolonial feminist vision. Methodologically, we based ourselves on cartographic intervention-research studies and sought to map the lines of forces present in the composition of a decolonial feminist care through participation in team meetings at CAPS III AD Brasilândia in which the interviewer listened to the team's narration about the stories of women users of the service and the impasses, affections and practices, built in this relationship. We also conducted interviews with research partner Bruna and a conversation with research partner Vitória. The analysis is divided into categories that we call currents, alluding to Yoruba cosmoperception, in which water represents a female element. In following these currents, which present fragments of the researcher's field diaries, excerpts from interviews with Bruna, affections and reflections and memories of the researcher's professional path and her encounters with women's cases, we ask ourselves: how to build a decolonial feminist care? Based on the clues we obtained, we understand that this care must assert itself from a clinic that is insubordinate to the hegemonic narratives about black women who use drugs, opening space for the CAPS AD to position itself as a space of critical miscegenation, which tensions and resists the coloniality of power. Briefly, we can point out that through our encounter with the field, we understand that decolonial feminist care has peripatetic praxis as a path, which integrates with the living territory of the community covered by CAPS AD and mediates community connections, which can produce fertile ground for the construction of new sociabilities, resignifications of stories of suffering and emancipation of black, peripheral and drug-using women. We manifest that the decolonial feminist practice is a path that rescues the radicality of the societal project formulated by the Anti-Asylum struggle, being, therefore, of fundamental importance for the construction of praxis committed to social transformation.

Keywords: Coloniality. Feminism. Mental health. Anti-asylum struggle. Psychiatric Reform. Drugs.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 10

Saravá as forças que movem essa escrita 10

Construção do problema de pesquisa e tomada de posição feminista 15

Estrutura da Dissertação 28

MEMÓRIAS DE UMA TRABALHADORA DO CUIDADO I: CARTA À ROSA 34

CAPÍTULO 1 – POR UMA ANÁLISE FEMINISTA DECOLONIAL DA POLÍTICA SOBRE DROGAS 36

1.1. A política sobre drogas: uma encruzilhada de opressões 36

1.2. Colonialidade do poder: intersecções racistas, capitalistas e patriarcais. 50

1.3. Colonialidade de gênero: como romper as barreiras da invisibilidade? 61

MEMÓRIAS DE UMA TRABALHADORA DO CUIDADO II - NA REUNIÃO DE EQUIPE 68

CAPÍTULO 2 – POR UMA LUTA ANTIMANICOMIAL FEMINISTA E DECOLONIAL 70

2.1. A Reforma Psiquiátrica: um retorno as suas bases 70

2.2. O papel estratégico do CAPS AD: da colonialidade à mestiçagem crítica 79

CAPÍTULO 3 – HABITANDO O CAPS AD III BRASILÂNDIA 90

3.1. O CAPS AD III Brasilândia 91

3.2. A história de Bruna 94

3.3. Encontro das águas: mulheres que cuidam de mulheres 108

3.4. Impasses para um curso decolonial do cuidado 111

3.5. Navegando pelo desejo: caminhos para uma clínica insubordinada 124

PARA SEGUIR: A POTÊNCIA DO ENCONTRO DAS ÁGUAS 135

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 144

ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTA 154

ANEXO II – TCLE 155

INTRODUÇÃO

Saravá as forças que movem essa escrita

Início essas páginas no inverno do ano de 2021, os ventos gélidos mesclados ao céu chuvoso apontam para o que os especialistas em clima estão chamando de "dias mais frios dos últimos 20 anos". Nesse momento, também estamos em meio a uma crise sanitária global desencadeada pela pandemia da COVID-19. Aqui, no Brasil, os contornos da situação são forjados por políticas de morte, extermínio e abandono, o que formam um contexto tão gélido quanto esse intenso inverno.

Já passamos da marca dos 500 mil mortos e ainda temos apenas 23% da população total do país vacinada[1]. Os efeitos da condução dessa calamidade sanitário-econômica-política levam a uma grave intensificação do extermínio daquelas populações que já vem a tanto tempo sofrendo com o abismo da desigualdade social que impera por aqui: padecem mais os negros, os povos originários e as pessoas de classes populares.

A principal medida para contenção da pandemia é o isolamento social que, nesse país, como aponta Françoise Vergès (2020) em sua análise feminista decolonial sobre essa conjuntura, é uma política de ricos. Ficam confinados aqueles que têm condições de classe, de raça e de gênero para tal, grande parte de nosso povo segue se expondo de forma compulsória em busca de sobrevivência. Muitos, através dos subempregos que sustentam o confinamento dos mais abastados: são as trabalhadoras dos aplicativos de delivery, as funcionárias dos transportes públicos, trabalhadoras dos caixas dos supermercados, trabalhadoras da limpeza dos espaços públicos, etc.

Falo aqui de uma doença que, a esse ponto, já tem mais de uma vacina sendo utilizada no mundo, mas que no meu país essas vacinas não vêm sendo consideradas como estratégias prioritárias. O discurso do Estado enfoca, principalmente, sobre certo "tratamento preventivo" [2] que é composto por medicações que não tem eficácia comprovada.

---

[1] Dados referentes ao ano de 2021, disponíveis em: https://arte.folha.uol.com.br/ciencia/2021/veja-como-esta-a-vacinacao/brasil/. Em fevereiro de 2023, a estimativa é de 698.928 mil mortes no país, dados disponíveis em: https://news.google.com/covid19/map?hl=pt-BR&mid=%2Fm%2F015fr&gl=BR&ceid=BR%3Apt-419

[2] Ver sobre em: https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/06/12/bolsonaro-e-seguidores-insistem-em-tratamento-com-cloroquina-ineficaz-contra-a-covid.ghtml.

Meu território de origem, no qual me localizo ao produzir esse texto, é a maior cidade cosmopolita da América Latina, apelidada comumente de “cidade que nunca dorme”. São Paulo, o ritmo por essas terras foi fortemente construído a partir do relógio da lógica de consumo do capital. Diante disso me pergunto: o que significa esse estado forçado de suspensão que estamos vivendo há cerca de um ano e meio – com altos e baixos do isolamento - para a vida daqueles que habitam essa cidade?

Em São Paulo, os casos de COVID-19 têm a sua maior concentração nas regiões periféricas da cidade, nas quais estão localizadas, de maneira preponderante, as pessoas pobres, imigrantes, marginalizadas e, em sua maioria, negras. Aquelas que, muitas vezes, não foram autorizadas pelo seu lugar social - que envolve as intersecções de classe, raça, gênero e outras – a fazer o confinamento.

Dados de uma pesquisa feita em junho de 2020, por Aluízio Marino, Gisele Brito, Leonardo Folleto, Paula Santoro, Pedro Mendonça e Raquel Rolnik, apontam que, apesar do Estado diagnosticar (mesmo que de maneira simplista e estigmatizante) a desigualdade que é geradora de maior vulnerabilidade nos bairros periféricos, não houve, entretanto, a implantação de uma estratégia territorializada para conter a disseminação da doença. Com a leitura dos mapas[3] dispostos na pesquisa, é possível enxergar de forma muito evidente o desalinhamento da campanha de vacinação de São Paulo com relação às áreas mais afetadas pelo vírus. A vacinação é mais intensa nas regiões centrais, uma região de brancos e abastados (BRITO, MARINO, MENDONÇA & ROLNIK, 2021).

Não acredito que esse tipo de escolha de condução do combate à pandemia feita pelo Estado é ingênua e, para compreender melhor a complexidade desse momento histórico penso ser necessário recorrer a uma memória larga e coletiva, que nos leva a navegar pelas bases da formação do Estado brasileiro como sendo um reprodutor, em suas políticas públicas, da colonialidade do poder, a qual tem classe, raça e gênero bem definidos. Ailton Krenak nos atenta que “o colonialismo está impregnado na cabeça do vereador, do prefeito, do governador, de tudo quanto é gente que tem o status de apertar algum botão, de abrir algum portão. Esses caras continuam a serviço da invasão” (2020, p. 67).

É importante destacar que dentro dessa lógica predatória e colonial que é notoriamente expressa na condução da pandemia, as mulheres tem sido as maiores afetadas. Elas o são, não

---

[3] BRITO, MARINO, MENDONÇA & ROLNIK. **Prioridade na Vacinação negligencia a geografia da Covid-19 em São Paulo**. Labcidade, 2021. Disponível em: http://www.labcidade.fau.usp.br/prioridade-na-vacinacao-negligencia-a-geografia-da-covid-19-em-sao-paulo/.

apenas pelos escandalosos números referentes aos feminicídios e violência doméstica que também tiveram dramático aumento nesse período, como principalmente, por um fato bem pontuado por Françoise Vergès (2020): as mulheres não brancas são responsáveis por abrirem a cidade através do serviço de limpeza e mantê-la pronta para ser ocupada pelas classes mais abastadas através dos serviços de cuidado. São Paulo, a cidade que nunca dorme, só é possível de funcionar a partir do trabalhado invisibilizado que é realizado pelos corpos exaustos, mal pagos e vistos como supérfluos, dessas mulheres. São elas, esses mesmos corpos, a permitirem a existência do home-office de muitos.

Muitas são as inquietações que me vem à mente nesse momento, há um caos que vem de dentro e de fora, e em meio a esse cenário me encontrei com um texto de Audre Lorde, mulher negra, feminista, lésbica, poeta e professora, seu escrito é de 1977 e se chama "A transformação do silêncio em linguagem e ação". A autora nos pergunta: "Quais são as palavras que você ainda não tem? O que você precisa dizer? Quais são as tiranias que você engole dia após dia e tenta tomar para si, até adoecer e morrer por causa delas em silêncio?" (LORDE, 2020, p.55). Quantas tiranias nós estamos engolindo nesse um ano e meio de pandemia, quanto silêncio temos feito diante das questões apresentadas acima? Estaremos nós contribuindo para essa atmosfera gélida perante tantas mortes e outros tantos corpos exauridos? Para Audre Lorde (2020), o silêncio não nos protege. A palavra é nosso maior antídoto diante de um governo que ocupa o lado errado das lutas de libertação do planeta.

Pois assim, eu aceito a convocação de Audre Lorde e busco, nessas palavras, nessa escrita, o antídoto para minhas inquietações e angústias enquanto mulher, cidadã brasileira, trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) e pesquisadora. Busco a construção de um caminho que possa ser aquecido pela capacidade de amar e de se solidarizar com o outro, no sentido do que Theodor Adorno descreve em seu texto de 1967, chamado: "Educação após Auschwitz". Para Adorno (1967), o silêncio sob o terror vem da frieza causada pela indiferença ao destino do outro. A incapacidade de amar impede as relações libidinais entre pessoas. Esse cenário de frieza é produzido e reproduzido por uma ordem social que vem de um Estado que se pretende estar acima dos seus integrantes, gerando assim práticas sádicas e raivosas.

No inicio desse ano, em entrevista concedida ao podcast Fronteiras[4], Silvia Federici ressalta que a indústria cultural corrobora na produção do imaginário de que a violência vinda do Estado é um bom costume, ou seja, é algo que se justifica perante as necessidades do progresso da lógica do capital. Esse tipo de ideia condiciona as pessoas a aceitarem o cotidiano de guerra contra os marginalizados de forma indiferente e fria. Para Federici, estamos imersos em uma cultura que destrói os sentimentos de solidariedade social através do fetiche da violência. Se lembrarmos de que todas as nossas instituições do mundo liberal são patriarcais, fica evidente o quanto a construção do padrão masculino violento e destrutivo tem uma função chave na manutenção desse campo de batalha.

O atual cenário de frieza e silêncio gerado pelo cultivo da indiferença e falta de solidariedade é, portanto, ancorado em valores patriarcais que estão arraigados no sistema neoliberal dos tempos atuais. Desse modo, estamos falando de um sistema fundado em um colonialismo baseado em um modelo masculino destrutivo e corrupto que importa a violência e exporta os lucros que essa mesma violência gera.

Se aqui falamos, nos termos que Silvia Federici, de uma lógica colonial do poder baseada na guerra, extermínio e expropriação, e que também é mantenedora do patriarcado, então, precisamos estar atentas a como esse paradigma se expressa nas múltiplas instituições que representam o poder do Estado.

María-Milagros V. Garretas, historiadora espanhola e importante ativista do movimento feminista, em especial do feminismo da diferença[5], escreve em 2019 que o patriarcado, esse sistema que ela define como o domínio masculino sobre as mulheres férteis e seus frutos, vem sendo legitimado, regulado e autorizado por séculos através do sistema judiciário e suas leis. A autora diz:

> [...] las raíces de la violência masculina actual contra las mujeres están precisamente em el Derecho que, hasta hace bastante poco, encargaba al hombre la ejecución em casa de las penas corporales impuestas a las mujeres que transgredieran las leyes patriarcales (2019, p.23).

---

[4] FRONTEIRAS: **Geopolítica e a ascensão do macho-fascismo**. Entrevistada: Silvia Federici. Entrevistadores: Vanessa Oliveira e Gabriel RG. [S.I.]: Ninjacast, 2021. Podcast. Disponível em https://ninjacast.org/fronteiras/.

[5] Movimento desenvolvido na década de 80 e 90 em resposta ao feminismo liberal. Acredita que os estereótipos de gênero não devem ser confundidos com as diferenças entre homens e mulheres. Valoriza a tradição de valores femininos e resgate da história das mulheres nas sociedades. Compreende uma noção de liberdade feminina não individualista e não neutra mas sexuada e relacional.

Essa raiz patriarcal dos direitos vem sendo questionada e tensionada pelos movimentos de mulheres, mas para a autora há muito que se avançar para que ocorra de fato uma revolução simbólica feminista dos direitos. Portanto, isto reforça a ideia exposta acima de que o modelo de masculinidade violenta é autorizado pelo Estado e expresso nas várias instituições através da negação de direitos a mulheres (GARRETAS, 2019).

Porém, Maria-Milagros Garretas (2019) nos atenta que a realidade humana não pode ser reduzida a relação binária de dominação entre homens e mulheres expressa pelo patriarcado. Por mais que os patriarcas tenham tentado impor esse sistema, muitas mulheres, e também homens, não consentiram com essa ideia e se colocaram em resistência. Segundo a autora, devemos sempre lembrar que a necessidade de extrema barbárie utilizada pelo sistema patriarcal só existe porque eles estão diante de algo extremamente grandioso que tem a ver com uma qualidade ontológica feminina que se encarna em um corpo que, apesar dos ataques, se obstina em ser.

Um corpo que se obstina em ser. Penso em um corpo aquecido, vivo, em relação com a vida em sua multiplicidade. Um corpo que pode amar, que não é frio e indiferente. Um corpo que talvez, até mesmo exausto por carregar a cidade nas costas, ou que mesmo sendo considerado supérfluo, segue teimando em viver. A vida sempre encontra passagem, mesmo pelos vãos mais apertados. Lembrei-me daquela frase de Guimarães Rosa (2019): “Como é que posso com este mundo? A vida é ingrata no macio de si; mas transtraz a esperança mesmo no meio do fel do desespero”.

Sim, no meio do fel do desespero, da dureza das consequências de uma pandemia que já dura um bom tempo, há de se ter esperança brotando pelas ranhuras. Estamos presenciando um importante desmonte de nosso Sistema Único de Saúde, o SUS e, falo aqui com foco nas políticas de Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Redução de Danos. Eu, que me formei e me reconheci enquanto pessoa-profissional no encontro com a Luta Antimanicomial; no correr do trabalho nas ruas do centro de São Paulo jogando UNO na calçada com as crianças e adolescentes em situação de rua; escutando música e cantando com os usuários no cotidiano da convivência do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), no cafezinho e risadas das visitas domiciliares na comunidade... Sinto-me inteiramente convocada a pensar, através dessa pesquisa, como sustentar práticas de transformação social, de solidariedade e de produção de genuíno cuidado à mulheres usuárias de substâncias psicoativas dentro do contexto aqui levantado, refletindo a partir de uma visão feminista descolonial e antimanicomial.

Que efeitos esses tempos gélidos e indiferentes podem ter trazido para a relação das mulheres usuárias de drogas com os serviços do SUS, em especial o CAPS AD? Considerando que o poder colonial do Estado reproduz em suas diversas instituições o sistema patriarcal, estariam também os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, em suas práticas, reproduzindo esse modelo? Ou seriam esses serviços facilitadores de corpos que obstinam em ser?

Se, como diz María-Milagros Garretas (2019): la libertad se busca con la libertad, essa é uma escrita feminina e feminista que se propõe livre, que se cria e recria no processo, que acompanha as forças presentes no desdobrar dessas veredas. Uma imagem toma a minha tela mental: veredas são também bosques sempre verdes e vivos no meio do cerrado brasileiro, onde há veredas há água. Para uma vida seguir sendo, um corpo seguir obstinado em ser, faz-se necessária a magia das águas. Salve as águas! Força movente que nos permite a existência. É através da composição entre água, terra e semente que se brotam possibilidades, sendo assim as possibilidades são consequência dos múltiplos agenciamentos existentes.

Possibilidade é aqui uma palavra guia, já que essa dissertação também se desdobra para mim como uma possibilidade de elaboração da minha própria trajetória dentro do campo da Saúde Mental concomitante a minha busca pela ampliação da reflexão sobre o percurso de mulheres, que fazem uso de drogas, dentro dos serviços ligados a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Também insiro aqui o quanto essa caminhada, dentro da pós-graduação, tem me sido crucial, enquanto mulher, trabalhadora de saúde mental, pesquisadora e cidadã brasileira, para me manter esperançosa diante do cenário de morte que vivemos durante a epidemia de COVID-19. É com esperança que espero que esses percursos possam também se transfigurar em veredas como as do cerrado brasileiro, produzindo a magia do frutífero encontro com águas que tomam sentidos de produção de vida e potência emancipatória.

Construção do problema de pesquisa e tomada de posição feminista

Ao buscar as melhores palavras para elaborar esse texto, com o qual pretendo narrar a construção do problema e assumir uma posição feminista decolonial, visito minhas memórias sobre a escolha de ingressar na pós-graduação, tateio livros, leio artigos, ouço uma música, vejo um vídeo. Deparo-me com um processo que Peter Spink (2003) nomeia como campo-tema. O autor acredita que o campo, em Psicologia Social, começa quando nos vinculamos a um tema, portanto, não se trata de um lugar específico. Nós já fazemos parte

do campo-tema desde que escolhemos trabalhar com determinada questão. Nas palavras do autor:

> Já estamos no campo, porque já estamos no tema. O que nós buscamos é nos localizar psicossocialmente e territorialmente mais perto das partes e lugares mais densos das múltiplas interseções e interfaces críticas do campo-tema onde as práticas discursivas se confrontem e, ao se confrontar, se tornam mais reconhecíveis (Long, 2001). Para fazer isso, não há métodos bons ou ruins; há simplesmente maneiras de estar no campo-tema, incluindo a poltrona da biblioteca (2003, p.36).

O campo-tema é composto por diversas faces e materialidades e para Peter Spink (2003) nos dispomos a investigar uma questão porque pensamos que podemos ser úteis ao narrar sobre o mundo, o que pode envolver refletir sobre experiências vividas, trazer novas vozes ao debate, adensar e qualificar questões já contadas. Pesquisar envolve contar histórias a partir da inserção singular de cada pesquisadora em seu campo-tema.

> Nós contamos histórias e nós nos tornamos as histórias que nós contamos. Os contadores e contadoras de histórias nos contam sobre valores, sobre heróis, heroínas, sobre o passado e sobre o presente, para que possamos vir a ser as histórias que são contadas. Seguramos seus aventais, sentamos no chão a seus pés e nos localizamos e posicionamos nas tramas que aí desenrolam (2003, p.22).

A partir dessa perspectiva, a minha inserção no campo-tema aqui abordado se inicia com a minha entrada, no ano de 2013, após me formar em psicologia, no Projeto Atenção Urbana – serviço de abordagem de crianças e adolescentes em situação de rua. Enquanto trabalhadora desse equipamento, que era ligado ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), trabalhei no período noturno percorrendo as ruas do centro de São Paulo e buscando, sobretudo, vinculação com as crianças e os adolescentes que tinham essas ruas como local de moradia. Nesse processo, ao brincar com eles nas calçadas, trançar cabelos, conversar, conheci também algumas mulheres, mães de algumas dessas crianças, as quais também se encontravam em situação de pouco ou nenhum acesso a seus direitos. Nesse momento de minha trajetória, iniciando minha travessia profissional dentro da Saúde Mental, ainda não havia em mim questões bem nomeadas, apenas sentia o reverberar das afetações e seus incômodos.

Minha travessia seguiu. Em 2014, enquanto psicóloga aprimoranda de saúde mental no Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), experimentei participar de grupos terapêuticos e oficinas em salas grandes e abarrotadas de homens, dificilmente encontrávamos mulheres circulando pelo serviço. Lembro-me com mais

detalhes apenas de uma mulher, vou chamá-la de Ana[6]. Ana era uma mulher branca, lésbica de postura bastante firme, jogava pingue-pongue muito bem e sempre estava metida em brigas com os homens que frequentavam aquele espaço, era considerada pela equipe multiprofissional como um estorvo. Ana e eu construímos um bom vínculo e passei a fazer parte de seu acompanhamento como co-referência. O CRATOD era um espaço marcado por muitas violências: verbais e físicas entre os usuários; condutas e ideologias de violência e apagamento por parte de alguns trabalhadores e até violências verbais entre trabalhadores e usuários. Apesar de Ana ser uma das únicas mulheres a frequentar assiduamente o serviço, parte da equipe desejava explicitamente que ela não estivesse ali, rotulando-a como causadora de problemas. Certa vez fui chamada por uma profissional a intervir com Ana, porque ela havia decidido, sem consultar a equipe, continuar mais um tempo dentro do serviço após a finalização da oficina que costumava frequentar semanalmente, para colocar enfeites de natal em uma planta que ficava em um espaço comum. A atitude incomodou a equipe. Acredito que nesse momento começo com indagações, curiosidades, e reflexões mais comprometidas sobre a reprodução do cisheteropatriarcado dentro dessas instituições.

Bem, segui por alguns outros pontos de atenção da rede intersetorial até que em 2016 fui trabalhar em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) na zona leste de São Paulo. A experiência foi um tanto diferente da anterior aqui descrita, porém encontrei algo semelhante: a maciça presença de homens no serviço e a reprodução de uma lógica de relação bélica entre eles e que, por diversas vezes, transferiu-se para a relação com a equipe. Enquanto coletivo de trabalhadores fomos percebendo o quanto também se instituía uma hostilidade entre nós, muitas vezes pautada no sentimento de sobrecarga ao lidar com as violências que ocorriam dentro da instituição. Nesse CAPS AD tínhamos algumas poucas mulheres usuária, a maioria dessas frequentava pontualmente o grupo de mulheres e circulava pouco pelos espaços comuns do serviço. Lembro-me da Paula, mulher branca, de meia idade, que ia ao serviço diariamente com o evidente objetivo de socializar e conseguir bebida alcoólica. Paula foi pauta diversas vezes em reuniões de equipe, nas quais muitos de nós se diziam incomodados pelos comportamentos dela, pela sua forma opositora de se colocar com a equipe, por ela "causar demais" no serviço e desestabilizar o coletivo, por se colocar em risco o tempo todo e não perceber que já está "velha" (palavra utilizada pela equipe) para isso. Em uma dessas reuniões me lembro da seguinte fala de um

[6] Os nomes das usuárias que se seguirão foram todos modificados a fim de preservar suas identidades.

trabalhador da equipe: “lidar com mulher louca é foda, bem mais difícil que lidar com homem”. Confesso que Paula era realmente desafiadora, e eu também cheguei a pensar algumas vezes que suas idas ao CAPS não estavam sendo tão interessantes.

Além de Paula, nesse CAPS AD conheci e acompanhei de perto algumas mulheres, as quais eu devo muito das minhas reflexões sobre o meu lugar de mulher nesse mundo e sobre qual história eu, enquanto mulher branca, periférica, com ensino superior gostaria de contar, ou ajudar a contar.

Acredito que a experiência que de fato me ancorou nesse campo-tema do cuidado às mulheres usuárias de drogas foi minha passagem por uma Unidade Básica de Saúde no bairro em que eu nasci. Nos dois anos em que trabalhei nesse espaço participei de um grupo de mulheres: éramos cerca de vinte e duas, eu e as mulheres que frequentavam a UBS. Sempre que uma nova mulher ingressava em nosso grupo eu fazia com ela uma conversa individual para nos conhecermos melhor e geralmente nesse momento eu olhava seu prontuário para compreender sua trajetória de cuidado naquela UBS. Foi nesse ponto da minha jornada que passei a experimentar de modo contundente o quanto a medicalização da mulher é um dos maiores problemas de saúde pública que temos, já que a massiva maioria dessas mulheres do grupo – e de outras que me procuravam na UBS – estavam em uso de benzodizepínicos ou já haviam feito uso desse tipo de medicação e buscavam retorno com psiquiatra. Ouvindo suas histórias me deparei com mulheres em situação de violência doméstica, mulheres que sofreram abusos no trabalho, mulheres que nunca conseguiram acessar um trabalho formal e por isso ficavam presas a situações adoecedoras, mulheres que faziam uso de álcool em conjunto com medicações para cessar o sofrimento de serem obrigadas a ter relações sexuais com um marido que as agride, enfim, sofrimentos, que considerando as intersecções de raça, idade, classe, religiosidade, território, estavam todos imbricados com a questão do machismo.

Foi também nessa mesma UBS que conheci Nega. Mulher, negra, mãe de quatro filhos, consumidora de crack, sem acesso às políticas públicas – não frequentava o SUS e/ou SUAS – e devido a denúncias das suas vizinhas havia perdido seus filhos para o acolhimento institucional. Nega, assim chamada no bairro, era considerada um caso perdido para os profissionais da UBS, vista como uma louca perigosa na favela em que morava e como uma mulher que não sabia ser mãe pelas outras mulheres do bairro. Ao acompanhar, por cerca de dois anos, seu caso, no qual eu, em conjunto com a rede intersetorial, fomos compreendendo que o cuidado dela passava por ela poder estar com os seus filhos, já que ela verbalizava:

"eu nasci para ser mãe", fomos, nesse processo sendo alvo de muitos preconceitos machistas vindos das mais diversas instituições públicas, questionamentos que aniquilavam completamente a subjetividade de Nega em nome de uma ideia universalizante de mulher e de mãe pautada em valores burgueses e brancos.

Foi assim então que eu, no meio da pandemia de COVID-19, em 2020, pedi demissão da UBS por ter passado por um processo de adoecimento após meses de perseguição velada pela Organização Social de Saúde (OSs) responsável pela gestão do serviço. Em meio a elaboração de minha própria condição de saúde mental – a qual me vejo, por vezes ainda processando ao escrever as páginas dessa pesquisa – pude perceber o quanto me é vital narrar a história dessas mulheres, em busca de tirar esses processos tão violentos da invisibilidade e poder sonhar com um mundo no qual possamos melhor cuidar de nossas mulheres, principalmente daquelas que já estão há tanto tempo sofrendo com o peso da violenta moral cisheteropatriarcal, colonial e racista, como as mulheres pobres, negras, que fazem uso de substâncias ilícitas.

A narrativa de inserção nesse campo-tema é fundamentada no sonho de um projeto societário feminista, decolonial e antimanicomial e, portanto pode ser considerada uma utopia no sentido que Eduardo Galeno nos descreve: "A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar"[7].

O recorte escolhido para essa dissertação é a produção de cuidado a mulheres usuárias de drogas dentro do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), tomando como objetivo geral refletir sobre a produção do cuidado a mulheres no CAPS AD, a partir de uma visão feminista decolonial. Especificamente, proponho-me a:

1) Produzir narrativas de trabalhadoras/es da equipe sobre especificidades do processo de cuidado de mulheres usuárias do CAPS AD;
2) Analisar os desafios enfrentados pela equipe na produção de cuidado a mulheres no CAPS AD, a partir de uma perspectiva feminista descolonial e antimanicomial;
3) Conhecer a perspectiva de uma usuária do CAPS AD sobre cuidado;

[7] GALEANO, Eduardo. Utopia. Disponível em: <http://www.escritores.org/galeano.htm> Acesso em: 25/02/2023

4) Identificar efeitos do cuidado ofertado pelo CAPS AD para a construção e fortalecimento da emancipação dessa usuária.

É justamente por esse percurso de inserção em meu campo-tema e por essa minha utopia ativa que, ao chegar à pós-graduação, escolho trabalhar nessa pesquisa com epistemologias feministas decolonias buscando relaciona-las ao campo da saúde mental, reforma psiquiátrica e política sobre drogas em busca de pistas para uma leitura mais complexa das relações sociais de gênero, raça, classe, território e consumo de drogas.

O feminismo decolonial se localiza em um campo crítico do conhecimento que propõe outra narrativa perante o feminismo hegemônico, o qual é marcadamente branco e ocidental, o que com seus privilégios acaba por narrar histórias de uma perspectiva que vitimiza os povos subalternizados negando suas práticas políticas, não reconhecendo suas subjetividades e, assim, reproduzindo normativas racistas, classistas e heterossexuais em suas teorias. Ochy Curiel (2018) aponta sobre o feminismo hegemônico:

> Esse fato limita as formas pelas quais o conhecimento é descolonizado, pois não permite reconhecer categorias, conceitos e epistemes que surgem das práticas políticas que muitas mulheres sem privilégios de raça, classe, sexualidade e geopolítica produzem em suas comunidades e coletivos, e, sobretudo, não permite ancorar essas análises às realidades materiais e às lutas concretas que estão ocorrendo em diferentes lugares (2018, p.36).

A autora aponta ainda que as práticas de decolonização, advindas das lutas travadas pelos povos indígenas e negros contra a opressão colonial, são a base para o que posteriormente foi conceituado, academicamente, como feminismo decolonial. Nesse campo também contamos com saberes construídos por feministas populares, negras, lésbicas, chicanas, entre outras que partem do questionamento das narrativas hegemônicas. Ou seja, há uma importância crucial da experiência nesse modo de construir conhecimento e é isso que, segundo Ochy Curiel, permite "criar outras categorias, acionar conceitos e teorizações que dão conta da complexidade das relações sociais, conseguindo assim um desenganche epistemológico e político na maneira como produzimos conhecimento" (2018, p.43).

A nomeação "feminismo decolonial" parte, incialmente, do conceito de "feminismo descolonial" proposto pela autora argentina Maria Lugones, que se baseia nas teorias sobre colonialidade de poder do peruano Aníbal Quijano. O conceito de Quijano é de fundamental importância para o pensamento feminista decolonial, embasando a perspectiva histórica de que a modernidade ocidental eurocêntrica, o capitalismo e o colonialismo são uma trilogia

inseparável. E é essa trilogia que cria o padrão de poder que Quijano nomeia como colonialidade de poder (CURIEL, 2018).

Ochy Curiel explica sobre o conceito de decolonialidade:

> Esse conceito é explicado a partir da compreensão de que com o fim do colonialismo, como uma constituição geopolítica e geo-histórica da modernidade europeia ocidental, a divisão internacional do trabalho entre centros e periferias, bem como a hierarquização étnico-racial das populações e a formação dos Estados-nação na periferia não se transformaram significativamente, ao contrário, o que tem acontecido é uma transição do colonialismo moderno à colonialidade global (2018, p. 37).

Seguimos nessa pesquisa também se fundamentando epistemologicamente nas contribuições da feminista Françoise Vergès (2020) a qual reivindica o uso do termo feminismo decolonial em contraponto ao esvaziamento que o conceito de feminismo vem sofrendo devida às cooptações neoliberais e imperialistas. Vergès aponta que através da observação de fatos simples e concretos do cotidiano podemos acessar uma estrutura de sociedade profundamente marcada pela racialização de corpos e pela criação do gênero como formas de manutenção do modo da burguesia funcionar. O exemplo usado pela autora é o cenário em que, diariamente, durante a pandemia da Covid-19, milhares de mulheres negras cumpriram o trabalho de fazer a cidade funcionar para que os mais ricos pudessem se manter em casa em segurança. Sobre essas mulheres, Vergès nos diz:

> Elas limpam os espaços de que o patriarcado e o capitalismo neoliberal precisam para funcionar. Elas desempenham um trabalho perigoso, mal pago e considerado não qualificado, inalam e utilizam produtos químicos tóxicos e empurram ou transportam cargas pesadas, tudo muito prejudicial à saúde delas. Geralmente, viajam por longas horas de manhã cedo ou tarde da noite. Um segundo grupo de mulheres racializadas, que compartilha com o primeiro essa intersecção entre classe, raça e gênero, vai às casas da classe média para cozinhar, limpar, cuidar das crianças e das pessoas idosas para que aquelas que as empregam possam trabalhar, praticar esporte e fazer compras nos lugares que foram limpos pelo primeiro grupo de mulheres racializadas (2020, p.18).

Por intencionar estar próxima a vida material, concreta e cotidiana das mulheres que frequentam os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas é que essa concepção de Françoise Vergès se faz importante para essa pesquisa. Compreendemos que nos equipamentos do Sistema Único de Saúde temos maior acesso exatamente a população negra a qual, comumente, tem trabalhos que não são considerados qualificados, são invisibilizadas socialmente e sofrem com as marcas de uma relação histórica de subordinação e exploração.

Vergès aponta ainda que: “a relação dialética construída entre os corpos eficientes da burguesia neoliberal e os corpos exaustos das mulheres negras ilustra os vínculos entre neoliberalismo, raça, gênero e heteropatriarcado” (2020, p.19). A mulher negra, dentro dessa estrutura de sociedade é um corpo invisível e exausto, esgotado. Esse esgotamento, consequência histórica do extrativismo que possibilitou a acumulação primitiva do capital, também denuncia uma estrutura ancorada na escravatura das mulheres negras. Portanto, a aposta em um feminismo decolonial é também uma escolha política comprometida com a transformação desse sistema que se baseia na exploração racial. É uma escolha antirracista e anticapitalista que acrescenta a perspectiva feminista a possibilidade de romper com o desprezo que traça “uma fronteira entre vidas que importam e vidas que repousam sobre o trabalho mal pago, explorado, invisível, porém necessário a centenas de milhares de outros” (VERGÈS, 2020, p.22).

Esse desprezo aos corpos das mulheres negras irá aparecer ao longo dessa pesquisa e para melhor compreensão desse fenômeno recorremos a reflexões sobre a branquitude brasileira. Lia Vainer Schucman, psicóloga social com importante contribuição aos estudos críticos da branquitude, conceitua que:

> branquitute é o termo utilizado para se falar das construções das identidades raciais brancas, que é preciso ser pensada sempre de modo relacional e construídas sócio-historicamente, a partir das relações de poder da estrutura social na qual estão inseridas (2018, p.144).

No Brasil temos uma estrutura societária marcada pela valorização das normativas ocidentais eurocêntricas e brancas, legado da colonização, que oferece privilégios materiais e simbólicos aos sujeitos lidos como brancos. Desse modo, forma-se uma monocultura, que reconhece apenas como saber, humanidade e poder aquilo que vem do branco. Lia Schucman (2018) aponta ainda que no caso das monoculturas as particularidades são confundidas com neutralidade, dando origem a conceitos universais os quais silenciam e excluem o que não está dentro da normativa branca. Esse processo se ancora no que Maria Aparecida Bento (2022) conceitua como pacto narcísico, o qual se constitui por alianças inconscientes entre brancos que negam e silenciam o problema racial, agindo de forma a interditar a ocupação de lugares de poder por pessoas negras e reforçando, cotidianamente, a discriminação moral, afetiva, econômica e política do negro na sociedade (CARONE; BENTO, 2017).

Ainda sobre a branquitude no Brasil, Lia Schucman nos diz:

> [...] o branco não é apenas favorecido nessa estrutura racializadas, mas é, também, produtor ativo dessa estrutura, através dos mecanismos mais diretos de discriminação e da produção de um discurso que propaga a democracial racial e o branqueamento. Esses mecanismos de produção de desigualdades raciais foram construídos de tal forma que asseguraram aos brancos a ocupação de posições mais altas na hierarquia social, sem que isso fosse encarado como privilégio de raça. Isso porque a crença na democracia racial isenta a sociedade brasileira do preconceito e permite que o ideal de liberal de igualdade de oportunidades seja apregoado como realidade. Desse modo, a ideologia racial oficial produz um senso de alívio entre os brancos, que podem se isentar de qualquer responsabilidade pelos problemas sociais dos negros, mestiços e indígenas (2018, p.138).

Retomando a proposição feita por Vergès (2020): existe uma fronteira entre vidas que importam e vidas que estão esgotadas e invisibilizadas, sendo exploradas para manutenção do primeiro grupo. Podemos afirmar, a partir dos estudos da branquitude crítica, que essa fronteira é mantida por meio do pacto narcísico da branquitude. Eu, a pesquisadora que vos fala, enquanto mulher branca, comprometo-me política e epistemologicamente na implicação crítica com o meu lugar dentro dessa estrutura, buscando me entender também racializada e atuante nessas dinâmicas sociais e raciais. Por isso, a escolha pela epistemologia feminista decolonial é também uma aposta em romper com esse pacto narcísico e buscar alterações simbólicas, mas, sobretudo, materiais e concretas no modo como nos relacionamos com essas mulheres negras que nos buscam dentro dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Seguindo também as pistas da professora Giovana Xavier (2021), da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a escolha de epistemologias alternativas focadas nos saberes de mulheres negras, possibilita avançar no trabalho de restituição dessas humanidades que foram negadas e isso nos permite produzir novas interpretações do Brasil. Para operacionalizar esse processo dentro da pesquisa acadêmica, Giovana Xavier nomeia quatro atos insubmissos que tem por objetivo "tecer formas de visibilizar o sujeito político mulher negra na comunidade científica" (2021, p.55).

Os atos de insubmissão são: 1) **intelectual negra com nome e sobrenome**: baseada na premissa da grande intelectual brasileira Lélia Gonzales de que o negro tem que ter nome e sobrenome, Giovana nos convoca a citar as autoras, primeiro por seus nomes próprios, rompendo assim a estrutura patriarcal de sobrenome + prenome; 2) **intelectual negra autora:** a autora sugere metodologias de trabalho, no campo acadêmico, que invistam em trabalhar exclusivamente com autoras feministas negras, fazendo circular esses saberes e validar essas epistemologias; 3) **intelectual negra por contágio**: escrever enunciando suas identidades de gênero e raça, aqui temos uma valorização da subjetividade que é especialmente importante

no caso de escritoras/pesquisadoras negras; 4) **escrita autêntica**: esse ato insubmisso diz respeito à forma como se escreve, Giovana Xavier (2021) nos convoca a construir novas teorias do conhecimento por meio da quebra com as velhas formas normativas, pautadas nos modelos eurocentrados, de dizer sobre o mundo. É um convite a uma escrita mais livre, que considera a intelectualidade daquela mulher que é arrimo de família e que vive na favela, daquela que é profissional de limpeza, das mulheres em situação de rua, e não somente dos sujeitos que ocupam cadeiras universitárias.

Comprometendo-se com uma posição ético-política da branquitude crítica, seguiremos nessa pesquisa utilizando algumas das pistas enunciadas pela professora Giovana Xavier (2021) tais como: nomear as autoras e autores por nome e sobrenome; utilizar autoras e autores negros, mas não somente, expandimos para autores latinos e comprometidos com estudos decoloniais e, sempre que for oportuno para a construção analítica dessa pesquisa, a autora se colocará na primeira pessoa, apontando seu lugar nas relações que estão sendo expostas.

Para a construção da análise das imbricações das relações de gênero, raça, classe e consumo de drogas, utilizaremos da interseccionalidade como ferramenta analítica. A interseccionalidade advém da luta do feminismo negro dos anos 70/80 e torna-se um conceito acadêmico entre os anos 80 e 90 trazido pela autora americana Kimberlé Crenshaw. Crenshaw (2004) utiliza-se desse conceito para ampliação das categorias de análise dentro do campo dos Direitos Humanos, buscando reconhecer como social e sistêmico aquilo que anteriormente era percebido como isolado e individual. Para tanto, a autora se volta para a leitura das estruturas de subordinação e seu impacto na vida das mulheres negras, concluindo que devido à visão tradicional dos Direitos Humanos ser ancorada em conceitos universalizantes sobre raça e gênero, não era possível traçar análises que se aproximassem da complexidade material de como as mulheres negras são atingidas pelas estruturas de subordinação.

Kimbelé Crenshaw (2004) conceitua que as opressões atuam como avenidas, ou eixos, que se cruzam e a partir desse cruzamento geram maior vulnerabilidade para grupos como o das mulheres negras que são de classes populares. As mulheres negras, por estarem nessa encruzilhada de subordinações acabam por ser invisibilizadas e marginalizadas dentro das políticas públicas e dos movimentos sociais. A autora elabora:

> A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam

> desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2004, p.177).

Acreditamos que essa leitura está alinhada com a proposta epistemológica desta pesquisa, já que parte da luta das próprias mulheres negras pelo reconhecimento dos efeitos materiais e simbólicos de estarem nessa encruzilhada. Assim como a autora Barbara Machado (2017), acreditamos que o conceito de interseccionalidade deve ser utilizado de forma crítica e contestadora, para que não se perca a radicalidade advinda de suas origens em coletivos de mulheres negras. Machado nos atenta que:

> Entendo que essa definição deve se dar em diálogo com uma concepção materialista histórica das relações sociais, que busque compreender não apenas como as interseções entre raça, gênero e classe configuram uma dada "localização" individual, mas de que forma racismo, patriarcado/sexismo e capitalismo interagem para produzir a subjugação de alguns grupos humanos por outros (2017, p.15).

A partir da perspectiva de construir um diálogo com a concepção materialista histórica ressaltamos as contribuições da autora e militante Angela Davis (2016) que em seu livro "Mulheres, raça e classe" relaciona as condições de vida atuais das mulheres negras as heranças do período escravocrata.

Vale ressaltar que para fazer essa análise interseccional, ao longo dessa pesquisa, nos apoiaremos também em autores do campo da Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental que já vem trabalhando com as imbricações de categorias como raça, classe e gênero em busca de uma ampliação no modelo de práticas nesse campo. Essas autoras e esses autores, os quais considero aqui meus mais velhos, já que vem abrindo caminhos dentro desses debates são principalmente: Rachel Gouveia Passos; Emiliano de Camargo David; Melissa Oliveira Pereira e Luana Malheiro.

Metodologicamente nos inspiraremos nas contribuições de Sandra Harding (1998). A autora acredita que há a necessidade de mudarmos as perguntas, saindo daquelas que podem ser questões relacionadas ao fortalecimento do lugar social dos homens (brancos, ocidentais e burgueses) e partir para questões que levem em consideração o que as mulheres – enquanto grupo plural – têm interesse de perguntar a partir de suas próprias vivências. Harding (1998) aponta também a importância de estarmos a favor das mulheres já que, historicamente, encontramos psiquiatras, juízes e intelectuais dizendo sobre os comportamentos das mulheres de modo a fazer a manutenção das formas de dominação. Outro ponto importante é sobre incluir a pesquisadora no mesmo plano crítico que o objeto explícito de estudo, ou seja,

realizar uma investigação “de abajo hacia arriba y no de arriba hacia abajo”(p 30). Sobre esse terceiro ponto Sandra Harding diz:

> En otras palavras, la classe, la raza, la cultura, las pressuposiciones en torno al género, las creencias y los comportamentos de la investigadora, o del investigador mesmo, deben ser colocados dentro del marco de la pintura que ella o el desean pintar. Esto no significa que la primera parte de un informe de investigación deba dedicarse al examen de consciencia (...). Significa, más bien, como veremos, explicitar el género, lar raza, la clase y los rasgos culturales del investigador y, si es posible, la manera como ella o él sospechan que todo eso haya influído em el proyecto de investigación – aunque, desde luego, los lectores sean libres de llegar a hipótesis contrarias respecto de la influencia del investigador o investigadora em su análisis[8] (1998, p. 25).

Desse modo, fazer uma pesquisa que considera criticamente a influência da pesquisadora na composição desta investigação parte de um posicionamento de abandono da noção de neutralidade, abrindo espaço para o reconhecimento da perspectiva parcial e subjetiva de quem pesquisa. Donna Haraway (1995) propõe que trabalhemos com saberes localizados, isto é, compreender que o conhecimento é produzido por corpos com contexto histórico social e político dentro da estrutura de intersecção de classe, raça, gênero e etc. Esse giro, de uma posição universalizante – comumente encontrada em outros modos de fazer ciência – para uma visão parcial e corporificada, permite que possamos nos tornar responsáveis por aquilo que aprendemos a ver. A nossa perspectiva, nossa visão de mundo, é constituída pela localização de nossos corpos na estrutura histórica social, política e cultural que fazemos parte. Donna Haraway aponta:

> Além disso, não é possível realocar-se em qualquer perspectiva dada sem ser responsável por esse movimento. A visão é sempre uma questão do poder de ver - e talvez da violência implícita em nossas práticas de visualização. Com o sangue de quem foram feitos os meus olhos? (1995, p. 25).

Sabendo que estou inserida em um país de instituições hegemonicamente racistas, coloniais e patriarcais, me valho da pergunta de Donna Haraway em busca de construir um

[8] Em outras palavras, a classe, a raça, a cultura, pressupostos de gênero, as crenças e comportamentos da pesquisadora, ou do próprio pesquisador, devem ser colocados dentro da estrutura da pintura que ele deseja pintar. Isso não significa que a primeira parte de um relatório de pesquisa deva ser dedicada ao exame de consciência (...). Pelo contrário, significa, como veremos, tornar explícitos os traços de gênero, raça, classe e cultura do pesquisador e, se possível, como ele ou ela suspeita que tudo isso tenha influenciado o projeto de pesquisa – embora, desde então, os leitores estejam livres para chegar a hipóteses contrárias a respeito da influência do pesquisador em sua análise (tradução nossa).

olhar que possa enxergar também as opressões que são estruturais e estruturantes, e por assim serem, também atravessam meu corpo de pesquisadora.

Em nossa metodologia, temos como referência também os estudos em pesquisa-intervenção-cartográfica. Eduardo Passos e Regina Benevides de Barros apontam que:

> [...] a pesquisa intervenção sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática num mesmo plano de produção ou de coemergência – o que podemos designar plano da experiência (2020, p.18).

Com isso, podemos compreender que não há separação entre conhecer-fazer, campo-pesquisa, pesquisador-pesquisado, entre outras cisões possíveis. Esses pressupostos éticos-políticos excluem a possibilidade de nos orientarmos por um saber de antemão acerca da realidade, já que o ponto de apoio para o saber é o próprio mergulho na experiência, ou seja, é um saber que emerge do fazer.

Os autores também destacam que: "a diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo de pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e os resultados" (PASSOS; BARROS, 2020, p.17). Com isso, me alinho à perspectiva exposta acima, de análise crítica feminista da corporeidade também da pesquisadora e sua influência na construção dessa pesquisa.

A pesquisa intervenção é caracterizada pelas autoras como Rocha e Aguiar (2003), como parte de um leque maior no campo da pesquisa-participante. Sua principal característica é o seu caráter interventivo, que no caso da pesquisa intervenção-cartográfica tem um enfoque analítico fundamentado no pensamento institucionalista. Para Virginia Kastrup (2008) esse enfoque compreende que o campo de pesquisa também é um espaço de intervenção no qual há uma produção coletiva por meio de conhecimentos e práticas heterogêneas. Essa construção é possível através da habitação do campo de pesquisa com vistas a uma constante análise de implicação do pesquisador: "Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar; fenômenos, acontecimentos, grupos, idéias, etc." (LOURAU, 2004 apud PAULON, 2005, p.23). Estamos falando, portanto, da formulação de um conhecimento processual e singular que é produzido a partir do intervir e do interferir, mapeando as forças presentes, os efeitos dos encontros e sustentando complexidades. Esse modo de fazer pesquisa amplia as bases metodológicas das pesquisas participativas já que tem como proposta transformar a realidade (ROCHA, 2008).

Simone Mainieri Paulon (2005) aponta que o sentido de intervenção utilizado nesse modo de fazer pesquisa se afasta da ideia – comumente atribuída – de intromissão e se propõe

a assumir um sentido mais próximo ao da etimologia da palavra na qual *interventio* contempla a ideia de um "vir entre", "interpor-se". Nas palavras da autora:

> Abre-se aí a possibilidade de pensar a intervenção como um caminhar mútuo por processos mutantes que, justo por não poder ser resumida ao encontro de unidades distintas (sujeitos da investigação X objetos a serem investigados), não pode ser pensada como uma mudança antecipável. Ao operar no plano dos acontecimentos, a intervenção deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela (PAULON, 2005, p. 21).

Seguindo as referências metodológicas institucionalistas, utilizo-me do diário de campo como ferramenta para explorar as relações de forças existentes no campo de intervenção e no meu encontro com este. A escrita do diário se deu – com poucas exceções – posteriormente aos meus encontros com a equipe ou com a parceira de pesquisa que entrevistei - minha escrita era tecida no mesmo dia ou no dia posterior ao encontro.

O caráter interventivo dessa pesquisa aparece nos efeitos produzidos pela presença da pesquisadora nas reuniões de equipe e também efeitos que puderam ser observados após as conversas com a parceira de pesquisa. Esses elementos serão melhor trabalhados na análise do material.

Estrutura da Dissertação

Seguindo os objetivos específicos já expostos, essa pesquisa se desenvolveu em dois momentos: o primeiro com encontros e conversas com a equipe do CAPS AD III da Brasilândia, no município de São Paulo, e o segundo com encontros e entrevistas com Bruna, uma usuária desse mesmo CAPS AD, a quem eu escolho chamar de parceira de pesquisa, compreendendo o lugar vivo dessa mulher no processo de construção dessa dissertação. No caso das reuniões com as equipes, durante os encontros eu me utilizava de um caderno no qual descrevia em tópicos os aspectos que me pareciam mais importantes para me lembrar da conversa e das informações que, eventualmente, havíamos visto em conjunto no prontuário da usuária do serviço. Ao sair da reunião, eu escrevia o encontro, em forma de narrativa, se apoiando nos fatos ocorridos, nos afetos, no ritmo, e nos movimentos relacionais que mais me chamaram a atenção no dia. Com relação as duas entrevistas realizadas com a parceira de pesquisa, me utilizo de um gravador e do caderno como suporte, ao sair do encontro releio minhas anotações, transcrevo o áudio e também realizo anotações no diário de campo sobre os aspectos gerais do encontro. Remi Hess e Gabriele Weigand (2006) apontam que entre o

momento da escrita do diário e o momento da leitura (em ordem cronológica) existe um espaço temporal que permite um distanciamento importante para a construção de uma postura crítica de análise que possibilita uma melhor leitura do processo de desenvolvimento da pesquisa.

A minha entrada no CAPS III AD Brasilândia se dá por meio do projeto de pesquisa do Programa de Psicologia Social da PUC-SP (Edital CNPq/2020), em parceria com o projeto institucional do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FACHS) da PUC-SP, junto à Secretaria Municipal de Saúde/Coordenadoria Norte, que tem como um dos campos de ensino, extensão e pesquisa o bairro da Brasilândia na zona norte da cidade de São Paulo.

O projeto institucional de pesquisa tem como objetivo principal "trabalhar práxis grupais, comunitárias e coletivas na interface entre subjetividade e dimensões da realidade brasileira, tendo como um dos focos de análise as políticas públicas sociais" (VICENTIN et al, 2020, p.1) e se articula com outro projeto de pesquisa em andamento na FACHS: "Observatório Internacional de práticas de Gestão de Autônoma da Medicação: rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, apoio e fomento" [9] que se desdobra a partir de uma pesquisa anterior sobre saúde mental na atenção básica (ROSA et al, 2020).

Em 2016, em parceria com a Supervisão Técnica de Saúde da FÓ/Brasilândia, anunciou-se a necessidade de se pensar outros modelos de atenção e de sustentação de práticas dentro dos serviços da saúde que pudessem ampliar as reflexões sobre medicalização da vida, já que nesse momento havia uma preocupação, colocada por parte dos gestores e trabalhadores do território, com o crescente processo de medicalização dos usuários, aparente no consumo de medicação controlada (VICENTIN et al, 2020).

Dentro do processo de construção do fortalecimento territorial com relação a essa queixa, há a introdução da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) enquanto uma metodologia de caráter emancipatório voltada ao enfrentamento da medicalização. A PUC-SP investe em um primeiro momento em oferecer processos formativos sobre a metodologia da GAM e desde 2017, tem realizado o apoio sistemático de professores e pesquisadores do programa de pós-graduação às equipes dos serviços interessadas em experimentar a GAM (VICENTIN et al, 2020).

---

[9] O referido projeto foi submetido ao Comite de Etica da PUC-SP e de SMS em 2019, com prorrogação em 2021, tendo sido aprovado conforme processo CAAE: 34660620.0.1001.5482

A GAM foi construída em Quebec, no Canadá, no ano de 1993 a partir da mobilização de usuários dos serviços de saúde mental em parceria com trabalhadores desses equipamentos e acadêmicos interessados na garantia dos direitos humanos, cidadania e protagonismo das pessoas que fazem uso de medicação psiquiátrica. No Brasil, através de uma aliança de pesquisas com universidades canadenses, houve um processo de adaptação do guia a realidade brasileira durante os anos de 2009 a 2014. Eduardo Caron e Laura Fewerker afirmam que:

> [...] a GAM constituiu um posicionamento estratégico na área da saúde que advoga a autonomia – individual e coletiva – e a participação ativa dos usuários nas decisões sobre o uso e o não uso de medicação psiquiátrica; um posicionamento que aposta na ampliação da rede de conexões existenciais (...) e nas relações de gestão compartilhada de processos coletivos em saúde (2019, p. 16).

As ações de apoio da PUC-SP aos serviços da rede do território FÓ/Brasilândia se dão por meio de reuniões semanais com os grupos GAM que acontecem no território e uma reunião mensal ampliada, apelidada pela rede de GAMZÃO, na qual participam todos os serviços que vem desenvolvendo a estratégia GAM em conjunto com usuários desses serviços, professores, pesquisadores e alunos da graduação da PUC-SP. Em 2021, no correr da epidemia de COVID-19, ingresso no mestrado e começo a acompanhar de forma remota as reuniões do GAMZÃO. Nesse espaço os trabalhadores e usuários da rede expressam a importância desse coletivo como forma de sustentação das práticas de grupalidade GAM, mesmo online, durante esse duro momento no qual houve a interrupção das práticas coletivas dentro dos espaços como protocolo de segurança referente a epidemia. Observa-se nesse processo brutal que foi a epidemia de COVID-19 no Brasil, um aumento da desigualdade social e dificuldades no acesso a saúde para usuários com transtornos persistentes e severos já que o SUS estava imerso em conter e acompanhar os casos graves de COVID-19. Começam a surgir relatos, nas reuniões do GAMZÃO, sobre a sobrecarga dos profissionais e sentimentos de solidão e impotência frente ao acirramento da violência, miséria e relatos de fome no território.

O CAPS III AD tem um grupo GAM e participa com assiduidade das reuniões do GAMZÃO. Desse modo, me aproximo das profissionais do CAPS que são atuais preceptoras do estágio da graduação da PUC-SP nesse CAPS para a primeira etapa de apresentação e pactuação da pesquisa.

Agendamos uma primeira reunião online em 23 de Agosto de 2021, na qual apresento meu projeto de pesquisa, escuto o que elas pensam sobre e agendamos uma segunda reunião, presencial no CAPS, com elas e também com a gestora do serviço. Vou ao CAPS III AD Brasilândia pela primeira vez em 08 de Setembro de 2021, pactuo com a gestão e com as perceptoras que participarei de uma reunião geral da equipe para me apresentar e também explicar sobre minha pesquisa, podendo construir com a equipe a melhor forma de escolhermos os casos que trabalharemos. Nessa reunião elas me contam que essa é uma equipe composta majoritariamente de mulheres e que meu tema é muito bem-vindo, especialmente nesse momento de pandemia, no qual elas observam uma ainda maior dificuldade de acesso das mulheres ao CAPS.

Participo de duas reuniões gerais com a equipe do CAPS, a primeira em 29 de setembro e a segunda em 06 de outubro de 2021, combinamos que a partir desse ponto eu entraria em contato, individualmente com um representante de cada mini-equipe (são quatro) e agendaria uma data para escuta-las sobre a ou as histórias de mulheres que elas acompanham as quais elas entendem ser emblemáticas para o serviço no sentido dos impasses e potências desse acompanhamento. Inicio minhas idas as mini-equipes no início de outubro de 2021 e termino na segunda quinzena de novembro. Nessas reuniões, também expresso meu objetivo de poder conhecer algumas dessas mulheres e escuta-las sobre seu próprio processo de cuidado, encontro dificuldade em acessar as usuárias, já que segundo a equipe a maior parte delas não acessa com frequência o serviço, sendo esse um dos principais impasses na produção de cuidado delas.

Mantenho-me em contato com as equipes que ficariam de me avisar sobre a possibilidade de conseguir acessar uma dessas mulheres, pelo momento de grande sofrimento e vulnerabilidade que muitas se encontravam, escolhemos fazer essa aproximação de forma cuidadosa, considerando: as necessidades atuais de cada uma; se a conversa comigo faria sentido dentro de seu momento atual e tendo como principio uma primeira conversa entre profissional referência do caso e usuária na qual essa poderia esboçar seu interesse ou não em me conhecer. Entre os meses de dezembro 2021 e fevereiro 2022, descubro uma piora em um quadro de saúde, que já venho acompanhando a um tempo, surtindo a necessidade de realizar uma cirurgia importante, a partir dessa notícia assumo uma postura menos imersiva no campo para dar conta das minhas questões de saúde.

Em fevereiro de 2022 retomo o contato com as equipes e uma das preceptoras me conta que uma das usuárias que elas haviam me narrado a história, está em um momento

diferente agora e que ela acredita que seria interessante que ela pudesse conversar comigo e contar sobre sua história. Cumprimos então o combinado: a referência faz uma conversa com a usuária Bruna, fala sobre minha pesquisa e ela aceita participar.

Após a profissional de referência me passar o contato de Bruna, consigo agendar nossa primeira conversa para 10 de março. Conversamos novamente em 11 de abril de 2021, retorno ao CAPS em 14 de abril por convite da equipe para participar da discussão do caso de Vitória, nesse dia conheço Vitória brevemente e nos falamos no espaço de convivência. Após, realizo mais uma pausa no processo de campo devido questões de saúde.

Essa dissertação está estruturada de forma que busca integrar experiências práticas vividas pela pesquisadora, não apenas no campo dessa pesquisa, mas também em sua trajetória profissional, e o conjunto de saberes teóricos que foram aqui mobilizados. Para tanto, nos entres dos capítulos um e dois apresentamos vivências relacionadas ao tema da pesquisa trazidas enquanto memórias da pesquisadora.

Os capítulos estão organizados da seguinte forma: Capítulo 1 – Por uma análise feminista decolonial da política sobre drogas no qual me divido em 3 partes buscando aprofundar a temática. Em 1.1 A política sobre drogas: uma encruzilhada de opressões: busco aprofundamento na história da política sobre drogas brasileira e sua intrínseca ligação com a colonialidade de poder; em 1.2 Colonialidade de poder: intersecções racistas, capitalistas e patriarcais: discuto como a expressão hegemônica de nossas políticas de drogas reproduz as opressões estruturais e estruturantes de nossa sociedade; no tópico 1.3 Colonialidade de gênero: como romper as barreiras da invisibilidade? Revisito a historia das mulheres negras em nosso país e faço reflexões sobre as intersecções de raça, classe e uso de drogas na vida dessas. No segundo capítulo chamado “Por uma luta antimanicomial feminista e decolonial” retomo as bases fundantes da Reforma Psiquiátrica em sua integração com o projeto societário Antimanicomial no item 2.1 A Reforma Psiquiátrica: um retorno as suas bases; no tópico 2.2 O papel estratégico do CAPS AD: da colonialidade a mestiçagem crítica: debruço-me em reflexões sobre a história da construção do equipamento CAPS AD, as racionalidades presentes desde sua criação e as contradições de narrativas compostas pela herança da colonialidade de poder e a possibilidade de construção de um espaço de mestiçagem crítica com saberes, valores e práticas anticoloniais. No terceiro capítulo: Habitando o CAPS III AD Brasilândia me dedico a análise do material coletado no encontro com o campo.

Para a análise, realizei uma leitura extensiva dos conteúdos registrados a partir das reuniões de equipe e das entrevistas e, a partir dessa, identifiquei seis categorias, as quais

escolho chamar de correntezas fazendo alusão ao movimento das águas que representam fluxos de vida e também simbolicamente na cosmopercepção yorubá são ligadas a força feminina. As correntezas foram identificadas e nomeadas partir da frequência com que os temas eram trazidos nas narrativas de Bruna e da equipe, desse modo as organizo levando em conta há uma relação importante entre os temas abordados pela equipe, a narrativa de Bruna e minhas afetações no encontro com esses conteúdos. São as correntezas que acompanharei na análise: 1) O CAPS III Brasilândia – correnteza que nos leva a um aprofundamento sobre a experiência de estar nesse CAPS e seu lugar diante da pandemia da COVID-19; 2) A história de Bruna – busco apresentar Bruna e trazer reflexões, questionamentos e afetos sobre sua história de vida, enfocando conexões com a história coletiva de mulheres negras que consomem drogas; 3) Encontro das águas: mulheres que cuidam de mulheres – busco aqui trazer reflexões sobre a divisão sexual do trabalho e os impactos dessa no ambiente do CAPS AD; 4) Impasses para um curso decolonial do cuidado – elenco quatro impasses que mais apareceram nos encontros com a equipe e com Bruna e me apoio neles para pensar a construção de um cuidado decolonial e 5) Navegando pelo desejo: caminhos para uma clínica insubordinada – conto sobre meu encontro com a história de Vitória a partir do qual reflito sobre o significado do desejo diante de uma clínica que deve se afirmar insubordinada aos valores hegemônicos.

MEMÓRIAS DE UMA TRABALHADORA DO CUIDADO I: CARTA À ROSA

Ao decorrer do processo dessa dissertação me vi, enquanto mulher, trabalhadora da Saúde Mental do SUS, elaborando muitas de minhas questões e incômodos, aqueles mesmos que me fizeram cruzar as portas dessa Universidade em busca de uma espécie de refúgio acadêmico, tempo de organização e maturação do que foi vivido de forma intensa em meu corpo durante todos esses anos dedicados ao trabalho no território, ou usando as palavras de Bell Hooks:

> Cheguei à teoria porque estava machucada — a dor dentro de mim era tão intensa que eu não conseguiria continuar vivendo. Cheguei à teoria desesperada, querendo compreender — aprender o que estava acontecendo ao redor e dentro de mim. Mais importante, queria fazer a dor ir embora. Vi na teoria, na época, um local de cura (2017, p.83).

Em meio a esse processo de refazimento do que fui e sou, por meio do contato com a teoria, durante uma madrugada de leituras me peguei tomada pela lembrança de uma situação vivida com a usuária Rosa, senti um engasgo... Abro uma página em branco no word: as palavras teimam em ficar engasgadas na garganta. O Choro vem e com ele escrevo essa carta:

Querida Rosa,

No dia de hoje me lembrei daquela conversa que tivemos sentadas nos bancos da convivência do CAPS. Você estava grávida do Cravo, naquele dia te achei tão bonita, seu semblante estava mais leve. Lembra?!

Você estava passando uns dias no acolhimento integral lá do CAPS III do bairro vizinho e, durante o dia te levavam para participar das atividades do CAPS do seu território. Lembro de você me dizer que com esse filho você desejava fazer diferente, queria cuidar dele, construir uma história que não pode viver com sua primeira filha. Aquela que está com uma familiar distante.

Você me disse que gostava muito das minhas roupas e que te faziam lembrar-se da época em que você trabalhava no banco e também gostava de se vestir assim... Meio "hipponga". Conversamos sobre essa época, rimos com as histórias, as lembranças de outro tempo, até que você ficou séria e disse: "o crack acabou comigo, tô muito feia, não pareço mais a mesma".

Conversamos sobre como o crack foi tomando espaço na sua vida após a relação com aquele cara abusivo, depois das brigas, de apanhar, dos abandonos, a única coisa que curava sua dor era a pedra. Foi ele quem te apresentou o crack.

Você me contou que antes seu negócio era fumar maconha na beira da praia... Saia do banco na sexta-feira ia direto encontrar com os amigos: bebida, maconha, sexo, cocaína, sempre acabavam em Santos, na beira do mar, você amava fazer luau e foi quando conheceu aquele cara.

A coisa começou a ficar diferente, era muita briga, ele usava muita droga, mas você não conseguia se afastar dele, alguma coisa te mantinha ali.

- O crack acabou comigo.

Você perdeu seu emprego, sua família não te apoiou e as brigas com seu irmão mais velho ficaram cada vez mais constantes. O cara sumiu e te largou grávida, você continuou usando droga e seu irmão te proibiu de entrar em casa.

Lembro de você me dizer que ele bateu muito em você o dia em que você quebrou o portão para conseguir entrar na sua casa. Conheço seu irmão, das visitas domiciliares, lembrei que ele usa cocaína, não te falei sobre isso naquele dia, mas saber dessa informação me gerou grande mal estar: você ficava na rua, apanhando até dos vizinhos, e ele, mesmo com o uso frequente de cocaína, assumiu o papel de responsável da família quando seu pai morreu, nenhum vizinho reclamou dele para nós como fez com relação a você.

Você estava grávida novamente e antes de conseguirmos esse acolhimento integral, me lembro de te achar na zona de uso toda machucada, tinha apanhado do pai do Cravo.

Eu estava feliz em poder conversar com você sentada ali naquele ambiente seguro, conversamos por bastante tempo, no final me lembro de que você me pediu para ir ver você e o Cravo na maternidade. Eu disse que eu faria o possível para ir, porque gostava muito de você e estava feliz de te ver bem.

Depois desse dia demoramos em nos ver...

Fui te encontrar na rua: eu estava passando no carro da UBS para ir a uma visita domiciliar e te avistei de longe, você estava enrolada em vários plásticos e gritando com o pai do Cravo, pedi que o carro estacionasse e fui até você:

- Oi Rosa, é a Barbara da UBS, eu estava passando aqui e te vi, você está bem?

Naquele dia você demorou em me reconhecer e mesmo depois de lembrar-se de mim, não quis conversa. Saí dali tão preocupada Rosa, você estava de 40 semanas, lembrei o quanto você queria fazer diferente dessa vez, eu desejava tanto poder te ajudar mais.

Cheguei à minha unidade de trabalho e comuniquei a minha coordenadora sobre sua situação, peguei seu prontuário e conferi o tempo de gestação, conversamos: eu, minha gerente e uma enfermeira. Nessa conversa eu fui questionada do porque parei para falar com você se não podia fazer nada.

Liguei para o CAPS, avisei a equipe sobre o ocorrido.

O que mais eu poderia fazer por você?

Minha gerente ligou para alguém da Organização Social de Saúde (OSS) que solicitou a ela que me repreendesse pela minha conduta. Fui advertida verbalmente por ter parado no meio de uma visita para falar com você. Não me arrependo de ter parado!

Depois de uns três dias você teve o Cravo. Sua profissional de referência no CAPS me ligou na UBS me convidando para ir visita-los junto a ela, eu aceitei com alegria em saber que estavam bem, mas fui impedida de ir pela minha gestora que achou que a visita era apenas papel do CAPS AD.

Sinto muito, Rosa!

Vocês saíram bem da maternidade, mas a guarda do seu bebê ficou com a sua sogra. Eu soube que logo você e o pai do Cravo voltaram a brigar e você voltou para o crack.

Eu sinto muito, Rosa!

O que mais eu poderia ter feito por você?

Será que as políticas de saúde estão te ajudando a escrever páginas diferentes na sua história?

CAPÍTULO 1 – POR UMA ANÁLISE FEMINISTA DECOLONIAL DA POLÍTICA SOBRE DROGAS

1.1. A política sobre drogas: uma encruzilhada de opressões

Considerando que as políticas públicas são objetos discursivos e campos em disputa, é importante ressaltar que, nessa dissertação partimos da premissa de que as políticas sobre drogas são produto do contexto histórico-social no qual estão inseridas, fato que implica na participação de diversos atores sociais em sua construção, estes com suas ideologias e diferenças de níveis de poder no que tange a produção de consensos e articulações que possam influenciar na perpetuação de determinada visão de mundo (MONTENEGRO, BRILHANTE & MUNGUBA, 2021).

Desse modo, os autores Yuri Montenegro, Aline Brilhante e Marilene Munguba (2021) assinalam que o modelo proibicionista tem, historicamente no Brasil, sido a perspectiva hegemônica no âmbito da política sobre drogas. Concomitante a esse modelo dominante, observamos movimentos de resistências e embates em busca de paradigmas que considerem a complexidade das condições sociais relacionadas ao consumo de drogas sendo assim, menos danosos para nosso povo. Um dos principais vetores de resistência e oposição ao proibicionismo é o movimento de Redução de Danos, sendo que a Reforma Psiquiátrica enquanto política impulsionada pela Luta Antimanicomial, posteriormente também se soma a essa resistência e a partir do século XXI, considera as questões advindas do consumo de drogas como parte da pauta de saúde mental, investindo na quebra do estigma social do usuário de drogas – que com o apoio da ideologia proibicionista passa a ser marginalizado socialmente - e aposta na criação de serviços territoriais de base comunitária por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como alternativa a internação hospitalar e a exclusão social, tendo como eixo central da produção de cuidado as estratégias de redução de danos.

Maurício Fiore ressalta sobre o proibicionismo:

> Proibicionismo é uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Seus desdobramentos, entretanto, vão muito além das convenções e legislações nacionais. O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/ positivas e ilegais/negativas. Entre outras consequências, a própria produção científica terminou entrincheirada, na maior parte das vezes do lado "certo" da batalha, ou seja, na luta contra as drogas. O proibicionismo não esgota o fenômeno contemporâneo das drogas, mas o marca decisivamente (2012, p. 9).

O proibicionismo transversaliza todas as complexas dimensões que envolvem o fenômeno do consumo de drogas em nossa sociedade. Fiore (2012) indica que essa ideologia parte de duas premissas principais: a primeira de que o consumo de drogas é uma prática danosa que deve ser proibida pelo Estado e a segunda de que a atuação do Estado deve ser a de criminalizar o consumo e circulação de substâncias psicoativas, assim se constrói um imaginário social que estigmatiza não somente as substâncias, mas, sobretudo, as pessoas que fazem uso dessas, as colocando às margens da sociedade e corroborando com o que Jessé Souza (2016) denomina como doença da humilhação social.

Para Jésse Souza (2016), ao analisarmos questões de tamanha complexidade como o tema do consumo problemático de drogas, se faz necessário um mergulho amplo e profundo em nossa realidade social, para que busquemos conhecimentos sobre os mecanismos que levam à classificação e também à desclassificação de pessoas em nossa sociedade. O autor aponta ainda que a hierarquia moral em sociedades com tamanha desigualdade social, como a brasileira, está diretamente ligada à imersão dos indivíduos nas relações sociais de dependência e exploração. Ou seja, a questão da política sobre drogas deve nos levar a buscar uma compreensão para além do consumo de drogas lícitas ou ilícitas em si, procurando analisar quais são as dimensões e encruzilhadas de opressões, que constroem e fortalecem a ideologia proibicionista como dominante e como esse conjunto de fatores produz o que o autor assinala como humilhação social.

É Jésse Souza quem nos diz:

> Não é a malignidade da droga, portanto, que cria a prisão do vício, mas o abandono afetivo e social e a experiência silenciosa de uma humilhação ubíqua e sem explicação palpável [...] Nesses casos, para muitos, a reação é dirigida contra si mesmo e o consumo da droga é uma tentativa desesperada de fugir de um cotidiano intragável ainda que o consumo progressivo apenas aumente o desprezo social e a degradação subjetiva e objetiva. (2016, p.37).

O que vemos aqui é a indicação de que há um cenário anterior ao consumo abusivo de substâncias que torna esse encontro entre o sujeito e droga algo passível de retirar a potência de vida do indivíduo que a utiliza, já que a relação com a substância aumenta e fortalece o desprezo e a degradação social que já existiam. Buscaremos nessa dissertação historicizar quais elementos estruturais de nossa sociedade estão presentes nesse contexto de abandono afetivo e social descrito por Jessé e como o proibicionismo se torna uma cortina de fumaça que busca turvar nossa visão quanto a esse contexto sócio histórico mais amplo.

É necessário ressaltar que nos anos em que essa dissertação está sendo realizada, 2021-2022, vivemos um cenário de fragilidade da RAPS no que tange ao cuidado das pessoas com necessidades advindas do consumo de drogas. Montenegro, Brilhante e Munguba contextualizam que estamos em:

> [...] uma conjuntura nacional de oposição ao MRPB (*Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira*) que se acentua a partir de 2015 com mudanças na gestão da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) para atender a acordos políticos, período em que ocorreu o início de rupturas no poder executivo federal e, posteriormente, culminou num processo de impeachment. Destaca-se a Portaria no 3.588/2017, sancionada após o impeachment, que ampliou o apoio financeiro a leitos psiquiátricos e comunidades terapêuticas em detrimento dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPSad [...] Assim, infere-se que a precarização da RAPS não é simplesmente acidental, mas é explorada a partir dos interesses privado-econômicos de grupos específicos com capacidade de representação e articulação suficiente no Congresso para aprovar um PL em caráter de urgência (2021, p. 12)

O que observamos então é um cenário de enfraquecimento das lutas propostas pela Reforma Psiquiátrica, sendo que, após o impeachment da presidenta Dilma Roussef, em 2016, notou-se no campo da saúde mental uma intensificação dos processos de retrocessos no campo, tal como o avanço de uma política de investimento em comunidades terapêuticas – instituições reconhecidamente manicomiais – como estratégia principal de cuidado as pessoas com necessidades advindas do consumo de drogas. Rachel Passos, importante militante pela racialização das pautas da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, assinala que:

> Em agosto de 2018, o Ministério da Saúde resolve aumentar em 60% o valor pago pelas diárias dos leitos de hospitais psiquiátricos, seguindo na contramão da Lei 10.216/2001 e, das demais portarias que redirecionaram o modelo assistencial em saúde mental (2018, p. 18).

Esse modelo asilar e manicomial fortalece ainda mais o que Jésse Souza (2016) chamou de humilhação social, a qual os sujeitos usuários de drogas vivenciam, já que é um modelo que segue excluindo e marginalizando socialmente as pessoas. Nesse mesmo período, com a intensificação das ideologias proibicionistas e manicomiais, houve a chancela de práticas como internações involuntárias e com foco na abstinência como um objetivo fim do tratamento, sendo a noção de abstinência tida como algo que pode vir a eliminar uma espécie de mal que tomou aquele sujeito (MONTENEGRO, BRILHANTE & MUNGUBA, 2021).

Também observamos em 2017, após o golpe antidemocrático que tira Dilma Roussef do poder, o surgimento dos CAPS IV, por meio da portaria nº 3.588/ 2017. Os CAPS IV são

equipamentos que possuem como eixo central de funcionamento a disponibilidade de leitos para adultos e/ou adolescentes. Inseridos em zonas de grande vulnerabilidade e cenas de uso de drogas ilícitas, como a região do bairro da luz em São Paulo, popularmente conhecida como Cracolândia, o CAPS IV se comporta como um hospital psiquiátrico centrado na cultura da abstinência e exclusão social como forma de intervenções (MONTENEGRO, BRILHANTE & MUNGUBA, 2021).

Nos anos de 2020 e 2021 com a pandemia da COVID-19 vivemos mais uma vez um importante desinvestimento nas políticas de saúde mental e, no que diz respeito ao campo das políticas sobre drogas, observamos um ainda maior fortalecimento dessas internações voluntárias e involuntárias em comunidades terapêuticas. Com todo o Sistema Único de Saúde (SUS) voltado a conter os efeitos da pandemia, com a impossibilidade de ações grupais nos Centros de Atenção Psicossociais e com a diminuição das ações territoriais dos serviços da RAPS devido ao isolamento social, muitos usuários sofreram com a intensificação de vulnerabilidades psicossociais e acabaram sendo tragados pelo sistema das instituições asilares[10].

No ano de 2021, durante a construção desta dissertação e também em meio a esse contexto político e social exposto acima, encontro com o relatório internacional The Global Drug Policy Index, produzido pelo Harm Reduction Consortium – consórcio internacional de institutos e associações de Redução de Danos -, que aponta a política sobre drogas brasileira como uma das mais deficitárias dentre os 30 países que foram por eles avaliados com base nas recomendações do Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC).

O relatório nos chama atenção através dos pontos que foram escolhidos para realizar as avaliações, nos possibilitando ampliar ainda mais a discussão sobre os efeitos dessas políticas para a vida da população brasileira. Foram avaliadas cinco dimensões principais da referida política de trinta países, são elas: 1) ausência de sentenças e respostas extremas: avalia questões como pena de morte, polícia militarizada e assassinatos extrajudiciais; 2) proporcionalidade da resposta da justiça criminal: avaliam violações de direitos humanos, punição, alternativas para proibição, entre outros; 3) saúde e redução de danos: diz respeito à equidade no acesso a equipamentos de saúde e intervenções em redução de danos; 4)

[10] EFEITOS da pandemia podem ser agravados com retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental no Brasil. **Conselho Nacional de Saúde** [S.I.], 08 de out. 2020. Disponível em https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1406-efeitos-da-pandemia-podem-ser-agravados-com-retrocessos-na-politica-nacional-de-saude-mental-no-brasil.

disponibilidade de acesso a substâncias internacionalmente controladas para o alívio da dor e 5) programas de desenvolvimento: avalia programas de desenvolvimento social.

As dimensões avaliadas por esse relatório nos ajudam a perceber quais aspectos se encontram subjacentes ao que se denominamos política sobre drogas no Brasil e como ela afeta a materialidade da vida das pessoas e territórios envolvidos. Também podemos analisar que a questão das drogas em nosso país expressa uma série de imbricações de opressões estruturais e estruturantes de nossa sociedade que vão muito além das relações de dependência e exploração apontadas por Jessé Souza (2011). Temos elementos como: o efeito de uma polícia militarizada sobre o povo; violações de direitos humanos; dificuldade no acesso a intervenções de saúde e medicação adequada e falta de investimento no desenvolvimento social do país que nos dão pistas de quais pessoas são as mais afetadas dentro dessa complexa encruzilhada de opressões. Afinal, quem, em nosso país, são historicamente os humilhados socialmente? Existe raça, gênero, classe, idade, território de origem para os humilhados?

A pontuação do Brasil, segundo a The Global Drug Policy Index de 2021, foi de 26/100, sendo que a pontuação média dos trinta países avaliados foi de 48/100. O máximo de pontuação atingido foi o de 74/100 pela Noruega. De forma geral, o relatório aponta que fatores como a criminalização das drogas, a erradicação forçada do consumo e o uso de intervenções policiais como forma de controle do consumo de drogas apareceram na grande maioria dos países analisados. Esses mesmos fatores acabam por dificultar o acesso a intervenções de saúde e redução de danos. Essas dimensões também caminham junto com o abuso da violência policial e com importantes violações de direitos humanos para as pessoas e para os territórios afetados.

Portanto, o que o relatório ressalta os dados já trazidos aqui nessa conversa: o fato de que no Brasil temos experimentado uma política de drogas que é hegemonicamente antidrogas, isso significa, portanto, que o Estado tem compreendido que seu maior investimento deve ser em proibir a produção e o comércio das drogas usando da punição, da violência policial, da criminalização e da violação de direitos humanos como principais estratégias. Essa abordagem tem como alvo as substâncias psicoativas ilícitas, mas por consequência, acerta em cheio a vida das pessoas que consomem essas substâncias, bem como os territórios nos quais esse consumo e/ou comercialização da droga acontece.

É importante dizer que quando nos referimos as pessoas afetadas por essa política sobre drogas, precisamos sempre ter em mente as intersecções de raça, classe e gênero, desse modo nem todas as pessoas que usam drogas são afetadas de maneira brutal. Falamos

daquelas que estão localizadas no centro dessas intersecções e fazem, fundamentalmente, o consumo das substâncias que a partir dos processos sociais e econômicos de uma época, são consideradas ilícitas (CARNEIRO, 2018).

Examinando melhor o funcionamento de nossa política para uma maior compreensão de como a máquina estatal opera as violações enunciadas acima, destacamos que atualmente nosso Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), é formado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) que fica localizada dentro do Ministério da Justiça e Segurança Pública. A SENAD é composta por duas diretorias distintas: a diretoria de gestão de ativos e a diretoria de políticas públicas e articulação institucional, e exerce também a função de Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD, cujo presidente atual é o Ministro de Estado da Justiça e Segurança Pública. Sim, até o momento atual, nosso Estado compreende a questão do consumo de drogas como um problema de Segurança Pública, o que pode estar relacionado com as escolhas por estratégias punitivistas, criminalizantes e atuação truculenta da polícia.

O SISNAD, segundo a lei Nº 11.343 de 2006, funciona em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) direcionando também o paradigma das práticas de cuidado e, apesar de estarmos tratando aqui daquela que no ano de 2021 foi considerada uma das políticas sobre drogas mais ineficazes do mundo, devemos nos atentar para os apontamentos das autoras Lucia Sestokas e Nathália Oliveira (2018), que a política de drogas adotada por um país não é definida apenas por um único modelo. Desse modo, dentro da Lei Nº 11.343 de 2006, também encontramos referência a Redução de Riscos e Danos como diretriz que deve ser considerada pelo SUS e SUAS na condução do cuidado direcionado aos usuários de ambos os sistemas.

De modo geral a Redução de Danos (RD) se constitui como um modelo ético, político e clínico formulado a partir de um processo de enfrentamentos e tensionamentos com a política antidrogas. Rodrigo Vaz (2015) define a RD para além de um paradigma, mas como também um dispositivo que se afirma enquanto "[...] máquina revolucionária produtora de linhas de fuga ativas e positivas que resistem ao fascismo do poder" (p.37). Desse modo, a RD tem a potência de produzir transformações cotidianas que são capazes de se contrapor às linhas duras do proibicionismo. Eduardo Henrique Passos e Tadeu Paula Souza assinalam que:

> Mais importante do que localizar as instâncias de formulação das ações de RD é analisar o modo como essas passaram a serem apropriadas pelos usuários de drogas,

> gerando um grande efeito de mobilização (Ministério da Saúde, 2003b). A rede nacional de redutores de danos passou a exercer um papel importante de mobilização e articulação nacional por uma nova política de drogas. Mobilizadas em redes, as associações passaram a lutar pelos direitos dos redutores de danos e dos usuários de drogas. Nesse contexto, algumas associações foram fundadas por redutores de danos que trabalhavam em PRDs e passaram a se organizar politicamente, enquanto outras foram fundadas por usuários de drogas que lutavam mais abertamente pela descriminalização do usuário de drogas dentro de uma proposta antiproibicionista. (2011, p.159).

Assim, concomitantemente ao modelo hegemônico proibicionista, temos movimentos de mobilizações e articulações que lutam por uma política sobre drogas que expresse a multiplicidade dos sujeitos não os universalizando em uma abordagem única de cuidado (PASSOS; SOUZA, 2011). Essa luta que é marcada pelo anticlassismo, antirracismo e atenta às desigualdades de gênero, fortalece a construção de um novo sentido de política de drogas que vai ser ainda mais fortalecido através de associações, organizações não governamentais e movimentos sociais como: Associação Brasileira de Redução de Danos; Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas; Centro de Convivência É de Lei; Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas e muitas outras, e também grupos de pesquisa e extensão em universidades de todo o país.

Possuímos, portanto, uma política constituída por contradições. As autoras Lucia Sestokas e Nathália Oliveira (2018), em seus estudos sobre política de drogas e aumento do encarceramento de mulheres, também observaram essas diversas contradições em suas pesquisas. O exemplo citado pelas autoras é o da despenalização para quem adquirir drogas para consumo pessoal, ao mesmo tempo em que se mantém a criminalização de quem prepara, produz, fabrica ou planta, questão essa que é uma das mais fundamentais para a compreensão do aumento do encarceramento por tráfico no Brasil. As autoras enfatizam:

> A política de drogas brasileira, portanto, não é definida nem somente pelo modelo de despenalização, nem exclusivamente pelo modelo de criminalização. Antes, ela é resultado de uma combinação de ambos. Nesse sentido, compreendemos que não é possível analisar modelos de políticas isoladamente: é necessário observar as políticas dos diferentes países abarcando os múltiplos modelos adotados em cada um deles (2018, p.155).

Em síntese, até esse momento de nossa conversa podemos afirmar que a política sobre drogas brasileira, apesar de ser hegemonicamente antidrogas e de operar ações bélicas contra pessoas negras e pobres e seus territórios, também se afirma por meio vetores de resistência que buscam combater as opressões de classe, gênero e raça operadas por meio dessa política, buscando assim a construção de transformações na vida das pessoas que fazem consumo de

drogas, considerando suas singularidades, necessidades plurais e condições materiais de suas realidades.

Temos a Redução de Danos como movimento importante desses embates, paradigma que atravessa diversos outros movimentos sociais, organizações, articulações e grupos que se propõem ao enfrentamento do proibicionismo. O relatório The Drug Police Index (2021) ressalta a ligação entre políticas proibicionistas e ações estatais violentas e violadoras de direitos e para melhor compreensão dessa ligação em nosso país analisaremos abaixo alguns dados sobre violência.

Partimos da afirmação: vivemos em um país violento. Temos índices importantes de violência policial e também outras violências, em principal as que têm como alvo a população negra. Segundo os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2021, os assassinatos extrajudiciais por policiais ou outros agentes do Estado se tornaram um problema endêmico no nosso país. Só no ano de 2020 tivemos um total de 6.416 mortes em intervenções policiais, sendo o Rio de Janeiro e São Paulo os estados com maior concentração de mortes. Do número total dessas vítimas observam-se que 98,4% eram do sexo masculino, 78.9% eram negros e 76,2% desses tinham idade entre 18 a 44 anos.

Esse país é também um território especialmente violento para as mulheres. O anuário traz outro dado de extrema relevância: o assassinato de mulheres dobrou no ano de 2020 (ano de início da pandemia), passando de 0.8% para 1,6%. Desses assassinatos, foram ao todo 1.350 feminicídios, sendo que destas mulheres 74,7% tinham idade entre 18 e 44 anos e 61,8% eram negras. Mulheres jovens e negras têm sido mortas, qual a relação desses dados com as políticas sobre drogas?

Em 2020 e 2021 experienciamos os efeitos da pandemia da Covid-19 e da forma como nosso governo federal conduziu a crise sanitária, econômica e social. Esse cenário também traz impactos sobre o funcionamento das políticas públicas e para a vida cotidiana dos brasileiros, em especial para as camadas mais pobres, as quais já sofrem com o abismo da desigualdade social marcado pelos recortes de raça, gênero, classe, religiosidade, e etc. Como podemos acompanhar nos dados expostos acima, nesse período houve uma intensificação na violência direcionada aos grupos que já são historicamente marginalizados: população negra e mulheres pobres.

Em 2020, com a influência do contexto pandêmico e da necessidade de isolamento social - executável para as classes mais altas, já que as classes populares se mantiveram trabalhando presencialmente e se expondo ao vírus como forma de manter a estrutura social

posta -, também houve um significativo aumento dos dados referentes à violência doméstica contra mulheres. Segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública publicado em 2021, em 2020 houve o aumento de 16,3% de ligações para a polícia militar referente à violência doméstica, somando ao todo um chamado por minuto. Também vemos o aumento de 3,6% de medidas protetivas de urgência concedidas pelo Tribunal de Justiça. Os dados chamam atenção para um fenômeno que já vem sendo apontado pelo Atlas da Violência há alguns anos: o Brasil é, cada vez mais, um país violento paras as mulheres e no contexto pandêmico, com a obrigatoriedade de estar no ambiente doméstico, essa realidade se tornou ainda mais evidente (BRASIL, 2019).

Analisando todos esses dados expostos em conjunto, podemos traçar uma conexão entre as vítimas de violência policial (homens, negros, jovens e periféricos) e as mulheres que sofrem de violência doméstica e feminicídio (jovens negras e periféricas), temos um grupo em comum: pessoas negras e periféricas. São essas mesmas pessoas as também mais afetadas pelas estratégias punitivistas e bélicas de nossas políticas de drogas. Esse é um país que através da política de drogas atual vem contribuindo com o assassinado de seus jovens, em especial, os/as negros/negras e no atual contexto de crise sanitária, econômica e política se torna evidente a intensificação de violências que já marcavam a estrutura de nossa sociedade. "Guerra às drogas e pandemia se entrecruzam, e demonstra de maneira irrefutável que está em curso, ainda, um genocídio da população negra, como já alertava Abdias Nascimento" (FERRUGEM; GERSHENSON, 2020, p. 215). Porém, há a necessidade de considerarmos que a desigualdade de gênero torna as mulheres desse grupo mais vulneráveis, sobre esse ponto as autoras Daniela Ferrugem e Beatriz Gershenson destacam:

> As mulheres negras são a base da pirâmide da sociedade capitalista, são elas as mais exploradas, e as que mais lutam para romper as barreiras impostas pelo racismo e sexismo, que insistem em torna-las invisíveis. É uma invisibilidade que as atinge desde sua existência nas periferias e se estende aos seus esforços de inserção na academia. A classe social não as protege. A intersecção entre o racismo, o sexismo e o ódio de classe que atingem as mulheres negras podem assumir variadas formas, tornando a vida de uma mulher que vive na periferia uma experiência diferente de uma intelectual negra, mas ambas não escapam ao racismo e às investidas cotidianas de extermínio do capitalismo, que inclusive atua de forma simbólica, que é parte e expressão das estratégias de acumulação infinita do capital em uma ordem social em que as desigualdades são banalizadas e consideradas inexoráveis, mesmo pelo senso comum. (2020, p. 203).

No Brasil a primeira morte por COVID-19 foi a de uma mulher negra, trabalhadora doméstica de 63 anos. Marca da invisibilidade da mulher negra em nossa sociedade, nas matérias de jornais o nome dela nunca era dito, a pesquisadora Flávia Souza (2020) descobre

que essa mulher chamava-se Cleonice Gonçalves e que os patrões, recém-chegados de uma viagem à Itália, sabiam que estavam infectados com a doença mas não a dispensaram do trabalho. Souza nos questiona:

> Mas o que fazer diante da ameaça de um vírus mortal que exige que nos resguardemos em casa para evitarmos o risco da contaminação, sendo que na maioria das vezes são as mulheres responsáveis pelo sustento de toda uma família? Nessa urgência em alimentar os seus, as mulheres-mães, como força de trabalho superexplorada, se jogam à própria sorte, restando apenas pedir aos orixás que as protejam. (2020, p. 2).

Os efeitos psicossociais dessas vulnerabilidades impostas por uma estrutura racista, patriarcal e sexista vêm traumatizando nossas mulheres negras há muito tempo. Grada Kilomba nomeia que o racismo é realidade traumática na qual:

> [...] a realidade experienciada do racismo, os encontros subjetivos, as experiências, as lutas, o conhecimento, a compreensão e os sentimentos dos negros [...] assim como as cicatrizes psíquicas que o racismo nos causa, tem sido amplamente negligenciados (2020, p.72).

Interseccionando a esse contexto de vulnerabilidades o elemento da política de drogas, observamos que a literatura aponta para quatro pontos principais, quanto aos efeitos psicossocias da guerra às drogas na vida das mulheres: 1) aumento do encarceramento feminino; 2) sofrimentos psíquicos advindos da perda de filhos e familiares por conta do corrente genocídio dos jovens negros; 3) perda da guarda dos filhos; e 4) pouco acesso aos serviços de saúde: operam no cuidado, mas não se cuidam. Abordaremos esses temas a seguir.

Quanto ao encarceramento feminino, Lucia Sestokas e Nathália Oliveira (2018), descrevem um contundente aumento no encarceramento de mulheres relacionado ao tráfico de drogas. As autoras apontam que essas mulheres são, em sua maioria, jovens (de até 29 anos), negras, com baixo grau de escolaridade, têm filhos, são provedoras de famílias e relatam já terem sofrido algum tipo de violência. A grande maioria, como também ressaltam Luciana Chernicharo e Luciana Boiteux Rodrigues (2014), se envolve com o mercado ilegal de drogas pela falta de oportunidades e dificuldades em se inserir no mercado formal de trabalho.

Estamos falando sobre mulheres que já se situam na intersecção de muitas violações de direitos e que encontram no sistema prisional e no judiciário uma contribuição para a potencialização das desigualdades de gênero já experimentadas no seu cotidiano. A invisibilidade sistemática das questões de gênero que acontece desde as abordagens policiais

até os processos criminais, gera a supressão de informações fundamentais para a construção e acesso a políticas específicas de garantia de direitos. Um bom exemplo dessa situação é a falta de informações sobre maternidade e/ou gestação, o que dificulta, ainda mais, o acesso das mulheres acusadas a direitos, como o da prisão domiciliar (SESTOKAS; OLIVEIRA, 2018).

As marcas das desigualdades de gênero também podem ser percebidas não apenas nas prisões, mas até mesmo nas unidades de medidas socioeducativas que impõem padrões rígidos de comportamento esperado para as jovens que se encontram nessas unidades. A experiência do cárcere traz, portanto, impactos diretos para a vida dessas mulheres, mas não somente, já que também afeta suas famílias que dependiam econômica e afetivamente delas. Como dizem Daniela Ferrugem e Beatriz Gershenson (2020), é possível inferir que centenas de crianças são impactadas pelo encarceramento em massa dessas mulheres.

Luciana Chernicharo e Luciana Boiteux Rodrigues (2014) elucidam que, em nossa estrutura social, quando uma mulher delinque, ela não rompe somente com a lei penal, mas também com toda normativa social do que é ser mulher e do seu papel cultural e social preestabelecido. Quando presas as mulheres experimentam uma maior discriminação por parte da sociedade e também um maior abandono familiar. Essa intensificação do estigma, dada pelas desigualdades de gênero, limita ainda mais as chances dessas mulheres encontrarem trabalho no mercado formal quando saem do cárcere. As autoras Lucia Sestokas e Nathália Oliveira (2018) problematizam que a maioria dessas mulheres busca colocação no mercado de trabalho relacionado ao cuidado, são elas: as babás, as cuidadoras de idosos, as trabalhadoras domésticas e etc. Desse modo, a existência de antecedentes penais e passagem pela prisão com frequência se torna mais um impeditivo para a empregabilidade, principalmente no campo do cuidado.

Daniela Ferrugem e Beatriz Gershenson (2020) enfantizam ainda que as mulheres negras, em principal as jovens, tem sido um dos alvos principais da guerra às drogas e, desse modo, estão sofrendo duplamente os efeitos do encarceramento em massa já que:

> tanto por ter que se responsabilizar sozinha pela família e filhos no caso do encarceramento do companheiro, além de ser responsável por mantê-lo no sistema prisional, que por ter péssimas condições e dinâmicas que favorecem a organização em grupos e guerra por domínio de espaço, exigem que as famílias arquem com alimentação, roupas, entre outros itens para se manter o ente em relativa segurança; quanto por ver-se ela própria em situação de prisão e cárcere. Novamente se vê como alvo da guerra às drogas quando tem que chorar a morte de um filho pela violência das disputas de territórios, das abordagens da segurança pública, dos conflitos armados (p. 210).

Os sofrimentos e impactos psicossociais da guerra às drogas na vida das jovens negras desse país são muitas vezes devastadores: lidar com a falta de suporte ao ter de cuidar dos filhos, ser arrimo de família sem conseguir oportunidades dignas de trabalho no mercado formal, muitas vezes lidar com a ausência dos companheiros – também vítimas dessa aniquilação material e simbólica –, viver o luto da perda de seus filhos, também para a guerra as drogas, sem o direito a memória. Essas experiências apesar de dolorosas, sabemos que partem também de um lugar de muita resistência, luta e coragem.

A pesquisadora Claudia Trigo Aguiar (2021) em sua tese "Quando morre um filho, morre também uma mãe: Violência de Estado e Descolonização" faz uma sensível travessia com o Movimento de Mães da Leste, composto por mulheres que perderam seus filhos por ações policiais que constituem parte do massacre de jovens negros que presenciamos em nosso país. No contato com essas mães, Claudia destaca que são as conexões vitais formuladas através do movimento social que permitem a essas mulheres desarranjar o poder necropolítico do Estado e elaborar, em conjunto, temas como maternidade, corpo e território. A autora aponta ainda que:

> Ressaltamos que são estas mulheres e mães que vivem sob uma guerra violenta e letal, pautada em um modelo bélico (KARAM, 2015), na qual estão autorizadas práticas de violação de direitos, bem como vivem em contextos de intensa precarização de políticas públicas e que têm seus modos de vida e de maternagem desqualificados e, mesmo, criminalizados, aquelas que serão responsabilizadas pela morte de seus filhos executados pelos agentes do Estado. Culpabilizadas pelos contextos de massacre de jovens, são estas mesmas mulheres as responsáveis pelos cuidados das casas e dos filhos das classes média e alta brasileiras. Tal racionalidade visibiliza a continuidade dos interesses (neo)coloniais às custas de processos de servidão/dominação destas mulheres e da negação do seu acesso à maternidade (2021, p.173).

Diante de um cenário de precarização de políticas públicas e massacre dos jovens negros, o movimento social se torna fonte de possibilidade de vida, de nomeação do traumático, de suporte, criação de memória e luta por dignidade para essas que tem seu sofrimento psíquico silenciado pelo Estado. Em ligação com esse tema também há outra face dos efeitos da guerra às drogas na vida das mulheres que são os processos de retirada de bebês e também filhos de outras faixas etárias de suas mães. A autora Isadora Souza (2022) vem nomeando esse processo de duplo sequestro, no qual mulheres, em sua maioria também negras, pobres (por vezes, em situação de rua) e usuárias de drogas ilícitas, em especial o crack, tem seus filhos retirados – muitas vezes logo ao nascerem – como uma atitude de punição, culpabilização e preconceitos. Isadora atenta ao fato de que essa faceta da violência de estado tem sido negligenciada até mesmo dentro dos serviços de saúde.

O movimento de retirada compulsória de bebês de mães usuárias de drogas ilícitas teve como marco a Nota Técnica 001/2015 da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) e Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) que indica as diretrizes e fluxograma para a atenção à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack e outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Desde então, tem separado diversas mães de seus filhos a partir do olhar enviesado das equipes de atenção psicossocial, as quais atribuem à mulher usuária de crack uma evidente falta de condições para cuidar das crianças (SOUZA, 2022).

As autoras Leila Menandro, Maria Lucia Garcia e Rafaela Uliana (2019) destacam: "de acordo com pesquisa do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), mais de 80% dos encaminhamentos de crianças e adolescentes a instituições de acolhimento estão vinculados ao consumo de drogas dos pais, especialmente o crack" (p.2), com essa afirmação as autoras refletem sobre a escassez de maiores investigações sobre a dita "negligência" dessas mães no cuidado com os filhos antes de haver o acolhimento, bem como, sobre o padrão de exigências das instituições em relação às famílias em seus cuidados com as crianças. Sobre isso Isadora de Souza nos aponta:

> A produção do sequestro se ancora na suposta proteção da criança, mas, em nome dessa pretensa proteção, em muitos casos, violam-se os direitos das mulheres, comumente julgadas pelos seus modos de vida, que passam a receber uma nova "sentença": não ter o direito à maternidade (2022, p.12).

Aqui nos perguntamos: Será que a referência de cuidado dessas instituições abarca a visão de mundo, modos de se relacionar com os filhos e com a comunidade, costumes, crenças e valores não brancos, patriarcais, burgueses e capitalistas?

São Menaro, Garcia e Uliana que dizem:

> A exigência institucional de padronização dos cuidados, em geral, usa o modelo burguês como comparação. Se tomarmos como premissa o que se apresenta no aspecto visual das crianças, precisamos levar em consideração que a realidade socioeconômica gera dificuldades e limites ao acesso de bens e serviços. O preconceito que é impresso às famílias pobres, julgadas por sua aparência, formas de sobrevivência e resistência apareceram em seus relatos. A perda da guarda das crianças – impulsionada pela condição de pobreza das famílias e pelo uso de drogas pelas mães – agrava a situação dessas mulheres quanto ao próprio consumo de drogas. A retirada das crianças dessas mães resulta, de imediato, em uma falta de regularidade nas suas vidas e foi retratada por uma ação imposta por outrem. (2019, p.13).

O fenômeno da negação da maternidade a mulheres negras nos convoca a refletir sobre os efeitos materiais e simbólicos de uma violência que é proveniente do Estado, mas tem claras raízes no padrão de poder colonial, já que atualiza e sofistica a desumanização da mulher negra (aprofundaremos mais esses conceitos no próximo tópico). Essa violência de Estado produz um genocídio que é também uma morte presente em vida, já que leva a mortificação dos viventes de forma objetiva e simbólica ao produzir o medo da morte, o estigma, a discriminação, a exclusão, ausências, luto e a negação do direito à memória. Esses efeitos são capazes de impactar a vida não apenas das mulheres, mas de comunidades inteiras (AGUIAR, 2021; SOUZA, 2022).

Estamos falando de sofrimentos e impactos psicossociais que não se restringem apenas às mulheres usuárias de drogas. Como dizem Daniela Ferrugem e Beatriz Gershenson (2020), a intersecção entre mulheres, guerra às drogas, racismo e saúde mental, deve estar inscrita no bojo das preocupações da saúde mental brasileira já que os efeitos do encarceramento em massa, do sequestro de bebês e do genocídio da juventude negra, trazem prejuízos incalculáveis não só para as pessoas que vivem essas batalhas diariamente em suas comunidades, mas – em medidas diferentes – para toda a nossa sociedade. É impossível pensar uma democracia na qual as mulheres – as quais representam 40% das chefas de família desse país – seguem sendo brutalmente desumanizadas.

É importante destacar que compreender a centralidade da questão de gênero articuladamente com outros marcadores sociais é ampliar o olhar para a visão de que existem especificidades que devem ser levadas em conta tanto no que toca a violações de direitos quanto no que diz respeito a propostas concretas de acesso à direitos, e também ampliar a noção de cuidado à saúde mental dessas mulheres. A atual ausência de apoio e suporte das políticas públicas quanto a essas situações aqui descritas é um fator que agrava a vulnerabilidade social dessas mulheres. Daniela Ferrugem e Beatriz Gershenson (2020) entendem que a vulnerabilidade social denuncia diretamente a desproteção das políticas públicas, que além de serem precárias ainda são intensamente marcadas pelo colonialismo, remetendo a uma inversão: “o Estado que deveria proteger, acaba promovendo violações de direitos que reafirmam a punição e o extermínio dos corpos matáveis e comportamentos negros” (p.211). Essas violações podem ser notadas também nas ausências: a ausência de políticas de moradia, trabalho e renda, de proteção a violências de gênero, por vezes de saúde e assistência social em contraponto a presença, muitas vezes central e consistente, de políticas de segurança pública.

Usando do conceito de interseccionalidade de Kimberlé Crenshaw (2004), podemos nomear essas opressões descritas como avenidas: temos a avenida de gênero que se cruza com a avenida da raça, essas duas cruzam com a avenida da classe, que também cruza com a avenida da maternidade que encontra a avenida do consumo de drogas. É exatamente no meio dessas intersecções, ali no cerne da encruzilhada de opressões, que estão às mulheres das quais estamos nos referindo aqui. É no meio da encruzilhada, lugar que o Estado quer silenciar e que a sociedade não quer olhar, que elas travam suas resistências e lutas contra os efeitos psicossociais dessas realidades aqui expostas.

Um último ponto elencado nessa conversa como efeito dessas intersecções é a dificuldade de acesso dessas mulheres ao acompanhamento nos CAPS AD. Enquanto trabalhadora de CAPS AD observei não apenas na unidade em que trabalhei, como também em outros CAPS da região, a massiva presença de homens nesses espaços em contraponto a baixa frequência de mulheres, muitas que iam à unidade apenas no dia do grupo de mulheres e a grande maioria que nem sequer aparecia nas atividades propostas pela equipe.

A partir do panorama exposto consideramos que é de fundamental importância nos aprofundar historicamente em como esse maquinário da política de drogas segue reproduzindo e atualizando essas opressões de raça, gênero, classe e território. Para tanto, no próximo tópico trabalharemos a colonialidade do poder e seus aspectos racistas, patriarcais e capitalistas.

1.2. Colonialidade do poder: intersecções racistas, capitalistas e patriarcais.

No primeiro tópico desse capítulo buscamos evidenciar o quanto a política de drogas está imbricada com opressões estruturais e estruturantes, em principal com o racismo, afetando de modo brutal a vida das pessoas negras em nosso país. A partir dessa reflexão, nos aproximamos do questionamento trazido por Carl Hart (2014): “comecei a me indagar quantas “verdades” sobre as drogas, que eu então considerava óbvias, teriam sido igualmente determinadas por preconceitos raciais” (p. 234). O racismo, intrínseco à história do Brasil, é um ponto chave para compreender a trajetória do proibicionismo e a forma como temos construindo nossa política sobre drogas.

Em busca de aprofundar a história dessa imbricação entre racismo e política sobre drogas no Brasil, encontro com a obra de Henrique Carneiro (2018) intitulada: “Drogas: a história do proibicionismo”. O autor aponta que o proibicionismo enquanto uma atitude de

interdição, rejeição e estigmatização moral de determinada substância ocorre no mundo desde épocas pré-modernas e em diversos continentes, especialmente na forma de tabus religiosos. A partir do século XVI e, com maior intensidade no século XVII, com a expansão mercantil, houve um aumento na disponibilidade de tipos drogas no comércio internacional e nos principais centros mercantis da Europa. Como reação à chegada dessas novas drogas exóticas, vemos no continente europeu a intensificação de práticas proibicionistas.

Carneiro (2018) afirma ainda que a regulamentação diferenciada de algumas substâncias não tem relação com os seus danos potenciais, mas sim, com cargas simbólicas altamente significativas que vão fundamentar diversos tipos de regimes de circulação para as substâncias e consequentes representações culturais e políticas de repressão, incitação ou tolerância.

Neste ponto, voltando aos tempos atuais, podemos refletir, como aponta Carl Hart (2014), sobre a construção midiática sensacionalista que vem já há alguns anos associando o uso de crack a áreas urbanas mais vulneráveis e a suposta periculosidade de homens negros. O autor pontua algumas publicações do século XIX, em importantes jornais americanos, como New York Times e revistas científicas, que homens negros do Sul dos Estados Unidos ao fazerem uso de cocaína poderiam violentar sexualmente mulheres brancas. No Brasil, a pesquisadora Adelle Souza (2018) fez um estudo importante sobre a produção jornalística que aborda mulheres usuárias de crack, negras e pobres. A autora destaca:

> Sobre a mídia em específico, gostaríamos de enfatizar a importância de problematizar a espetacularização da vida e do sofrimento dessas mulheres negras por parte das notícias. As notícias, de uma maneira geral, comunicaram uma imagem suja sobre essas mulheres negras que precisam de limpeza e asseio. Também reforçam uma construção de criminalidade e de ameaça que precisa ser resolvida, reforçando uma estética racista como descrita anteriormente. Ao construir essa imagem negativa sobre as mulheres negras e pobres que usam drogas ilícitas, produz um padrão extremamente oposto e positivado de uma estética limpa, asseada, ligada a branquitude (SOUZA, 2018, p.146).

Há algo importante que podemos aprender com os apontamentos de Henrique Carneiro (2018), Carl Hart (2014) e Adelle Souza (2018): o risco e o dano associados a determinado tipo de substância psicoativa é socialmente gendrado e fundamentado em valores morais, culturais e interesses políticos e econômicos de uma determinada época. A mídia tem sido utilizada há vários anos como precursora desses valores morais, estéticos e culturais ligados à branquitude, reforçando tanto com relação aos homens negros que consomem drogas, como

de forma muito incisiva quanto às mulheres, as noções de periculosidade, sujeira e criminalidade. Mas, a quem interessa criminalizar o povo negro?

Sergio Trad (2009) nos ajuda a compreender esse contexto sócio histórico ao apontarem que o paradigma proibicionista ganha importante força no início do século XIX nos Estados Unidos, pautado em uma aliança entre valores protestantes, os modelos explicativos (oriundos da medicina e da farmacologia científica) e o ponto de vista jurídico-legal que culminam na criação da Lei Seca que proibia a fabricação, comercialização, transporte, importação e exportação de bebidas alcoólicas. O interessante aqui é refletir também sobre o fato de que essa lei não proibia o consumo, o que acaba propiciando o aparecimento da corrupção policial, das máfias e do tráfico. Trad (2009) evidencia ainda que com a passagem para a sociedade urbano-industrial a medicina científica moderna e o Estado passam a ser as instâncias de máximo poder sobre as drogas e seus usuários.

Em 1970, fundamentado na lógica proibicionista, o presidente dos Estados Unidos, Richard Nixon, declara que o uso de drogas deveria ser considerado o principal inimigo público da democracia. Esta importante declaração marca o início do fenômeno ao qual denominamos de Guerra as Drogas. Luana Malheiro (2020) e Luísa Saad (2013) pontuam que a política de guerra e a construção fantasiosa de um inimigo comum, o qual merece ser duramente combatido por todos, faz parte da própria constituição dos Estados Unidos, dinâmica que se atualiza com novos personagens em diferentes épocas. No século XIX, as drogas estavam já bastante associadas a grupos sociais considerados perigosos pela maioria branca e protestante: imigrantes e negros, e após a declaração de Nixon a perseguição e violência contra esses grupos só aumentou.

É a partir dessa experiência dos Estados Unidos que se constrói o que hoje compreendemos como política proibicionista mundial. Essa política é fundamentada no regime internacional de controle de drogas, que tem inicio em 1961, através de acordos mundiais feitos pelo escritório das Nações Unidas. Há aqui uma padronização das políticas de drogas de todos os países signatários desse acordo (MALHEIRO, 2020). Portanto, voltando aos dados expostos no primeiro tópico desse capítulo, não é de se espantar que a maioria dos países analisados pelo The Global Drug Policy Index opere, ainda hoje, baseado em políticas repressivas, punitivistas e que se pautam em valores burgueses e brancos.

Luciana Boiteux Rodrigues (2006) aponta que o paradigma proibicionista, ao defender como modelo a cultura branca, protestante e anglo-saxã americana, denota um caráter autoritário que desconsidera a multiplicidade étnica, cultural e religiosa dos outros povos, e

assim pretende se sobrepor a complexidade das culturas tradicionais através de um modelo único de temperança e virtude baseado no grupo social que representa o colonizador. Sobre esse ponto, a autora elucida:

> Diz-se, portanto, repousar o modelo proibicionista sobre o fundamento moral diretamente trazido da moral protestante do século XIX, que vê na abstinência um ideal de virtude, não sendo à toa que os principais sistemas proibicionistas tenham se inspirado no catecismo das igrejas anglicanas. Como bem analisa Caballero, a "tese de abstinência" idealiza a figura de um cidadão "modelo": religioso, abstêmio, sem vícios e que vive tranquilamente em sociedade. Contudo é de difícil realização prática, pelo dado antropológico de que as pessoas sempre consumiram algum tipo de droga. Por mais que se considerem certas virtudes sociais de comportamentos socialmente regrados e conformistas, não há como se impor um modelo ideal a toda uma sociedade (RODRIGUES, 2006, p.47).

Esse modelo ideal de cidadão que o proibicionismo pratica é, portanto, aniquilador frente ao modo de vida dos povos originários das Américas, em especial América Latina e do povo negro que foi trazido para esse continente para ser explorado e escravizado. Segundo os estudos do historiador Alexandre Varella (2019), até o século XX entre 80 e 100 tipos de espécies de plantas alucinógenas já haviam sido experimentadas pelos indígenas das Américas. Havia, portanto, um verdadeiro sistema psicotrópico que abarcava não somente várias classes de alucinógenos, como também, o tabaco, a coca, bebidas como cervejas e vinhos, todos usados ritualmente, pela cultura xamânica ancestral, desde o sudeste americano passando pela América Central, Antilhas, região andina e área amazônica. Esses dados nos sinalizam que a vida seguia em um ritmo bastante distinto antes das imposições coloniais chegarem a essas terras com seus interesses econômicos, e foi preciso um grande esforço, que segue acontecendo ainda na atualidade - e tem como principal expressão a violência a grupos sociais e culturas tidas como inferiores pelos colonizadores -, para a implantação de paradigmas autoritários como o proibicionismo.

O Brasil como país signatário do acordo internacional de 1961, também foi progressivamente implementando esse mesmo modelo de abstinência alinhado a visão proibicionista e impulsionado pela guerra às drogas. Segundo as reflexões da militante antiproibicionista Luana Malheiro (2020), com o crescimento das cidades brasileiras e o aumento dos índices de doenças, desordem e prostituição, o saber médico-científico toma para si a responsabilidade de prevenir, sanear e tratar doenças e, desse modo, os usuários de drogas passam a ser considerados também como ameaça à saúde, bem-estar e integridade da população.

Destaca-se que, no Brasil, o proibicionismo como corrente de pensamento tem ascensão concomitante com a institucionalização das ciências médicas, sendo que o discurso médico-científico foi o principal responsável por fornecer evidências para a implementação de políticas públicas e criação de todo o aparato jurídico-legal do proibicionismo moderno. Quando tratamos da medicina-cientifica se faz importante ressaltar um famoso personagem do nosso país no inicio século XX: o médico sergipano José Rodrigues da Costa Dória (1857-1938), que é considerado um dos pioneiros nos estudos sobre efeitos sociais e patológicos dos usos da maconha (SANTOS et al., 2021).

Os artigos e teses do médico Rodrigues Dória são marcadamente influenciadas por lógicas como a eugenia, o higienismo social e o racismo científico. Como aponta Luísa Saad (2013) estamos falando aqui de um cenário político social pós-abolição em que a constituição da República buscava a consolidação de uma identidade nacional através de valores, ideais de civilidade e pacificação focados nos moldes eurocêntricos. Desse modo, as práticas, cultura e hábitos do povo negro passam a ser considerados impedimentos para a modernização do país. Nesse contexto os argumentos de Rodrigues Dória sobre a maconha, são utilizados como subterfúgio para o apagamento dos negros e fortalecimento de um projeto de embraquecimento da nação. O racismo, eixo fundamental da história desse país, foi fundante na constituição de diversos setores da vida, inclusive no discurso médico-científico que serviu aos brancos da classe dominante como mecanismo de controle social da população indesejada.

Segundo Abdias Nascimento (2016) o projeto de embraquecimento consiste em um movimento coletivo e hegemônico para alcançar o referencial de homem branco e burguês. Esse movimento opera por meio de diversos mecanismos que fortalecem a aniquilação da cultura, dos costumes, da linguagem, religião e existência do povo negro. Desse modo, práticas como o estupro de mulheres negras e o incentivo às migrações de homens brancos para o Brasil do século XX eram justificadas com base na desumanização dos negros. Abdias aponta que:

> O processo de mulatização, apoiado na exploração sexual da negra, retrata um fenômeno de puro e simples genocídio. Com o crescimento da população mulata a raça negra está desaparecendo sob a coação do progressivo clareamento da população do país. E isto foi recebido com elogios calorosos e grandes sinais de alívio otimista pela preocupada classe dominante (NASCIMENTO, 2016, p.69).

Abdias Nascimento (2016) e Maria Lugones (2014) afirmam que com a imposição do poder branco colonial o povo africano escravizado, assim como os povos originários das

Américas, passam a ser considerados não humanos e, desse modo, a sociedade se dividiu entre os humanos (homem, branco, colonial, burguês, cristão) e os não humanos (pessoas negras, indígenas e mulheres). A retomada desses processos históricos é importante para compreendermos as opressões que constituem a nossa estrutura social e vem se atualizando até os dias de hoje, principalmente nas intersecções de raça, classe e gênero.

Seguindo essa retomada histórica, encontro com outro importante autor que nos será central para analisar os impactos da lógica de dominação colonial na América Latina: Aníbal Quijano. O autor foi descrito, em 2019, pelo professor Danilo Assís Climaco, como o Miles Davis no pensamento de esquerda latino-americano. Sua importância é crucial para pensar os processos históricos latino-americanos e mobilizarei o seu conceito de colonialidade do poder para seguir com a proposta de reflexão aqui exposta.

Para Quijano (2005), a globalização em curso é resultado de um processo que se inicia com a conquista da América gerando um padrão de poder capitalista, moderno, eurocentrado e, principalmente, colonial, já que esse sistema se baseia na intensa exploração da força de trabalho dos povos racializados como não brancos; povos estes que são também desumanizados, sendo assim, roubados de sua própria história.

O autor propõe que esse padrão de poder, ao qual ele denomina colonialidade do poder, tem como eixo fundamental a ideia de raça. O conceito de raça, em seu sentido moderno, não tem história conhecida antes da América. Sobre isso Quijano aponta:

> A formação de relações sociais fundadas nessa ideia, produziu na América identidades sociais historicamente novas: índios, negros e mestiços, e redefiniu outras. Assim, termos como *espanhol* e *português*, e mais tarde *europeu*, que até então indicavam apenas procedência geográfica ou país de origem, desde então adquiriram também, em relação às novas identidades, uma conotação racial. E na medida em que as relações sociais que se estavam configurando eram relações de dominação, tais identidades foram associadas às hierarquias, lugares e papéis sociais correspondentes, com constitutivas delas, e, consequentemente, ao padrão de dominação que se impunha. Em outras palavras, raça e identidade racial foram estabelecidas como instrumentos de classificação social básica da população (2005, p.117).

É importante destacar que essa experiência de dominação tem origem e caráter colonial, mas, segundo o autor, provou ser mais duradoura e estável que o colonialismo em cuja matriz foi estabelecida. A invenção da raça significou uma nova maneira de legitimar antigas ideias e práticas de relações de superioridade/inferioridade entre dominantes e dominados, expressando-se desse modo, como um critério fundamental para a distribuição da população mundial nos níveis, lugares e papéis da estrutura de poder. As implicações da colonialidade de poder na América e no mundo podem ser observadas pela imposição de uma

sistemática divisão racial do trabalho, na qual até os dias atuais, nos centros capitalistas, podemos constatar menores salários e condições de trabalho menos dignas sendo direcionadas as pessoas negras e as indígenas.

O autor poto-riquenho Nelson Maldonado-Torres (2007) também um estudioso da colonialidade, contribui com suas análises destacando a articulação entre os conceitos de colonialidade do poder, do saber e do ser. O autor define os três conceitos da seguinte forma: 1) a colonialidade do poder corresponde a inter-relação entre as formas modernas de exploração e dominação; 2) a colonialidade do saber se refere a análise sobre como o conjunto das epistemologias e da produção de conhecimento de tradição europeia pode reproduzir o regime de pensamento colonial e 3) a colonialidade do ser diz respeito a experiência vivida da colonização e seu impacto na linguagem e na construção da subjetividade. Para Maldonado-Torres, essas três dimensões da colonialidade se atualizam nos dias atuais na experiência vivida e cotidiana e não só na mentalidade dos sujeitos.

Estamos afirmando, portanto que o modo que o Brasil foi colonizado traz em suas bases, para além do aspecto econômico, que se dá pela da agricultura da monocultura baseada no trabalho escravo, um importante elemento social – a colonialidade em suas diversas expressões - que se expressa nos modos de relação e no estabelecimento de hierarquias dentro dessas relações. Sendo assim, a família patriarcal, que para existir se fundamenta também na desumanização das mulheres não brancas e na violência sexual contra essas faz parte desses modos de relação coloniais. Jésse Souza descreve que:

> A família patriarcal reunia em si toda a sociedade. Não só o elemento dominante, formado pelo senhor e sua família nuclear, mas também os elementos intermediários constituídos pelo enorme número de bastardos e dependentes, além da base de escravos domésticos e, na última escala da hierarquia, os escravos da lavoura (2017, p.42).

Portanto, o capitalismo, o racismo e o patriarcado brasileiro estão intrinsecamente ligados a colonialidade de poder Nesse sentido, a autora Ochy Curiel (2018) ressalta que: “a modernidade ocidental eurocêntrica, o capitalismo mundial e o colonialismo são uma trilogia inseparável” (p.38). Quanto aos aspectos de gênero da colonialidade, nos propomos aprofundar o olhar sobre a relação entre colonialidade e patriarcado no tópico seguinte desse capítulo.

Agora com as contribuições do Quijano e do Maldonado-Torres retomo a reflexão sobre a política de drogas brasileira: o que apresento até esse momento do texto é uma breve restrospectiva da construção histórica de um paradigma denominado proibicionismo o qual

possibilita pelo Estado, a construção de um mecanismo de controle social chamado Guerra às Drogas que institui o comércio e produção de drogas ilícitas como um importante inimigo público, de forma a escamotear o seu real alvo: a população negra brasileira e seus costumes, cultura, linguagem, formas de se relacionar, e etc. Sendo o proibicionismo pautado em valores brancos, burgueses e coloniais, ele tem também intrínseca relação com a exploração da força de trabalho desses corpos racializados e com a noção de patriarcado e violação de mulheres negras como formas de sustentação do poder dos brancos colonizadores.

A psicóloga indígena Geni Núñez em conjunto com as autoras Andrieli Barbosa, Marina Guedes e Mariza de Oliveira (2020) assinalam que:

> A colonização não acabou. Ela continua, atualizada. Um dos seus eixos centrais é o gesto de nomear o mundo, não em uma designação qualquer, mas uma binária e, portanto, hierárquica. Esta nomeação, embora se proponha descritiva, é inventiva e criativa de uma realidade que lhe é conveniente. Chamamos de auto-referência esta característica colonial através da qual historicamente a positivação de si demanda uma negativação do outro. Temos daí que para um povo se afirmar civilizado precisou construir um outro contrastivo, selvagem; para se afirmar como uma sociedade complexa, precisou criar outras rudimentares; para se afirmar moderno, atual, precisou criar um outro (ultra)passado. Trata-se de um outro inventado e de uma noção de diferença também criada para benefício da manutenção e atualização colonial (NÚÑEZ et al, 2020, p. 159).

Tendo um Estado que investe em um maquinário como a Guerra às Drogas, acompanhamos, portanto o gesto colonial de busca pela homogeneização de um povo a custo da aniquilação material e subjetiva daqueles que não correspondem aos valores brancos e burgueses. Como aponta Geni Núñez (2020), a noção de diferença é criada em benefício da manutenção e atualização do poder colonial, sendo exemplo vivo da auto referência colonial o uso das mídias como forma de negativar a imagem de homens e mulheres negras que fazem uso de drogas. A noção de periculosidade das drogas e das pessoas que as usam é uma criação que tem como função manter o lugar hierárquico, dominante e privilegiado dos homens brancos detentores dos meios de produção. Esses que muitas vezes vemos em noticiários de televisão transportando centenas de quilos de drogas ilícitas e não sentem no corpo o mesmo peso do proibicionismo que as pessoas negras e pobres sentem.

A guerra contra a população negra no Brasil não é uma novidade, como apontado através dos autores Abdias Nascimento (2016), Luana Malheiro (2020), Geni Núñez (2020) e Luísa Saad (2013). O que temos acompanhado nos últimos anos são os impactos da atualização da colonialidade de poder, em suas três dimensões (poder, saber e ser), através da criação de um maquinário que se utiliza do objeto droga para operar a manutenção do

racismo, da desumanização do povo racializado, da violência contra mulheres negras e da consequente aniquilição da história, cultura e valores desse povo e promove, ainda, a constituição de subjetividades subalternizadas pela invisibilidade desses processos históricos.

A guerra às drogas, através de suas estratégias de punição, criminalização, violência policial e violação de direitos humanos, pode ser considerada um emblema de como o poder colonial, capitalista, moderno e hegemônico opera na experiência vivida de um povo. Mesmo mudando os séculos, seguimos nesse país, reproduzindo, atualizando e sofisticando os regimes de desumanização do povo preto, indígena e das mulheres. Maldonado-Torres (2007) afirma que é importante compreendermos a construção da categoria raça como expressão de um ceticismo misantrópico que se expressa em uma não ética de guerra marcada pela violência corporal e a morte. Dentro dessa lógica vivemos a experiência do mundo como um campo de batalha em que os racializados aparecem como vencidos de forma a priori e permanente.

A autora Lélia Gonzales (2020) aponta que olhar para nossa história através de uma lente racializada é compreender a fundamental influência negra na formação histórico-cultural do continente como um todo, já que essas contribuições ficaram encobertas pelo véu ideológico do branqueamento, gerando minimizações do valor dessas culturas, expressa em classificações como “cultura popular” e “folclore”. A autora também colabora com a reflexão apontando que em face da resistência dos colonizados a esse padrão de poder, a violência passa a assumir novos contornos, agora mais sofisticados, chegando a não parecer violência, mas uma verdadeira superioridade.

Lélia analisa:

> O racismo latino-americano é suficientemente sofisticado para manter negros e índios na condição de segmentos subordinados no interior das classes mais exploradas, graças à sua forma ideológica mais eficaz: a ideologia do branqueamento. Veiculada pelos meios de comunicação de massa e pelos aparelhos ideológicos tradicionais, ela reproduz e perpetua a crença de que as classificações e os valores do Ocidente branco são os únicos verdadeiros e universais (2020, p. 114).

A autora denomina esse tipo de racismo, acima descrito, como racismo por denegação. A consciência objetiva desse tipo de racismo e o conhecimento de suas práticas cruéis constituíram resistências e lutas criativas e heroicas que movimentaram muitas transformações, como a constituição do Movimento pelos Direitos Civis (GONZALEZ, 2020). Como nos diz Maldonado-Torres (2007) pensar a partir de uma perspectiva decolonial

é desnaturalizar as ideias eurocêntricas e racistas presentes na nossa sociedade que classificam e inferiorizam diferenças culturais com propósito de manter a exploração.

Em um artigo escrito no início de 2022 para o jornal Folha de São Paulo, a socióloga Nathália Oliveira, aponta a Guerra as Drogas como um passivo que deve ser superado para que o país alcance a diminuição da desigualdade social. A autora defende que enquanto nosso atual governo continuar escolhendo por investir, em nome da saúde pública e do combate ao tráfico, bilhões na segurança pública visando à manutenção de uma instituição que provoca efeitos dramaticamente desiguais na população pobre e negra, nós enquanto país

> [...] jamais conseguiremos superar o abismo que há entre a criança negra morta em supostos conflitos em favelas de uma criança de classe média, que eventualmente pode fazer parte de uma família com uso adulto e responsável de drogas. A criança negra nem sequer foi garantido o direito à vida (OLIVEIRA, 2022, não paginado).

Essa reflexão da Nathália Oliveira exemplifica de forma contundente o quanto a análise de Lélia Gonzalez, sobre a força que o racismo brasileiro tem de manter as pessoas negras na condição de subalternizados dentro das classes mais exploradas, é ainda de extrema atualidade. A sofisticação dos mecanismos institucionais para a manutenção do projeto violento de embranquecimento do país ainda está em curso e tem encontrado grande impulsionamento através dessa, que foi considerada uma das piores políticas sobre drogas do mundo (GONZALEZ, 2020; OLIVEIRA, 2022).

Considerando ainda que o proibicionismo caminha de mãos dadas com a lógica manicomial, é importante destacar as reflexões da professora Rachel Passos:

> [...] a atualização das práticas manicomiais, hoje expressas nas múltiplas ações do Estado, estão atreladas muito mais ao colonialismo do que ao holocausto. O debate aqui não é medir o grau de atrocidade e de violação de direitos humanos, e, sim de reconhecer os fundamentos estruturantes da nossa realidade. No livro de Daniela Arbex (2013), *Holocausto Brasileiro*, que apresenta os reflexos do manicômio na vida não só dos sobreviventes da Colônia de Barbacena (MG), mas também de seus familiares, podemos identificar através das fotografias contidas no livro que as pessoas que lá estiveram internadas possuíam determinada cor/raça. Logo, torna-se fundamental racializarmos a história da loucura no Brasil (2018, p.17).

Os apontamos de Rachel (2018) em conjunto com todo o exposto nesse tópico, sobre o projeto de embranquecimento do país, nos posiciona nesse debate quanto um aspecto crucial: o pacto narcísico da branquitude, conceito formulado pela autora Cida Bento. Cida Bento (2022) nos aponta que em nossa sociedade nas posições de poder e liderança é comum vermos, quase que exclusivamente, homens brancos o que é um indicativo de que há, portanto um pacto tácito entre as pessoas brancas de validar o valor, a inteligência, a capacidade, e etc.,

apenas desses homens brancos. Esse tipo de pacto é classificado pela autora como uma dinâmica inconsciente, pautada no medo dos brancos de perderem seus privilégios. Essa dinâmica é mantida por meio de ideologias como a meritocracia, que escamoteia a ideia de que os brancos seriam – conforme os valores da branquitude - mais merecedores do que os negros. Cida Bento compreende ainda que esse é um processo histórico e estruturante da nossa sociedade. Desse modo, entendemos, portanto, que o pacto narcísico da branquitude tem direta relação com a colonialidade e está presente nas mais diversas instituições da nossa sociedade, sendo a Guerra as Drogas mais uma das formas de manutenção desse pacto, já que mantém os negros num lugar social de desvalorização.

Fazer esse breve restrospecto histórico é fundamental para que possamos nos situar e compreender com mais profundidade esse que é o chão em que pisamos. Sofremos os efeitos de um genocídio negro que está em curso desde a fundação desse país e se buscamos construir alternativas que estejam mais alinhadas às necessidades do povo e que se oponham a aniquilação subjetiva e material das pessoas que não correspondem ao modelo colonial de ser, precisamos nos afastar da indiferença, desnaturalizar a violência que foi institucionalizada por meio das políticas públicas calcadas no poder patriarcal, racista e colonial. É como nos diz Mercedes Sosa, na música “Solo le pido a Dios”:

> Solo le pido a Dios
> Que lo injusto no me sea indiferente
> Que no me abofeteen la otra mejilla
> Después que una garra me arañó esta suerte
> Solo le pido a Dios
> Que la guerra no me sea indiferente
> Es un monstruo grande y pisa fuerte
> Toda la pobre inocencia de la gente

No próximo tópico buscaremos mergulhar de maneira mais aprofundada na dimensão de gênero da colonialidade. Considerando o importante a desumanização dos povos racializados como um aspecto central dentro da colonialidade, acreditamos que seja necessário fazer uma separação didática nesse texto para historicizarmos a noção de colonialidade de gênero no Brasil e observamos o impacto da desumanização na vida, em especial, das mulheres negras. Porém é fundamental ressaltar que as determinações de poder, saber, ser e de gênero da colonialidade ocorrem de maneira mútua e interseccionada.

1.3. Colonialidade de gênero: como romper as barreiras da invisibilidade?

> Quando virou pai de família, Neco escolheu o que considerou a melhor opção dentre as poucas disponíveis para um jovem sem estudos, nenhuma formação e morador de periferia como ele: se juntou ao tráfico de drogas local. [...] Irina, aos quinze anos, não questionou a escolha do companheiro. Muitas adolescentes como ela namoravam com traficantes. Apesar das regras rígidas de conduta e lealdade que precisava seguir, sentia-se respeitada na comunidade e gostava de não ter que se preocupar com o que comer e vestir. Não pensava, nessa época, nos riscos de vida que corriam, e não se importava em contrariar os pais com suas escolhas. [...] O gosto pela aventura tornara tudo irresistível. Sob efeito do pó, ela não temia nada. [...] Então vieram a prisão do marido, as carências, as urgências e as dívidas. [...] Ela se sentia mais sozinha do que gostaria. Passou a depender de favores constantes para manter a casa e cuidar das crianças. Amigas se afastaram. Os pais havia muito tempo distantes, já não faziam mais diferença. Nem sequer sabiam onde estava naquele momento a filha única que tanto desgosto lhes deu. (SZABÓ; CLEMENTE, 2017, p. 27-31).

Lélia Gonzalez (2020), filósofa, antropóloga, professora, militante do movimento negro e importante intelectual brasileira, aponta em seu texto "Racismo e sexismo na cultura brasileira" que a sociedade brasileira se organiza a partir de uma neurose cultural na qual o lugar de sujeito da mulher negra é recalcado, jogado para a invisibilidade através de um sistema repressivo que assegura a manutenção da ordem social. Desse modo, negamos às mulheres negras o estatuto de humanas e insistimos em esquecê-las dentro de muitas análises e práticas que acabam tendo como foco principal: a luta de classes sem falar de interseccionalidades; os efeitos do racismo sobre os homens sem tocar na questão das mulheres negras; os efeitos do machismo e sexismo sobre as mulheres brancas sem problematizar as diferenças na socialização das brancas e das negras. Essa construção neurótica cultural nos impele a naturalizar que mulheres negras estejam restritas a lugares sociais como: auxiliares de limpeza, caixas em supermercado, cozinheiras, arrumadeiras, companheiras de membros do tráfico e até usuárias de drogas em situação de rua. Mantendo-as a margem, invisibilizadas, não nos defrontamos com o recalcamento e não assumimos a angústia desse processo histórico de apagamento dessas mulheres (GONZALEZ, 2020).

Mulata, doméstica e mãe preta. A construção do lugar social da mulher negra na sociedade brasileira está diretamente ligada às marcas da escravização do povo negro. Como já citamos no tópico anterior: modernidade, colonialidade e capitalismo formam a trilogia base para a construção do nosso sistema-mundo (GONZALEZ, 2020; CURIEL, 2018). Maria Lugones (2014), expressiva autora decolonial, expande o conceito de colonialidade do poder de Quijano e aponta que a raça não é o único determinante desse padrão de poder, já que devemos considerar também o gênero.

Maria Lugones (2014) define a colonialidade de gênero como uma variação de exercícios de poder concretos e relacionados que se expressam no cotidiano: no corpo a corpo das relações com as mulheres; no modo como o sistema jurídico funciona; dentro de salas nas quais mulheres indígenas e imigrantes são obrigadas a tecer e costurar dia e noite; no confessionário das Igrejas e, podemos pensar que até mesmo nos serviços de saúde e outros equipamentos das políticas públicas. A circulação desses exercícios de poder se expressa de forma material, na subjetividade corporificada dessas mulheres e também na lógica hegemônica das instituições. A colonialidade de gênero segue conosco na atualidade e se expressa nas intersecções das avenidas de gênero, classe e raça como constructo central do sistema de poder capitalista. Esse aspecto da colonialidade reforça um não lugar para as mulheres negras, buscando reduzir suas potências de vida através da aniquilação de suas subjetividades e modos de existência em detrimento de uma referência universal do que é considerado ser mulher.

É fundamental ressaltar há uma diferença na operação desses processos quando tratamos da mulher branca burguesa e da mulher negra. Quanto à mulher branca: apesar desta ser considerada humana, não era entendida como complemento do homem branco, mas sim, como alguém que reproduzia raça e capital por meio de sua pureza, passividade e subalternidade ao homem; já ao tratarmos da mulher negra: essa não era entendida enquanto mulher, já que pelos efeitos da colonialidade de ser, ela não era reconhecida como humana e frequentemente era atribuída a significantes animalescos, sendo sua sexualidade marcada como maligna e associada a Satanás (LUGONES, 2014)

É María Lugones quem nos diz:

> A “missão civilizatória” colonial era a máscara eufemística do acesso brutal aos corpos das pessoas através de uma exploração inimaginável, violação sexual, controle da reprodução e terror sistemático (por exemplo, alimentando cachorros com pessoas vivas e fazendo algibeiras e chapéus das vaginas de mulheres indígenas brutalmente assassinadas) (2014, p.938).

Ochy Curiel (2018) aponta que a noção de humanidade que foi imposta pela modernidade ocidental tem inicio no debate em que os colonizadores se questionam se os índios e os negros seriam humanos. Dentro dessa perspectiva a mulher, ou como eram vistas: as fêmeas colonizadas, não eram nem mulheres e nem homens, pois não se encaixavam na categoria de humanas. Já vimos com Lélia Gonzales (2020) que esses processos coloniais de exploração e desumanização das mulheres negras, produzem uma atribuição de papéis sociais a essas mulheres - as quais a autora vai denominar de amefricanas - que perpetuam a sua

desumanização e reforçam a visão de que essas mulheres podem ser reduzidas a corpos animalizados. Lélia relembra o dito popular: “Branca para casar, mulata para fornicar e negra para trabalhar” como forma de expressão de como a exploração socioeconômica é aliada a superexploração sexual das mulheres amefricanas.

Mas quem é o humano na perspectiva da colonialidade, então? Segundo a antropóloga e feminista Rita Segato, nessa esfera moderna, existe agora um sujeito nativo, que pode transitar a vontade:

> Esse sujeito criou as regras de cidadania à sua imagem e semelhança ao longo da história colonial-moderna. Ele é homem, branco, alfabetizado, proprietário e *pater famílias* (uso este termo em vez de heterossexual, porque sua vida sexual é desconhecida, mas sua “respeitabilidade” como chefe de família pode ser comprovada). Qualquer pessoa que aspire a adquirir sua capacidade cívica – a capacidade de incorporar uma identidade política pública – deve converter-se a seu perfil (2021, p.109).

Para ter uma identidade política pública deve-se, portanto ser homem branco ou o mais perto disso instituindo-se, dessa forma, um modo de patriarcado. Rita Segato (2021) explica que o patriarcado sempre existiu, porém antes da invasão colonial, o que tínhamos no mundo-aldeia dos povos originários do Brasil, era um patriarcado de baixa-intensidade no qual as mulheres possuíam maior participação política nas decisões coletivas. Com a passagem para a modernidade, uma lógica binária passa a sobrepor a dualidade hierárquica dos povos indígenas. A estrutura dual é uma composição de dois, enquanto a estrutura binária é a matriz de um e seus outros, na qual qualquer manifestação de outridade constitui um problema que, para ser sanado deve passar por um filtro que digere e iguala as particularidades e idiossioncrasias em prol de um padrão que se pretende neutro e universal.

A construção desse sujeito nativo ideal produz a superinflação do papel dos homens, sendo que para o homem racializado, que é rebaixado pela ordem colonial a condição subordinada, resta exibir sua capacidade de controle por meio da dominação de mulheres, como uma forma de restaurar a masculinidade afrontada pelo branco. Segato (2021) aponta que essa dinâmica influenciou a reorganização da participação das mulheres no mundo-aldeia, gerando novas hierarquias e tendo como consequência menos espaço de voz e decisão para as mulheres indígenas. Lélia Gonzales (2020) aponta que mesmo dentro do movimento negro as mulheres são invisibilizadas pelos homens que reproduzem práticas sexistas do patriarcado dominante e as excluem dos espaços de decisão.

Esse processo também envolve o encapsular da domesticidade como vida privada, promovendo a consequente privatização e marginalização dos espaços domésticos significando para as mulheres uma ruptura de laços e de alianças políticas que as deixa progressivamente mais vulneráveis a violência masculina. Rita Segato (2021) afirma que "com isso a cena doméstica e as mulheres que a habitam tornam-se sobras marginais fora das questões de interesse geral e importância universal" (p.107). A autora aponta ainda que as consequências desses processos são terríveis em termos de violências às quais as mulheres são submetidas, tornando possíveis práticas como o feminicídio. Para Segato (2021) a razão pela qual o feminicídio fica impune é exatamente essa privatização do espaço doméstico que faz com que essa esfera fique apartada do interesse público. Aqui é possível se lembrar de alguns ditos populares brasileiros como "em briga de marido e mulher não se mete a colher".

A feminista e também antropóloga Debora Diniz assinala que gênero se configura como um regime político no qual o patriarcado é uma de suas tecnologias de poder e a família uma de suas instituições de governança. Segundo Debora a família heterossexual é a unidade central de governança da moral patriarcal e os corpos das mulheres a propriedade a ser assegurada. Dentro dessa lógica também é importante ressaltar que o complexo penal é uma das táticas de segurança desse regime. A autora nos diz:

> O patriarcado se expressa na linguagem, na estética e na lei. Falamos, sentimos e sobrevivemos em uma ordem familista patriarcal, onde nossos corpos sexados como mulheres ocupam um lugar vital a reprodução. Se essa parece uma matriz de dominação de mulheres com longa duração, as configurações do regime político de gênero, da moral patriarcal e da governança pela família tem permanentes atualizações históricas e sociais que nos cabe compreender e desafiar (2014, p. 20)

Para que possamos compreender e desafiar as atualizações históricas da moral patriarcal Debora Diniz (2014) nos atenta a outro importante ponto: "o poder e a moral não se reproduzem sem novas e permanentes subjetivações" (p.20), o que indica que esse processo histórico também nos subjetiva tendo dimensões sutis e invisíveis nas quais o poder da colonialidade de gênero se expressa também nos silêncios e se movimenta pelo desejo e pela necessidade de repetição. Seguindo essa pista, nos acrescenta a análise de Suely Rolnik (2018) que alerta: os processos de opressão colonial são processos de captura da força vital, o que reduz a subjetividade a uma experiência individual, fechada em uma identidade, que é a manifestação de uma micropolítica gerada por um regime de inconsciente que reproduz os aspectos coloniais, patriarcais e capitalísticos. A subjetividade de um povo é, portanto afetada por esses processos históricos da modernidade, colonialidade e capitalismo.

Quanto à subjetividade das amefricanas, Lélia Gonzales complementa essa discussão:

> Trata-se de uma discriminação em dobro para com as mulheres não brancas da região: as amefricanas e as ameríndias. O duplo caráter da sua condição biológica – racial e sexual – faz com que elas sejam as mulheres mais oprimidas e exploradas de uma região de capitalismo patriarcal-racista dependente. Justamente porque esse sistema transforma as diferenças em desigualdades, a discriminação que elas sofrem assume um caráter triplo: dada sua posição de classe, ameríndias e amefricanas fazem parte, na sua grande maioria, do proletariado afro-latino-americano (2020, p. 46).

A autora também descreve que devido a esse processo as mulheres ameríndias sofrem uma alienação de si mesmas, ao ponto que são sempre faladas, definidas e classificadas pelo outro. Esse movimento nega a elas o direito de serem sujeitos do próprio discurso e da própria história (GONZALEZ, 2020).

A compreensão hegemônica colonial tem se esforçado durante séculos para construir uma história única sobre as mulheres negras. Como a autora Chimamanda Ngozi Adichie (2019) ressalta: a consequência de uma história única é que ela rouba a dignidade das pessoas. Chimamanda descreve que é impossível falar sobre uma história sem falar de poder, já que como as histórias são contadas, quando são e quantas são contadas depende muito da lógica de poder que está operando. Para a autora o poder se expressa por meio da habilidade não apenas de contar a história de outra pessoa, mas de fazer com que aquela seja sua história definitiva. A história única constrói estereótipos incompletos que tornam difícil o reconhecimento de nossa humanidade em comum, pois enfatizam como somos diferentes e não como somos parecidos.

Assim como Chimamanda e Lélia, a autora María Lugones (2014) também acredita que os mecanismos da colonialidade de gênero funcionam legitimando narrativas unilaterais sobre as histórias e opressões vividas pelas pessoas colonizadas. As histórias são contadas através da lente dos colonizadores que apagam e invisibilizam os processos de resistências. Lugones (2014) aponta que resistência é a tensão entre a sujeitificação e a subjetividade ativa. Para a autora, subjetividade ativa é um conceito que busca captar os agenciamentos realizados por aquelas que resistem as opressões que buscam através de uma lógica colonial-hegêmonica, reduzir sua subjetividade múltipla a uma versão única. A autora também enfatiza o papel das comunidades para a construção de outros significados e possibilidades de mundos que não os estruturados pelo poder vigente.

Pensando na multiplicidade de modos de existência que a colonialidade busca aniquilar por meio da ideia de sujeito universal – e especificamente nessa discussão, de mulher universal - evocamos as palavras de Ailton Krenak:

> Definitivamente não somos iguais, e é maravilhoso saber que cada um de nós que está aqui é diferente do outro, como constelações. O fato de podermos compartilhar esse espaço, de estarmos juntos viajando não significa que somos iguais; significa exatamente que somos capazes de atrair uns aos outros pelas nossas diferenças, que deveriam guiar o nosso roteiro de vida. Ter diversidade, não isso de uma humanidade com o mesmo protocolo. Porque isso até agora foi só uma maneira de homogeneizar e tirar nossa alegria de estar vivos (KRENAK, 2019, p.16).

Afirmar a multiplicidade de vivências de mulheres em contraponto a um regime hegemônico universalizante parece ser uma tarefa feminista decolonial importante a ser considerada dentro das lutas antiproibicionistas. É Maria Lugones (2014) quem evidencia que: "comunidades, mais que indivíduos tornam possível o fazer; alguém faz com mais alguém não em isolamento individualista" (p. 949), ou seja, a resistência a esses processos deve ser travada em coletivo, alinhada aos movimentos sociais, tais como: Luta Antimanicomial; Rede de Feministas Antiproibicionistas; Movimentos Feministas Decoloniais e Antirracistas e etc, já que são nesses espaços comunitários que poderemos construir outras formas de narrar essas histórias e também novas sensibilidades para escuta-las. É também dessa forma que tiraremos essas mulheres do encapsulamento na vida doméstica e construiremos possibilidades de que elas tenham espaço de voz e liderança.

Lugones (2014) propõe que possamos nos apoiar em um pensamento de feminista de fronteira, o qual é o lócus, o chão desde o qual poderemos aprender – e reaprender - umas sobre as outras através das histórias de resistências. A partir dessa ideia, consideramos que é por meio da escuta comprometida com o feminismo decolonial, feita nas fronteiras da diferença colonial, que se faz possível furar a lógica hegemônica da moral patriarcal e possibilitar que germes de novos futuros possam nascer.

É também o movimento feminista, que como Lélia Gonzales (2020) aponta quem evidencia as bases materiais e simbólicas da opressão de mulheres e retoma o caráter político do mundo privado, trazendo ao debate público temas como: sexualidade, violência, direitos reprodutivos, e etc, o que possibilitou que mulheres nomeiem, identifiquem e rompam com os ciclos de opressão por meio da tomada de consciência de seu lugar sócio-histórico. Desse modo, o feminismo decolonial é uma aposta em busca de uma transformação dessas relações de opressão e da maior compreensão sobre o padrão de poder da colonialidade de gênero, nos

ajudando a ter atenção às atualizações dessas opressões e, a possibilidade de construção de uma escuta sensível às necessidades das mulheres amefricanas.

No próximo capítulo nos debruçaremos na reflexão do papel estratégico do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) na construção dessas resistências e valorização das multiplicidades. Também abordaremos a noção de cuidado e como, em linhas gerais, temos cuidado das amefricanas que fazem consumo de drogas.

MEMÓRIAS DE UMA TRABALHADORA DO CUIDADO II - NA REUNIÃO DE EQUIPE

Era tarde de uma quarta-feira, eu estava sentada em uma sala com colegas trabalhadores da RAPS do meu território para discutir alguns casos que tinham um acompanhamento compartilhado entre CAPS II AD, CAPS III AD, Defensoria Pública, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e a Unidade Básica de Saúde (UBS) em que eu trabalhava. O ano era 2019, fazia cerca de um ano que eu havia solicitado transferência do CAPS II AD para a UBS em busca de uma atuação que estivesse mais próxima de uma lógica comunitária, que estivesse mais articulada com a vida cotidiana das pessoas daquele território. Levo para a discussão dois casos, que todos os presentes conheciam bem: Rosa, mulher branca, usuária de crack, grávida de seu segundo filho que sofre com violências físicas e psicológicas do atual companheiro também usuário de múltiplas drogas. Rosa estava impedida, pelo irmão mais velho, de entrar em casa e então passava parte do tempo na calçada da rua em que residia, muitas vezes anestesiada pela mistura de substâncias psicoativas que fazia, ficava vulnerável a todo tipo de violência: vizinhos e transeuntes a agrediam verbalmente, violentavam fisicamente e jogavam objetos nela. A segunda mulher que pauto na discussão é Nega, mulher negra, morava da favela da região, mãe de cinco filhos sendo quatro acolhidos e o mais novo havia desaparecido do território há uns dias. Nega fazia um complexo e intenso consumo de crack há muitos anos e seu sofrimento estava visivelmente mais intenso após os filhos terem sido levados pelo conselho tutelar: se apresentava emagrecida, falava em tristeza e desejo de morrer, passava muito mais tempo na cena de uso. Sua casa estava cheia de entulhos e objetos de todo o tipo, não havia porta principal, chovia dentro, não era mais um espaço habitável. Durante as visitas eu via brinquedos, roupas de crianças, fotos no chão misturadas com sujeira e objetos que usava durante o consumo de drogas. Duas mulheres distintas, com necessidades particulares, mas com algo em comum: precisavam ser vistas por nós e reconhecidas em sua humanidade, que inclui um brutal sofrimento a ser cuidado. Posiciono-me dizendo que ambas precisam de um acompanhamento mais próximo da rede devido ao momento de grande vulnerabilidade psicossocial em que se encontram, sugiro que possamos refletir sobre a articulação de vagas na Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) ou no Acolhimento Integral do CAPS III. A profissional do CAPS III - que estava ali também representando a UAA – responde: “Existe uma fila de pessoas para entrar no acolhimento integral e na UAA, não é assim que funciona”. Replico que precisamos avaliar na fila a questão da equidade, já que estamos falando de uma mulher grávida e uma mulher que estava bastante debilitada, ambas com marcadores sociais que nos pedem atenção. O gerente do CAPS II me questiona: “Barbara, o que você acha que deveria ser feito?”, respondo com convicção: “Deveríamos usar dos recursos que temos para evitar a maior vulnerabilização e exposição dessas mulheres, por mim, Rosa iria para a UAA, mesmo que provisoriamente, e Nega para o acolhimento integral”, em seguida a profissional do CAPS III me diz: “Não é assim que funciona, não passamos na frente os usuários que a gente gosta”. Sim, ela disse: usuários que a gente gosta, como se a questão discutida fosse sobre mim e não sobre a história daquelas mulheres que já vinham a tanto sendo invisibilizadas pelas diversas instituições do Estado. Espanto-me. Sinto-me não escutada e não vista. Parece que há um processo transferencial em jogo: quando você se torna alguém que busca evidenciar a vida dessas mulheres o sistema também teima em silenciar você. É como Lélia Gonzalez nos ensina, trata-se de uma neurose cultural e as instituições, marcadamente com valores coloniais e sexistas, seguem reprimindo o que incomoda para não lidar com a angústia de também se ver como parte do processo histórico de apagamento dessas mulheres. Processo este, que certamente contribuiu para o

sofrimento atual vivido por essas mulheres. Não, nenhuma delas foi para o CAPS III ou para a UAA, não nesse momento da história delas.

CAPÍTULO 2 – POR UMA LUTA ANTIMANICOMIAL FEMINISTA E DECOLONIAL

2.1. A Reforma Psiquiátrica: um retorno as suas bases

"Viver dialeticamente as contradições do real é, portanto, o aspecto terapêutico do nosso trabalho" (FRANCO BASAGLIA, 2010, p.115).

Antes de enveredarmos pelo papel do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas dentro desse contexto sócio-histório colonial, capitalista, racista e patriarcal o qual situamos no primeiro capítulo dessa dissertação, esbocemos sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, sua conexão com a Luta Antimanicomial e o que esses movimentos significam em termos de projeto civilizatório.

Nomeamos de Reforma Psiquiátrica (RP) um processo complexo e amplo de busca por transformações sociais que abrangem diversas dimensões, atores e jogos de forças. Enquanto movimento, a RP surge mais concretamente a partir da conjuntura da redemocratização do país no final da década de 70 (AMARANTE, 1998). Buscando compreender esse marco histórico a professora e militante antimanicomial Melissa Oliveira Pereira (2019), aponta a importância de considerarmos em nossas análises também a conjuntura político social da América Latina nas décadas de 1940/60 para uma compreensão mais ampliada do que foi a construção desses movimentos.

Nessas décadas encontramos um cenário no qual a classe trabalhadora vivencia processos de lutas anti-imperialistas e segundo Melissa Pereira: "As formas de convencimento não se deram, senão, por um apassivamento marcado por forte violência de Estado e suspensão de direitos civis, enraizando-se na vida social, econômica e cultural" (2019, p.85). Na realidade brasileira encontramos o Estado marcado pelo elemento colonial e vivenciando uma revolução burguesa incompleta. Melissa Oliveira assinala que:

> A base histórica de garantia da burguesia nacional encontraria nas restrições das liberdades democráticas e na fragilidade das instituições públicas, acompanhadas pela ideologia propagandista (desde jornais reacionários a articulações com segmentos religiosos bem demarcados) a superexploração do trabalho e os lucros de uma economia predatória (2019, p.85).

Esses fatores influenciaram diretamente no golpe de 64, que pode ser caracterizado, segundo a mesma autora, como uma ditadura burguesa que em conjunto com as Forças Armadas objetivava a reordenação do país frente ao cenário internacional de capital-imperialismo. Nesse momento histórico observamos intervenções repressivas do Estado visando à desarticulação dos movimentos sociais, o que marca um cenário de processos de forte resistência e tensionamentos por parte dos movimentos em busca da afirmação de diretos políticos e civis. Observa-se também o protagonismo de múltiplos movimentos sociais que lutavam em prol de uma reforma social ampla, de oposição ao regime militar (PEREIRA, 2019).

É na esteira dessas lutas por maior acesso a direitos civis e melhores condições de vida que o movimento pela reforma sanitária surge, do qual o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) – em um primeiro momento - também fazia parte. O MTSM foi originado em grande parte pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e pelo Movimento de Renovação Médica (REME) e possui um papel fundamental ao abrir um largo leque de denúncias direcionadas ao governo militar, principalmente sobre as violências, torturas, corrupções, fraudes, negligências e ausências de recursos no sistema nacional de assistência psiquiátrica. Essas denúncias impulsionam a construção de um pensamento crítico sobre a função social das práticas médicas, psiquiátricas e psicológicas no país (AMARANTE, 1998).

Na mesma época surgem outros importantes movimentos, tais como: o movimento pela reforma agrária e pela reforma urbana, movimentos feministas, movimentos negro, movimentos operários, entre outros (PEREIRA, 2019). Silvio Yasui (2010), psicólogo, ex-trabalhador da Saúde Mental de São Paulo e militante fundamental para nosso país, ressalta que:

> Muitos dos principais Movimentos Sociais da segunda metade dos anos setenta nasceram nas periferias das grandes cidades e das necessidades de sobrevivência cotidianas: transporte, moradia, saneamento básico, saúde. Temas que possibilitaram a criação de uma identificação e o reconhecimento de interesses coletivos comuns. Na conversa com os vizinhos, nas discussões no salão paroquial da igreja, em encontros espontâneos nos lugares públicos, foi sendo organizado um Movimento pautado em reivindicações vinculadas às condições de vida, especialmente, da vida urbana (p. 23).

É nessa atmosfera pulsante de construção coletiva de lutas por igualdade e pela democracia que vemos o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) caminhar lado a lado com o Movimento pela Reforma Sanitária em defesa de pautas como: a

integralidade na atenção a saúde mental; o reconhecimento dos determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença; a afirmação da assistência à saúde como um direito; a garantia do protagonismo e participação dos usuários e familiares desses serviços na formulação, fiscalização e implementação da rede assistencial (YASUI, 2010).

Paulo Amarante (1998) descreve que o MTSM se distancia do Movimento pela Reforma Sanitária ao assumir com radicalidade a influência do Movimento da Psiquiatria Democrática, que tem como principal figura Franco Basaglia.

Franco Basaglia é um médico psiquiatra italiano, ligado ao movimento antifascista e segundo Rachel Passos: "foi fortemente influenciado pelas publicações e pensamentos de Goffman, Foucault e Fanon, bem como pelo materialismo histórico dialético, expresso na cultura da esquerda italiana." (2019, p.80). Em sua juventude, devido à traição de um companheiro do movimento, foi preso e ficou detido na prisão de Veneza, experiência que o marca de maneira decisiva. Sobre o episódio da prisão, Mauro Serapioni aponta que: "Sua hostilidade e intensa reação contra os sistemas de asilo (definidos por Goffman como "instituições totais") parecem estar ligadas, de acordo com alguns biógrafos, à sua experiência e memória dos meses que passou atrás das grades" (2019, p.1172). Essas memórias da prisão retornam para Basaglia em sua experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia, entre 1961 e 1968, no qual ele assume que a institucionalização homogeniza, serializa e objetiva de forma extrema as pessoas. É em Gorizia que Basaglia vai dar contorno a proposta de desinstitucionalização e também enfatizar a importância de colocar a doença mental entre parênteses.

É Paulo Amarante (1994) quem explica:

> A ideia do 'duplo', ou do colocar entre parênteses a doença mental, torna-se um ponto de partida obrigatório, e um ponto de partida ao qual deve-se retornar sempre, pois sempre será um novo ponto de partida. Por duplo da doença mental é entendido tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do sofrimento das pessoas. É a face institucional da doença mental, construída a partir da negação da subjetividade, das identidades, a partir da objetificação extrema da pessoa (AMARANTE, 1994, p. 67).

No momento em que os trabalhadores da Saúde Mental tomam para si a centralidade da proposta Basagliana de desinstitucionalização da doença e do sujeito da doença passam a lutar de forma mais central para a transformação das relações de poder entre os pacientes e as instituições, já que o modelo que se inspiravam na Itália consistiu em produzir estruturas de Saúde Mental que substituíssem por completo a internação no hospital psiquiátrico. Os novos

dispositivos de Saúde Mental, segundo Franco Rotelli “nascem da desmontagem e reconversão dos recursos humanos e materiais e que estavam ali depositados” (2001, p. 18).

Franco Basaglia (2010) afirma que os manicômios, assim como outras instituições de nossa sociedade: a família, a escola, a fábrica, a universidade, os hospitais e etc, são instituições da violência, nas quais há uma divisão de papéis que reproduz a divisão do trabalho:

> seja em servo e senhor, professor e aluno, empregador e trabalhador, médico e paciente ou organizador e organizado. Isto significa que o que caracteriza as instituições é clara divisão entre quem dispõe e quem não dispõe do poder. [...] violência e exclusão estão na base de qualquer relação que se instaure em nossa sociedade (BASAGLIA, 2010, p.93).

Para Basaglia a necessidade de criar essas estruturas que reproduzem diferenciações culturais, de gênero, raça e classe é uma forma de compensação das próprias contradições de uma sociedade que busca negar parte de sua subjetividade. Desse modo, Basaglia se aproxima da análise de Lélia Gonzalez (2020) sobre a neurose cultural brasileira, funcionamento que invisibiliza o papel central das mulheres negras em nossa cultura como forma de negar a participação da branquitude nesse processo histórico de apagamento dessas mulheres. Para o autor, o racismo é uma expressão dessa necessidade de compensação das contradições de uma sociedade. O autor define:

> Da mesma forma a existência dos manicômios – símbolo daquilo que poderíamos definir como “reservas psiquiátricas”, equiparando-as ao apartheid do negro ou aos guetos – é a expressão de uma vontade de excluir aquilo que se teme por ser desconhecido e inacessível, vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou o objeto de seus estudos “incompreensível” e, enquanto tal, relegável à fileira dos excluídos. (BASAGLIA, 2010, p.117).

É a professora Rachel Passos quem complementa essa reflexão afirmando que:

> [...] essas instituições de violência são funcionais para a reprodução das desigualdades e opressões, além de realizarem o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades. A naturalização da violência institucional sobre os corpos negros compõe o modelo manicomial (2019, p.13).

A reflexão de Rachel é especialmente importante no contexto brasileiro, o qual – como aprofundamos no primeiro capítulo – foi estruturado através da colonialidade de poder que tem como principal tática a desumanização e superexploração dos corpos negros.

Apesar de suas contribuições para os fundamentos da RP, Frantz Fanon, importante médico psiquiatra, militante e ativista das questões raciais, foi pouco referido no processo

brasileiro de RP e Luta Antimanicomial. Fanon influenciou diretamente as concepções Basaglianas; influência essa que aparece principalmente com relação à noção de que o manicômio reproduz as múltiplas violências e opressões introjetadas na sociedade, sendo importante ressaltar que Fanon não apenas enuncia as violências reproduzidas pelo sistema manicomial como também reconhece a cumplicidade da equipe médica com opressões sociais mais amplas (PASSOS, 2019). Apesar de suas aproximações Basaglia e Fanon tomam rumos diferentes quanto à maneira de construir a transformação social:

> Fanon indica um determinado percurso – o da Revolução – e os basaglianos expõem, nesse momento, uma dada radicalidade direcionada a um viés reformista. [...] Basaglia permaneceria no interior do manicômio para negá-lo por dentro e lidar com suas contradições, enquanto Fanon assumiu uma postura radical negando a instituição ao demitir-se dela. (PASSOS, 2019, p. 81).

As instituições da violência, das quais o manicômio faz parte, estão, portanto para além de prédios e muros já que estão introjetadas em nós e são reproduzidas nas relações sociais. Desse modo, em uma sociedade com estruturas coloniais, capitalistas, racistas e patriarcais, todas essas instituições acabam de alguma maneira tendo a finalidade de apagamento das vidas negras e pobres. Rachel Passos (2019) nos atenta também que a importante feminista Angela Davis, acena para a importância de discutirmos sobre o imbricamento do sistema prisional e manicômio como forma de nos aprofundarmos na desconstrução da naturalização da violência direcionada a corpos negros e pobres. Segundo Passos: “o entrelaçamento entre sistema prisional e psiquiátrico sempre ocorreu através dos manicômios judiciários, hospitais psiquiátricos e, atualmente, vem sendo atualizado através do incentivo às internações nas comunidades terapêuticas” (2019, p. 76), também observamos esse cruzamento na expansão dos leitos em hospitais psiquiátricos e no encarceramento em massa da população negra.

Na história de nossa Reforma Psiquiátrica (RP) a mudança de caminhos do MTSM com relação à Reforma Sanitária é um marco da inspiração na radicalidade Basagliana com relação às instituições da violência, porém Rachel Passos (2019) destaca que o debate racial ficou apagado ao longo da construção de nossa RP. Nomes importantes para a Saúde Mental brasileira e luta antirracista como: Dona Ivone Lara, Virginia Bicudo, Neusa Santos Souza, Frantz Fanon, Sônia Barros e outros, historicamente recebem menos holofotes que os nomes de homens brancos que contribuíram nessa construção, acreditamos que esse seja mais um sintoma da colonialidade presente em nossa sociedade, a qual também se liga ao pacto da

branquitude, que como nos explica Cida Bento (2022) invisibiliza e impossibilita que o negro e suas necessidades venham à pauta.

Voltemos então ao contexto histórico: após o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental que aconteceu na cidade de Bauru-SP, em 1987, nasce o Movimento da Luta Antimanicomial, o qual abraça ao compromisso da efetivação de um novo projeto societário afirmado pelo lema: "por uma sociedade sem manicômios" deixando de ser um espaço de trabalhadores e passando agora a movimento social, que traz os usuários dos serviços de saúde mental para o centro da luta. Desse encontro, em Bauru, também nasce a Carta de Bauru, documento redigido pelos presentes no Congresso, documento onde encontramos uma ampla denuncia das formas de opressões estruturais e estruturantes da formação de nossa sociedade, bem como a complexificação da lógica do manicômico para além das instituições asilares, o que são também diretrizes basaglianas. Segundo o manifesto de Bauru:

> 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 (Carta de Bauru, 1987).

Observa-se no Manifesto de Bauru de 1987 uma recusa ao modelo de cuidado que coloca as trabalhadoras enquanto agentes da exclusão e da violência institucionalizadas e a inauguração de um compromisso com a defesa, garantia de direitos e com a dignidade humana. Essa tomada de posição se conecta com o que Basaglia descreve como objetificação do profissional no papel de excludente:

> Na aceitação do nosso mandato social, portanto, nos comprometemos com uma ação terapêutica que não passa de um ato de violência contra o excluído, que nos é confiado para que controlemos tecnicamente suas reações diante do excludente. **Atuar dentro de uma instituição da violência (mais ou menos mascarada), significa recusar o seu mandato social, dialetizando no campo prático esta negação**: negar o ato terapêutico como prática de violência mistificada, aliando nossa tomada de consciência sobre o fato de sermos simples empreiteiros da violência (e, desta forma excluídos) à tomada de consciência dos excluídos – a qual devemos estimular – sobre sua exclusão, evitando qualquer esforço de adaptá-los a essa exclusão (BASAGLIA, 2010, p.96, grifo nosso).

Especialmente na realidade brasileira é preciso que os profissionais da Saúde Mental - para que possam realizar essa recusa ao mandato social que lhes é colocado - tenham consciência de que essa é uma sociedade estruturada a partir de quase quatrocentos anos de escravismo colonial, o que significa que é fundamental debruçar-se sobre os efeitos dos anos de escravidão, suas implicações e contradições na realidade social para a melhor compreensão do desafio que a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial brasileiras possuem. Sabemos que em nosso caso os excluídos são esses que estão posicionados nas encruzilhadas de raça, classe, gênero, território, religiosidade, e etc. Emiliano David e Maria Cristina Vicentin (2021) nos mostram que historicamente nesse país, nas instituições manicomiais, há mais negros do que brancos, já que devido ao projeto de branqueamento de nossa sociedade ocorre uma associação entre o negro e loucura. Portanto, negar o mandato social que nos é imposto está diretamente ligado ao compromisso com a desconstrução e dissolução do racismo, do capitalismo e do patriarcado (PASSOS; MOREIRA, 2017; DAVID; VICENTIN, 2021).

Desse modo o compromisso firmado por meio do Manifesto de Bauru, em 1987, se articula enquanto um projeto societário radicalmente alternativo ao do capital. Destacamos que o sentido de radicalidade usado aqui se refere a perspectiva marxista de tomar as coisas pela raiz, o que dentro de nossa organização social capitalista significa a compreensão de que essa estrutura social se fundamenta e legitima na desigualdade proeminente da exploração de uma classe sobre a outra (PASSOS; MOREIRA, 2017). Elisa Zaneratto Rosa, professora com atuação na militância antimanicomial, nos diz:

> Assim, o movimento que sustenta a denúncia das violações de direitos e da perversão das formas de assistência no campo da saúde mental é, antes de tudo, um movimento social que tem como horizonte a crítica a intolerância à diversidade e as práticas médico-sanitárias voltadas as pessoas consideradas doentes mentais, denunciando-as como a continuidade de um projeto moralizador e higienizador no seio de uma sociedade desigual submetida a uma lógica de perpetuação da dominação colonizadora (2016, p.19).

Para Silvio Yasui (2009) a relação com a alteridade é central na discussão na Saúde Mental. O movimento da RP imbuído de valores que compartilha com a Reforma Sanitária, tais como: universalidade; acessibilidade; igualdade; equidade; integralidade; descentralização; municipalização; intersetorialidade e controle social se manifesta como um projeto de sociedade com maior justiça social, no qual todos os cidadãos são iguais e podem ter acesso, a partir de suas necessidades e de maneira integral, aos serviços, aos bens e a promoção de saúde. Silvio Yasui nos diz que:

> Os valores que nos propomos neste projeto civilizatório são, assim, contra-hegemônicos. Valores que quando colocados em ato, revelam a nossa disposição para a convivência, para a aliança, para a mudança. Valores que se constroem e se transmitem na relação, nos encontros que estabelecemos nos nossos locais de trabalho, nas nossas ações de cuidado, de docência, pela vida. Valores que tomamos como inspiração. Valores que nos fazem exemplos. Valores que nos levam a construir redes, laços de fraternidade e de solidariedade (2009, sem numeração).

Estamos diante de um projeto civilizatório que tem como valores centrais: o diálogo, a convivência, a aliança e um profundo respeito pelas diferenças e a partir desses valores e princípios busca construir novas formas de relações sociais. Os desafios para sua construção são vastos já que vivemos em uma sociedade marcada pelo sistema neoliberal o qual vê na alteridade uma ameaça a ser eliminada. Nossas relações sociais regidas pela lógica regulatória do mercado valorizam prioritariamente a individualidade e a competição como modos operandi. Estamos marcados por um sistema globalizado que nos homogeniza e massifica buscando impedir espaços de discussão das contradições e relações de poder já instituídas (YASUI, 2009).

É importante ressaltar que esse projeto societário também está em disputa, já que vemos forças que se agregam aos princípios defendidos na Carta de Bauru, e se unem em uma proposta que não visa apenas uma reformulação da assistência psiquiátrica e sim um compromisso radical e revolucionário. Bem como, temos forças que se aliam e são simpáticas aos interesses do neoliberalismo e do grande capital, aceitando dessa forma a implantação de uma reforma psiquiátrica que não questiona de maneira aprofundada as ações do Estado (PASSOS; MOREIRA 2017). Nessa dissertação nos aliamos ao primeiro grupo e nos sentimos representadas através da fala de Rachel Passos e Tales Moreira (2017): “destacamos aqui nosso posicionamento radicalmente adverso a esta perspectiva de conciliação, entendendo que na luta de classes não há empate!” (p. 345).

Paulo Amarante (1998), um dos pioneiros do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, afirma que o processo da RP está em constante construção e desconstrução e tem como principais dimensões a teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural. A professora Melissa Oliveira Pereira (2019) complementa que essas dimensões estão sempre interseccionalizadas pelas relações de gênero, raça, classe, entre outras questões que envolvem os sujeitos em suas existências.

Amarante (1998) ressalta que a expressão reforma para nomear esse processo indica um paradoxo, já que essa nomenclatura costuma ser utilizada para transformações superficiais em oposição àquelas transformações radicais e estruturais. Ainda assim o termo segue sendo utilizado pela necessidade estratégica de construir consensos e apoio político.

A Reforma Psiquiátrica começa a ser implementada como política pública a partir do fim dos anos 80 e se institucionaliza em 2001 através da Lei 10.216, contando hoje com um aparato técnico-assistencial pautado no modelo de cuidado antimanicomial – o qual leva em conta as noções que explanamos acima – e tem nos Centros de Atenção Psicossocial adulto, infanto-juvenil e álcool e drogas, estruturas substitutivas ao hospital psiquiátrico, de base comunitária, que devem fazer a regulação da rede de saúde mental de cada território, agindo em conjunto com outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial. A RP também conta com um aparato jurídico-político por meio de portarias que direcionam o funcionamento dos CAPS e da RAPS e garantem os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e também que tem problemas advindos do consumo de álcool e outras drogas.

Com a sua institucionalização a Reforma Psiquiátrica brasileira encontrou no governo federal canais de diálogo consistentes que possibilitaram a implementação dos CAPS, a diminuição dos leitos psiquiátricos, o fechamento de manicômios, a abertura de Serviços de Residência Terapêutica, entre outros importantes feitos. Essas conquistas se consolidaram com a escuta e o envolvimento dos usuários dos serviços, seus familiares, das trabalhadoras e trabalhadores da Saúde Mental e gestores estaduais e municipais. A organização da sociedade civil Desintitute, em pesquisa organizada por Renata Weber aponta que:

> A partir de dezembro de 2015, porém, os canais de interlocução com o governo federal foram fechados e as decisões sobre as principais mudanças na política pública passaram a ocorrer de maneira unilateral, à revelia dos fatos, de dados que sustentassem as alterações, das deliberações consolidadas por conferências temáticas e, mesmo, do controle social, a exemplo do CNS (DESINSTITUTE, 2001, p. 72).

Nesse cenário os dados oficiais da Saúde Mental deixaram de ser publicizados, Melissa Pereira (2022) aponta que o compartilhamento de dados era antes garantido pelo documento “Saúde Mental em Dados”, que é um informativo do Ministério da Saúde que deixou de ser publicado desde 2015. A pesquisa do Desintitute aponta que desde esse ano também podemos acompanhar um maior investimento de verba federal em espaços asilares, tais quais as Comunidades Terapêuticas, e o desinvestimento na rede de serviços territoriais, em especial nas ações voltadas a geração de renda e a arte e cultura. Também observou-se uma tentativa de descaracterização, a partir de uma ótica manicomial, dos serviços de residências terapêuticas. (DESINSTITUTE, 2001; PEREIRA, 2022).

Melissa Pereira (2022), aponta em artigo escrito para a revista Quatro Cinco Um, que as conquistas da reforma psiquiátrica brasileira vieram acompanhadas de contradições, entre as principais que temos vivenciado, estão a inserção das Organizações Sociais de Saúde (OSs)

no gerenciamento dos serviços do SUS que ocorre desde a década de 90. As OSs vêm gerando afastamentos com relação ao modelo clínico construído e uma série de situações de assédios trabalhistas ligados aos arranjos do setor privado, processo que tem se acirrado ainda mais após o golpe institucional que assolou o país – começando com Michel Temer e se intensificando no governo Bolsonaro - e tem fortalecido o que os movimentos intelectuais e sociais vêm nomeando de Contrarreforma Psiquiátrica.

A contrarreforma é um processo cultural e sociopolítico constituído por uma correlação de forças e interesses que visam tensionar e até reverter às transformações produzidas pela Reforma Psiquiátrica. Mônica de Oliveira et al (2019) assinala que nesse processo observa-se a existência de sete nós críticos que aparecem como elementos frequentes da contrarreforma: "1) a mera desospitalização; 2) a deriva burocrática; 3) a fragmentação da reforma; 4) a instrumentalização neoliberal; 5) a descontinuidade ideológica; 6) o pensamento único e a homogeneização das práticas; e 7) a volta da instituição total (inclusive fora dos muros)" (NUNES et al, 2019, p. 4490).

Acontecendo de maneira concomitante as forças contrarreformistas temos observado a retomada e fortalecimento de ações de resistência por meio das associações de usuários e familiares, do renascimento das conferências populares de saúde mental que agora abordam de forma mais contundente temas relativos à vida das mulheres, população negra e indígena, população em situação de rua e outros. Dentro e fora dos serviços temos acompanhado muita luta pela manutenção e avanço das conquistas (PEREIRA, 2022).

É a partir desse contexto atual, no qual se entrecruzam muitas forças de vida, mas também de mortificação dos sujeitos e do ideal civilizatório que fundamenta a RP, que analisaremos o papel estratégico do CAPS AD como espaço de resistência e tensionamento das forças manicomiais, capitalistas, patriarcais, racistas e coloniais.

2.2. O papel estratégico do CAPS AD: da colonialidade à mestiçagem crítica

> *"Mas que significam o entusiasmo e o cuidado pelo homem, se diariamente a realidade é tecida de mentiras, de covardias, de desprezo pelo homem? De que servem as intenções, se a sua encarnação é tornada impossível pela indigência do coração, pela*

> *esterilidade do espírito, pelo ódio aos autóctones deste país?" (FRANTZ FANON, 1956, p. 58).*

Os Centros de Atenção Psicossociais são fruto da luta do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e Luta Antimanicomial. Nascem, portanto com o objetivo de serem equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico e operarem segundo os princípios e valores propostos pela RP. Trataremos nesse tópico de alguns marcos até a implantação dos CAPS Álcool e Outras Drogas no Brasil e buscaremos analisar o papel desse equipamento considerando sua potência de ser mobilizador de práticas de resistência decolonial.

Observa-se que historicamente há um atraso na inserção do uso prejudicial e/ou dependência de drogas na agenda da Saúde Pública. Antes de 2003, quando foi formulada pelo Ministério da Saúde a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, as possibilidades de cuidado se centravam em instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas, e grupos de autoajuda ou ajuda-mútua (ALVES, 2009).

Considerando que nossa política sobre drogas é historicamente marcada pelo paradigma proibicionista o qual reproduz o modelo colonial, racista, capitalista e patriarcal de cidadão aceitável socialmente como sendo apenas o homem, branco, proprietário que reproduz valores da branquitude, é possível acompanhar o Estado brasileiro se utilizando do maquinário da Guerra as Drogas como forma de controle social dos costumes, crenças, cultura e subjetividades associadas ao povo negro e também aos povos originários, esse funcionamento configura o que Abdias Nascimento (2016) nomeia como genocídio do povo negro.

Essa noção é cara para nós, já que compreendemos que não há como pensar a questão das drogas em nosso país desatrelada do racismo estrutural e institucional. É importante ressaltar que, como Emiliano David (2021), psicólogo importante na construção do debate racial no campo da RP nos aponta, devida as bases eugenistas e higienistas da medicina brasileira e também a ideologia de branqueamento a loucura, a inferioridade intelectual, a degeneração e a criminalidade são características associadas aos negros, características essas que foram utilizadas para justificar a internação dessa população em manicômios. Sobre a história de manicomialização dos negros no Brasil o autor destaca que: "a herança manicomial racista dos anos antecedentes somada às difíceis condições vigentes no Brasil, impostas pela ditadura militar desde 1964, fizeram com que a população negra compusesse maioria nos hospitais psiquiátricos" (DAVID; VICENTIN, 2021, p.270).

Nesse cenário é possível considerar que o atraso da inserção da pauta de drogas na agenda da Saúde Pública, é mais um sintoma da colonialidade do poder, como Quijano (2005) conceitua, de modo que as prioridades a serem atendidas pelo Estado serão sempre daqueles que a razão colonial considera como humanos: os homens brancos.

Em linhas gerais, desde o século XX quando as primeiras intervenções do Estado ocorrem com relação ao consumo de drogas, há determinações com foco em internações hospitalares compulsórias por tempo indeterminado. Em 1930, quando ocorre a promulgação da lei de fiscalização de entorpecentes nenhuma menção ao tratamento é feita, porém inclui-se na lei a perspectiva de que os chamados infratores viciados não teriam condições de discernimento, portanto precisariam ser internados em hospitais psiquiátricos. Em 1976 há a ampliação dessa mesma lei e com isso a inserção dos agora nomeados dependentes de substâncias psicoativas para os quais o Estado recomenda tratamento especializado em instituições psiquiátricas (ALVES, 2009).

A concepção de que pessoas que fazem uso de drogas não tem discernimento está associada à dimensão da colonialidade que Maldonado-Torres (2007) denomina como colonialidade de ser, na qual a única forma de subjetivação e modo de vida válida se torna aquela que reproduz os valores brancos e burgueses. Retomando as formulações da psicóloga indígena Geni Nuñez et al (2020) compreendemos que uma das características coloniais é a criação de uma noção de diferença que atualiza e mantém os valores da colonialidade de ser, de modo que, para o grupo dominante se afirmar como civilizado precisa criar um contraste por meio da negativação das características do outro.

Destaca-se também a indicação das instituições asilares e internações involuntárias como práticas de tratamento recomendadas pelo Estado àqueles que possuem sofrimentos advindos do consumo de drogas. Baseado em um ideal de abstinência como norma, o Estado busca reduzir o conflito entre excluído socialmente e o excludente, afirmando mais uma vez a inferioridade do usuário de drogas que não tem opção outra, se não estar apartado da vida social (BASAGLIA, 2010). Para Basaglia (2010), em uma internação em instituição asilar, o que ocorre é a perpetuação da violência por meio da objetificação dos internados: “o tipo de abordagem objetificante acaba influenciando o conceito que o doente faz de si, conduzindo-o – por meio de tal processo – a só poder vivenciar-se como corpo doente, exatamente como é vivenciado pelo psiquiatra e pela instituição que trata dele” (p.97). Desse modo, a indicação da internação para aqueles que fazem uso prejudicial de drogas, é mais uma forma de controle

social, especialmente do negro, por meio da busca pela adaptabilidade dele a esse lugar de objeto.

Seguindo os marcos históricos, é Vânia Alves (2009) quem salienta que em 1980 foi instituído no Brasil o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, o qual formulava a chamada na época Política Nacional de Entorpecentes operacionalizada pelo Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN). O COFEN tem um papel importante no apoio à construção de centros de referência no tratamento e pesquisa sobre o consumo intenso de drogas. Esses centros de referências além de ofertarem tratamentos também se dedicavam a formar profissionais qualificados para trabalhar nesse campo, porém havia uma oferta restrita de vagas de tratamento para a população. Uma das principais contribuições desses equipamentos foram estudos que fortaleceram a maior repercussão da Redução de Danos no país.

Devida a lacuna assistencial existente, nas décadas de 70 a 90 houve grande expansão da criação de comunidades terapêuticas voltadas às pessoas que fazem consumo de substâncias psicoativas. Em 1994, o COFEN se mostra favorável às ações de redução de danos que apostam na distribuição de seringas para usuários de substâncias psicoativas, o que demonstra mais uma vez as contradições e tensionamentos de narrativas que compõe esse campo. Em 1998 o COFEN é extinto e torna-se o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), inicia-se então, uma nova estrutura político-organizacional na qual as disputas de paradigmas seguem acontecendo (ALVES, 2009).

A partir dos anos 2000 observamos um processual realinhamento discursivo com relação às políticas desse campo:

> A Lei nº. 10.409/2002 afirma que "o tratamento do dependente ou usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família" (art. 12, § 1o). A referência às ações de redução de danos sociais e à saúde é feita pela primeira vez na legislação brasileira sobre drogas, cabendo ao Ministério da Saúde a sua regulamentação. Com vários de seus artigos vetados, a vigência desta lei não revogou por completo a Lei nº. 6.368/1976, especialmente no que se refere à criminalização do porte de drogas ilícitas para consumo próprio (ALVES, 2009, p. 2315).

Com o Ministério da Saúde assumindo a regulamentação dessa pasta, há também o alinhamento da proposta de cuidado as pessoas com questões advindas do consumo de drogas com a Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual regulamenta o modelo de tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. É importante destacar que também essa lei foi fruto de um processo de disputa de modelos de

cuidado nesse campo, demorando 12 anos para ser aprovada e regulamentada. Como nos diz Rachel Passos e Tales Moreira sobre a Lei 10.216/ 2001:

> [...] uma vez que as forças conservadoras da psiquiatria tradicional também pleiteiam a direção e a hegemonia do campo da saúde mental. O projeto original sofreu inúmeras modificações para ser aprovado, devido a esses conflito e concorrências postas entre projetos que são opostos. (2017, p. 343).

Em maio de 2002, através da Portaria SAS/MS nº 305, aprovam-se as normativas para o cadastramento e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD). Nesse mesmo ano são implantados no Brasil pouco mais de 40 CAPS AD (BRASIL, 2002). Os CAPS AD seguem as mesmas normativas dos CAPS Adulto e Infanto-juvenis podendo se dividir entre CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. Um CAPS III, como o que foi campo dessa pesquisa, é um serviço com funcionamento 24 horas, tem uma equipe mínima composta por 22 trabalhadores e, segundo a portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002:

> 4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:
>
> a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
>
> b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
>
> c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
>
> d - visitas e atendimentos domiciliares;
>
> e - atendimento à família;
>
> f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
>
> g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
>
> h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias (BRASIL, 2002).

A criação de um equipamento de saúde, direcionado a quem tem problemas com o consumo de drogas e que tem como oferta: atendimentos domiciliares, atividades comunitárias, acolhimento noturno, espaço de convivência, atendimento familiar e individual

é uma grande conquista nesse campo em termos de reconhecimento da humanidade e dos direitos das pessoas usuárias de drogas.

Em 2005, com a aprovação da Política Nacional sobre Drogas, que apesar de manter muitos aspectos proibicionistas, em relação à saúde converge com o Ministério da Saúde reiterando a importância de implantar uma rede de assistência aos indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de drogas. Vânia Alves (2009) destaca que nesse momento histórico: "Admite-se que o tratamento, recuperação e reinserção social devem resultar da configuração de uma rede assistencial integrada e articulada, constituída por instituições governamentais e não governamentais do setor de saúde e assistência social" (p. 2316).

Apesar das alegrias da conquista de uma perspectiva de tratamento de base comunitária e articulada com a rede intersetorial e vida cotidiana dos usuários, os atravessamentos que a narrativa proibicionista e dominante tem quanto ao consumo de drogas seguem permeando as diversas instituições de nossa sociedade. É Flávia Fernando Silva (2014) quem destaca que esses discursos hegemônicos produzem uma série de jargões que são naturalizados e repetidos em diversos espaços, inclusive nos próprios CAPS AD, como a afirmação de que há uma personalidade do dependente de drogas com características fixas e pejorativas como: baixo limiar a frustação, uso excessivo de mentiras e manipulação. Essas narrativas dominantes são encontradas também em diversas literaturas da área, a autora nos atenta ainda para o aspecto reducionista da afirmação de diversos grupos de ajuda mútua de que: a dependência química é uma doença, primária, crônica, progressiva e fatal (SILVA, 2014).

Desde que iniciei como trabalhadora nesse campo, essa última frase sobre a dependência química ser uma doença fatal foi, sem sombra de dúvida, a que eu mais escutei dos próprios usuários dos serviços. Quando aprimoranda no CRATOD, no ano de 2014, em São Paulo, me recordo de participar as segundas-feiras de um grupo chamado "Bom dia", que ocorria todos os dias pela manhã. Compareciam a esse encontro cerca de 30 homens que circulavam pela região do Centro de São Paulo e da Cracolândia, no bairro da Luz. A proposta era que eles falassem como passaram o final de semana, contassem como se sentiam naquela manhã e/ou compartilhassem o que quisessem colocar para o grupo, o resultado era que todas as segundas-feiras eu ouvia de muitos desses homens sobre a fatalidade de seus destinos e a luta contra uma doença que se fazia primária, progressiva, crônica e fatal. Nesse mesmo grupo, participantes também enunciavam que tinham "desvio de caráter", outro jargão comum na área.

A partir de uma perspectiva decolonial pode-se pensar que os estigmas contidos nesses jargões também são expressões do passado eugenista brasileiro que, por meio do racismo cientifico, associou o consumo de drogas a pessoas e costumes negros. Essa associação em conjunto com o imaginário de que o negro é louco, degenerado, criminoso e inferior construiu historicamente a ideia que se atualiza até o momento de que a dependência química tem relação com o caráter dessas pessoas e, portanto é irrecuperável, fatal (DAVID; VICENTIN, 2021; SILVA, 2014; NASCIMENTO, 2016). Essa reflexão é fundamental dentro das instituições da RAPS e em especial dos CAPS AD, já que como aponta Passos (2018), Silva et al (2017) e David e Vicentin (2021), a população que majoritariamente é atendida dentro desses serviços é negra (pretos, pardos, morenos e afrodescendentes).

Esse tipo de discurso nos afasta da história de vida dessas pessoas e constrói uma distancia afetiva entre o profissional e o usuário do serviço, a qual contribui com a objetificação desses sujeitos e com a manutenção do lugar social de excluídos ou como Jésse Souza (2016) nomeia: de humilhados socialmente. Para a quebra dessas barreiras é preciso ter consciência do processo sócio-histórico que as constrói e naturaliza. Seguir reproduzindo esses jargões não só nos leva a um entendimento e práticas simplistas, mas faz a manutenção e atualização da colonialidade do ser. É como Silva (2014) afirma: “Saber muito sobre o outro pode nos impedir de ver o que está para além de nossas concepções prévias” (p. 124), principalmente se nossas concepções forem capturadas pela colonialidade.

Considerando o que trabalhamos até aqui nessa dissertação, é possível dizer que a concepção dos CAPS em alinhamento ao projeto ético-político da RP em conjunto com a Luta Antimanicomial – que aqui compreendemos como um projeto de dissolução das instituições capitalistas, racistas, coloniais e patriarcais - é fundamental para a promoção de uma transformação social baseada em uma perspectiva decolonial que possa descontruir o estigma social atrelado ao usuário de drogas devolvendo a ele sua humanidade e também ampliar acesso dessas pessoas a seus direitos sejam no campo da saúde, educação, trabalho, assistência social ou cultura. Acreditamos que os CAPS AD tem a potência de ajudar a contar a história das pessoas que sofrem devido ao consumo de substâncias a partir de perspectivas que vão para além da lógica binária, inferiorizante e desumanizadora que a narrativa dominante propõe. Dessa maneira, se faz crucial mobilizarmos as reflexões de Chimamanda Adichie (2019) e compreendermos que a consequência de uma história única é a subtração da dignidade das pessoas, já que por meio dessa fixação em apenas um modo de contar a

história, construímos estereótipos que nos afastam do reconhecimento de nossas características humanas em comum.

Mas, é preciso a consciência de que a construção do CAPS AD enquanto equipamento estratégico na decolonização desse campo, ainda está em curso e, portanto é marcada por disputas: sejam quanto à própria concepção de RP, entre os que radicalmente assumem os princípios pactuados em 1987, na cidade de Bauru, e os que acreditam em uma conciliação com o modelo neoliberal de se pensar a saúde mental; sejam disputas quanto à concepção de tratamento no campo das drogas, entre aqueles que acreditam no proibicionismo e na abstinência como caminho – fazendo a manutenção da colonialidade em suas várias determinações e assim contribuindo para o genocídio da população negra - ou aqueles que compreendem a Redução de Danos como prática que possibilita a escuta das multiplicidades de necessidades desses sujeitos buscando a ampliação de vida dessas pessoas e as considerando, sobretudo, sujeitos históricos inseridos nessa sociedade desigual.

Nos dias de hoje, na cidade de São Paulo, ainda nos deparamos com uma política que tem como diretriz a ação punitiva e criminalizadora da polícia quanto aos usuários de drogas e também com a recomendação, feita pela prefeitura e pelo governo do estado, de internações em instituições asilares como as Comunidades Terapêuticas. Em matéria de janeiro de 2023, no site da Agência Brasil[11], podemos acompanhar que mesmo após o Ministério da Saúde ter manifestado alinhamento com as diretrizes da RP, na cidade de São Paulo observamos que a prefeitura pretende adotar uma política de internações compulsórias e vem se utilizando da intensificação da repressão policial para coagir as pessoas que frequentam a Cracolândia a saírem da região ou aceitarem a internação. Esse movimento da prefeitura, que acontece em alinhamento com o governo de estado, não é novidade nesse território que vem vivenciando, cada dia mais, um maior desinvestimento nos equipamentos substitutivos e maior ampliação de parcerias com Comunidades Terapêuticas. Observa-se, portanto que conservamos até hoje a consciência colonial no modo de perceber as pessoas que usam drogas e suas necessidades.

As concepções conectadas a uma percepção colonial, manicomial, capitalista e patriarcal seguem sendo atualizadas diariamente sejam na linguagem que utilizamos para falar dessas pessoas, na forma com a qual nos relacionamos no cotidiano com quem faz consumo

[11] MELLO, D. Cracolândia: maior repressão policial gera tensão, dizem especialistas. Para eles, as políticas para a região devem incluir oferta de moradia. **Agência Brasil**, São Paulo, de 23 de jan. 2023. Disponível em https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-01/cracolandia-maior-repressao-policial-gera-tensao-dizem-especialistas.

problemático de drogas, sejam nos direcionamentos ético-políticos do campo. Adriana Leão e Sônia Barros (2008) apontam que desde a fundação dos CAPS há dentro desses equipamentos uma disputa de narrativas entre as concepções de uma psiquiatria tradicional e as concepções alinhadas ao projeto ético-político da reforma psiquiátrica antimanicomial, para as autoras há a possibilidade de superação das representações ligadas às concepções tradicionais por meio do maior alinhamento da equipe com a proposta antimanicomial.

Acreditamos que o conceito de dupla-consciência mobilizado por Bruno Simões Gonçalves (2016), psicólogo que propõe uma psicologia decolonial, nos ajude na ampliação da compreensão da questão posta por Leão e Barros (2008). O autor explica que com a colonização da América Latina houve uma cisão entre as matrizes de pensamento dos colonizados e dos colonizadores, sendo que essa cisão é o que caracteriza a estrutura de nosso continente, formulando um modo de subjetivação que traz consigo uma dupla consciência de si. Nas palavras de Bruno Gonçalves:

> A partir da estrutura cindida entre as duas matrizes de pensamento – colonizador e colonizado – a formação latino-americana estabelece uma dupla consciência histórica. Desde o início da colonização – momento de convulsão extrema que deu origem à modernidade – já está presente a oposição entre, de um lado, a *colonialidade do poder* – matriz de pensamento do colonizador – e, de outro, a *mestiçagem crítica*, matriz de pensamento que caracteriza os processos de resistência dos povos colonizados. Essa duplicidade, o tensionamento e o conflito entre essas duas matrizes, é a estrutura dinâmica que caracteriza a formação das populações do continente em sua reprodução social e em sua intersubjetividade. Está presente nas relações, nos afetos e no pensamento da população do continente. Presente de forma heterogênea, a dupla consciência se expressa nos modos de reprodução social, no universo simbólico e imaginário, no mundo do cotidiano e dos costumes, assim como nos valores ético-políticos e espirituais dos povos latino-americanos. Ou seja, participa da realidade social do continente em sua diferentes dimensões, valores instituídos e práticas sociais. A dupla consciência se expressa de vários modos, segundo as condições psicossociais, políticas, econômicas e culturais de cada contexto específico. Contudo, mantém-se presente a tensão fundamental entre colonizadores/colonizados, dominadores/dominados e opressores/oprimidos (GONÇALVES, 2016, p.410)

Na visão hegemônica colonial temos cinco eixos estruturadores: 1) racialismo; 2) o controle do trabalho; 3) dominação de gênero; 4) colonização da natureza e 5) pensamento eurocêntrico. Por meio desses eixos vemos a construção de uma percepção que faz a manutenção da hierarquia de poder colonial. Essa percepção é fortalecida e reproduzida pela branquitude. Gonçalves (2016) define: “branquitude é o valor superior, lócus da verdade, que cria relações simbólicas e intersubjetivas adaptadas à colonialidade do poder” (p. 401). Esse processo de criação de uma percepção de mundo superior às outras é extremamente violento já que retira a possibilidade coletiva de determinação de si e de construção de uma memória

própria. Esse rebaixamento dos valores e práticas do povo colonizado extrai a humanidade desses povos (GONÇALVES, 2016).

Portanto, mais do que uma disputa de narrativas entre a psiquiatria tradicional e o posicionamento da RP antimanicomial, estamos falando sobre um tensionamento entre consciências de mundos. Para além de sugerirmos ás equipes dos CAPS AD informação e discussões sobre o que é a RP, precisamos que os próprios equipamentos substitutivos se afirmem e se comprometam como lócus do que Bruno Gonçalves (2016) denomina de mestiçagem crítica. A mestiçagem crítica é um lugar comum entre as diferentes matrizes socioculturais e seus processos históricos; lugar a partir do qual se é possível articular as diferenças para a descontrução da colonialidade.

Essa é uma proposta de subversão da lógica colonial *desde abajo e desde adentro*, pois se situa a partir dos saberes provenientes da realidade vivida de um povo, que considera como importantes a multiplicidade de saberes, princípios éticos, simbolismos e conhecimentos ancestrais das diversas populações marginalizadas e invisibilizadas em nosso país. Falamos aqui de uma abertura para aprender com o outro, a partir da consciência de mundo desse outro. Essa criação de memória de resistências e práticas se relaciona com a ideia de Maria Lugones (2014) de pensamento feminista de fronteira, aonde a diferença colonial é lócus no qual podemos construir juntas formas de furar a lógica hegemônica patriarcal contida na colonialidade.

Manifestamos aqui que o projeto civilizatório da RP e da Luta Antimanicomial deve encontrar na concepção feminista decolonial uma diretriz importante para a construção de práticas de resistência a colonialidade que insiste em se reproduzir nas instituições de Saúde Mental. Desse modo, compreendemos que o CAPS AD tem um papel estratégico, já que podem ser espaços de produção de articulações entre as diferenças, recuperação da memória e consciência histórica dessas pessoas. Podem os CAPS AD serem, portanto, agentes de reencantamento do mundo. Na concepção de Silvia Federici:

> [...] quando falo sobre “reencantar o mundo”, refiro-me à descoberta de razões e lógicas diferentes das do desenvolvimento capitalista”, sobre essas práticas a autora assinala ainda: “reconectam o que o capitalismo dividiu: a nossa relação com a natureza, com os outros e com nosso corpo. Essa reconexão nos permite escapar da força gravitacional do capitalismo e, mais ainda, recuperar uma sensação de completude em nossa vida (2020, p. 273).

Para a construção do reencantamento do mundo, utilizando do papel estratégico dos CAPS AD, compreendemos que a principal ferramenta que temos para efetivação dessa transformação social é o cuidado. O cuidado, a partir do referencial aqui mobilizado, se efetiva, no campo das relações intersubjetivas que se dá por meio da mestiçagem crítica.

Considerando que estamos manifestando a importância de um reencantamento do mundo por meio da proposta de alargamento do conjunto de saberes, princípios éticos, práticas, conhecimentos e mundo simbólico e imaginário, para além da hegemonia da colonialidade de poder, nesse momento não trabalharemos com a conceituação do que seria o cuidado e nos propomos a abrimos a descoberta das significações do cuidado por meio da análise do material do campo, o qual reflete os encontros, afetos, relações e tensões entre equipe-pesquisadora; equipe-usuárias e pesquisadora-usuária-equipe.

Essa postura também se ancora no que Riga Segato (2021) nomeia de antropologia por demanda, que é a produção de conhecimento a partir das perguntas que são levantadas por aqueles que, em uma perspectiva acadêmica clássica, seriam os objetos de estudo e observação. Essa postura nos leva a uma busca por um novo conjunto de conceitos que sejam capazes de se aproximar da realidade cotidiana daqueles nos interpelam. Sendo assim, nos inspiramos nas palavras da autora:

> [...] o que garante o meu compromisso com a construção de uma marcha descolonial deriva, neste momento, da minha disponibilidade para as interpelações que me apresentam esses sujeitos, agora vistos como plenamente históricos e cujas demandas venho respondendo (SEGATO, 2021, p. 107).

CAPÍTULO 3 – HABITANDO O CAPS AD III BRASILÂNDIA

Esse capítulo refere-se às reflexões e afetações disparadas pelo encontro com o campo dessa pesquisa: o CAPS AD III Brasilândia. As discussões que aqui serão apresentadas foram construídas a partir do diário de campo da pesquisadora e do material da entrevista realizada com a parceira de pesquisa Bruna. É fundamental destacar que essa é uma pesquisa que envolve em seu percurso e construção as vozes de muitas mulheres: a minha, das minhas orientadoras, das trabalhadoras do CAPS III AD, das usuárias desse espaço – em especial Bruna e Vitória-, das companheiras de núcleo de pesquisa, das professoras participantes de minha banca de qualificação e também de outras mulheres usuárias do SUS, as quais pude acompanhar no meu percurso enquanto trabalhadora de Saúde Mental, que trago enquanto memórias, experiências e afetos. Honrando a característica polifônica da pesquisa e a pluralidade de cada uma dessas mulheres envolvidas nesse processo, firmo compromisso com uma sensibilidade interseccional e escolho usar no momento da análise do material a metáfora das águas.

Enquanto mulher de terreiro, aprendi que é pela água que tudo se principia, a água que cura, apazigua e encanta o mundo fertilizando a terra. É característica das águas a fluidez, a mutabilidade das formas, portanto, trato essa análise como um modo de me aproximar dos fluxos, ou melhor, das correntezas que movimentam os afetos, as vivências, os impasses, as contradições e as potências. Seguindo essa ideia, compreendo essa análise como um mergulho nessas águas no qual identifico e acompanho suas correntezas que tomam a forma das minhas categorias analíticas.

Nesse percurso de análise, no acompanhar das correntezas, estou a procura de pistas para a reflexão sobre a possibilidade e construção de um cuidado decolonial. Essa busca marcará e atravessará todas as minhas categorias de análise.

Foi mergulhando nessas águas que percebi que a polifônia de vozes dessas mulheres se misturam, de forma que, não há como separar completamente as experiências das usuárias, as minhas e as da equipe, pois estamos falando de vivências que se dão em relação. É como se estivéssemos acompanhando fluxos de águas que nos levam a um mesmo oceano, ou seja, fazem parte de um corpo maior e por isso estão interligados. Desse modo, busco organizar o texto a seguir me guiando por temas que foram mais marcantes devido a sua maior presença na fala da equipe do CAPS AD e na narrativa de Bruna, também considerando a consonância com o que encontramos na literatura sobre o campo e a ressonância afetiva que geraram.

Apresento as correntezas da seguinte forma: 1) O CAPS III Brasilândia – correnteza que nos leva a um aprofundamento sobre a experiência de estar nesse CAPS e seu lugar diante da pandemia da COVID-19; 2) A história de Bruna – busco apresentar Bruna e trazer reflexões, questionamentos e afetos sobre sua história de vida, enfocando conexões com a história coletiva de mulheres negras que consomem drogas; 3) Encontro das águas: mulheres que cuidam de mulheres – busco aqui trazer reflexões sobre a divisão sexual do trabalho e os impactos dessa no ambiente do CAPS AD; 4) Impasses para um curso decolonial do cuidado – elenco quatro impasses que mais apareceram nos encontros com a equipe e com Bruna e me apoio neles para pensar a construção de um cuidado decolonial e 5) Navegando pelo desejo: caminhos para uma clínica insubordinada – conto sobre meu encontro com a história de Vitória a partir do qual reflito sobre o significado do desejo diante de uma clínica que deve se afirmar insubordinada aos valores hegemônicos. As duas primeiras categorias-correntezas representam um esforço descritivo e analítico de se aproximar dos aspectos derivados do encontro com o CAPS AD e com Bruna. A partir disso, as demais correntezas aprofundam esse esforço a partir de alguns recortes, retomando e articulando elementos resultantes desses encontros.

3.1. O CAPS AD III Brasilândia

O CAPS AD III Brasilândia fica localizado em uma rua residencial do bairro. A primeira vista encontramos um muro branco grande, com uma placa de identificação do serviço. Em todas as visitas que fiz ao local o portão, de alumínio, estava fechado e algumas vezes trancado a chave, e era aberto pelo controlador de acesso. Ao entrarmos nos deparamos com um jardim, com duas árvores. A casa é bem ampla com diversos espaços que se configuram em salas de atendimentos, salas de reunião, espaço de convivência e quartos para as pessoas que estão em acolhimento integral. A recepção, que fica no térreo, também é ampla com cadeiras de espera e ali bem próxima temos a farmácia. Ao fundo há uma piscina cercada por uma grade, que não estava sendo utilizada na época em que essa pesquisa foi realizada, e um espaço grande e aberto no qual são realizadas reuniões, oficinas e outras atividades.

No momento em que habitei o CAPS, entre 2021 e 2022, ainda estávamos vivenciando a pandemia de COVID-19 e devido a isto o funcionamento do equipamento estava diferente do comum. No ano de 2021 as equipes de saúde da cidade de São Paulo ainda estavam voltadas a contenção dos casos da COVID-19 e os serviços de saúde mental trabalharam com

formatações mais fechadas, sem abertura para espaço de convivência, sem grupos e oficinas, muitas vezes funcionando apenas com os acolhimentos iniciais, atendimentos individuais e cuidados àqueles usuários que estavam em acolhimento integral. No momento que inicio minhas idas ao CAPS III AD Brasilândia os grupos começavam a voltar timidamente a partir das diretrizes do Ministério da Saúde e a equipe referia estar imersa nas demandas psicossocias ligadas às desigualdades sociais que se intensificaram no período da pandemia, como a fome.

Sobre a fome, Freitas e Pena (2020) assinalam que antes mesmo da pandemia, já vivenciávamos em nosso país um aumento da desigualdade social que ameaçava as classes populares quanto à insegurança alimentar. Com as medidas tomadas para a contenção da pandemia: distanciamento social/isolamento, quarentena e barreiras sanitárias houve um aumento drástico do desemprego devido à diminuição das atividades econômicas, o que atingiu principalmente as classes populares. Essas pessoas com dificuldades de acessarem os benefícios sociais a elas assegurados por direito, se viram, muitas vezes em situação de fome e agravamento dos sofrimentos psicossociais já existentes. Segundo os autores a fome transcende os sentidos da semiologia clínica gerando sofrimentos que "interferem de modo cruel nos sonhos de estar no mundo da vida" (p.36).

Freitas e Pena destacam que:

> No Brasil, a fome como um tema político, é produto histórico da desigualdade social e econômica como: falta de terra para garantir a sobrevivência; falta de saneamento básico, pois a vida sobre esgotos abertos propicia sinergismo entre parasitas e estado nutricional provocando desnutrição crônica principalmente em menores de cinco anos, uma vez que estão em pleno desenvolvimento; renda insuficiente; desemprego e subemprego entre outros problemas sociais. O desemprego é como uma sombra que cobre o caminho, e resulta no medo de ser invadido pela fome e a morte (2020, p. 37).

Em um momento de crise humanitária tão contundente como a pandemia é importante a consciência de que a maior parte da população atendida pelos CAPS são pessoas negras em situação de vulnerabilidade social (PASSOS, 2018; DAVID; VICENTIN, 2021). Considerando a Portaria SAS/MS nº 305/2002 que direciona os CAPS AD enquanto articuladores da saúde mental de um território e, tendo a fome enquanto uma questão de urgência humanitária que tem potencial de agravar e gerar sofrimentos psicossociais, fico com as seguintes questões: qual o papel dos CAPS III AD frente a fome de um território? Quais são as articulações possíveis para a construção de um cuidado para aqueles que sofrem e que tem fome e não estão conseguindo acessar seus direitos?

Ao elaborar essas questões considero também como fundamental a colocação das autoras Daniela Ferrugem e Beatriz Gershenson (2020) de que a intersecção entre mulheres, guerra às drogas, racismo e saúde mental deve estar no bojo das preocupações da Saúde Mental brasileira, já que os sofrimentos e impactos psicossociais que as mulheres que estão no centro dessa encruzilhada de opressões vivenciam trazem prejuízos incalculáveis para suas vidas.

Sabe-se que as mulheres negras, por efeito da história capitalista, patriarcal, racista e colonial de nosso país, são as que mais realizam trabalhos informais subalternizados e sofrem com o desemprego ou salários que não dão conta de suas necessidades. Luciana Chernicharo e Luciana Boiteux Rodrigues (2014) apontam inclusive que essa dificuldade de inserir-se no mercado formal de trabalho leva muitas dessas mulheres a buscarem o mercado ilegal de drogas como alternativa para conseguirem prover suas famílias, já que é importante destacar que são essas mulheres também as que em sua maioria assumem a centralidade dos cuidados de filhos e outros familiares.

Então quando falamos aqui da fome, não podemos deixar de ter um olhar interseccional sobre esse fenômeno e considerar que as mulheres negras, usuárias de drogas estão no centro das desigualdades sociais e são assim, mais vulneráveis a sofrer também com a fome. A partir das vivências cotidianas nos CAPS AD e também com base em pesquisas como a da autora Patrícia Lins da Silva (2014) observamos que as barreiras para o acesso das mulheres aos CAPS AD são mais presentes do que para os homens. Entre essas barreiras encontramos: maior estigma social sobre a mulher usuária de drogas, essas mulheres tem menos suporte e apoio de familiares na busca de tratamento, por assumirem os cuidados com os filhos e outros familiares tem maior dificuldade de encontrar tempo para cuidar de si, com maiores dificuldades financeiras tem menor possibilidade de mobilidade pela cidade. Também há a reprodução no espaço dos CAPS AD pelos usuários e por alguns profissionais de falas preconceituosas e taxativas quanto a essas mulheres o que se coloca como uma barreira a continuidade do acesso delas a esse equipamento.

A partir desses dados entendemos nessa pesquisa que as mulheres devem ser tidas como uma prioridade de cuidado nos CAPS AD, o que garante o principio de equidade do SUS e possibilita uma maior proteção dessas quanto a vulnerabilidades tão intensas como a fome. É importante ressaltar que o portão do CAPS AD Brasilândia, que se encontra sempre fechado, não pode significar uma barreira simbólica ao acesso da população a um serviço que

tem o potencial de se colocar como um articulador na proteção e ampliação do acesso dos direitos de uma comunidade.

No momento da pesquisa a equipe possuía cerca de 70 profissionais divididos entre equipe técnica: psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos psiquiatras, redutores de danos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem; equipe administrativa; controladores de acesso; profissionais de limpeza e uma coordenadora. Também participam do serviço, residentes e estagiários ligados a universidades parceiras. Seu horário de funcionamento acontece das 7h às 19h. O CAPS conta ainda com oito leitos para acolhimento integral e o apoio de duas Unidades de Acolhimento Adulto (UAAs).

Durante essa pesquisa participei de reuniões gerais com a equipe, reuniões com cada mini-equipe (responsáveis por micro áreas do território de abrangência do serviço), conversei brevemente com Vitória enquanto ela esteve no acolhimento integral e tive duas entrevistas com Bruna.

3.2. A história de Bruna

Minha intenção inicial com essa pesquisa era conhecer pelo menos uma usuária que cada mini-equipe indicasse e poder entrevista-las com o objetivo de saber mais sobre suas histórias, tendo o cuidado como um significante-guia para minha escuta. Conforme a construção da pesquisa foi acontecendo, me dei conta de que não seria possível atingir esse objetivo, pois a maior parte das mulheres, usuárias do CAPS, que a equipe me contou sobre, não acessavam o serviço com frequência e/ou estavam em situação de consumo intenso de drogas indo ao CAPS eventualmente, em momentos de maior crise, e por isso eu não conseguiria me aproximar delas no correr do meu tempo de pesquisa. Reorganizei os rumos e optei por ter como objetivo entrevistar apenas uma dessas mulheres. Foi assim que conheci Bruna que é descrita pela equipe como alguém que estava *"vivendo um bom momento"* (equipe).

Bruna se identifica como uma mulher parda, tem 42 anos, e um sorriso largo no rosto. Possui ensino médio completo, faz curso de informática, trabalha como auxiliar de limpeza em uma funerária, quanto à religiosidade é evangélica e no momento dessa pesquisa estava solteira. Nós tivemos dois encontros, dentro do CAPS III AD Brasilândia, nos quais conversamos sobre os temas que elenquei em meu roteiro de pesquisa e também rompemos fronteiras, indo para além deles.

Acredito que se faz importante ressaltar que Bruna traz sua história a partir da perspectiva do consumo de drogas, em nossas conversas procurei ampliar as perguntas em busca de acessar outras dimensões de sua vida, mas me deparei com o contínuo retorno as histórias de dor ligadas ao consumo da substância ou as de conquistas, que na perspectiva da parceira de pesquisa, foram construídas porque ela interrompeu o uso de drogas. Questiono-me sobre a fixação no tema da droga: Será que tem relação com o fato de estarmos conversando dentro da instituição em que ela cuida desses sofrimentos? Ou será que pode apontar para uma possível institucionalização de Bruna, num sentido da redução de si mesma a nomeada doença da dependência química?

Apresento nessa categoria-correnteza a história de Bruna, como ela me contou, e trago reflexões, questionamentos e afetações. Começamos com um evento que marca brutalmente sua história:

> *[...] Eu comecei a usar droga com 12 anos... Com 11 anos eu fui estuprada por vários caras e minha mãe me levou para tirar a criança, entendeu... Eu lembro que eu vi a enfermeira tirar a minha filha e para mim ela tava viva, mas ela enrolou minha filha no saco e jogou no rio. Eu me lembro da minha filha viva... E eu fiquei com muita raiva da minha mãe.[...]Comecei a usar droga assim. Às vezes essa lembrança ainda volta...*

Bruna sentiu raiva da mãe por ela a ter levado para realizar o aborto, me pergunto se essa forma de agir da mãe pode corresponder a uma tentativa de cuidar e proteger a filha dentro das possibilidades materiais que haviam ali naquele momento. Bruna conta com tristeza que demorou muito tempo até conseguir falar sobre isso e, ainda hoje, a lembrança da filha enrolada no saco a perturba. Depois do estupro, do aborto, da perda da filha para o saco e para as águas do riacho, Bruna sente raiva.

> *Bruna: Eu era muito estourada, muito nervosa, não sabia lidar com esse meu nervoso, sabe...*
> *Barbara: Você acha que o nervoso veio daí, dessa situação do estupro?*

> *Bruna: Isso! Ele [o nervoso] foi crescendo, sabe... Foi crescendo... Depois [...] eu adquiri a bipolaridade, eu não sabia lidar com essa bipolaridade, eu já tinha esse nervoso meu, aí veio essa bipolaridade que uma vez eu tava nervosa, uma vez eu tava rindo, uma vez tava chorando, aí eu não sabia pegar esse nervoso e se controlar então eu descontava na pessoa que não tinha nada a ver, hoje não, hoje eu já me vejo outra pessoa... Tadinha, minha mãe coitada, minha mãe várias vezes eu descontava nela e ela sempre manteve aquela paciência, sabe. Ela tem aquela paciência, e daqui a pouco eu já descontando, nossa, ia com a água fervendo em cima dela e ela mantendo aquela paciência em cima de mim, sabe. Várias vezes! Hoje eu já consigo ser mais paciente com ela, consigo me ver no lugar dela, sabe, consigo ver que é difícil para ela também...*

Bruna refere ter sentido raiva da mãe, em outro momento da conversa me conta que se sentiu como uma assassina por ter matado sua filha. Essa raiva se transformou em um modo de se relacionar com o mundo a partir da agressividade, do "nervoso" (sic). Uma maneira de tentar se defender da dor. Essa brutal violência – o estupro coletivo – e sua consequência: o aborto ilegal, modularam a relação de Bruna com sua mãe e com o mundo.

Há um estereótipo comum em nossa cultura que associa a agressividade às mulheres negras. Sobre isso evoco as palavras da professora jamaicana Opal Palmer Adisa, também uma mulher negra:

> Você já se perguntou alguma vez por que tantas mulheres negras parecem sentir raiva? Ou por que caminhamos como se carregássemos tijolos nas nossas bolsas e fôssemos golpear e maldizer uma amiga simplesmente por ter derrubado um chapéu? Isso acontece porque o stress é a bainha das nossas roupas, está grudado aos nossos cabelos, impregnado em nosso perfume e pintado em nossas unhas. O stress vem de sonhos adiados, de sonhos reprimidos, vem de promessas não cumpridas, de falsas promessas; vem de sempre estarmos por baixo, de nunca sermos consideradas bonitas, de não nos valorizarem, de tirarem vantagem de nós; vem de sermos mulheres negras na América branca (2006, p.114).

O stress nomeado por Adisa (2006) é correspondente ao que Bruna nomeia como nervoso. Ser nervosa é a reação a uma estrutura racista que negou a Bruna o acesso à proteção quando ela ainda era uma criança e sofreu um crime terrível: o estupro coletivo. Grada Kilomba (2020) afirma que o racismo gera cicatrizes psíquicas importantes e que não devem ser negligenciadas. Se considerarmos o racismo como estrutural e institucionalizado em nossa

sociedade, notaremos que as experiências racistas são cotidianas na vida de mulheres como Bruna e o nervoso, a raiva são ferramentas de sobrevivência que elas encontram.

No entanto, Grada Kilomba (2020) também aponta que nomear o sujeito negro a partir de aspectos como agressão e sexualidade tem sido utilizado na sociedade branca como formas de permitirem que os sujeitos brancos escapem da historicidade de opressão da qual ele faz parte e construa a imagem do branco como civilizado e decente, enquanto os negros se tornam os incivilizados, ameaçadores, perigosos. Desse modo, compreendo que é importante uma sensibilidade a função do "nervoso" (sic) na história pessoal de Bruna, sem esquecer-se do que esse afeto significa coletivamente para a história das mulheres negras e nas opressões de classe, raça, gênero que as atravessam.

Também é importante ressaltar aqui que compreendemos a violência sofrida por Bruna como fruto de um histórico colonial, patriarcal, racista que constitui o Estado brasileiro e suas políticas de proteção. É Françoise Vergès (2021) quem aponta a:

> [...] centralidade da escravidão colonial na fabricação da vulnerabilidade a uma morte prematura, nas noções normativas e raciais da feminilidade e da boa masculinidade, na invenção do que constitui a "boa" família, as boas maternidades e paternidades, na construção da infância, na economia do esgotamento dos corpos e das riquezas (p.59).

Vergès (2021) também afirma que dentro dessa estrutura em que a escravidão colonial se faz central, há vidas que são mais preciosas do que outras, se considerarmos a colonialidade de ser (MALDONADO-TORRES, 2007), saberemos que as vidas que são preciosas são todas aquelas que se aproximam dos valores brancos e burgueses. Portanto, a autora aponta a importância de buscarmos a construção de políticas de proteção decoloniais e antirracistas, considerando que esses aspectos estão intrinsecamente ligados a um posicionamento anticapitalista e despatriarcalista, já que esses sistemas funcionam de modo cruzado operando contundentes violências contra as mulheres.

Bruna também refere que:

> *Depois [...] eu adquiri a bipolaridade, eu não sabia lidar com essa bipolaridade, eu já tinha esse nervoso meu, aí veio essa bipolaridade que uma vez eu tava nervosa, uma vez eu tava rindo, uma vez tava chorando, aí eu não sabia pegar esse nervoso e se controlar então eu descontava na pessoa que não tinha nada a ver*.

Acredito que seja fundamental uma escuta crítica sobre os diagnósticos em mulheres, já que, como aponta a autora Valeska Zanello (2018), a loucura tem sido utilizada historicamente como etiqueta para mulheres que protestam contra as normativas de gênero e buscam outros modos de vida. Segundo a mesma autora os diagnósticos são socialmente gendrados e possuem efeitos perfomativos que prescrevem formas de expressão de um sofrimento que são passíveis de serem reconhecidas em seu tempo.

Em uma sociedade em que existem padrões normativos fixos sobre o que é ser uma mulher observamos que:

> Ao definir os sintomas que compõe certo transtorno, sem uma crítica de gênero, pode-se criar um olhar enviesado que hiperdiagnostique transtornos em certo grupo e invisibilize-os em outros. Além disso, os resultados epidemiológicos acabam por naturalizar diferenças construídas culturalmente, as quais deveriam ter sido problematizadas na base mesmo de definição do transtorno (ZANELLO, 2018, p. 23).

A importância dessa construção crítica sobre os diagnósticos evita que nós, profissionais de saúde mental, sejamos capturados pela medicalização da vida e nos furtemos de investir na construção de uma lógica complexa que busca compreender o sofrimento dessa mulher em intersecção com sua raça, classe, profissão, território de origem, religiosidade, aspectos biológicos/fisiológicos e sua própria relação com seu corpo. Também na construção dessa escuta crítica e complexa é necessária a compreensão de que "os contextos culturais provêm também as pessoas com scripts sobre como devem sentir e expressar emoções" (ZANELLO, 2018, p.32) de modo que há certos modos de expressar as emoções e sofrimentos que são menos valorizados e geram conflitos quando acontecem. Partindo de uma percepção decolonial, podemos considerar que as expressões afetivas e emocionais que estão fora do script hegemônico baseado na branquitude são mais facilmente capturadas pelas lógicas medicalizantes e diagnosticadas como doenças.

Outra questão importante sobre essa escuta do sofrimento que fica colada com os valores coloniais é, que pode ocorrer uma invalidação do sofrimento dessas usuárias se ele não estiver enquadrado dentro das normativas hegemônicas que se baseiam nos manuais de diagnósticos, ou seja: o enquadramento ao diagnóstico serve como validador para o cuidado, sendo que, sem um rótulo a expressão de sofrimento que foge a norma pode ser mais facilmente julgada como menos intensa/importante ou então não considerada.

Bruna narra um sentimento de incompreensão e não escuta, sentia que não era ouvida pela mãe. O uso da cocaína foi se intensificando com os anos, ela começa a sentir-se

deprimida, deseja ajuda, mas não sente que tem suporte. Chegou a sair de casa e ir viver em um albergue (Centro de Acolhimento para Adultos) em um bairro próximo a casa da mãe, até que retorna para casa depois da mãe insistir. Em outro momento, tomada por um sentimento de impotência perante o uso de cocaína, saí novamente de casa e vai para a região da Cracolândia:

> *Barbara: Mas o que te levou a sair da sua casa?*
> *Bruna: Olha, para a cracolândia foi porque eu pedia ajuda várias vezes para a minha mãe, mas a minha mãe não entendia, eu queria sair da cocaína e ela não entendia o porque eu me jogava na cocaína mesmo que as vezes eu não queria estar nela, que eu tava com depressão, sabe... E a minha mãe por julgamento não entendia, eu tava cansada... Aí eu liguei uma vez para uma pastora e falei: "vou me jogar na rua porque eu não sei como sair da cocaína... eu não sei". Quando eu fui ver, eu não sabia, eu fui saber que eu tava na cracolândia no outro dia quando a menina me falou.*

Mais uma vez mobilizo as palavras de Adisa (2006):

> [...] Por quanto tempo você acha que pode prender a respiração sem ser asfixiada? Sim, as mulheres negras se suicidam! Nós nos matamos quando paramos de sorrir; quando tomamos drogas para abafar a dor de ser negra; quando, no desespero de ter "alguém", permitimos que nosso companheiro ou companheira nos violente física e mentalmente; quando permitimos os que privilégios de classe, renda, cor, aparência ou preferência sexual nos dividam; quando mês após mês choramos sozinhas sem ter com quem desabafar (p. 114).

Foi a dor de Bruna que a levou a conectar-se com a cocaína. Em uma tentativa de medicalizar sua dor, de lidar com a falta de proteção do Estado, de anestesiar-se da raiva, a cocaína surge como uma possibilidade de vida – uma amiga com quem desabafar - mesmo que esteja concomitantemente ligada a seu apagamento, mortificação simbólica que a leva a abandonar-se: *"vou me jogar na rua"* (Bruna).

A mãe nunca desiste de Bruna e vai atrás da filha até encontra-la.

> *Bruna: minha mãe não me abandonava![...] Ali [na Cracolândia] eu fui ficando, mas eu fiquei umas duas, três semanas e aí minha mãe foi me buscar...*

> *Barbara: E como que ela te achou lá?*
> *Bruna: [...] A minha mãe é evangélica, aí ela disse que ela orou e deus mostrou para ela exatamente o lugar aonde eu tava, sabe. Só que ela chegou exatamente no momento em que eu ia conhecer a pedra, eu só não fui para a pedra, mas lá na Cracolândia eu já tinha ido pro corote, eu já tava sem tomar banho que nem uma mendiga, já não queria saber de banho, sabe, só faltava a pedra pra mim se viciar de vez na pedra. Quando eu ia conhecer um pedacinho de pedra minha mãe chegou...Minha mãe chegou para me buscar...[...]eu falei para ela: eu quero tratamento, me ajuda a procurar o CAPS? Ela já conhecia o CAPS que uma vez a minha médica lá do posto de saúde tinha dito.*

Quem dá suporte às mulheres negras? Quem as apoia frente a uma sociedade colonial, patriarcal, manicomial e capitalista que insiste em mantê-las no centro da encruzilhada de opressões? Escuto sobre essa aliança entre mãe e filha e penso nessas questões.

Em minha trajetória como trabalhadora da Saúde Mental ouvi algumas histórias de mães que se apoiavam na fé e na religiosidade como forma de se manterem fortes e esperançosas sobre a vida de seus filhos e filhas. Mães que não desistiam, mesmo quando os filhos e filhas pareciam já tomados pela impotência. A relação de Bruna com a mãe mostra uma face coletiva do sofrimento das mulheres negras e a importância de nos questionarmos sobre a construção de dispositivos de apoio a essas famílias que se veem muitas vezes a margem das políticas públicas.

No “Manifesto das Ex-Presidentas e Ex-Ministras dos Organismos de Políticas para Mulheres: Os Direitos das Mulheres são Conquistas Diárias” Pitanguy et al (2021), retomam a história das políticas públicas voltadas para mulheres no Brasil e seus marcos enquanto frutos de mobilização e luta de movimentos democráticos. As autoras afirmam que nos últimos 40 anos, houve grande esforço para que:

> [...] em contextos políticos e econômicos diversos, os princípios de igualdade e equidade das mulheres com relação aos homens, o respeito à diversidade e ao pluralismo e a afirmação da laicidade do Estado foram considerados pilares das políticas públicas desenvolvidas nos governos democráticos que se sucederam. Pilares afirmados também nas esferas internacionais em que o Brasil sempre foi respeitado por sua afirmação dos direitos humanos (PITANGUY ET AL, 2021, p. 65).

Esses princípios e avanços conquistados até então passam a ser alvo de ameaça, segundo as autoras, principalmente após o golpe institucional de 2016 contra a presidenta Dilma. O que acompanhamos nos anos a seguir foi o desmantelamento de tudo que foi construído até esse período e a imposição de uma perspectiva familista, fundamentalista/religiosa e patriarcal que deu intensidade as forças conservadoras do país. A partir da retomada desse contexto Pitanguy et al (2021) chamam a atenção das mulheres para:

> [...] esse projeto de destruição de seus direitos – preconceituoso, racista, homofóbico e transfóbico –, e para a necessidade de que seja revertido por nós, da geração que contribuiu para escrevê-los, e sobretudo pelas jovens, para que as futuras gerações vivam em um país que respeita as mulheres como cidadãs plenas de direitos em suas vidas educacional, profissional, afetiva, familiar, sexual, reprodutiva, política. Para que vivam sem violência e a imposição de dogmas e preconceitos que tolhem sonhos, liberdades, autonomia e dignidade. Nossa caminhada conjunta fez e com certeza continuará fazendo a diferença. Resistam e fortaleçam as trincheiras de luta e de trabalho em defesa dos direitos das mulheres (p. 66).

É com essa perspectiva de resistência e fortalecimento das trincheiras de luta em defesa dos direitos das mulheres, respeitando a pluralidade do que é ser mulher nesse país, que ouço a história de Bruna e de sua relação com a mãe. Há muito que se lutar para que essas mulheres tenham acesso à proteção e, principalmente, para que seus sofrimentos não sejam lidos enquanto dimensões individualizadas e sim frutos de agenciamentos coletivos nos quais todos nós temos responsabilidades históricas.

Retomando a história de Bruna, depois de retornar para casa com sua mãe elas procuram o CAPS AD, local que Bruna já conhecia, pois a médica da UBS já havia a encaminhado antes, porém ela conta que nesse primeiro contato foi até o portão do CAPS, olhou a placa no muro branco e não conseguiu entrar:

> *[...] quando eu vi essa placa escrito álcool e droga eu não quis entrar, eu já discriminei na hora... a hora que eu vi álcool e droga, psicoterapêutica... nossa! Acabou comigo! Falei essa minha médica ela tá louca, ela tá doente da cabeça, como assim terapêutica (diz rindo).... Eu tô com problema e tô procurando tratamento, não terapia!... Porque tudo para mim com esse negócio de terapia, psicólogo, era tudo para quem era doido, quem tinha problema mental, sabe, não era para gente essas coisas, então eu ficava meio assim com receio, né... Magina! Nunca na vida que eu vou fazer esse tratamento! Nunca na vida que eu vou fazer tratamentos aqui!*

Ela me conta ainda que nesse mesmo dia encontrou cinquenta reais na calçada em frente ao CAPS, pegou esse dinheiro e fez o que sabia fazer para lidar com sua dor: usar cocaína.

É interessante refletir sobre esse posicionamento de Bruna frente à placa do CAPS, a sensação de que aquele espaço não poderia ajuda-la porque ela não é "louca" (sic). Acredito que Bruna, enquanto mulher usuária de droga deve ter tido experiências de discriminação por romper com o papel hegemônico atribuído as mulheres. As autoras Júlia Leal e Daniela Calderón (2017) indicam que no imaginário social a carga simbólica atribuída ao uso de drogas em mulheres tem relação com um abandono de seus papéis sociais representando um indício de degradação moral e falta de limites. Segundo as autoras:

> Quem no imaginário está feita para cuidar, velar e reproduzir a vida dos outros cotidianamente encontra prazer agora num objeto inanimado (a droga) e num ato centrado em si. Assim, as mulheres adictas contrariam a sua essência e com isso a dos outros, porque deixam de ocupar-se dos outros (parcial ou totalmente), deixam de ser suas mães ou suas conjugues (2017, p. 135).

Ressalto que esse imaginário social tem diferenças quanto aos papéis das mulheres brancas e das negras. Lélia Gonzalez (2020) aponta que para as mulheres negras a construção do lugar social está diretamente ligada as marcas deixadas pelo período de escravização do povo negro, estando até hoje associadas pela estrutura racista a empregadas domésticas, babás e outros subempregos. Há uma invisibilização dessa mulher em seus aspectos humanos que vão para além desses estereótipos, o que foi problematizado por Sojourner Truth, militante negra dos Estados Unidos, em 1851 na Convenção pelos direitos da mulheres:

> Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher? (1851/2014, p.1)

As mulheres negras e usuárias de drogas também não são mulheres? Com sonhos, traumas, desejos, medos como qualquer outra? Não são sujeitas-políticas como as outras? Compreendo que essas são perguntas que devem nortear nossas práticas de cuidado para que estejamos, enquanto trabalhadoras que ouvem e contam histórias de mulheres, atentas a não

reprodução desses estigmas já que sob o peso de romper com os papéis atribuídos hegemonicamente as mulheres e habitando o cruzamento das opressões de classe e raça, as mulheres negras e usuárias de drogas tem menor acesso aos CAPS AD e os entendem como um ambiente masculino que reproduz, através dos usuários e também de profissionais desse espaço, a lógica machista e patriarcal.

Na segunda vez que Bruna chega na frente do muro branco do CAPS, agora com a presença da mãe, as coisas são diferentes e ela consegue entrar no serviço e passar por atendimento.

Mais uma vez sinto que a mãe de Bruna é a única, até esse momento de sua história, a cuidar dela buscando alternativas, dentro de sua realidade social para lidar com as faltas e falhas de um Estado que deveria estar protegendo uma criança de um estupro coletivo; deveria promover fácil acesso ao aborto que é legalizado em casos de estupro de crianças; deveria também ter facilitado o acesso de Bruna - enquanto criança - a cuidados de Saúde Mental para que ela pudesse ter condições de elaborar o traumático, a raiva, de formas a não precisar se medicalizar com a cocaína a ponto de consumir essa substância de maneira prejudicial para si. Comento sobre a relação de cuidado que elas tem:

> *Barbara: A sua mãe, ela sempre cuidou muito de você, né...*
> *Bruna: Muito! Demais!... Muito, demais, desde quando ela foi me buscar na cracolândia, desde quando eu fui casada com meu marido e ele não me dava valor que ela via que meu marido era difícil e que eu me aprofundei na cocaína mais também por causa dele, sabe, comecei a beber por causa dele... Então, ela sempre quis morar perto de mim, ela nunca deixou eu morar longe, ela sempre quis morar perto.*

Bruna foi casada por nove anos com um homem que também fazia intenso consumo de múltiplas drogas. Conta que essa foi uma relação marcada por muitas violências:

> *Nessa época eu já usava droga e eu ficava agressiva porque ele bebia e ficava chato. Ele ficava chato e ficava me agredindo com palavras... Ficava me agredindo com palavras, então eu dava na cara dele. Eu quebrei uma clavícula dele, eu cortei ele por aqui com a faca então minha mãe tava me vendo sendo presa por ele. Então ela entrava em*

> *desespero, ela falou: minha filha não foi presa por tráfico mas minha filha vai ser presa porque vai acabar matando esse homem. [...] Cheguei a deixar ele desmaiado, eu dava pedrada nele... Eu dava pedrada. A minha última briga que eu tive com meu ex-marido, eu tinha pagado um aluguel e ele pegou o dinheiro do aluguel, pegou e saiu usando cocaína com um monte de homem dentro da minha casa, o que que eu fiz: eu enchi a cara, eu comprei 10 pino de cocaína e cherei tudo de uma vez na intenção dele. Eu peguei um copo de cinquenta e um, desse tamanho junto com velho barreiro e bebi de uma vez, que eu falei: eu vou beber na intenção dele. Nisso que eu bebi eu perdi o sentido, aí eu fui no barraco que ele tava, do colega dele e falei: - Dá licença que eu vou entrar porque ele vai apanhar igual mulher de malandro. Dizem que eu saí fora de mim, eu não lembro, mas o povo diz que eu saí fora de mim... Eu joguei fogo nele mas não pegou, foi por Deus que o isqueiro não pegou, por que senão eu tinha atacado fogo nele. Diz que eu pisava no pescoço dele... Ele não morreu eu não sei como...*

Bruna conta que essas violências eram tão naturalizadas para ela que demorou até que ela tomasse consciência de que essa era uma relação muito ruim para ambos. Como sempre, sua mãe estava por perto e tentava alertá-la:

> *[..] eu não conseguia enxergar, sabe. E isso eu era apaixonadíssima por ele, então eu suportava muitas coisas por causa dele. Minha mãe enxergava isso. Aí minha mãe enxergava e eu falava que ela tava se intromentendo e mesmo assim ela não saia de perto de mim, todas as casas que ela morava eram perto ou eram no mesmo quintal porque ela sabia que eu agredia ele e ela ia atrás. Tanto é que na minha última agressão ela falou: Chega!, que ela viu que o negócio foi feio mesmo, ela viu que eu agredi, eu mandei ele pro hospital mesmo. Eu mandei, óh! O negócio foi tão feio que eu quebrei as duas garrafa de cachaça na cabeça dele, ele ficou desmaiado na minha casa, eu tranquei a porta e fui lá na mãe dele e falei: - vai levar seu filho no*

> *hospital que seu filho tá morrendo na minha casa. Então fia, eu quase matei sabe...*

Ela acredita que ficou esse tempo todo dentro dessa dinâmica violenta porque não aprendeu a se amar, não sentia amor por si mesmo:

> *Nove anos assim. Minha mãe, ela enxergava coisa que eu não enxergava porque eu tinha um amor por ele que eu não sentia por mim, sentia aquele amor que eu não sentia por mim e ele me humilhava bastante, eu se dedicava a trabalhar por ele, ele sendo mecânico e eu ganhava o que? 45 reais a minha hora e ele era mecânico, ele gastava o dinheiro tudo em droga então, eu cansada, trabalhando, trabalhando, sabe , para agradar ele e ele gastando o dinheiro tudo na cachaça, sabe, me humilhando. [...]Eu sustentava ele, sabe. Eu se sujeitava a ele porque eu não conseguia enxergar que eu podia viver sem ele.*

Com dificuldades em se inserir no mercado formal de trabalho, nessa época ela trabalhava informalmente em eventos como auxiliar geral ou auxiliar de limpeza. Seu modo "nervoso" de relacionar também aparecia nesses ambientes de trabalho:

> *Tinha dia que eu queria bater no patrão e o patrão me mandava embora, eu não tava nem vendo, sabe... Hoje lá no serviço, até os clientes que vão à funenária, entra assim, quem diria eu passando um pano que o cliente ia pisar naquele chão e eu: pode passar, fica a vontade! Nunca na vida muié! (Bruna ri)... Ou eu limpando o banheiro ali, para ver ter noção nos eventos, quando eu limpava o banheiro dos eventos eu jogava cândida para sujar a roupa do povo.[...] O povo passava e eu xingava o povo, não tava nem aí se eles tava pagando o evento ou não.*

Mesmo dentro de uma dinâmica violenta no seu relacionamento amoroso, Bruna buscava cuidar do ex-companheiro, estava disposta a fazer por ele mesmo que isso significasse machucar-se emocionalmente ou arriscar sua integridade física.

> *Teve uma vez que eu tava tendo uma crise epilética, porque eu era epilética antes... Eu era epilética, fiz tratamento com a neuro, aí depois eu abandonei ...E teve uma vez que eu tava tendo crise convulsiva e eu saí da crise, consegui, acabei de chegar em casa e ele tava lá com um tufo de cocaína me oferecendo. Ele falava vai na biqueira e eu lá. Por gostar dele eu me sujeitava a essas coisas, eu ia na biqueira para ele, sabe. Eu fazia muita, muitas coisas erradas por ele.*

É Bell Hooks (2021) quem nos diz:

> [...] a maioria das pessoas que pensam não serem dignas de receber amor tem essa percepção porque, em algum momento de sua vida, foi socializada por forças fora de seu controle para se ver indigna de amor. Nós não nascemos sabendo como amar alguém quer se trate de nós mesmos ou de outra pessoa. Contudo, nascemos capazes de reagir ao carinho. Conforme crescemos, podemos dar e receber atenção, afeição e alegria. Aprender como nos amar e como amar os outros dependerá da existência de um ambiente amoroso (p. 94).

Na perspectiva de Bell Hooks (2021) o amor-próprio não é uma tarefa individual depende do coletivo no qual essa pessoa está inserida, da história da qual esse sujeito faz parte. Sendo assim, podemos nos questionar o quanto a nossa sociedade estruturada no racismo, patriarcado e capitalismo é um ambiente favorável para as mulheres negras aprenderem que são dignas de amor.

Bruna não aprendeu a cuidar de si, pergunto durante nossa conversa o que ela entende que é cuidado e ela se refere ao “amor” (sic) que o CAPS ofereceu para ela. Bruna tem no CAPS sua principal referência de cuidado. Busco compreender o cuidado de forma mais ampla, pergunto sobre o que ela faz para se sentir bem, o que gosta de fazer para si mesma e ela sempre retorna ao CAPS. Parece-me que o CAPS consegue se colocar enquanto um ambiente que dá sustentação a uma experiência amorosa.

Depois de nove anos marcados por violências, Bruna conta que processualmente foi tomando consciência da situação e dos malefícios desse relacionamento. Conforme tomava consciência foi "desgostando" (sic) desse homem e conseguiu ter forças para romper a relação. Sobre esse processo Bruna conta:

> *[...] aí quando eu fui ver eu fui desgostando, eu fui desgostando da relação que tava uma relação abusiva. Fui desgostando da relação, sabe, que já tava muita agressão, ele não me batia só que ele agredia em palavras, e se ele me agredia em palavras eu perdia a paciência e eu que agredia ele. Então eu ia com faca, com garfo, eu ia com tudo pra cima dele, sabe. Aí eu fui vendo que a relação tava... Quando eu fui vendo eu fui desgostando. Aquele gostar que eu tinha por ele loucamente, eu fui desgostando, sabe, quando eu fui ver, eu fui largando. Eu fui largando! Aí no começo, eu larguei e com uns 2 meses eu sofri muito, eu sofri mesmo, aí quando eu fui ver o sofrimento tinha passado. Aí o rolo entrou, que foi um barraco que nóis tinha, eu tinha colocado o nome dele numa casa minha junto e para poder vender eu precisava da assinatura dele, só que eu coloquei eu como minha primeira titular que eu recebo bolsa aluguel até hoje, sabe. Ele só percebeu que me perdeu quando eu tirei ele do meu apartamento.[...]: Porque ele não achava que eu ia sair da vida dele, nunca! Ele achava que ele ia continuar fazendo, ia continuar bebendo, que ele ia poder ficar me viciando porque ele não me ajudava a sair da cocaína, não me ajudava a sair da bebida, sabe...*

Ela me diz que viveu esse processo sozinha e conta em outro momento da conversa que:

> *Eu nunca fui de pedir ajuda não viu, sempre resolvi tudo sozinha mesmo, não pedia ajuda para ninguém... Quem me ajuda é o CAPS mesmo.*

A solidão é mais uma das marcas deixadas pelo período de escravização dos negros no Brasil. A ideia de mulheres negras como “fortes”, como pessoas que “aguentam mais a dor” tem sido usada para justificar a perpetuação de diversas violências e as mantém na solidão, sem suporte, sem cuidado (CRUZ, 2021). Essa ideia se reflete nos mais diversos espaços sociais e pode ser considerada como mais uma expressão da colonialidade de ser já que mantém essas mulheres no lugar de não humanas.

3.3. Encontro das águas: mulheres que cuidam de mulheres

Melissa Oliveira Pereira (2019) assinala que o campo da Saúde Mental é formado majoritariamente por mulheres. Esse dado também aparece na minha inserção no CAPS III AD Brasilândia, sendo que desde meu primeiro contato com as preceptoras do CAPS a majoritária presença feminina na composição da equipe se destaca como tema na fala das profissionais.

Na primeira reunião com as preceptoras e coordenadora, elas demarcam o quanto o início das experiências GAM no serviço trouxeram a questão da desigualdade de gênero para discussão, já que a equipe pôde ir refletindo sobre a dificuldade de acesso das mulheres ao CAPS AD e também sobre os desafios da produção de cuidado para mulheres dentro desse espaço:

> *[...] principalmente quando um homem apresentava-se em um estado de crise, ao buscar intervir, as trabalhadoras não se sentiam ouvidas e era quando, então, um homem, trabalhador da equipe se aproximava e ia traduzindo o que elas diziam ao usuário e assim podendo construir um diálogo com o usuário em questão. O incômodo estava na condução da situação pelos próprios colegas de trabalho, a qual não legitimava a atuação das trabalhadoras (diário de campo).*

O trecho acima faz alusão a uma das falas usadas pelas profissionais ao contar sobre essas situações. As profissionais contam que também se discutiu, nessa mesma época, o quanto as normativas e moral patriarcal acabavam invadindo a escuta dos profissionais e sendo reproduzida em atendimentos de mulheres, as quais muitas vezes reagiam de forma

violenta a essas reproduções de opressões: exemplificam com o caso de uma usuária que agride um trabalhador durante um atendimento.

O fato de ser uma equipe de mulheres também se expressa como um analisador importante quando nos debruçamos sobre como as trabalhadoras narram as histórias das mulheres atendidas nesse serviço, em principal, em como descrevem se sentirem afetadas por essas histórias: ouço relatos em que elas sentem que também são atingidas pelas mesmas opressões que atravessam os corpos das mulheres que atendem e isso, a depender do caso, torna o processo de vínculo mais difícil, já que há um afastamento das profissionais devido a uma identificação com a usuária.

Nas reuniões de mini-equipes em que participei escutei as histórias de quatro mulheres, a maioria negra, de idade entre 25 – 40 anos, não inseridas no mercado formal de trabalho e, em sua maioria, com baixa escolaridade. Ao ouvir o narrar da equipe sobre esses casos eu fazia questionamentos e perguntas na direção de conhecer mais sobre as usuárias e seus projetos terapêutico singulares. No final do encontro sempre fazia a seguinte pergunta: "E o que a história dessa usuária mobiliza em vocês? Como vocês se sentem afetadas por essa história?".

Ao perguntar sobre como as histórias das usuárias afetam as trabalhadoras percebo que construo a possibilidade de que essas profissionais também sejam escutadas enquanto sujeitas dentro desse processo de produção de cuidado. Há, nesse ponto, uma quebra no ritmo das reuniões que leva, em geral, a um silêncio após a pergunta. Entendo esse silêncio como a entrada em um tempo não linear, a possibilidade de olhar para si e se reconhecer também enquanto um corpo de mulher inserido nesse regime político racista, patriarcal, capitalista e colonial.

Ser uma mulher que cuida de mulheres traz especiais desafios e noto que as equipes não têm como prática abordar esses temas em seus espaços de reunião. Sendo assim, percebo que o meu momento com as equipes tem também a perspectiva de construção de cuidado pela via da criação de um espaço de escuta.

As autoras Rachel Passos e Melissa Pereira (2017) apontam que as mulheres negras foram força de trabalho nos primeiros hospícios brasileiros. Esse dado expressa a divisão racial e sexual do trabalho em nossa sociedade, na qual o trabalho de cuidado segue sendo atrelado às mulheres. Sobre esse ponto, Helena Hirata discute:

> O trabalho de cuidado é exemplar das desigualdades imbricadas de gênero, de classe e de raça, pois os cuidadores são majoritariamente mulheres, pobres, negras, muitas vezes migrantes (provenientes de migração interna ou externa). Por ser "um

> conjunto de práticas materiais e psicológicas que consiste em trazer respostas concretas às necessidades dos outros", o trabalho de cuidado de idosos, crianças, doentes, deficientes físicos e mentais foi exercido durante muito tempo por mulheres, no interior do espaço doméstico, na esfera dita "privada", de forma gratuita e realizado por amor (2016, p. 54).

Considerado socialmente como de menor valor, o trabalho de cuidado segue sendo centralizado nas mulheres e pouco reconhecido e valorizado monetariamente e economicamente. Diante desse contexto se faz importante ressaltar que apesar de estarmos falando sobre mulheres que cuidam, há diferenças marcantes quando analisamos essas condições a partir de um olhar interseccional: apesar de haver muitas mulheres negras ocupando os espaços de trabalhadoras de saúde mental, é comum que as equipes sejam formadas por uma maioria branca e, quando falamos da equipe técnica, temos mulheres com formação universitária, pertencentes, portanto, às classes mais favorecidas. E o que isso pode nos indicar sobre a divisão sexual e social do trabalho?

As trabalhadoras do CAPS III AD Brasilândia são, em maioria, mulheres que devido à formação social racista do Brasil e a estruturação da sociedade em classes, tiveram mais privilégios e oportunidades de mobilidade e ascensão social. As trabalhadoras de saúde mental estão empregadas formalmente, ganhando um salário fixo e têm mínimas condições de trabalho acessíveis. Já as mulheres que frequentam o CAPS, que são em sua maioria negra, de classes populares, muitas sem acesso a educação e a maioria sem acesso a emprego formal, encontram maior dificuldade de conseguirem trabalhos e lugar social para além dos trabalhos que envolvem o cuidar. Numa condição de muitos pontos de encontro com elas, temos as trabalhadoras que exercem diversas funções de apoio no serviço, dentre as quais as redutoras de danos, as auxiliares técnicas ou mesmo as profissionais da limpeza.

Compreendemos que ao analisar as afetações entre mulheres que cuidam de mulheres se faz necessária a reflexão de que estamos falando sobre dois grupos trabalham com cuidado, o primeiro com o cuidado em saúde mental e o segundo com o cuidado dos bebês e das casas do primeiro grupo, além dos espaços públicos que o primeiro grupo, provavelmente, acessa mais que o segundo. Certamente essas diferenças compõe elemento fundamental na maneira de afetar e deixar-se ser afetada no seio dessas relações.

A associação que se faz entre mulheres e o trabalho de cuidado traz em seu bojo concepções moralizantes, tais como a ligação entre cuidado e assistencialismo. Essa é uma ideia que também desvaloriza o trabalho, muitas vezes duro e árduo, mas predominantemente complexo e rico realizado em instituições como o CAPS AD. Essa associação moralizante

também abre brechas para que discursos reducionistas, estigmatizantes e estereotipados ganhem força nesse campo.

A crítica sobre os diferentes lugares sociais ocupados pelas trabalhadoras técnicas do CAPS AD e as usuárias desse serviço é importante para a tomada de consciência que as distinções de vivências, valores e modos de vida construídos a partir das classes sociais permitem que haja relações e afetações entre trabalhadoras-usuárias, porém pode gerar também dificuldades nas construções de vínculo e desenvolvimento de práticas de cuidado. Há distâncias que precisam ser pautadas enquanto componentes fundamentais na análise dessa relação, já que as usuárias do serviço não se afetam ou se vinculam com as trabalhadoras brancas, de classes mais abastadas, numa condição de identidade.

3.4. Impasses para um curso decolonial do cuidado

Essa categoria-correnteza parte do questionamento: quais são os impasses para a construção de um cuidado decolonial na atenção a mulheres usuárias de drogas?

Considerando a portaria 336 de 2002 (BRASIL, 2002), os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas tem a responsabilidade de organizar a demanda e rede de saúde mental no âmbito de seu território, desse modo compreendemos aqui que esses serviços devem operar fundamentalmente de forma comunitária.

Retomando o conceito de mestiçagem crítica (GONÇALVES, 2016), enquanto espaço que articula diferentes memórias históricas e saberes não coloniais – aqueles que vão além da racionalidade branca, burguesa e capitalista – os CAPS AD tem a potência de penetrar na malha de significações da realidade de seu território, da comunidade a qual pertence, e contribuir por meio da articulação dos saberes, éticas, práticas e percepções de mundo que compõem esse território, na construção de um projeto crítico à colonialidade de poder.

Entendemos, dessa forma, que a articulação comunitária é uma pista valiosa para a construção de um cuidado crítico à colonialidade de poder e é por meio dessa chave que analisaremos os impasses trazidos nas falas da equipe e também de nossa parceira de pesquisa. A partir do diário de campo da pesquisadora e das entrevistas realizadas com Bruna, elencamos três impasses que mais aparecem nas falas: 1) impotência; 2) solidão; 3) reprodução de narrativas dominantes e 4) tempo.

É a parceira de pesquisa Bruna quem nos relata:

> *A gente sofre bastante preconceito, eles [equipes de saúde] julga muito a gente. Eu costumo ir no Hospital Cachoeirinha... É porque eu já tive 40 começo de overdose, entendeu? E sempre ia lá. Aí teve uma vez que eu tava em HN[Hospitalidade Noturna] aqui no CAPS, mas me deu muita vontade de usar e eu fugi... Aí usei muita cocaína e não tava me sentindo bem, então usei lança pra ver se melhorava um pouco, mas aí comecei a sentir que meu coração ia parar, fui correndo lá pro Hospital e eles demoraram pra caramba para me atender... Cheguei lá umas 4h da manhã e fui ser atendida lá para as 7h... E nesse dia eu tava com muita sede, eu ficava andando pelo corredor pedindo água para as pessoas... Pedia água para o guardinha, pedia para as enfermeira que passavam... E ninguém me dava água. Depois de um tempo entrei no banheiro, aquele banheiro bem sujo né, mas tive que beber água ali na pia mesmo, foi o jeito. Toda vez eles demoram muito para atender a gente que tem um vício. Isso porque eu tenho casa, né, às vezes eu vou lá e vejo aquelas pessoas que não tem casa, mora na rua, esperando atendimento e penso: como será que é com eles? Acho que eles julgam mais ainda!*

Na fala de Bruna há uma imbricação de algumas dimensões que trataremos aqui. Um primeiro ponto é a solidão dessa mulher que ao tentar cuidar de si faz o consumo equivocado de uma substância, o lança-perfume, que em interação com a droga que havia utilizado anteriormente a coloca em uma situação de risco. Percebendo a reação de seu corpo, ela vai sozinha ao hospital da região no qual não é reconhecida enquanto sujeito passível de cuidado. Bruna estava só, impotente diante do olhar racista, patriarcal, proibicionista e colonial do hospital. O olhar de "julgamento", palavra usada por Bruna, expressa a forma com que o sistema que se estrutura por meio de alicerces capitalistas, patriarcais e coloniais não consegue se conectar ao tempo da necessidade da usuária, aumentando ainda mais o seu risco de vida nesse momento de vulnerabilidade.

Nesse ponto ressalto que Silvio Yasui (2010) define que cuidar é uma relação:

> O cuidado é uma condição que permite, produz, mantém, preserva a vida humana frágil, fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre seres. Cuidar não pode ser apenas realizar ações visando a tratar a doença que se instala em um indivíduo. Ou seja, o cuidador não é somente um profissional especializado que executa um

> conjunto de ações técnicas. O sujeito não se reduz a uma doença ou a uma lesão que lhe causa sofrimento. Cuidar remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro (p. 119).

Baseando-se na definição de Yasui (2010), compreendo que o ato de cuidar demanda envolvimento afetivo com o outro e uma abertura para perceber a complexidade humana para além dos estereótipos socialmente forjados ou que através de um tecnicismo frio são mantidos e reproduzidos. Se cuidado é relação, Bruna não teve um bom encontro no Hospital.

As dimensões de impotência e solidão também aparecem na fala das equipes ao relatarem como se sentem afetados pelas histórias das mulheres que atendem. Sobre a solidão a equipe diz:

> *"[...] eu fico pensando... Quem acolhe uma pessoa como ela? Tô falando das políticas públicas mesmo... A saúde não dá conta sozinha"* (profissional da equipe).

A equipe se sente só ao tentar cuidar de questões que percebem ir além das fronteiras dos muros do CAPS. Percebo que, no momento em que essa pesquisa é realizada, tem sido comum a centralização dos projetos terapêuticos singulares dentro do CAPS, com poucas articulações com pontos comunitários ou outros serviços da rede. Questiono, em uma das reuniões de mini-equipe, se eles realizam essas articulações, a equipe responde que devido à alta demanda de trabalho na pandemia ainda não haviam tido tempo para discutir de modo mais cuidadoso e aprofundado os casos e agora, ao me contarem a história dessas mulheres, também percebem que podem acionar outros equipamentos e citam a própria UBS do território.

No final das reuniões de mini-equipe, ao questionar as equipes sobre as afetações que sentem no contato com as histórias dessas mulheres, me deparo com diversas falas sobre impotência:

> *Todos apontam o sentimento de impotência e sobrecarga, apontam a dureza de ver "uma mulher tão bonita nessa situação" (diário de campo).*

> *[...] me sinto do mesmo jeito que ela: impotente (profissional da equipe);*

> *[...] para mim o pior é não conseguir fazer muito no sentido do sofrimento dela. Fazemos coisas, mas a pessoa continua sofrendo (profissional da equipe);*
>
> *[...] profissional refere sentir que: "há poucas possibilidades";*

A que se deve o sentimento comum de impotência e solidão na equipe? Parece-me que no encontro entre equipe e as mulheres usuárias do CAPS AD há uma composição entre territórios existenciais que passam por diversos estratos de intensidades que integram a experiência de toda a coletividade envolvida. Nesse encontro, a solidão e o isolamento são afetações que devem ser compreendidas considerando os diversos sentidos que esses afetos podem ter na história das mulheres negras usuárias de drogas e dos trabalhadores de um CAPS AD. Para essa problematização, nos basearemos no conceito de transversalidade de Félix Guattari (2004).

Simonini e Romagnoli (2018) assinalam que Guattari compreende que:

> Para além da verticalidade hierarquizante e da horizontalidade niveladora de perspectivas, a transversalidade já remeteria a uma dimensão mais conectiva, colocando em análise estratos diversos e descontínuos a atravessar um determinado sujeito ou grupo (p. 919).

Essa concepção é importante porque nos ajuda a complexificar a análise das relações entre equipe-usuária, de modo a inserir nesse campo um conjunto de forças que abarcam dimensões sociais, históricas, o racismo institucional, o sistema capitalista, o patriarcado e a própria racionalidade colonial.

As mulheres negras sofrem com a solidão, resquício do período da escravização do povo negro. Sofrem ao se sentirem impotentes frente à reprodução de uma relação colonial, patriarcal, racista e proibicionista que encontram nos espaços de saúde, quando estão vulneráveis. A equipe, atravessada por essas experiências existenciais, é impactada e reproduz em seu próprio corpo os mesmos afetos que as mulheres usuárias de drogas sentem. Essa capacidade de afetação da equipe é importante e enquanto analisador indica que nessa conexão entre equipe-usuária há a necessidade de um rearranjo que possibilite outras saídas frente aos agenciamentos que constroem solidão e impotência.

E como encontrar saídas para a solidão e para a impotência? Apostamos aqui na articulação comunitária a partir de um compromisso decolonial enquanto uma proposta que

resgata os valores societários da Luta Antimanicomial, aqueles que Silvio Yasui (2009) denomina como contra hegemônicos, por revelarem nossa disposição à convivência, a aliança e um profundo respeito pelas diferenças. E é por meio da construção comunitária baseada nesses valores que se pode construir transformações no cotidiano das pessoas que acessam o CAPS AD.

É Silvio Yasui quem defende que o cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no encontro e, portanto:

> [...] o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O Caps é meio, é caminho, não fim. **É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores [** grifo nosso**]** (2010, p. 115).

Considerando os CAPS AD enquanto estratégia de tessitura das tramas de um cuidado que envolve o aliançar-se com os diversos seguimentos sociais que compõe a comunidade na qual esse equipamento está inserido, mobilizo Julieta Paredes militante feminista decolonial e proponente do feminismo comunitário, que nos explica que:

> Cuando decimos comunidad, nos referimos a todas las comunidades de nuestra sociedad, comunidades urbanas, comunidades rurales, comunidades religiosas, comunidades deportivas, comunidades culturales, comunidades políticas, comunidades de lucha, comunidades territoriales, comunidades educativas, comunidades de tempo libre, comunidades de amistad, comunidades barriales, comunidades geracionales, comunidades sexuales, comunidades agrícolas, comunidades de afeto, comunidades universitárias, etc. **Es compreender que de todo grupo humano podemos hacer y construir comunidades. Es una proposta alternativa a la sociedad individualista (grifo nosso).** (2010, p. 87).

Quando ampliamos a compreensão e alçamos que todo grupo humano pode vir a ser uma comunidade e que essa é uma saída para a sociedade individualista, que segundo Paredes (2010) se baseia na visão neoliberal, percebemos que não estamos sozinhas. Há muitos caminhos possíveis dentro da aposta comunitária, para tanto é importante a abertura para que saibamos ouvir outros saberes, éticas, práticas, outras formas de se relacionar intersubjetivamente que borrem as fronteiras da Saúde Mental tradicional, hegêmonica, ambulatorial que tem no CAPS AD um dispositivo que deve centralizar o cuidado. A proposta de Julieta Paredes nos convida a multiplicidade, a transversalidade.

Silvia Federici (2022) nos atenta que nos interessam os espaços comuns, de comunidade, que se esforçam na construção de relações sociais que não são orientadas pela lógica do mercado capitalista. Isto é, quando falamos do CAPS AD enquanto articulador comunitário nos referirmos a busca pela construção de espaços que fortalecem a cooperação social e que visem minar o controle do Estado sobre nossa vida amplificando as possibilidades de acesso a modos de vida mais criativos e fora do circuito capitalista, patriarcal e colonial.

Antonio Lancetti (2015) acredita que a transformação na vida das pessoas que buscam os CAPS não acontece somente porque dentro desse espaço podem ressignificar suas histórias, mas, principalmente "pelas experiências que acontecem entre a clínica e a vida cultural, laboral ou artística na aquisição de novas identidades ou na ruptura de repetições autocentradas ou quando da produção de novas sociabilidades" (p.126).

Parece que ofertar a oportunidade de mulheres negras, periféricas e usuárias de drogas construírem novas identidades e sociabilidades por meio dos encontros com comunidades pautadas em uma lógica anticapitalista, é um caminho interessante na construção de um cuidado que produz transformações que não se reduzem a noção tecnicista de tratar o sofrimento de quem busca o equipamento de saúde, mas se amplia e tem o potencial de transformar a relação dessas pessoas com as próprias trabalhadoras da RAPS e com o território em geral: os vizinhos, os comerciantes locais, religiosos, universitários, estudantes, professores universitários, e todos que possam compor comunidades dentro da área de abrangência do CAPS AD.

Lancetti (2015) define: "é preciso desenvolver uma curiosidade e um gosto pelo diverso. Uma alegria do diverso" (p.126). Construir comunidade no sentido que estamos pautando aqui é, portanto, se afetar alegremente pela diversidade e criar composições potentes com ela. Construir bons encontros.

Para que esse cuidado, comunitário e decolonial, seja operacionalizado dentro dos CAPS AD apostamos na clínica peripatética proposta por Antonio Lancetti (2012). Esse modelo de práxis é usada pelo autor para abordar a possibilidade de uma relação terapêutica que se faz fora dos muros das instituições: caminhando, conversando, pensando em movimento, tomando café pela cidade, ocupando espaços fora do setting tradicional. É quando o corpo da trabalhadora-terapeuta ocupa o lugar simbólico de contorno do setting. A clínica peripatética propõe que a trabalhadora de saúde mental seja uma conectora, alguém que articula com o fora e busca em conjunto com as usuárias ampliação de vida, encontros

que possibilitem devires. Esses devires que se dão na dialética dessas relações intersubjetivas podem ser devires-mulheres, devires-militantes ou devires outros e muitos que possibilitem a passagem dos desejos, aqueles que não estão capturados pela codificação normatizada do que se entende para o papel de uma mulher negra, usuária de droga ou de uma trabalhadora de saúde mental em tempos neoliberais.

A Brasilândia é um território constituído por diversos movimentos comunitários, tais como: o Sarau da Brasa, Cinescadão, Quilombo Terça Afro, Rede Brasilândia Solidária, Associações de moradores, Samba do Congo, entre vários outros. Rosa et al (2021) explica sobre a região:

> [...] o território é plural e intenso nas organizações coletivas e solidárias da população, que protagoniza o enfrentamento das condições vividas em redes e iniciativas comprometidas com a vida, provocados por uma forte e potente vinculação afetiva com o espaço em que vivem e com as relações que os constituem (p.105).

Durante o período da pandemia esses movimentos[12] se organizaram de maneira solidária na entrega de máscaras, cestas básicas e itens de higiene pessoal para toda a comunidade. Essa rede comunitária aquecida compõe o que Milton Santos (1999) compreende como território-vivo. Segundo o autor o território deve ser analisado a partir de seu uso que se expressa "como um campo de forças, como o lugar do exercício, de dialéticas e contradições entre o vertical e o horizontal, entre o Estado e o mercado, entre o uso econômico e o uso social dos recursos" (p. 19). Nessa perspectiva o entendimento de um território só é possível quando pensado em conjunto com seus atores locais, aqueles que constroem o cotidiano das relações sociais nesse espaço.

A noção de território-vivo de Milton Santos (1999) nos ajuda na compreensão de que essa práxis peripatética deve se compor ao território de forma a ocupar um lugar de intermediação entre os atores locais e os serviços da RAPS, em busca da maior emancipação coletiva da comunidade, considerando as vulnerabilidades ocasionadas pelas estruturas de opressão de raça, classe e gênero.

Escolhemos o uso do conceito práxis para descrever a clínica peripatética proposta por Lancetti (2012), pois, Silvio Yasui (2010) define que:

---

[12] Matéria local sobre a organização dos movimentos comunitários da Brasilândia no período da pandemia: https://www.jornalspnorte.com.br/iniciativas-sociais-de-brasilandia-formam-uma-rede-de-solidariedade/

> A práxis é o fundamento do conhecimento. Exprime, também, o poder que o homem tem de transformar o ambiente externo, tanto natural quanto social, e o de ser transformado por esse mesmo processo. Quer dizer, atividade que se modifica a si mesma, ao modificar o ambiente. (p. 114)

Sendo assim, compreendemos que é por meio da práxis que podemos redefinir ou elaborar conceitos que servem como orientadores do cuidado. Considerando as ideias-força aqui colocadas: construção de comunidades, práxis peripatética e território-vivo, compreendemos que é por meio dessa perspectiva que a RAPS da Brasilândia poderá fazer o enfrentamento de questões tão importantes como as que Bruna, nossa parceira de pesquisa, coloca:

> *[...] eu acho que o Hospital precisa melhorar entendeu, porque eles tem muito preconceito, eles julga muito as pessoas que usa droga. Isso aí pode até piorar a vida da pessoa entendeu, uma pessoa pode até morrer esperando o atendimento deles. Então eles precisa melhorar isso!*
> *Barbara: E você acha que eles tratam assim por causa da droga mesmo, ou ser mulher também afeta?*
> *Bruna: Ah acho que ser mulher afeta também... Mas acho que é mais por causa da droga.*

A fala de Bruna sobre o julgamento moral sofrido no Hospital é importante para refletirmos sobre o contexto sócio histórico em que nos localizamos ao realizar essa pesquisa e quais são as narrativas dominantes nesse cenário. Observa-se no Brasil e em toda a América Latina uma processual ascensão da chamada "nova direita" ou "ultradireita". No Brasil esse é um processo que vem ocorrendo paulatinamente tendo como um marco importante o impeachment da presidenta Dilma, em 2016, e se fortalecendo de maneira ampla durante o governo Bolsonaro, que teve inicio em 2018. A chamada nova direita se apoia em valores conservadores como a família tradicional patriarcal e valores religiosos, em sua maioria neopentecostais, na defesa de pautas que vão contracorrente dos direitos de certos estratos da população como as classes populares, a comunidade LGBTQIA+, os negros, as mulheres, os indígenas, quilombolas, e outras (ROMANCINI, 2018).

No período do governo de Bolsonaro (2018-2022) houve intensificação da estratégia de construção de pânico moral sobre temas que poderiam romper com padrões sociais, econômicos, culturais e subjetivos normativos que contribuem com a manutenção do capital, racismo, patriarcado e exploração advinda do poder colonial. A estratégia do controle das

mídias para a construção de narrativas antagonistas a pautas sociais foi intensamente utilizada, durante esse governo, construindo narrativas falsas como sobre o “kit gay”, suposto kit de “doutrinação” de crianças e adolescentes para se tornarem LGBTQIA+. Com a intensa divulgação, pelas diversas mídias, desse tipo de conteúdo ultraconservador observou-se que no cotidiano das pessoas também ocorreu o avanço de relações sociais pautadas nesse sistema conservador (ROMANCINI, 2018).

A partir desse contexto sócio histórico na Saúde Mental também temos acompanhado uma guinada ultraconservadora. É Pedro Gabriel Delgado quem aponta:

> Entre 2016 e 2019, o governo federal tomou as seguintes medidas: 1) modificou a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra ‘substitutivo’ para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial (DELGADO, 2019, p.2).

Na perspectiva da política sobre drogas temos um acirramento do apoio ás Comunidades Terapêuticas e diminuição do alinhamento a propostas de redução de danos (DELGADO, 2019). Essas mudanças tem fortalecido, no campo do cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, um direcionamento moral das práticas que passam a ser centradas no julgamento baseado nesses valores ultradireitistas, os quais são expressos no cotidiano de ações da RAPS, que tem como foco a busca pela modificação e correção das usuárias de drogas, as mantendo em lugar social de subalternização frente às normativas patriarcais, capitalistas, racistas e coloniais.

É importante ressaltar que a nossa política sobre drogas se configura, desde sua criação, como um campo de contradições no qual as narrativas hegemônicas ligadas a moral conservadora, que se expressam no proibicionismo e guerra às drogas, convivem com os tensionamentos propostos por perspectivas alinhadas a redução de danos e consideração das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas enquanto sujeitos políticos, que necessitam de um cuidado pautado na ampliação de vida e direitos sociais (MONTENEGRO;

BRILHANTE; MUNGUBA, 2021; PASSOS; SOUZA, 2021; SESTOKAS; OLIVEIRA, 2018). Essas disputas de narrativas também sempre apareceram no cotidiano dos serviços, na construção dos projetos terapêuticos singulares, nas condutas dos variados pontos da RAPS, mas é importante destacar o fortalecimento de ações e discursos proibicionistas e alinhadas a colonialidade do poder nesses últimos anos (2016-2022).

A parceira de pesquisa Bruna também aponta que vivenciou esses julgamentos em sua relação com alguns profissionais do CAPS III AD Brasilândia:

> *[...] mas eu era bem nervosa essa época, tinha até uma referência que não me dava bem com ela, aí pedi para trocar...*
> *Barbara: o que aconteceu com essa referência?*
> *Bruna: ah é que eu era bem nervosa... Eu dei trabalho aqui, viu... E ela tava sempre achando que eu tinha usado, às vezes a gente tá só nervosa sabe... e ela ficava falando: " hoje você usou hein Bruna", aí eu ficava mais nervosa. Não me dava bem com ela.*

A equipe do CAPS AD também fala sobre esse jogo de forças entre perspectivas morais conservadoras e noções que busquem composição entre as diferenças que ocorre dentro do próprio serviço e aponta:

> *[...] o corpo dela faz emergir a gordofobia e as questões sobre estética padrão da própria equipe (profissional da equipe).*

> *[...] uma última profissional pontua que o contato com a usuária faz a equipe entrar em contato com o próprio sofrimento com relação ao padrão de beleza: "o corpo dela é tão marcado por essas violências, que é difícil olhar nos olhos dela... É muito difícil para eu atende-la".*

Aqui a profissional identifica a gordofobia, uma expressão do aprisionamento feminino a um determinado padrão de corpo imposto pela construção patriarcal. Também notamos os sofrimentos advindos de uma dimensão que é comum tanto para usuárias como para as trabalhadoras: o território existencial de serem mulheres que vivem sob a égide de um sistema capitalista, patriarcal, racista, classista que as quer subalternizada. Há um encontro

entre a dimensão de subalternização dessas múltiplas mulheres e isso gera incômodos: “é difícil olhar nos olhos dela...” diz a profissional. Reflito: Essas mulheres tem espaço no cotidiano de trabalho para falarem sobre essas afetações?

É Gayatri Spivak (2010) quem nos diz:

> Entre o patriarcado e o imperialismo, a constituição do sujeito e a formação do objeto, a figura da mulher desaparece, não em um vazio imaculado, mas em um violento arremesso que é a figuração deslocada da “mulher do Terceiro Mundo”, encurralada entre a tradição e a modernização (p.119).

Acredito que nesse campo de disputas de narrativas e frente aos avanços da moral ultradireitista construir espaços nos quais as mulheres possam falar sobre os efeitos das opressões sobre seus corpos – tanto trabalhadoras quanto usuárias - e ser ouvidas enquanto sujeitos-políticos é crucial para o enfrentamento da reprodução e manutenção de práticas que se baseiam em preconceitos e julgamentos morais.

O silenciamento dessas violências também constrói a manutenção das mesmas que passam a serem naturalizadas. Bruna fala sobre a introjeção do estigma social reproduzido nos ambientes de saúde: ela também teve preconceito com o CAPS AD.

> *[...] a gente foi na UBS... eu tava bem mal, acho que só fui atendida porque minha mãe tava comigo... e o médico de lá falou para vir para o CAPS... Aí eu vim... mas com aquele preconceito, sabe? No começo eu tinha preconceito, mas o que me ganhou foi o acolhimento (Bruna, parceira de pesquisa).*

Ao cuidarmos de mulheres também se faz necessário nos atentar ao tempo. Julieta Paredes (2010) assinala que a temporalidade é uma dimensão constituinte de nossa experiência de vida sendo que há diversas temporalidades possíveis e para a autora: “Tomar conciencia de nuestros tempos va abriendo espacios para producir processos de transformacíon de nuestra cotidianeidad y nuestra propia historia (p. 109)”. Nessa esteira ressaltamos que o modo que vivenciamos nossa temporalidade também é atravessado pelas intersecções de gênero, raça e classe. O tempo não é o mesmo para todos.

Julieta Paredes (2010) diz:

> Un tiempo es para los hombres donde ellos son privilegiados, com el tiempo importante, y otro es el tiempo para las mujeres donde las mujeres viven um tiempo no importante y por eso el tiempo de las mujeres es succionado por el tiempo de los hombres (p.109).

Os homens vivenciam o tempo de forma privilegiada, já que em nossa sociedade estruturada por valores capitalistas, sua força de trabalho tem um valor público maior do que a força de trabalho das mulheres. O tempo das mulheres é destinado, na maioria das vezes, a tarefas de cuidado, que mantém toda a comunidade, mas são tarefas que seguem sendo nomeadas pelo patriarcado como menos importantes. Tomadas por jornadas de trabalho duplas, triplas e cada vez mais exaustivas, as mulheres estão sempre cooptadas pela temporalidade capitalista e patriarcal que não respeita o tempo singular de cada mulher (PAREDES, 2010).

Nessa máquina de sugar o tempo das mulheres, sabemos que aquelas que estão no centro das opressões de raça, gênero e classe, as mulheres negras, são as que menos possuem tempo para si, pois são demandadas, como refere Vergès (2020), de fechar e abrir a cidade para que todos possam usufrir dela.

Em um de meus encontros com as mini-equipes do CAPS III AD, me deparo com a seguinte cena:

> *A reunião estava bastante cheia de profissionais e havia um **senso de urgência** demarcado por falas, de mais de um profissional, sobre a importância de se discutir um caso que estava em acolhimento integral e precisava de maior atenção. Três profissionais, referências dos casos que descreverei a seguir, se mostraram preocupadas em me contar a história de duas mulheres, a equipe concorda e pede que seja um relato breve devido ao contexto. Conforme elas contavam os casos, bastante preocupadas em falar os aspectos que sentiam ser mais importantes, mas também **visivelmente preocupadas com o tempo, fomos interrompidas algumas vezes, por demandas de maior urgência**, como nomeação de profissionais referências para alguns casos que haviam sido acolhidos pelo serviço naquele dia (diário de campo).*

Em um ambiente marcadamente masculino como o CAPS AD, e tendo em vista a noção trazida por Julieta Paredes (2010), de que os homens, nessa estrutura patriarcal, racista e capitalista, têm seu tempo privilegiado e considerado mais importante que o das mulheres,nos perguntamos: qual a consequência de seguir como direcionamento das práticas, dentro de um CAPS AD, o tempo da urgência?

O tempo da urgência nessa reunião se mostrou privilegiar também aos homens: a maior parte dos casos que foram acolhidos nesse dia era de homens; o caso que a equipe precisava discutir era de um homem que estava em acolhimento integral. Enquanto isso eu ouvia de forma resumida e com tempo escasso a história de mulheres que não estavam acessando o serviço com frequência, que geravam desconfortos na equipe, que estavam em situação de vulnerabilidade e já haviam relatado diversas violências sofridas.

Fico sabendo por uma das preceptoras do CAPS que após eu sair dessa reunião uma profissional fez a seguinte fala: *"a mini-equipe deve ser um espaço para nos aprofundarmos nos casos... para a gente se derramar... esparramar"* (profissional da equipe). Compreendo que a minha presença produz o efeito de gerar uma diferença no modo com que a própria equipe percebe a temporalidade na qual está operando e tem a potência de construir questionamentos sobre o atravessamento do tempo da urgência e o que ele pode significar para essas mulheres.

Com Julieta Paredes (2010) passamos a compreender a importância de considerar as diversas temporalidades e construir uma leitura interseccional sobre elas, já que a autora aponta que a emancipação das mulheres passa pela construção de formas sociais de regressar e recuperar o tempo das mulheres. Para Paredes (2010), quando falamos de tempo para mulheres estamos abordando: o trabalho doméstico compartilhado; a monetização e valorização econômica do trabalho doméstico; a participação política das mulheres; o tempo para as mulheres estudarem, cuidarem de sua saúde, terem descanso e se dedicarem a maternidade. O cuidado para mulheres negras, usuárias de drogas, periféricas envolve, portanto a construção coletiva da valorização do tempo dessas.

Ao falarmos de tempo também é fundamental nos atentarmos ao que Rosana Onocko Campos (2003) aponta:

> A lógica do trabalho em saúde impõe às equipes, muito frequentemente, um ritmo acelerado. Essa pressa é a maior aliada da banalização e da alienação que desejamos combater. [...] Abrir pausas para a reflexão, ajudar a suportar o mal-estar (Freud, 1997) inevitável do trabalho em equipe ou em qualquer organização – pública ou privada –, criar um espaço de fala protegido; todas essas atividades se enquadram na função 'suporte' (p.204).

Segundo Onocko Campos (2003) as equipes precisam de suporte para a construção de espaços seguros de reflexão sobre esse ritmo acelerado imposto. A autora aponta também que desde 1990 observa-se no Brasil uma mudança dos parâmetros de avaliação das políticas públicas de saúde, passando de eficácia para eficiência. Eficácia é um termo utilizado para se

referir à produção de saúde do SUS e seus impactos nos indicadores de saúde da população de determinado território. Já eficiência é utilizada para se referir à produção de procedimentos e dentro dessa lógica, o que caracteriza um serviço eficiente é a produção máxima de procedimentos ao menor custo possível. Nota-se, portanto, que há uma invasão da lógica de mercado no planejamento e avaliação de políticas de saúde.

Silvio Yasui (2010) discute que essa perspectiva produtivista trouxe para o cotidiano dos serviços um aumento de relações burocráticas. Ao invés de investirmos em um campo relacional que se configura através dos bons encontros, da criatividade e do trabalho vivo, temos investido na mera reprodução de técnicas de caráter moralizante e de controle. A captura do tempo da eficácia pelo tempo da eficiência torna o trabalho repetitivo, burocrático, fabril e sem sentido. Nesse contexto, as relações passam a ser mediadas pelo medo, pela paralisação criativa imposta pela lógica de máxima produtividade e impedem a autonomia necessária para a construção de projetos de vida. Yasui (2010) explica:

> produzir cuidado por meio do encontro de subjetividades, na perspectiva de uma ruptura epistemológica com as práticas hegemônicas, significa coragem para correr riscos, abrir-se para a potencialidade produtiva do encontro (p.122).

Essa captura do SUS pela lógica do mercado vem se acirrando, principalmente na relação com as Organizações Sociais de Saúde (OSs), que priorizam as práticas de trabalho que estão atreladas a repasses de verbas. Em agosto de 2022, com a chamada portaria das metas, a Portaria da cidade de São Paulo número 538/2022, acompanhamos um grande movimentação de trabalhadoras do SUS que apontam que essas resoluções irão intensificar ainda mais os desafios na construção de um cuidado que não seja pautado em produtividade e sim em construção de saúde, de relações que impactam e transformam a realidade dos territórios.

Os desafios para a construção de um cuidado decolonial seguem em curso, mas compreendemos, por meio das ideias-força trabalhadas no mergulho que fizemos nessa categoria-correnteza, que também as possibilidades de resistência e construção criativa existem.

3.5. Navegando pelo desejo: caminhos para uma clínica insubordinada

“Dedico essa reflexão a memória de Vitória, que através de seus “delírios de gestação” nos ensinou sobre a potência do desejo de uma mulher que não se submete as forças mortíferas do patriarcado”.

Essa correnteza me leva ao encontro da história de outra mulher, também usuária do CAPS III AD: gostaria de refletir sobre minha experiência de contato com a história de Vitória, a qual apresenta elementos que me parecem enriquecedores também para a continuidade de análise das outras categorias aqui colocadas.

Vitória faleceu durante a construção dessa pesquisa, em julho de 2022. Estava em situação de rua, a equipe do CAPS AD, naquele momento, não soube me informar ao certo a causa da morte.

Tive contato com ela uma vez apenas, conversamos brevemente no espaço de convivência do CAPS, ela me disse que estava grávida e que iria ter a criança ali no CAPS AD. Contou-me que sentia dores nas costas e por isso recomendei a ela que tomasse um banho quente e é quando ela me diz: "banho quente é ruim porque relaxa, e se relaxa ele sai [se referindo à criança]... mas ele sai e volta de novo", eu sorri e disse que ele gostava de ficar ali dentro e não queria sair. Vitória concordou, me disse que iria descansar e foi embora.

Ela era uma mulher jovem, de 20 e poucos anos, parda, com dois filhos com os quais ela não possuía contato. Conforme a equipe me conta:

> *A região em que ela mora é chamada de Tribo, por ser uma área de invasão no meio de uma região de muito difícil acesso. A comunidade ali é dominada pelo poder do tráfico, e no inicio do acompanhamento o CAPS não tinha permissão para ir até a casa da usuária, os serviços de saúde marcavam um ponto de encontro com a família. Com o passar do tempo, conseguiram ampliar o acesso à família e ao território, e assim foi possível fazer algumas visitas na casa. Os trabalhadores relatam que a moradia é bastante precária: um espaço muito pequeno com um fogão e local para dormir. Ali residem: Vitória, seus dois irmãos, sua mãe e seu padrasto. Segundo o que sabem os irmãos, a mãe e o padrasto sobrevivem de bicos e reciclagem. A relação familiar é marcada pelo estigma: a veem como alguém que escolheu usar drogas e viver nas ruas. A mãe e o padrasto são evangélicos, e segundo a equipe conta, devido a falta de recursos sociais e também as ideias preconceituosas e discriminatórias ligadas a religião, não conseguem dar a Vitória o suporte necessário.*

Ao seguirem contando a história da usuária Vitória, ouço a seguinte afirmação: *"temos que emprestar desejo a ela para que ela queira ver o primeiro filho, é muito difícil, ela não traz nada".* Não me espanto, já que a expressão emprestar desejo se tornou jargão comum nesse campo. Eu mesma, durante minha prática em CAPS AD, ouvi essa frase diversas vezes em reuniões de equipe, matriciamentos e reuniões com equipes de outros CAPS. Até que um dia me peguei repetindo esse jargão ao falar de uma pessoa atendida no CAPS AD e ao me escutar estranhei a fala. O que isso quer dizer, afinal? É exatamente esse estranhamento que experienciei novamente ao ouvir essa frase no relato da equipe. Parece-me, então, que o desejo é uma pista a ser seguida para melhor compreender a relação de cuidado que se estabelece com essas mulheres.

O que é o desejo? A partir da concepção de Deleuze e Guatarri (2011) o desejo não é a restituição de uma falta, também não se configura como uma mera intencionalidade ou querer. O desejo pode ser pensado como uma força que agencia e é agenciada por diferentes componentes, produzindo uma teia de conexões e circuitos. Domenico Hur (2020) explica que o desejo:

> É apreendido muito mais como um processo, um funcionamento, e não como um ente, uma substância. Nesse sentido, o desejo é visto como uma propagação de fluxos, de linhas, que produzem conexões. Sua propagação abre passagens, produz sistemas, faz circuitos, enfim, constitui máquinas e agenciamentos (p.174).

Enquanto força, o desejo pode assumir diversos vetores direcionais e formar variados agenciamentos, nos quais o sujeito é uma parte desse conjunto de elementos que configuram o circuito de conexões do desejo. Esses circuitos de conexões são nomeados por Deleuze e Guatarri (2011) de máquinas. Segundo Hur (2020): "então, ao mesmo tempo em que o desejo pode se fixar em máquinas que constituem sistemas fechados, formas, que o represam, ele pode propagar-se enquanto desejo livre, na produção de devires e acontecimentos" (p.180). Em outras palavras, o desejo pode se fixar a máquinas que sejam produtoras de vida ou pode se fixar em máquinas que despotencializem os sujeitos e as coletividades capturadas por esses agenciamentos. É importante ressaltar que nessa perspectiva o desejo não é individual e sim coletivo, pois envolve agenciamentos com uma multiplicidade de símbolos, significados, seres, ideias, coisas, sujeitos, e etc.

As máquinas são capazes de gerar regimes de códigos para o desejo. Temos, portanto uma máquina social que gera codificações a partir das interseccionalidades de classe, raça e

gênero, sendo que os sujeitos, com base em seu lugar nessas intersecções podem ser capturados por determinada máquina, ou dizendo de outro modo: se fixar a um conjunto de agenciamentos ligado àquilo que se considera norma dentro desse respectivo estrato. Esse processo produz subjetividades que quando cooptadas por esses regimes de códigos normativos fazem a manutenção e propagação das narrativas dominantes. Esse é um processo marcado pela retroalimentação entre a produção de desejo e a produção da realidade. Como Maeso (2020) afirma, esse processo constrói modos de vida que são simultaneamente sociais, econômicos e libinais.

A mulher negra é historicamente invisibilizada e seu lugar social está diretamente marcado pelos anos de escravização do povo negro (GONZALEZ, 2020). É ela quem está no centro da encruzilhada de opressões estruturais de classe, raça e gênero (CRENSHAW, 2004). Que agenciamentos do desejo são possíveis para essas mulheres, negras, periféricas, usuárias de drogas?

Considerando a colonialidade enquanto uma máquina da modernidade que se conecta de maneira inseparável com o capitalismo e o racismo (CURIEL, 2018), é possível pensar que a narrativa colonial é um circuito que captura desejos e os conecta a agenciamentos que mantém as mulheres negras fixadas nas determinações coloniais de ser. Essa fixação ocorre não apenas por afetar os modos de vida e processos de subjetivação dessas mulheres, mas por produzir um regime de códigos que também aprisiona os brancos e os mantém cooptados pelo olhar desumanizador das determinações de poder, ser, saber e de gênero que compõe a colonialidade, não os permitindo construir conexões outras na relação intersubjetiva.

Silenciadas por meio de um regime de código que dificulta o acesso a seus direitos como: educação, saúde, moradia, trabalho formal, essas mulheres se conectam e passam a desejar a partir daquilo que o tecido social reserva para elas. Ainda que com possibilidades roubadas pela máquina colonial, patriarcal e manicomial, elas se permitem sonhar e constroem dentro de suas redes linhas de fuga, conexões que as permitem desviar, deslocar-se, da captura.

A história de Vitória retrata esses circuitos que o desejo realiza. Segundo um redutor de danos da equipe:

> *o que eu lembro da Vitória é que ela nem sempre foi assim, ela era organizada. Sei que ela sempre foi uma mulher muito bonita e desejada na comunidade e o sonho dela era se relacionar com o chefe*

> *do tráfico de lá, então ela consegue atrair a atenção dele e eles começam um relacionamento, com isso a Vitória se torna a contadora do tráfico, era ela quem cuidava do dinheiro. Então o sonho dela era ter um filho desse cara, até que ela consegue engravidar e quando o filho nasce o cara começa a fazer violência psicológica com ela, afasta ela do bebê... Leva o moleque para longe e proíbe ela de ver ele por dias, fala que ela é drogada, que não pode ser mãe. Isso afeta a Vitória, e ela começa a usar muita droga, aí o cara justifica ainda mais que ela não pode ser mãe e proíbe de vez ela de ver o filho. Acho que nem a mãe dela vê esse filho da Vitória... Depois disso aí que ela fica assim. Deve ser por isso que ela tem delírio com a gestação, porque a gravidez é tipo um marco pra ela.*

Vitória desejou ter reconhecimento, visibilidade e um papel social importante dentro de sua comunidade, compreendeu que podia satisfazer esses desejos conectando-se com o traficante local. Consegue ser sua mulher. Tem o desejo de ter um filho com esse homem, o que a traria ainda mais proteção e ampliação de vida dentro de sua realidade social. Consegue ter essa criança e então é roubada pelo pai de seu filho, mas não somente por ele, é roubada por um sistema que engloba: o patriarcado, o machismo, o racismo, a perspectiva proibicionista sobre drogas e sobre ser uma mãe que consome drogas e a falta de suporte das políticas públicas que deveriam protegê-la enquanto mulher e mãe. Frente à dor da perda, Vitória deseja poder maternar, deseja seguir sonhando seus sonhos, deseja também não sentir mais dor. Conecta-se ao crack, agenciamento que parece entrar como possibilidade de lidar com seu sofrimento.

Tomada pelo desejo de poder maternar o filho roubado e em uma posição de recusa frente ao luto da perda, Vitória manifesta o que a equipe nomeia como ***delírio de gestação*** e se conecta por meio dessa posição subjetiva de mulher gestante ao Hospital Maternidade do território:

> *Vitória busca a maternidade do território, por vezes mais de um dia na semana, em busca de fazer exame ultrassom, pois acredita que está gestante e precisa fazer o pré-natal (não fica claro para mim se ela já apresentava esse delírio antes da perda dessa segunda criança).*

> *Desde então a história da usuária é marcada por idas a maternidade, que passou a envia-la ao CAPS de ambulância ou pedir que esse serviço a busque. Ao chegar ao CAPS, a equipe se divide, geralmente em 2 pessoas que ficam ao lado dela por todo o tempo, há um receio geral de que ela "fuja" (sic).*

É com esse agenciamento com Hospital que Vitória enuncia seu desejo de reaver sua criança e seus projetos de vida. É com esse "delírio de gestação" que ela não se subordina ao sistema colonial, manicomial, racista e classista que quer dizer quem pode ou não ser mãe. A equipe preocupa-se com a fuga da usuária, ao passo que me parece que fugir é exatamente o que ela entende que precisa: fugir da dor e desse circuito reduzido que a cooptou. Um circuito que teima em fixa-la na posição de mulher fora da norma branca e burguesa de mulher universal e por isso a entende como louca, drogada, sem desejo e incapaz de ser mãe.

A equipe tem seus pontos de dificuldade em conectar-se com Vitória. Ouço sobre a busca pelo melhor remédio para remitir o delírio de gestação; ouço também sobre tentativas de convencimento de que ela não está gestante, ou que esse não é o melhor momento de vida para gestar:

> *Ela [a psiquiatra] pontua que o manejo medicamentoso da usuária não é simples, já que o Haldol e a Risperidona não fazem a remissão do delírio de gestação (fragmento do diário de campo)*

> *[...] o meu incomodo com relação a isso [ao delírio de gestação] é que ela não consegue trazer como seria cuidar de uma criança, parece que ela para na gestação, ela só quer a gestação e não o filho em si, acho que ela não teve experiência de ser mãe com os outros filhos, deve ter a ver com isso" (profissional do CAPS).*

> *Essa profissional [a psiquiatra] aponta que quando a equipe conseguiu inseri-la por cerca de 2 meses em acolhimento integral no CAPS e iniciaram o uso de Olanzapina, a usuária apresenta a remissão do delírio e consegue se organizar em seu pensamento e autocuidado. Pergunto se nessa época ela trazia algum outro projeto*

> *de vida, sou informada que não, um dos trabalhadores refere que "é tudo muito frouxo, nessa época ela até falava da escola, mas eu achava frouxo"(fragmento do diário de campo).*

Observo aqui que a equipe se sente mobilizada em cuidar de Vitória, em tentar ajuda-la com essa dor, mas as formas que promovem o cuidado me parecem cooptadas por uma lógica manicomial e colonial. A tentativa de remissão do considerado delírio de gestação traz dentro de si também um silenciamento do desejo de Vitória em ser mãe, em reaver seu filho. De modo que, seguindo as noções Basaglianas (BASAGLIA, 2010), temos uma configuração de cuidado centrada na doença e que institucionaliza e reduz a usuária a essa doença. O cuidado que circula entre remitir o delírio e não deixa-la fugir para usar drogas, apesar de partir de um gesto genuíno de cuidado da equipe, acaba por reproduzir um sistema de hierarquia no qual quem sabe o melhor caminho para a usuária é a equipe e não ela mesma.

Ao afirmarem que a usuária "*não consegue trazer o que seria cuidar de uma criança"* e que **"***é tudo muito frouxo, nessa época ela até falava da escola, mas eu achava frouxo"***,** a equipe reforça estigmas e jargões comuns associados às mulheres que fazem consumo de drogas, como os que essas mulheres são menos capazes que as outras em serem mães e/ou tocarem suas vidas. Especialmente, quanto à capacidade materna, a pesquisadora Isadora Souza (2022) retrata em sua tese o quanto o movimento de retirada dos bebês de mães negras e usuárias de drogas atualiza e sofistica esses estigmas e jargões que tem claras raízes no padrão de poder colonial.

O patriarcado constrói um lugar social para as mulheres. Sabemos que para as negras, das classes populares, reduzidas a seus corpos e desumanizadas, resta ser a mulata no carnaval, a mãe preta dos filhos das brancas ou a empregada para os serviços domésticos (GONZALEZ, 2020). Para as brancas de classe social abastada, com outra socialização, resta serem submissas ao casamento e garantirem a continuidade da acumulação de capital por meio da força reprodutiva de seus úteros, ou seja, cabe a elas gerar herdeiros que possam dar continuidade a instituição familiar que resguarda a propriedade privada (COTRIM, 2021).

Em minha prática profissional pude constatar que parte significativa das mulheres que acessavam o CAPS AD estava lá por demandas judiciais ligadas a perda dos filhos para acolhimentos institucionais ou guarda provisórias para familiares. As experiências cotidianas nesses serviços nos apontam o quanto nossas instituições operam por meio de uma perspectiva calcada no proibicionismo: já que entendem o consumo como um vilão para a

construção de afeto entre mãe-filho e na lógica manicomial: já que compreendem que essas mulheres são doentes e as reduzem a esse aspecto.

Também nossas instituições pautam-se no machismo: de modo que não conseguem ter uma conexão com as histórias de vida dessas mulheres a partir do momento em que elas, por serem usuárias de drogas, descumprem normativas do papel de mulher em nossa sociedade. Pautam-se no racismo, ao passo que as mulheres negras usuárias de drogas são as que mais perdem seus filhos para acolhimento institucional e no classismo, já que a maioria dessas mulheres também é julgada por valores que não correspondem a sua classe social.

Esse conjunto de opressões reproduzidas por instituições que deveriam ampliar as possibilidades de vida dessas mulheres é uma sofisticação da máquina de poder colonial. Esse funcionamento indica também que estamos todos subjetivados por essa máquina de poder colonial e parece que o caminho para a construção de cuidado está na possibilidade de furar esse circuito de agenciamentos e alargar as possibilidades de conexões. Mas como reconfigurar o circuito colonial?

Voltamos à frase que abre essa categoria, quando a equipe afirma que: *"temos que emprestar desejo a ela para que ela queira ver o primeiro filho, é muito difícil, ela não traz nada"(profissional da equipe).* Se os desejos são circuitos de agenciamentos, de conexões, do que é feito esse desejo que a equipe "empresta" para a Vitória? Que posição subjetiva estamos assumindo, enquanto trabalhadoras, quando "emprestamos desejo" a uma usuária que habita esse lugar social?

Gostaria de seguir essa reflexão a partir da conceituação de Fortunato et al (2012):

> [...] uma análise mais profunda pode demonstrar que a máquina social só funciona com a adesão das subjetividades aos modelos de vida produzidos para elas pelos mais sofisticados dispositivos de poder, que de um lado lhes assujeitam, e de outro lhes recompensam com cifras e consumo, uma infinidade de mercadorias fetichizadas oferecidas no mercado globalizado, enquanto no seu interior e fora dele milhões de seres vivos sofrem os efeitos nefastos do mesmo sistema que não respeita a natureza nem a vida humana. O projeto central da política do capitalismo contemporâneo consiste na articulação de fluxos econômicos, tecnológicos e sociais com a produção de subjetividade. **Não há como o capitalismo se sustentar sem uma economia subjetiva correspondente à economia política** [grifo nosso]. Afinal, como manter as classes, os grupos, os indivíduos, na cifra dos milhões, conformados a um modelo econômico que lhes reduzem a seres endividados? (p. 69).

A máquina de poder colonial existe porque há grande adesão subjetiva a ela. A colonialidade não está superada, segue em nossa forma de nos relacionarmos uns com os outros. Segue moldando nossos modos de vida e nos conectando a outras formas de opressão que permitem a atualização, sofisticação e manutenção do padrão de poder colonial. Fortunato

et al (2012) acenam que somente dessa maneira a estrutura de opressões de classe, gênero e raça se mantém. Não há revolta ou rebelião quando se tem a ilusão de recompensa por meio dos mecanismos de assujeitamento que os dispositivos de poder do capital constroem por meio do sistema de consumo. O capitalismo codifica nossos desejos e nos insere no modo de produção nos incluindo no campo do trabalho e do consumo.

Dentro dessa dinâmica de forças, marcada pela ideologia neoliberal, somos estimulados a desejar de forma acelerada, desejar cada vez mais, em uma busca desenfreada de deixarmos de estar em dívida com o sistema, de acessarmos a nova mercadoria fetichizada que nos fará mais útil dentro desse sistema (MAESO, 2020). A utilidade, uma concepção capitalista, que nos aprisiona ao modo de produção: precisamos estudar mais, ganhar mais, ter um carro mais novo, ter um celular mais atual.

O que esperamos de uma usuária que começa a frequentar o CAPS AD? Que ela deseje mais. Que deseje voltar a estudar, deseje trabalhar em um emprego formal, deseje cuidar de seus filhos, deseje para além da droga. É como se esses fossem os marcadores de sucesso de um projeto terapêutico singular. É claro que queremos que essa mulher amplie sua potência de vida, alargue suas conexões, possa ter mais acessos e autonomia. Mas será que estamos conseguindo escutar os desejos delas ou só estamos reproduzindo os códigos aos quais nós mesmos estamos submetidos?

Se os desejos de Vitória a inserissem no campo da utilidade, do trabalho, do consumo, será que eles teriam sido mais facilmente escutados pela equipe?

É Ailton Krenak (2020) quem diz:

> Uma operação de resgate tem como intuito salvar o corpo que está sendo flagelado e leva-lo para um outro lugar, onde será restaurado. Quem sabe depois de uma reabilitação, ele pode até seguir operante na vida. Isso partindo da ideia de que a vida é útil, mas a vida não tem utilidade nenhuma. A vida é tão maravilhosa que a nossa mente tenta dar utilidade a ela, mas isso é uma besteira. A vida é fruição, é uma dança cósmica, e a gente quer reduzi-la a uma coreografia ridícula e utilitária (p.108).

O cuidado operado no CAPS AD não pode ser adaptar mulheres a uma "coreografia ridícula e utilitária". É como Basaglia (2010) aponta sobre nossa prática:

> [...] nossa ação atual tem que ser uma negação que, nascida como reviravolta institucional e científica, conduz à recusa do ato terapêutico como resolutivo de conflitos sociais, que não podem ser superados mediante a adaptação de quem sofre (p.105).

Essa postura implica em uma práxis que atue conforme a realidade material e simbólica das pessoas que atendemos nos CAPS, de modo que, em relação com as usuárias,

às próprias trabalhadoras possam também tomar consciência de si enquanto sujeitos históricos que também são assujeitados pela máquina de poder colonial, capitalista, machista e racista.

É por meio da tomada de consciência das próprias trabalhadoras e da recusa, por parte delas, do mandato social que teima em adaptar os corpos das frequentadoras do CAPS AD, que será possível a construção de um cuidado que se afirma decolonial. É decolonial porque pode escutar os desejos de cada uma em sua realidade particular, sem desconecta-los da conjuntura sócio-histórica que nos cerca, mas podendo reconhecer a riqueza também daqueles desejos que não parecem úteis ao circuito de produção capitalista, que fogem a norma, que se parecem loucos ou delirantes.

Krenak (2020) nos provoca: "nós temos que ter coragem de ser radicalmente vivos, e não ficar barganhando a sobrevivência" (p.109). Parece-me que essa radicalidade tem relação com nos conectarmos com as usuárias dos CAPS AD por meio de nossas características humanas fundamentais: nossas contradições, medos, sonhos, delicadezas, vulnerabilidades, tudo aquilo que produz comum, de humano para humano. Aquilo que faz fluir a vida, faz fertilizar a terra, sem deixar de considerar nesse encontro o impacto de nossas diferenças nesse sistema de opressões estruturais.

Roberto Tykanori Kinoshita (2016) afirma que a discussão sobre a Vida não deve ser algo trivial em nosso campo, já que a base de nossa ação deve ser a defesa da Vida. Essa é uma posição que demanda uma radicalidade, no sentido que Vera Cotrim (2021) acena: "a herança de um pensamento revolucionário é, pois, a identificação da maior radicalidade em cada determinação histórica, e não na repetição aprimorada ou expandida de seus princípios" (p.235).

Manifestamos, portanto que a defesa da vida das mulheres negras, periféricas, usuárias de drogas ligadas ao CAPS AD deve se posicionar a partir da abertura para a construção de conexões, agenciamentos de desejo que não estejam alinhados somente com os princípios de subjetivação capitalista, colonial, patriarcal e racista. Para tanto se faz necessário criar experiências de comum nas relações com essas mulheres, experiências essas que as ajudem a fazer circuitos desejantes que tenham passagem para os devires, para os germes de novos mundos. Nessa perspectiva, acreditamos que a trabalhadora de Saúde Mental é uma articuladora de comuns a partir de um lugar de mestiçagem crítica, como Gonçalves (2016) define, enquanto lugar de articulações de diferenças para a desconstrução da colonialidade.

A partir dessa posição compreendemos que a trabalhadora não empresta o desejo, pois sabe que seus circuitos também podem estar cooptados pelas noções coloniais e porque não se

coloca em hierarquia, mas compõe dialeticamente entre mulheres de forma a possibilitar passagens de desejos que emancipem ao invés de adaptarem pessoas.

Estamos afirmando aqui que essa é uma posição que demanda das trabalhadoras insurbodinação às narrativas dominantes e coragem para se afirmar como radicalmente vivas dentro de uma estrutura utilitarista que busca mercantilizar a saúde, formatando de forma fabril os equipamentos, por meio de metas de atendimentos, tempos reduzidos e opressões nas relações de trabalho. Nesse contexto sócio-histório, para emancipar mulheres através de uma sensibilidade interseccional é preciso se afirmar por meio de uma clínica insubordinada.

Para seguir: a potência do encontro das águas

Um respiro. Seguir em frente é preciso.

Até aqui percorremos, por meio das categorias-correntezas, águas que nos trouxeram reflexões sobre a formulação de um cuidado decolonial e feminista a partir dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas. O mergulho nessas águas nos levou a acompanhar fluxos de forças que formaram uma grande teia de experiências, conceitos, problematizações e afetos. De modo sucinto, podemos apontar que nessa teia cartografamos que um cuidado feminista decolonial tem como um caminho a práxis peripatética, que se integra com o território-vivo da comunidade de abrangência dos CAPS AD e intermedia conexões, agenciamentos comunitários, que possam produzir um terreno fértil para a construção de novas sociabilidades, ressignificações de histórias de sofrimento e emancipação das mulheres negras, periféricas e usuárias de drogas.

Essa práxis peripatética deve ser transversalizada por uma sensibilidade interseccional que permite que os CAPS AD compreendam seu papel na construção de transformações territoriais que possibilitem a emancipação das mulheres, em especial as mulheres negras usuárias de drogas. Essa sensibilidade interseccional é capaz de direcionar desde escolhas sobre como se posicionar perante questões contundentes, como a fome de um território, quanto ao cotidiano de construções de projetos terapêuticos singulares, que a partir dessa perspectiva, passam a ser mais conectivos e menos centralizados dentro dos muros da instituição.

Entendemos que esse cuidado deve partir da afirmação de uma clínica insubordinada aos valores hegemônicos, os quais reproduzem a colonialidade de poder, o patriarcado, o racismo, o proibicionismo e os modos de produção capitalista. A postura clínica insubordinada é uma afirmação pela defesa da vida e só por meio dessa postura insubordinada que conseguiremos construir relações a partir de um lugar de mestiçagem crítica, o qual permite que o CAPS AD penetre na malha de significações de sua comunidade de abrangência e possibilite a escuta e a valorização de saberes, éticas e práticas não capturadas pela colonialidade de poder. O trabalho terapêutico se faz nas contradições que emergem da dialética dos encontros entre trabalhadoras, usuárias e território. Contradições essas que trazem afetações que devem ser pensadas como possibilidades analíticas para a construção coletiva e criativa de saídas para as opressões, incômodos e medos que transversalizam esses encontros.

Em um campo de mulheres que cuidam de mulheres há a necessidade de construção de espaços de diálogos nos quais essas mulheres possam, de maneira segura, falar sobre o que é habitar o território existencial de mulher sob a égide de uma estrutura capitalista, racista e patriarcal que atrela às mulheres o trabalho de cuidado. A construção coletiva de suporte entre mulheres permite que haja maior valorização das temporalidades consideradas femininas, as quais são sugadas pelo patriarcado-capitalista e nomeadas como um tempo de menos valor.

Escolho trazer para esse último momento da dissertação cenas que expressam as transformações que o CAPS AD é capaz de promover. Desse modo, compreendo que o encontro entre mulheres – trabalhadoras de saúde mental e frequentadoras do CAPS - nos apresenta a uma potência de grande força que é um traço marcante da atuação que o CAPS AD pode alcançar na vida das pessoas. Minha parceira de pesquisa, Bruna, denomina essa potência do encontro como amor. Ao descrever como foi o seu primeiro acolhimento no CAPS, ela diz:

> *Ah... foi o amor né, o amor que a gente recebe de vocês ali. A gente conversou sabe, recebi um abraço no final... A profissional falou que tá aqui para me apoiar, que acredita em mim. Esse amor que me ganhou. Porque lá fora não é assim, lá fora a gente só recebe discriminação... Aqui é diferente... (mareja os olhos).*

O amor que Bruna descreve parte do encontro entre duas mulheres que se olham enquanto pessoa, sujeitos-políticos. Olhar que não reproduz a desumanização, invisibilização e o apagamento material e simbólico que Bruna encontra “lá fora” (sic). Bell Hooks (2021) aponta que todas as esferas da vida – relações interpessoais, relações de trabalho, política, religiosa, etc - deveriam ter como base uma ética amorosa.

Segundo Bell Hooks (2021) a ética amorosa pressupõe que todas as pessoas têm o direito de viver bem e plenamente. Acreditamos que essa noção ética é uma pista importante na compreensão de um cuidado feminista decolonial, já que a ética amorosa é comprometida com a valorização e o cuidado com a vida em seu amplo sentido. E é exatamente essa valorização e cuidado com a vida, que Bruna encontra no CAPS III AD Brasilândia, essa experiência a expande, amplia sua visão sobre si e o mundo. Experiência que está expressa em falas como:

> *Essa ajuda minha no CAPS assim, fez eu enxergar bastante. Fez eu enxergar bastante! Esse pitbull meu que aderiu bastante, que eu era muito nervosa. Tinha um pitbull que não era adestrado aqui dentro de mim (Bruna, parceira de pesquisa).*

> *[...] E hoje eu consigo enxergar, me colocar no lugar da outra pessoa. [...] hoje eu tô cuidando da minha mãe e eu tava falando para ela, como eu enxergo que o trabalho de vocês mães é difícil... Nossa! Nunca na vida eu ia enxergar isso! (Bruna, parceira de pesquisa).*

Bruna descreve que através do encontro com o CAPS AD conseguiu se relacionar com o mundo de outras formas e não mais apenas como alguém que sente raiva e é "nervosa" (sic). O CAPS possibilita para Bruna, por meio de uma ética amorosa, olhar para si com gentileza, tomar consciência de sua própria história e seu lugar enquanto sujeito sócio-político, desse modo ela pode "enxergar" que também é capaz de cuidar do outro e se afetar com a história de outras mulheres: das trabalhadoras e de sua própria mãe.

Bruna refere ainda que o CAPS AD tem importância crucial na sua escolha por se manter distante do ex-companheiro, com o qual tinha uma relação marcada por violências. Ela percebe que sem esse encontro com o CAPS talvez ela estaria morta:

> *O CAPS fez eu enxergar bastante. [...] Fez eu enxergar bastante, porque se eu não conhecesse o CAPS talvez, mesmo que minha mãe fosse me buscar na cracolândia, eu ia lá atrás dele [ex-companheiro]. Porque eu brigava com ele, depois eu mesma jogava as coisas dele para fora e ia atrás. Porque eu não me via sem ele, eu achava que o mundo girava em torno dele. [...] Então, se eu não resolvesse me tratar no CAPS, se eu não conhecesse, talvez eu taria atrás dele hoje. Eu taria nesse circulo vicioso até eu acabar morta (Bruna, parceira de pesquisa).*

Bruna me conta ainda que o CAPS III AD Brasilândia a encaminhou, logo no início de seu acompanhamento, para o Programa Operação Trabalho (POT), no qual ela trabalhou alguns meses como auxiliar geral. Ao sair desse emprego, as profissionais do CAPS que a

acompanham perceberam que o projeto terapêutico singular de Bruna deveria ter como eixo central o trabalho e, assim, construíram junto a ela um currículo e enviaram para algumas vagas. Foi assim que Bruna conseguiu um emprego no mercado formal, como auxiliar de limpeza em uma funerária. Sobre o trabalho, Bruna refere:

> *No meu primeiro dia lá [no trabalho] tava tendo o velório de um menino de 16 anos, aí eu entrei assim e vi aquele menino ali e fiquei pensando na minha vida... **Pensei que eu poderia ter sido aquele menino, entendeu... Se eu não tivesse tido ajuda do CAPS... Porque já passei muita coisa, entendeu.**[...] eu me sinto bem trabalhando. Esses dias eu tava até conversando com uma mulher que trabalha lá também, que o filho dela também tá com problema com droga, entendeu. Aí eu contei a minha história, não conto para todo mundo, mas contei para ela, falei do CAPS. E ela gostou da minha história me deu até um presente. É bom trabalhar, frequenta outros ambiente... Eu ficava muito no meio da droga, entendeu? E minha referência sempre conversava comigo, para eu conhecer outras pessoas, poder conversar de outros assunto também. Então o trabalho é bom por isso... (Bruna, parceira de pesquisa).*

O agenciamento que o CAPS fez com o trabalho permitiu que Bruna construísse outro lugar social, agora como trabalhadora da funerária ela faz novas relações nas quais não é mais reduzida ao estigma social de mulher que usa drogas, é vista como alguém que tem algo a dizer e a ensinar para as pessoas. Bruna reconhece que sozinha seria muito mais difícil conseguir essa ampliação de vida; reconhece que sem ajuda poderia estar morta ou se manter simbolicamente morta, lugar que a sociedade estruturada no racismo a colocou durante boa parte da vida. Morta simbolicamente para o Estado que não a protegeu do estupro, do aborto e das outras tantas violências.

Acredito que seja importante problematizar que as mulheres negras ainda são a maioria em trabalhos subalternizados o que é herança do período da escravização do povo negro. Então, apesar da conquista do emprego de auxiliar de limpeza na funerária ter sido importante para a construção de outras relações sociais na vida de Bruna, ressaltamos que há uma contradição: ainda as possibilidades que o CAPS AD possui de construir novos

agenciamentos para as usuárias negras podem seguir reproduzindo o circuito de opressões de classe e raça que as mantém em posições sociais subalternizadas.

Angela Davis (2016) afirma que enquanto o trabalho doméstico for regra para as mulheres negras, a emancipação permanecerá enquanto um conceito abstrato. Ampliamos essa noção da autora a partir das reflexões de Vergès (2020) e compreendemos que: enquanto o trabalho de cuidado – no mais amplo sentido – for regra para as mulheres negras a emancipação seguirá como abstração.

Nessa perspectiva entendemos que as articulações feitas pelo CAPS AD para inserir Bruna no mercado de trabalho foram de extrema importância para produção de transformações e denotam o potencial que esse equipamento tem quando se coloca enquanto articulador, proponente de conexões para além de seus muros. Porém, se nos colocamos implicados com a emancipação das mulheres, há a necessidade dos CAPS AD agenciarem-se a movimentos sociais, em especial de mulheres negras, para que possam se organizar com mais força e comprometimento no contraponto dessas opressões estruturais e barreiras sociais, culturais e afetivas que essas mulheres enfrentam em seu cotidiano.

Ao ser questionada sobre o que é cuidado, Bruna rapidamente me responde: *"Ah, o cuidado é o amor né. É esse amor que vocês do CAPS dá para gente"* e descreve que quando ela some o CAPS liga para sua mãe, realiza visita domiciliar, vai em busca dela. Conta que por intermédio do CAPS ela iniciou um curso de informática, local em que ela também faz conexões que se pautam por uma ética amorosa. Como exemplo, refere uma das vezes em que ficou em acolhimento integral e o CAPS articulou junto aos profissionais da escola de informática uma visita surpresa para ela.

A história do encontro de Bruna com o CAPS III AD Brasilândia demonstra a capacidade que esse equipamento tem de ser espaço seguro – em que elas podem ser vistas fora das normativas opressoras - na vida de mulheres negras. Segundo Patrícia Hill Collins (2019):

> Esses espaços não são apenas seguros – eles formam locais privilegiados de resistência à objetificação como o Outro.[...] Ao promover empoderamento das mulheres negras por meio da autodefinição, esses espaços seguros as ajudam a resistir à ideologia dominante promulgada não apenas fora da sociedade civil negra, mas também dentro das instituições afro-americanas (p. 247).

Acredito que as transformações que CAPS AD tem a potência de operar estão muito além da relação dual entre trabalhadoras-usuárias, pois, impactam também todos aqueles que se abrem para esses encontros: residentes, estagiárias, pesquisadoras, vizinhas, movimentos

sociais, trabalhadoras da RAPS. A emancipação está exatamente nessas transformações sociais amplas que o CAPS AD tem a potência de ajudar a construir. Dessa maneira, me emociono ao notar que o CAPS pode ser um ator estratégico na construção de relações sociais que sejam pautadas em valores e significações que buscam romper com as opressões capitalistas, racistas, patriarcais, manicomiais e proibicionistas que são resultantes da colonialidade de poder. Esse papel estratégico do CAPS é fundamental no momento histórico em que estamos, na luta pela reconstituição de uma saúde que seja pública, universal, integral, equânime e que se comprometa com a ampliação da vida das pessoas e territórios e posicione-se contrária, por meio das práticas cotidianas, a cooptação pela lógica capitalista.

Escrevo em meu diário de campo:

> *Saí bastante emocionada desse encontro [com a parceira de pesquisa]. Eu, como trabalhadora da saúde mental, ex-trabalhadora de CAPS AD, revivi histórias, senti novamente na pele o sensível e a importância dos laços que construímos com essas pessoas, é de fato uma experiência muito transformadora. Também esse encontro me ajudou a elaborar dores de uma trabalhadora do SUS que se vê muitas vezes cansada de batalhar por um modelo de cuidado que sofre constantes ataques e a cada dia com mais intensidade. Ataques esses, os quais muitas vezes se personalizam contra nós, trabalhadoras que buscamos sustentar uma ética do cuidado. [...] a lógica hegemônica não tem ouvidos para o sensível, o precioso que está posto aqui pelas palavras de Bruna.*

Permito-me falar sobre mim, enquanto sujeita-política que também teve afetações e transformações durante esse processo de pesquisa. Iniciei essa trajetória em março de 2021, estávamos todos sofrendo as dores do auge da pandemia de COVID-19. As mortes eram tema recorrente nas mídias sociais, o governo de Bolsonaro que usou do negacionismo e da política de morte enquanto estratégia para lidar com uma das maiores calamidades que minha geração já vivenciou, gerou muitos danos, alguns irreversíveis em nosso povo. Eu havia saído há poucos meses do meu trabalho no SUS para me dedicar a essa pesquisa, o que para mim foi um deslocamento importante na afirmação de um caminho de vida. Porém, esse caminho foi sustentado também através da dor de ter que me ausentar de um espaço que eu sempre

acreditei e me dediquei de forma intensa, desde antes mesmo de me formar psicóloga, em 2012, já que foi o encontro com a Luta Antimanicomial que me fez seguir na graduação de psicologia. A intensidade das relações que são vividas no front do SUS é marca constituinte dos corpos de muitas trabalhadoras e não pode ser deixada de lado durante um processo como esse.

Em 2021 inicio esse mestrado no modelo online, conhecendo colegas e professoras por meio das telas, com a nítida sensação de que eu estava errada em fazer essa escolha. Refugiar-me atrás de um computador, participando de um ambiente acadêmico, diante do caos que o país vivia, dos desafios que o SUS vivenciava, me pareceu covarde. Mas ainda assim algo me manteve ali, era o que podia naquele meu momento histórico.

Eu havia ido a PUC apenas uma vez, há alguns anos, ver uma palestra do Roberto Tykanori. Sim, outros tempos. Havíamos nos organizado no serviço em que eu trabalhava e fomos, em um grupo de três trabalhadores, chegamos atrasados e saímos cedo, morávamos todos longe e não podíamos perder o trem. Na minha quebrada chamamos a PUC de universidade de playboy. Ninguém que eu conheço, do meu bairro de origem, estudou na PUC e sinceramente, para a gente que vem da periferia e é trabalhadora, há um estranhamento com a linguagem operante no ambiente acadêmico. Ao me perceber nesse lugar me senti mais uma vez inquieta, pensei: - com certeza estou aqui porque sou branca. Sabemos que a estrutura puxa a gente lá pra cima: fiz graduação, especializações, trabalhei com carteira assinada e agora estou na PUC. Quantas meninas negras do meu bairro de origem tem essa história para contar? Então, preciso pensar em que história eu vou contar, já que pude chegar até aqui. Já que a estrutura me garante esses privilégios. Como usar dos privilégios para sair da covardia? Isso é possível?

O programa de Estudos Pós-graduados de uma Universidade ainda não é lugar de trabalhador. Mas tomei por escolha não deixar essa minha identidade de lado, não é porque estou agora aqui que vou seguir essa linguagem de branco intelectual. Sou trabalhadora, esse é meu território existencial. Sou trabalhadora da Saúde Mental, preciso levar para frente as histórias de luta da minha classe. Preciso levar para frente as histórias das mulheres que eu já atendi, principalmente daquelas que me marcaram profundamente, me transformando e me impulsionando a seguir lutando.

- Ufa, acho que agora estou me sentindo menos covarde!

Quando, ainda no meio da pandemia e vivendo problemas de saúde, fui a campo, estava já com essa decisão, sabia que lá estariam as histórias que eu, enquanto trabalhadora de

saúde mental, tinha que contar, fazer circular. Mas eu estava cansada – como muitas de nós - achei que não ia conseguir enfrentar tantos desafios: habitar um ambiente novo – a academia; a pandemia: suas mortes e lutos; o medo da instabilidade financeira (comum nos pesquisadores de mestrado e doutorado em nosso país); a sensação de poder estar fazendo algo que não traria reflexões importantes para as minhas companheiras de luta. Quando saí emocionada do encontro com Bruna, me dei conta de que eu estava no caminho certo. Há muito que ser dito e refletido sobre o cuidado a essas mulheres, sobre nossas políticas sobre drogas e sobre a potência que existe nessas relações que são tecidas dentro desses espaços de cuidado.

Em 2022 vivemos, enquanto povo brasileiro, uma campanha eleitoral para presidência histórica. Havia, nesse momento, muitos altos e baixos emocionais, eu e muitas apostávamos que após os crimes de genocídio cometidos pelo presidente Bolsonaro durante seu governo o nosso povo ia reagir e tira-lo do poder. No primeiro turno o susto: a materialização de como o sistema fascista, atualizado no que hoje nomeamos de bolsonarismo, está enraizado em nossas vidas e instituições. Ali soubemos que a luta seguiria sendo intensa, demandando de nós força e organização.

Vencemos a eleição. O presidente Lula foi empossado em janeiro de 2023 por uma mulher negra. É nomeada para o Ministério da Igualdade Racial, Anielle Franco, a irmã de Marielle Franco - uma vereadora negra que morreu em um atentado político em março de 2018. O Ministério dos povos originários é criado e assumido pela Ministra Sônia Guajajara, importante militante indígena. Nísia Trindade Lima é nomeada como Ministra da Saúde. Sônia Barros, mulher negra e militante importante da Luta Antimanicomial, com indicação dos movimentos negros ligados a luta antimanicomial e da Associação de Saúde Mental (ABRASME), assume a diretoria do Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento do Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas.

Frases usadas na campanha de Lula como “o amor venceu” e “Brasil da esperança” fazem todo o sentido sendo observadas nesse processo. Esperanço que o amor - palavra que Bruna usa para nomear o cuidado que o CAPS ofertou – possa ser diretriz ética importante nesse novo governo e através dessa posição esses Ministérios: igualdade racial, Ministério da Saúde, Ministério dos povos originários e outros mais possam se articular para a construção, junto ao povo, de políticas sobre drogas e políticas de saúde mental que estejam atentas às necessidades materiais e simbólicas das mulheres que fazem consumo prejudicial de drogas, principalmente aquelas que se encontram no centro das encruzilhadas de opressões: as

mulheres negras. Acredito na potência que esse governo tem de investir em políticas, no campo da saúde mental, que sejam como Emiliano David (2022) define: antimanicoloniais.

Esperanço que assim como a PUC-SP abriu os braços para mim e me acolheu enquanto uma trabalhadora que buscou refúgio, cura, força para seguir lutando, essa universidade seja cada vez mais aberta a multiplicidade de mulheres que muito tem a contribuir para esse campo: mulheres negras que cuidam, mulheres periféricas, mulheres ribeirinhas, mulheres trans, mulheres que não são graduadas mas tem muito a nos ensinar. Nas periferias são as mulheres que, de modo geral, lideram muitos dos movimentos sociais, são elas, as mães que em uma ética de cuidado não colonial, se unem, se solidarizam, se apoiam. Há muito que aprender com essas conexões, assim como o CAPS AD, se a universidade está implicada com a transformação social e na construção de formas de cuidado que vão para além dos valores hegemônicos, então também a universidade precisa sair de seus muros e habitar o território-vivo de seu entorno.

Saio dessa experiência outra. E sei que o movimento das águas segue, contornando obstáculos e fertilizando a terra por onde passa, então tenho em mim a convicção de que seguiremos sonhando com uma sociedade sem manicômios – no mais vasto sentido que isso possa ter - e que as águas dessa pesquisa se encontrarão com outras e se ampliarão em vozes, força, luta e prática feminista decolonial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADICHIE, C.N. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

ADISA, O. P. Balançando sob a luz do sol: stress e mulher negra. In WERNECK, J. **O livro da saúde das mulheres negras:** nossos passos vêm de longe, v. 2, p. 114, 2006.

ADORNO, T. W. Educação após auschwitz. **Educação e emancipação,** 3, p.119-138, 1967.

AGUIAR, C.C.T. **Quando morre um filho, morre também uma mãe**: violência de Estado e descolonização. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2021.

ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2309-2319, 2009.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 1, p. 61-77, 1994.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização de Paulo Amarante, Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BASAGLIA, F. O; KANOUSSI, D. (1983). Mujer, locura y sociedad. Escuela de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. Companhia das Letras, São Paulo, 2022.

BRASIL. **Atlas da Violência**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019.

BRASIL. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/anuario-2021-completo-v4-bx.pdf.

BRASIL**, Lei nº 11.343/2006 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. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9

fev. 2002b. Disponível em:
<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria SAS/MS n. 305, de 30 de abril de 2002**. Aprova as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT200 2/PT-305.htm.

BRITO, G; FOLETTO, L; MARINO, A; MENDONÇA, P; ROLNIK, R; SANTORO, P; **Para combater a covid-19, é preciso entender exatamente onde ela está**. LabCidade-Laboratório Espaço Público e Direito à Cidade, São Paulo, 2020.

BRITO G; MARINO, A; MENDONÇA, P; & ROLNIK, R. **Prioridade na Vacinação negligencia a geografia da Covid-19 em São Paulo**. Labcidade, 2021. Disponível em: http://www.labcidade.fau.usp.br/prioridade-na-vacinacao-negligencia-a-geografia-da-covid-19-em-sao-paulo/.

CAMPOS, R. O. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 2, p. 189 a 200-189 a 200, 2003.
CARNEIRO, H. **Drogas**: a história do proibicionismo. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

CARON, E; FEUERWERKER, L.C.M. Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saúde e Sociedade** [online], v. 28, n. 4, 2019.

CARONE, I; BENTO, M.A.S. **Psicologia social do racismo**: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2017.

CARTA DE BAURU. **II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental**. Bauru, 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>.

CHERNICHARO, L. P; RODRIGUES, L.B. **Encarceramento Feminino, Seletividade Penal e Tráfico de Drogas em uma perspectiva feminista crítica. In** VI Seminário Nacional de Estudos Prisionais, 2014. Disponível em:
http://www.neip.info/upd_blob/0001/1566.pdf.

CLIMACO, A.D. A tenacidade da inquietude de Aníbal Quijano. **Revista Cult**. São Paulo, edição 248, 31 de jul. 2019. Disponível em https://revistacult.uol.com.br/home/a-tenacidade-da-inquietude-de-anibal-quijano/.

COLLINS, P.H. **Pensamento feminista negro:** conhecimento, consciência e a política do empoderamento. São Paulo: Boitempo editorial, 2019.

COTRIM, V. Passos da luta pela emancipação feminina: A radicalidade como legado. **Princípios: Revista de Filosofia** (UFRN), v. 28, n. 55, p. 215-237, 2021.

CRENSHAW, K. A Interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV. AA.

Cruzamento: raça e gênero. Brasília: Unifem, v.1, n.1, p. 7-16, 2004.

CRUZ, M. R. Solidão da mulher negra: uma história de invisibilidade afetiva. **Revista Gênero e Interdisciplinaridade**, v. 2, n. 02, 2021.

CURIEL, O. Construindo Metodologias feministas desde o feminismo decolonial. In: Melo, P. [et al] (orgs). **Descolonizar o feminismo**: VI Sernegra. Brasilia: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, p. 32-51, 2019.

DAVID, E. DE C. **Saúde mental e racismo:** saberes e saber-fazer desnorteado na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicolonial. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo: 2022.

DAVID, E. DE C.; VICENTIN, M. C. G.. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, n. Saúde debate, 2020 44(spe3), out. 2020.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O anti-édipo**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 2ªed, 2011.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab Educ Saúde,** 17(2)**,** 2019.

DESINSTITUTE. Organizado por Renata Weber. **Painel Saúde Mental: N**. Brasília, [s.n.], 2021.

DINIZ, D. Perspectivas e articulações de uma pesquisa feminista. In STEVENS, C; OLIVEIRA, R.S; ZANELLO, V. (orgs). **Estudos Feministas e de Gênero**. Ed. Mulheres, p 11-22, 2014.

EFEITOS da pandemia podem ser agravados com retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental no Brasil. **Conselho Nacional de Saúde** [S.I.], 08 de out. 2020. Disponível em https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1406-efeitos-da-pandemia-podem-ser-agravados-com-retrocessos-na-politica-nacional-de-saude-mental-no-brasil.

FANON, F. Carta ao Ministro Residente (1956). In: FANON, F. **Em defesa da Revolução Africana**. Lisboa: Sá da Costa, p. 57-60, 1980.

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. (orgs). **Saúde mental e drogas em tempos de pandemia**: contribuições do serviço social. Navegando Publicações, p 203–223, 2020.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos CEBRAP**, p. 9-21, 2012.

FEDERICI, S. **Reencantando o mundo**: feminismo e a política dos comuns. Tradução de Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2022.

FORTUNATO, L; GALENO, A; FRANÇA, F. Produção de subjetividade no capitalismo contemporâneo. **Revista Cronos**, v. 13, n. 2, p. 67-81, 2012.

FREITAS, M. do C. S.; PENA, P. G. L. Fome e pandemia de COVID-19 no Brasil. **Tessituras: Revista de Antropologia e Arqueologia**, v. 8, n. 1, p. 34-40, 2020.
FRONTEIRAS: **Geopolítica e a ascensão do macho-fascismo**. Entrevistada: Silvia Federici. Entrevistadores: Vanessa Oliveira e Gabriel RG. [S.I.]: Ninjacast, 2021. Podcast. Disponível em https://ninjacast.org/fronteiras/.

GARRETAS, M. M. R. ¿Es posible una revolución simbólica femenina y feminista del Derecho?. **DUODA**: estudis de la diferència sexual, num 56, p 20-34, 2019. Disponível em https://raco.cat/index.php/DUODA/article/view/354542.

GONÇALVES, B.S. A Dupla Consciência Latino-Americana: contribuições para uma psicologia descolonizada. **Revista Psicologia Política**, v. 16, n. 37, p.397-413, 2016.

GONÇALVES, M. A. (2020). Psicologia Favelada: Ensaios sobre a construção de uma perspectiva popular em Psicologia. Mórula Editorial.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. In de Hollanda, H. B. (org.). **Pensamento feminista hoje**: perspectivas decoloniais. Bazar do Tempo, p.38-52, 2020.

GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade:** ensaios de análise institucional. Aparecida: Ideias e Letras, 2004.

HART, C. **Um preço muito alto**. São Paulo: Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2014.

HARDING, S. ¿Existe un método feminista?. **Debates en torno a una metodología feminista, 2**, p. 9-4, 1998.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos pagu, (5)**, p. 7-41, 1995.

HARM REDUCTION CONSORTION. **The Global Policy Index**. [S.I.], 2021. Disponível em https://globaldrugpolicyindex.net/resources.

HESS, R; WEIGAND, G. A escrita implicada. In: BARBOSA, J.G. **Cadernos de Reflexão e Debates**. São Bernardo do Campo: Marília Claret Geraes Duran, 2006. p. 14-25.

HIRATA, H. O trabalho de cuidado. **Sur:** revista internacional de direitos humanos, v. 13, n. 1, p. 53-64, 2016.

HOOKS, B. **Tudo sobre o amor:** novas perspectivas. São Paulo: Elefante, 2021.

HUR, D. U. Desejo e política em Deleuze: máquinas codificadora, neoliberal, neofascista e esquizodramática. **Poliética. Revista de Ética e Filosofia Política**, v. 8, n. 2, p. 173-202, 2020.

INICIATIVAS sociais de Brasilândia formam uma rede de solidariedade. **Jornal SP norte**,

de 16 de jun. 2020. Disponível em https://www.jornalspnorte.com.br/iniciativas-sociais-de-brasilandia-formam-uma-rede-de-solidariedade/.

KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In CASTRO, L.R. & BESSET, V.L. (orgs**.). Pesquisa-Intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ, p. 465-489, 2008.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2020.

KINOSHITA, R.T. **Autopoiese e reforma psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2016.

KRENAK, A. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo. Hucitec, 2012.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LEAL, J; CALDERÓN, D. Espaços do (im)provável: Uma experiência política de mulheres em situação de rua usuárias de crack. In: PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. **Luta Antimanicomial e feminismos:** Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia: 2017.

LEÃO, A; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p.95-106, 2008.

LORDE, A. A transformação do silêncio em linguagem e ação. In Lorde, A. **Irmã outsider**: ensaios e conferências. São Paulo: Autêntica Editora, p. 51–57, 2020.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. Florianópolis: **Estudos Feministas**, 22(3), p.935-952, 2014.

MACHADO, B.A. Interseccionalidade, consubstancialidade e marxismo: debates teóricos e políticos. In: Colóquio Internacional Marx e o Marxismo: de O capital à Revolução de Outubro (1867 – 1917), Niterói. **Anais do Colóquio Internacional Marx e o Marxismo 2017**. Niterói, 2017. Disponível em: http://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/anais2017.htm.

MAESO, B. E. Quem constrói quem? Retroalimentações entre Desejo e realidade em tempos de opressão e capitalismo neoliberal. Poliética. **Revista de Ética e Filosofia Política**, v. 8, n. 2, p. 254-277, 2020.

MALDONADO-TORRES, N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. **El giro decolonial**. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global, p. 127-167, 2007.

MALHEIRO, L. **Tornar-se mulher usuária de crack**: cultura e política sobre drogas. Rio de Janeiro: Telha, 2020.

MENANDRO, L.M.T; GARCIA, M.L.T; ULIANA, R.S.S. A perda da guarda de filhos: a voz das mulheres, mães e usuárias de drogas. **Psicologia & sociedade**, v. 31, 2019.

MONTENEGRO, Y.F.L; BRILHANTE, A.V.M; MUNGUBA, M.C. Paradoxo nas políticas sobre drogas: embates discursivos sobre a Lei 13.840/2019 em portais de notícia. **Saúde e Sociedade, v. 30**, 2021.

MELLO, D. Cracolândia: maior repressão policial gera tensão, dizem especialistas. Para eles, as políticas para a região devem incluir oferta de moradia. **Agência Brasil**, São Paulo, de 23 de jan. 2023. Disponível em https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-01/cracolandia-maior-repressao-policial-gera-tensao-dizem-especialistas.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. Editora Perspectiva SA, 2016.

NUNES, M. De O. [et al] Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019.

NÚÑEZ, G. [et al] Partilhar para reparar: tecendo saberes anticoloniais. In FERNANDES, R.M.C; DOMINGOS, A. (orgs) **Políticas Indigenistas**: contribuições para afirmação e defesa dos direitos indígenas. Porto Alegre: Editora UFRGS/CEGOV, p.153-168, 2020.

OLIVEIRA, N. Guerra às drogas, passivo a ser superado para diminuir desigualdades. **Folha de São Paulo**, 07 de jan. 2022. https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2022/01/guerra-as-drogas-passivo-a-ser-superado-para-diminuir-desigualdades.shtml

PAREDES, J. Hilando fino desde el feminismo indígena comunitario. Y. E.M. (Comp.), **Aproximaciones críticas a las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano,** p. 117-120, 2010.

PASSOS, E; BARROS, R.B. A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2020.

PASSOS, E.H; SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 154-162, 2011.

PASSOS, R. G. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? **Sociedade Em Debate**, 25(3), p.74-88, 2019. Disponível em https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2352.

PASSOS, R.G. Holocausto ou Navio Negreiro? inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, v. 10, n. 3, p. 10-23, 2018.

PASSOS, R.G; MOREIRA, T.W.F. Reforma Psiquiátrica brasileira e Questão Racial: contribuições marxianas para a Luta Antimanicomial. **SER Social**, v. 19, n. 41, p.336-354, 2017.

PAULON, S.M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & sociedade**, v. 17, p. 18-25, 2005. Disponível em https://www.scielo.br/j/psoc/a/YWZKDkyF5zBjQvhjJZkdK7m/?lang=pt.

PEREIRA, M.O. A contrarreforma psiquiátrica: o movimento antimanicomial no Brasil é um dos mais ativos no mundo, mas as conquistas são lentas e os percalços, constantes. **Quatro cinco um**, São Paulo, 01 de maio de 2022. Disponível em https://www.quatrocincoum.com.br/br/artigos/politica/a-contrarreforma-psiquiatrica.

PEREIRA, M.O. **Mulheres e reforma psiquiátrica brasileira:** Experiências e agir político. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. Luta Antimanicomial, feminismos e interseccionalidades: notas para o debate. In PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. **Luta Antimanicomial e feminismos: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Autografia: 2017.

PITANGUY, J. [et al] Manifesto das ex- Presidentas e ex- Ministras dos organismos de políticas para mulheres: os direitos das mulheres são conquistas diárias. In: PASINATO, W; VENTURA, R.W. (orgs). **Construção e desmonte dos direitos humanos e políticas para mulheres no Brasil (Ciclo de memórias da política institucional brasileira de direitos humanos do GPDH-IEA/USP).** N. 133. p. 63 -66, 2021.

QUIJANO, A. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. **Perspectivas latino-americanas.** Buenos Aires: CLACSO, p. 117-142, 2005.

ROCHA, M. L; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia**: ciência e profissão, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010.

RODRIGUES, L.B,F. **Controle Penal sobre as drogas ilícitas**: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. Tese (Doutorado em Direito Penal, Medicina Legal e Criminologia) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2006.

ROLNIK, S. **Esferas da insurreição**: notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1 edições, 2018.

ROMANCINI, R. Do "Kit Gay" ao "Monitor da Doutrinação": a reação conservadora no Brasil. **Contracampo**, Niterói, v. 37, n. 02, pp. 87-108, 2018.

ROSA, E.Z. **Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial:** o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social. Tese (Doutorado em Psicologia Social) Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2016.

ROSA, E.Z. [et al]. Gestão Autônoma da Medicação: estratégia territorial de cogestão no cuidado. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 2, p. 76-98, 2020.

ROSA, E.Z et al. Brasilândia em movimento: um território marcado pela desigualdade social. IN: **Dispositivos de cuidado e formação em saúde**. Orgs. MENDES, V.L.F. et al.

São Paulo : EDUC, 2021.

ROTELLI, F. [et al]. **Desinstitucionalização**. Organização de Fernanda Nicácio. São Paulo: Hucitec, 2ª ed., 2019.

SAAD, L.G. **Fumo de negro**: a criminalização da maconha no Brasil (1890-1932). Dissertação (Mestrado em História Social) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia), 2013.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos Ippur**, v. 2, p. 15-25, 1999.

SANTOS, S.C.P; SILVA, P.H.M; SILVA, F.A. O discurso médico-científico sobre a maconha no pós-abolição: o racismo científico como pressuposto para a emergência da ideologia proibicionista. Rio de Janeiro: **Maracanan**, n. 27, p.118-144, 2021.

SÃO PAULO. **Portaria número 538/2022** de 31 de maio de 2022. Atualiza os indicadores de qualidade e produção e institui indicadores de monitoramento para os contratos de gestão celebrados pela Secretaria Municipal da Saúde com organizações sociais, bem como dispõe sobre o acompanhamento assistencial desses contratos. Disponível em https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-333-de-31-de-maio-de-2022.

SCHUCMAN, L. Branquitude e privilégio. In: SILVA, M.L; FARIAS, M; OCARIS, M.C.O; NETO, A.S.N. (Org.). **Violência e Sociedade**: o racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo brasileiro. São Paulo: Editora Escuta, p. 137-150, 2018.

SEGATO, R. Gênero e colonialidade: do patriarcado comunitário de baixa intensidade ao patriarcado colonial-moderno de alta intensidade. In SEGATO, R; GONTIJO, D; & JATOBÁ, D. **Crítica da Colonialidade em Oito Ensaios**: E Uma Antropologia por Demanda. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, p.85-121, 2021.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos** [online], v. 26, n. 4, p.1169-1187, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008

SESTOKAS, L; OLIVEIRA, N. A política sobre drogas é uma questão de mulheres. **SUR 27, v. 15, n. 27**, p.. 153-166, 2018.

SILVA, F.F.L. Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência. **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**, v. 1, p. 119-132, 2014.

SILVA, Naiara Gajo [et al]. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial1. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 100-114, 2017.

SILVA, P.L. **Mulheres usuárias de substâncias psicoativas**: barreiras de acessibilidade em um CAPS AD. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas de Saúde) – Universidade Federal da Bahia, 2014.

SIMONINI, E; ROMAGNOLI, R. C. Transversalidade e esquizoanálise**. Psicologia em Revista**, v. 24, n. 3, p. 915-929, 2018.

SOUZA, A. C. D. N. **Produção jornalística sobre mulheres negras e pobres que usam drogas ilícitas em Recife/PE**: esse corpo de lama que tu vê. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Pernambuco, 2018.

SOUZA, F. O dia em que a vida parou. Expressões da colonialidade em tempos de pandemia. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, v. 30, 2020. Disponível em https://scielosp.org/article/physis/2020.v30n2/e300210/.

SOUZA, I.S. **Mulheres usuárias de drogas e o sequestro de seus filhos**: interrogar a violência de estado numa perspectiva feminista. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2022.

SOUZA, J. **A elite do atraso**: da escravidão à Lava Jato. Leya, 2017.

SOUZA, J. [et al] **Crack e exclusão social**. Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade, 15**, p. 18-42, 2003.

SPIVAK, G. C.. **Pode o subalterno falar**. UFMG, 2010.

SZABÓ, I; CLEMENTE, I. **Drogas:** as histórias que não te contaram. São Paulo: Zahar, 2017.

TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In Nery Filho, A et al. (orgs.). **Toxicomanias**: incidências clínicas e socioantropológicas. CETAD, p. 97-112, 2009.

TRUTH. S. E não sou uma mulher? Sojourner Truth. Tradução de Osmundo Pinho. **Portal Gelédes**, de 08 de jan. 2014.

VARELLA, A. Os psicodélicos nas formações estatais indígenas e a hipótese do complexo de drogas da América xamânica. **Revista Ingesta**, 1(1), p. 211-231, 2019. Disponível em https://doi.org/10.11606/issn.2596-3147.v1i1p211-231.

VAZ, R.O.F. **Redução de danos, política do comum e invenções de um cuidado de si: uma cartografia do Centro de Convivência É De Lei**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2015.

VERGÈS, F. **Um feminismo decolonial**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

VERGÈS, F. **Uma teoria feminista da violência**. São Paulo: Ubu Editora, 2021.

VICENTIN, M.C.G; ROSA, E.Z; GONÇALVES, M.G.M; SAWAIA, B.B; SPINK, M.J.P; FURTADO, O. **Tecnologia social e ação territorial e saúde mental na Brasilândia**. São

Paulo, 2020. [manuscrito não publicado].

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 109-118, 2009.

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fioruz, 2010.
XAVIER, G. Ciência de Mulheres Negras: um experimento de insubmissão. **Saúde em Debate, v.45**, 2021, p. 51-59.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.

ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTA

TÍTULO DA PESQUISA: A PRODUÇÃO DE CUIDADO PARA MULHERES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS POR UMA PERSPECTIVA FEMINISTA DESCOLONIAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome fictício:
2. Idade:
3. Nacionalidade:
4. Naturalidade:
5. Estado civil:
6. Grau de escolaridade:
7. Profissão _____
8. Trabalha atualmente? Sim ☐Não ☐ Com o que? _____É um trabalho formal? Sim ☐Não ☐
9. Raça/cor:
10. Orientação sexual:
11. Filhos? Sim ☐Não ☐ Quantos?_____ Onde e com quem estão? _____ Tem contato com que frequência?_____
12. Religião? _____ Praticante ☐ Não praticante ☐

PERGUNTAS:

1. Conte-me brevemente como foi sua vida até agora e em que momento começou a frequentar o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
2. Conte-me um pouco sobre algumas dificuldades que você passou? E como você se cuidava nessas situações, aonde encontrou apoio?
3. Você frequenta outros serviços da rede de atenção psicossocial (UBS, CREAS, Centro de Acolhida, Hospital, e etc.)? Lembra-se de experiências positivas nesses espaços? Se sim, qual a mais marcante? Houve experiências negativas nesses espaços? Se sim qual você lembra agora?
4. Como foi o encontro com o CAPS AD? Que tipo de atividades você fez ou faz aqui? Como você gostaria que o CAPS te ajudasse?
5. Neste momento, como você se cuida? Se você fosse explicar para alguém o que é cuidado para você, o que você diria?
6. Qual sua opinião sobre o atendimento realizado a mulheres usuárias de drogas nos serviços que você frequenta? Você se sente cuidada por eles?
7. Gostaria de dizer mais alguma coisa que não chegamos a falar, algum assunto ou acontecimento importante pra você, na sua vida, que queira dizer pra encerrar?

ANEXO II – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Participante Adulta

Título da Pesquisa: O cuidado de mulheres usuárias do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas: Por uma perspectiva feminista decolonial

Nome da responsável pela pesquisa: Barbara Correa Belamio

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, é para assegurar seus direitos como participante e é feito em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativas e objetivos: A pesquisa tem como objetivo compreender como a escuta clinico-política de mulheres usuárias de drogas pode contribuir para práticas transformadoras dentro do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Procedimentos: Como procedimentos da pesquisa, você está sendo convidada a participar de entrevistas de duração breve, aproximadamente de uma hora, podendo ser interrompida a qualquer momento por sua solicitação ou se estender por acordo entre pesquisadora e entrevistada. As entrevistas serão gravadas, com sua prévia autorização, para garantir que algumas informações fornecidas possam ser recuperadas e analisadas posteriormente. Além disso, a pesquisadora também realizará a encontros com a equipe do Centro de Atenção Psicossocial para compreender a visão da equipe sobre seu processo de cuidado. Você tem liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo. Importante colocar que os dados coletados na pesquisa destinam-se exclusivamente a este estudo.

Desconfortos e riscos: Considerando que não há pesquisa com seres humanos totalmente isenta de riscos, a participação na pesquisa pode ativar lembranças, gerando desconforto,

constrangimento ou incômodo. Para tanto, a pesquisadora se coloca à disposição para trabalhar tais aspectos ou ainda realizar os encaminhamentos adequados à sua necessidade.

Benefícios: Desconhecemos a existência de benefícios diretos para sua participação na pesquisa, porém avalia-se que ela pode despertar uma reflexão diferenciada sobre seu processo de cuidado na rede de saúde e trazer para a equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas a possibilidade de revisitar as histórias das participantes de modo a ampliar a discussão e investimento na construção de novas estratégias de cuidado para mulheres. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Acompanhamento e assistência: A pesquisadora se compromete a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa aos participantes. Se qualquer incômodo for causado à entrevistada a pesquisadora se compromete a encaminhá-la ao serviço de saúde competente para atendê-la. Esse encaminhamento pode ser feito tanto para a rede do território de sua residência (UBS, CAPS, entre outros), quanto a clínica escola da PUC de São Paulo.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Do mesmo modo, os dados de sua história serão citados de forma a evitar qualquer possibilidade de reconhecimento público de sua identidade.

Ressarcimento: Não haverá qualquer tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Caso haja alguma despesa para a participação na pesquisa, ela será ressarcida pela pesquisadora.

Contato: Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Barbara Correa Belamio através do Telefone: (11) 98068-6606 e e-mail: barbarabelamio@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC. O CEP – Sede Campus Monte Alegre localiza-se no andar térreo do Edifício Reitor

Bandeira de Mello, na sala 63-C, na Rua Ministro Godói, 969 – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05015-001. O telefone é (11) 3670-8466 e o e-mail: cometica@pucsp.br.

Consentimento livre e esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome da participante: _____

_____

(Assinatura da participante)

Data: ____/_____/_____.

Responsabilidade da Pesquisadora: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____

Data: ____/_____/_____.

(Assinatura da pesquisadora)