

## **AValiação DE POLÍTICAS PÚBLICAS, COLONIALIDADE E RACISMO: considerações sobre saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de covid-19 no Brasil**

Francisco Anderson Carvalho de Lima

Alcides Fernando Gussi

Carmem Emmanuely Leitão Araújo

### **Resumo**

A pandemia de covid-19 desvelou processos continuados de crise sanitária global nos limites estruturais do capital, desdobrando uma lógica de dominação que engendra a atualização da colonialidade. No Brasil, percebemos o amálgama dos elementos estruturais do Estado nacional que anunciam regimes de violência colonial materializando-se nos índices de mortalidade e na orientação da ação pública em saúde. Esse processo incidiu nas condições de saúde mental das populações vulnerabilizadas convocando a organização dos sistemas, programas e serviços de saúde inscritos na política de saúde mental e na atenção psicossocial. Discutimos os desafios e possibilidades da avaliação de políticas neste cenário e sua posicionalidade descolonial e enquanto pesquisa social. Observamos que os profissionais, nos regimes de cuidado psicossocial, agenciam elementos de morte, sofrimento psíquico e aniquilamento de subjetividades por meio de uma sujeição neoliberal que justifica a configuração de um serviço precário e anuncia a produção de violências manicomializantes inscritas nos diagramas de produção de sofrimento psíquico generalizado e contínuo. Concluímos a necessidade de uma posicionalidade descolonial para o campo da avaliação, a fim de dar conta dos aspectos de sujeição neoliberal e produção de violências manicomializantes na diagramação interseccional da operação do cuidado psicossocial.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Atenção Psicossocial. Covid-19. Avaliação de Políticas Públicas. Decolonialidade.

### **Abstract**

The covid-19 pandemic has unveiled ongoing processes of global health crisis within the structural limits of capital, unfolding a logic of domination that engenders the updating of coloniality. In Brazil, we perceive the amalgam of structural elements of the national state that announce regimes of colonial violence materializing in mortality rates and in the orientation of public health action. This process has had an impact on the mental health conditions of vulnerable populations, calling for the organization of health systems, programs and services included in mental health policy and psychosocial care. We discuss the challenges and possibilities of policy evaluation in this scenario and its decolonial positionality and as social research. We observed that professionals, in psychosocial care regimes, agency elements of death, psychic suffering and annihilation of subjectivities through a neoliberal subjection that justifies the configuration of a precarious service and announces the production of manicomializing violence inscribed in the diagrams of production of generalized and continuous psychic suffering. We conclude the need for a decolonial positionality for the field of evaluation, in order to account for the aspects of neoliberal subjection and production of manicomializing violence in the intersectional diagramming of the operation of psychosocial care.

**Keywords:** Mental Health. Psychosocial care. Covid-19. Evaluation of public policies. Decoloniality.

## 1 INTRODUÇÃO

Em 2019 é descoberto o início de um novo surto de doença respiratória infectocontagiosa ocasionada por um novo tipo de coronavírus (Sars-Cov-2), a qual, dada a especificidade, passa a ser chamada de COVID-19. A contaminação se espalha pelo globo vertiginosamente em caráter de crise sanitária mundial, com declaração de estado de emergência em saúde pública enquanto pandemia que durou de 11 de março de 2020 a 05 de maio de 2023 (OPAS, 2020; 2023).

As ações em saúde pública de enfrentamento a estas crises no âmbito da Epidemiologia convocam esforços coordenados em uma complexa rede de atores políticos no seio dos Estados nacionais que, em caráter de pandemia, engendra a necessidade de cooperações internacionais e efetivas ações localizadas nos territórios, fazendo com que as relações federalistas no seio dos Estados sejam movimentadas.

A História nos mostra que um cenário de crise sanitária condiciona impactos devastadores nos mais diversos âmbitos da vida coletiva, dentre os quais se destacam o adoecimento e a morte em massa de grandes contingentes populacionais em curtos períodos de tempo, os consequentes efeitos negativos nos sistemas de saúde, na economia e, por conseguinte, na saúde mental das populações e na organização da atenção psicossocial.

Diante disto, a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19) inaugura mais um cenário da crise sanitária global. Neste contexto, não faz sentido se falar em “pós-coronavírus”, uma vez que não resolvidos os problemas estruturais que o fazem ser um problema não há solução viável para a humanidade, posto que essa só se dará através da emancipação humana. Isto converge diretamente para a saúde mental das populações, a qual resta capturada por uma produção de subjetividade neoliberal geradora de sofrimento intenso e retroalimentada pelos dispositivos de controle da medicalização, iatrogenia, individualização e internação asilar operadas pelo Estado em corpos considerados matáveis a fim de manter o lucro e a exploração do trabalho.

Estes elementos se gestam a partir, sobretudo, do sistema-mundo inaugurado na modernidade sob a égide da violência do colonialismo, imperialismo, racismo, sexismo, orientalismo e outros fenômenos que se processam no imperativo da exploração e acumulação de capital rentista-extrativista. É a partir deste sistema-mundo que se inauguram o Estado e a Medicina Social, que juntos convergem para o desenvolvimento de sistemas de saúde que orientam a atenção psicossocial no âmbito das políticas, serviços e assistência terapêutica e também para a gestão da pandemia por meio da Epidemiologia.

Observamos impactos diversos na saúde mental das populações, os quais se desdobram no âmbito do cotidiano dos serviços de saúde mental, oferecendo apontamentos e necessidades para a reorganização destes serviços. Diante disto, objetivamos compreender o fenômeno da covid-19 em suas vicissitudes no campo da saúde mental e atenção psicossocial, questionando-nos quais os desafios para a avaliação neste contexto. Tradicionalmente pautada em aspectos tradicionais orientados na agenda neoliberal que contingenciam uma avaliação gerencialista e para justificar a privatização do Estado, a avaliação de políticas públicas nesta pesquisa é encarada como pesquisa social e atividade estatal (SOUZA, 2018).

Entendemos que o sistema-mundo que engendra nossa sociabilidade contemporânea encontra-se intimamente relacionado com os desdobramentos e condições de possibilidade de promoção da saúde mental e organização da atenção psicossocial. Assim, neste texto buscaremos tecer breves apontamentos sobre a saúde mental e a atenção psicossocial no contexto da pandemia por COVID-19 sob a ótica da crítica da modernidade.

## **2 CRISE É ENCRUZILHADA: ELEMENTOS PARA PENSAR A GESTÃO DA VIDA E DA MORTE NA PANDEMIA POR COVID-19 E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL**

A crise sanitária global arrasta-se há séculos através de doenças negligenciadas que se espalham por meio das desigualdades e iniquidades de saúde e se materializam em morte e sofrimento incessante, violando o direito à saúde e afetando a própria sanidade das populações, impedidas de gozar de saúde mental dada a violência e violações diversas vivenciadas.

Estes elementos se operam sobretudo no corpo de populações racializadas de negros e indígenas ao redor do globo, imigrantes, populações periféricas e a classe trabalhadora em geral, com destaque para as mulheres, crianças, idosos e pessoas LGBTQI+, exploradas em seus direitos e em suas condições de vida e existência. A matriz de dominação e opressão se expressa ao mesmo tempo através da raça, do gênero e da classe, operando fenômenos como o cisheteropatriarcado, machismo, sexismo, racismo e a forma de exploração do trabalho em nome do lucro e da dominação em imagens de controle (COLLINS, 2019; COLLINS; BILGE, 2021), em uma fórmula que expurga as condições de vida saudável das populações.

Na compreensão do fenômeno da saúde se faz necessário um devido investimento acerca da abrangência da coletividade nos regimes de sociabilidade que compreendem o caráter histórico-social do processo saúde-doença, uma vez que a determinação social enseja

como as condições sociais e econômicas anunciam o processo de saúde, doença e morte das populações (BREILH, 2008).

Dessa forma, essa crise sanitária global tem impactos diferentes dependendo do grau de desigualdade e iniquidade produzido e gerido pelos Estados nacionais nos territórios. Essas mesmas populações, não bastasse a constante exploração do trabalho e expurgo de suas vidas, também enfrentam dificuldades estruturais de acesso a políticas, serviços e insumos em saúde. Essa tarefa emancipatória se constitui como um dos principais desafios inscritos na modernidade e o seu contorno é forjado no cotidiano da luta popular contra as opressões e pela garantia de direitos.

Em meio a isso, lidamos agora também com uma pandemia causada por uma doença infectocontagiosa de alta taxa de transmissão e contágio que agride primordialmente o sistema respiratório levando a morte, sobretudo, por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), isto é uma doença altamente contagiosa que nos leva a morte nos impedindo de respirar.

Essa tarefa emancipatória é talvez o principal dilema e desafio inscrito na modernidade e que, portanto, é processual, cotidiano, forjado na luta popular contra as opressões e pela garantia de direitos.

Por conseguinte, compreendemos que se faz importante uma ação coordenada de resposta e recuperação da pandemia de COVID-19 a fim de mitigar os efeitos imediatos não ocasionados, mas sim agravados, pela pandemia na saúde das populações. Entendemos, ainda, que a condição de possibilidade desta ação só se dá por meio de uma clínica pública, isto é da política pública de saúde.

A gestão do enfrentamento e das medidas de resposta à pandemia por COVID-19 anuncia algumas atitudes no âmbito da saúde pública, as quais engendram a operação de alguns elementos que merecem observação mais atenta e que são operados e delineiam também relações com aspectos da saúde mental das populações. Dentre os quais, destacamos os elementos da autoridade sanitária e democracia securitária que uma vez compreendidos sob a égide da modernidade e da matriz de dominação ocidental convergem com o neocolonialismo, neoimperialismo e neoliberalismo (que nada mais são do que a atualização das tecnologias de gestão coloniais, imperialistas e liberais a fim de manutenção do sistema-mundo erigido na modernidade).

O sistema-mundo do qual falamos advém da ideia de que o capitalismo encerra um processo histórico eurocêntrico universalizante que integra de forma arbitrária as particularidades históricas de territórios conquistados pela investida colonial (DUSSEL, 2005). Entendemos, assim, o capitalismo enquanto civilização, isto é um sistema ético com uma

forma particular de mentalidade e de organização sob a égide do poder, o que possibilita considerar as dimensões culturais, éticas e políticas das formações capitalistas (COMPARATO, 2014).

Ora, a expansão imperial indefinida e implacável é a condição de possibilidade do capitalismo e de sua razão, uma vez que a acumulação do capital só se justifica por meio do acúmulo de cada vez mais capital e para isto se faz necessário a conquista e integração de cada vez mais regiões em uma mesma economia global. Esse sistema econômico caracterizado por essa produção global com vistas ao lucro inconsequente e implacável representa a potência da sociedade burguesa marcada pela dominação de tudo (MARX, 2010).

Há, então, a formação de um sistema-mundo que se funda a partir do eurocentrismo e do capital na modernidade, isto é da investida colonial europeia que possibilita formas de hegemonia e poder particulares tendo a Europa como centro e de onde emerge, inclusive, as noções de Estado moderno. É importante salientar que o eurocentrismo não diz respeito a uma identidade cultural, mas sim à demarcação de uma posição hegemônica neste sistema-mundo que se gesta a partir da tergiversação de uma universalidade abstrata por meio de uma mundialidade concreta da Europa como centro do mundo (DUSSEL, 2005).

Ora, este é um projeto global que se consolida a partir desta expansão materializada a partir da criação deste sistema-mundo no qual o modo de produção capitalista subjuga os demais através da imposição de uma sociabilidade operada pela organização das forças produtivas em escala global como forma de controle social, isto é o Capital, um sistema de controle metabólico social cujo a razão de ser é a extração máxima da mais-valia dos produtores sob qualquer forma adequada aos limites estruturais (MESZÁROS, 2002).

O eurocentrismo, então, ao mesmo tempo em que materializa a dinâmica de expansão do capital de onde surge também o mistifica, posto que a matriz de dominação é legitimada através de um universalismo em que os dominadores necessitam do estatuto moral e cultural sobre os dominados, sendo eles os legítimos donos do excedente econômico produzido pelo sistema (WALLERSTEIN, 2007).

Assim, estes elementos convergem e se fundam na modernidade e expansão imperialista que impõe um julgo colonial operado sobre os corpos racializados e sexualizados de dominados, ou seja todo aquele que não parte da Europa como centro hegemônico, através dos séculos, fundando tecnologias de gestão da vida e da morte diversas.

Assim, na medida em que a Europa vai organizando sua expansão colonial por meio da conquista, necessidades sanitárias relacionadas ao controle de doenças e circulação de corpos vão emergindo, condicionando ao desenvolvimento de uma autoridade, isto é um

órgão regulador da higiene e saúde. A autoridade sanitária emerge aí e se encontra ligada ao nascimento da Medicina Social, ao nascimento do Hospital e ao nascimento da Clínica, por sua vez interligados ao surgimento do Estado moderno (FOUCAULT, 2016a; 2016b; 2011).

Por meio da atualização destes mecanismos de controle e gestão da vida se gestam também a gestão da miséria e da morte que se expressa em um direito de morte e um poder sobre a vida, isto é o aspecto de fazer e deixar viver e morrer (FOUCAULT, 2015).

Este elemento biopolítico materializa a matriz de dominação da qual retomando o aspecto interseccional observamos a indissociabilidade entre as opressões de raça, classe e gênero que recaem sobretudo sobre mulheres negras na condição de populações vulnerabilizadas (COLLINS, 2019). As quais são privadas de saúde e sobre as quais se gestam mecanismos diversos de gestão da morte e estratégias de minar a gestão da vida em uma necropolítica que é arraigada no necroliberalismo, elementos que se materializam no movimento de fazer e deixar morrer de todas as formas possíveis (MBEMBE, 2018).

Ora, o que a gestão da pandemia por COVID-19 traz em seu bojo é justamente o aprofundamento de todos os elementos coercitivos do Estado, entre eles a violência (seu monopólio), o colonialismo, o racismo, o patriarcado, o sexismo, etc.

Ademais, o contexto político de gestão das respostas à crise sanitária no Brasil se dá em um cenário de crescimento político da ultradireita no país, convocando a responsabilidade da avaliação no ensejo destas ações públicas no sentido de um desamparo público aprofundado por um gerencialismo despolitizado, no qual a avaliação de políticas públicas com posicionalidade ética se inscreve no sentido de resgatar o valor público e democrático, fazendo o caminho para este enfrentamento por meio de uma posicionalidade axiológica engendrando reflexividade enquanto agenda de pesquisa (BOULLOSA, 2020).

Observamos na experiência brasileira de resposta à pandemia, por exemplo, como as desigualdades raciais e os elementos do racismo estrutural, compreendidos enquanto determinantes sociais da saúde, operaram na produção de saúde, doença e morte em linhas temporais de proporção absurdamente inversa entre as hospitalizações e óbitos por COVID-19 entre a população branca e não-brancas no Brasil, onde ao passo que a doença inicia seu processo de transmissão entre brancos de bairros nobres nas metrópoles com acesso a serviços de saúde recém chegados de viagens ao exterior, é quando se atinge as populações periféricas infectadas pelo contato através do trabalho nas residências e condomínios destes infectados que as internações e óbitos crescem vertiginosamente (OLIVEIRA et al., 2020).

Como se vê, quando localizamos essa dimensão na experiência brasileira o que vemos nada mais é do que a atualização dos mecanismos coloniais de controle e violência sobre corpos descartáveis, corpos racializados, pessoas pretas e indígenas, a população que

corresponde justamente à classe trabalhadora brasileira que em meio à pandemia se manteve trabalhando por meio do legado colonial brasileiro como empregada doméstica, porteiros, profissionais de limpeza, etc. Já a classe média branca, neste contexto passa a ser assolada pelo sentimento de perda total que essas populações sentiram desde sempre na construção do país, inclusive infectando seus serviços.

Além disso, tendo em vista a questão brasileira, há de se considerar ainda uma questão racial que condiciona e antecede a chamada questão social e emerge a partir do pós-abolição se insere na formação do Estado brasileiro rentista-extrativista contemporâneo (GONÇALVES, 2018). Questão esta que contingencia os aspectos práticos acerca dos serviços e sistemas no âmbito da política nacional de Saúde Mental no âmbito de seu caráter intersetorial, sobretudo quando se pensa a atenção psicossocial a segmentos populacionais vulnerabilizados e as implicações psicossociais dos processos de vulnerabilização (LIMA, 2019).

A formação tanto do Estado brasileiro quanto da identidade nacional engendra um tripé ideológico sustentado no mito da democracia racial, no preconceito de cor e na discriminação de raça por meio de um projeto eugenista de embranquecimento, onde a política adotada para a formação do Estado foi o da miscigenação a fim de expurgar o sujeito negro e indígena da realidade brasileira com a meta de no século XXI termos uma população inteiramente branca (MUNANGA, 2019). Assim, dado o caráter estrutural do racismo que se espalha na Economia e no sistema de justiça e suas particularidades na sociabilidade brasileira, não racializar os debates acerca das políticas, questões e serviços em geral, é o mesmo que contribuir para o epistemicídio e o projeto de eugenia e supremacia racial branca ainda em curso no país (ALMEIDA, 2019).

Estes elementos nos mostram que a própria geografia da doença e a cadeia de transmissibilidade do vírus, pelo menos no Brasil, tem se processado por meio dessa lógica de controle da vida e da morte anunciadas através do mecanismo colonial que inaugura nosso sistema-mundo eurocentrado que materializa o projeto capitalista através da produção de subjetividade neoliberal expressa no trabalho imaterial como forma de vida em estratégias de gestão e controle por meio de uma sujeição neoliberal (LAZZARATO, 2014; 2011; LAZZARATO; NEGRI, 2013).

O que observamos, então, é um cenário distópico de agressão generalizada a todas as instâncias de humanidade, um movimento avassalador de minar todas as possibilidades de vida possíveis. Ao vivenciar e observar criticamente esta nossa realidade, nos deparamos com o fato de que a humanidade, ao ponto em que chegou com o capitalismo, é um erro, tendo em vista os paralelos entre as chamadas sociedades disciplinares com estratégias de

controle e gestão do desejo... isto é gestão da vida e gestão da morte operada através de violência coordenada pela autoridade sanitária forjada nas forças estruturais de dominação do capital.

Este aspecto se entrelaça com a questão da saúde mental na medida em que ampliamos o que se concebe enquanto tal, lançando o olhar de nossa compreensão para o aspecto de produção de subjetividade sob a égide da sujeição neoliberal, uma vez que se constrói na contemporaneidade um homem à imagem e semelhança do capitalismo (LAZZARATO, 2014).

Ora, isso são ressonâncias do necroliberalismo, tendo em vista a compreensão do neoliberalismo como forma de vida, isto é produção de subjetividade, posto que a economia é a continuação da psicologia por outros meios. Neste sentido, nos vemos diante de uma encruzilhada cujo caminhos são inter cruzados em direções diversas sob a égide da sociabilidade capitalista gestada dentro de seus próprios limites estruturais que engendra matrizes diversas em um complexo de dominação arraigado no ethos neoliberal de atualização das tecnologias coloniais onde a partir da pandemia por COVID-19 os governos encontram terreno fértil para a gestão das desigualdades às últimas consequências por meio do controle da vida e da morte.

Compreender o atravessamento destes elementos apresentados se faz pertinente a fim de se pensar as políticas, programas e serviços de saúde mental. Não é à toa que observamos o adoecimento e incremento do sofrimento psíquico alinhavado à medicalização e expurgo da existência, o que se expressa no cotidiano dos serviços de atenção à saúde mental. Este fato que já se processava dentro da constante crise sanitária global se agrava nas encruzilhadas da pandemia. Afinal, qual o lugar da saúde mental e atenção psicossocial nesta ação de resposta e recuperação frente à pandemia por COVID-19? Em que medida a saúde mental se encontra relacionada nestes problemas estruturais do mundo moderno e de que maneira, então, se pode engendrar uma política pública a fim de ordenar os serviços para estruturar uma atenção psicossocial?

A discussão acerca destes elementos nos leva a pensar que as consequências com relação à saúde mental serão os piores de todas, materializando o pior de todos os efeitos que a pandemia anuncia, pois os picos de adoecimento e mortes passarão e a pandemia também, mas a saúde mental só piorará gradativamente.

### **3 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19**

Afinal o que justifica a existência de serviços e sistemas de saúde e de políticas públicas de saúde? Há um argumento imediato que dialoga com o que estamos dialogando até o momento: manter a população saudável e produtiva.

Vimos que o nascimento da Medicina Social é atrelado ao Estado enquanto autoridade sanitária de controlar e disciplinar as formas de vida em nome de uma qualidade sanitária operada no campo produtivo. Assim, conforme o desenvolvimento das democracias e dos Estados nacionais, esses sistemas com configurações e desenhos próprios. Neste sentido, se faz importante compreender que quando se fala em política pública se fala em pacto social, em esfera de poder e negociação entre grupos de interesses no seio da arena do Estado.

No caso brasileiro o Sistema Único de Saúde (SUS) se insere no âmbito da Seguridade Social através do recente processo de redemocratização, que é também, curiosamente um período de neoliberalização e despojamento da proteção social (LIMA, 2019). No Brasil, no decorrer dos últimos 30 a 40 anos o desenvolvimento de talvez o maior processo de reforma psiquiátrica e de reordenamento do modelo de assistência em saúde mental do mundo, dadas as proporções dos povos brasileiros e do número da população.

Em termo de instituição de políticas se estabelece em 2001 a Lei 10.216, que institui a Política Nacional de Saúde Mental e em termos de ordenamento de rede e capilarização de serviços se estabelece de forma regulamentada em 2011, através da portaria nº 3.088, uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com sete componentes nos variados níveis de atenção tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo estratégico e equipamentos dessa que em tese devem funcionar em um modelo de base territorial e comunitária (BRASIL, 2011; 2001).

Contudo, o próprio ordenamento dessa política e serviços funciona de maneira ambígua no sentido de ainda lidarem com o desafio de enfrentar os elementos políticos brasileiros que contribuem para a medicalização da existência, a iatrogenia e violências diversas promovendo ambulatorização do cuidado e baixa capilaridade na Atenção Primária à Saúde. Não bastassem estes aspectos, a partir do golpe jurídico-político-midiático ainda em curso que destituiu a então presidenta Dilma Rousseff, alguns elementos políticos de retrocessos que já vinham se gestando desde meados de 2010 – sobretudo considerando a Lei Brasileira de Drogas e a inserção de Comunidades Terapêuticas na RAPS – são agravados por meio de um processo de remanicomialização do cuidado (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Já quanto ao cotidiano dos serviços, o processo de trabalho em atenção psicossocial requer contato e troca cotidiana e o estopim da pandemia por COVID-19 coloca desafios quanto ao funcionamento dos serviços dada a necessidade de distanciamento social. Ora,

como promover saúde mental em meio a uma conjuntura tão hostil, sobretudo considerando os aspectos estruturais apresentados e discutidos e que se expressam no serviço? Se a interseccionalidade que desvela posições para a atenção psicossocial nas encruzilhadas da crise sanitária global e nos possibilita melhor visibilidade destas questões no Brasil já não era operada no âmbito do cotidiano dos serviços, como então responder à demanda que vem surgindo a partir da pandemia?

A nossa experiência nos mostrou a realidade de uma rede já fragilizada que necessita se reinventar para atender essa demanda que veio surgindo em seus diversos componentes em meio a esse contexto de gestão da política de saúde acompanhada por uma autoridade sanitária operada por um véu tecnocrata e liberal em que os profissionais são convocados como “soldados em guerra”.

Esse véu tecnocrata que se opera na dimensão do trabalho é justamente o que faz os organismos atentarem para as implicações psicossociais da pandemia. Não são os elementos estruturais da dinâmica do capital, afinal nestes não se mexerá, pois a tarefa é superá-los à guisa da emancipação por meio da luta popular. Mas sim o fato de que os profissionais de saúde passaram a adoecer dada a sobrecarga de trabalho durante o período, uma vez que são “soldados em guerra”.

Vemos que a pandemia, além de desnudar o véu de colonialidade no sistema-mundo capitalista e aprofundar a violência e vigilância por meio da autoridade sanitária em um esquema de controle, vem também atestar a real capacidade dos serviços e sistemas de saúde, sobretudo os serviços de saúde mental.

Ora, em tese o SUS e a saúde existem para fazer essa produção e proteção da vida, mas podem acabar exercendo, por outras vias através da gestão do Estado, a produção da morte. Afinal, o que se convencionou chamar tradicionalmente de saúde nada mais é do que uma das formas mais sofisticadas de dominação e de produção de subjetividade, esta última que se dá através da clínica.

Neste sentido, esse movimento técnico que se gesta nos equipamentos estratégicos de saúde mental, em que seus profissionais precisam necessariamente se reinventar de súbito, absorvendo casos de ansiedade ou crises leves que até pouco tempo não surgiam com tanta frequência e dando conta, quase que literalmente, na marra e sem suporte, é extremamente adoecedor. E aí se coloca um dilema, pois uma vez que estes são os profissionais e serviços especializados em garantir o direito e acesso a saúde mental da classe trabalhadora por meio da atenção psicossocial, como isto se dará se estes mesmos profissionais não dispõem de condição de possibilidade para tratarem eles mesmos suas demandas e são ainda mais aviltados pelo discurso de que são “soldados em guerra”. Ora,

se há uma guerra não é conta um vírus e sim uma guerra cotidiana pela sobrevivência em nosso cotidiano de exploração do trabalho e de expurgo de nossas existências em troca de alimento e abrigo.

Esse discurso preconizado é ao mesmo tempo aviltante e perigoso, pois ao mesmo tempo em que é interessante perceber as equipes se organizando para fazer jus ao cuidado em liberdade e garantir o direito à saúde, há um véu perverso nesta parabenização que legitima a precariedade.

O fato é que as formas de vida que até agora nos são oferecidas e produzidas enquanto sujeição neoliberal nos oferecem somente o adoecimento em um processo de deixar morrer das mais variadas maneiras possíveis, mas sob o denominador comum da exploração do trabalho e aniquilamento de subjetividades. Estão querendo nos deixar loucos. Não somos soldados em guerra e não prestamos favores à população que nos chega na clínica pública, nós garantimos direitos por meio da atenção psicossocial e da construção do projeto civilizatório do SUS.

Se faz necessário, então, que as ações de resposta à pandemia prevejam ações de incentivo e ampliação efetivas da RAPS, uma vez que o adoecimento é crescente. A pandemia estabelecida enquanto encruzilhada crítica anuncia a necessidade de reafirmar o Estado como regulador da sociabilidade a fim de garantia de direitos para que possamos gozar de atenção psicossocial.

Assim, observamos um falso dilema entre a pretensa “defesa do povo” e “retomada da economia”, em que os governos são pintados como pobres e indefesas gazelas encurraladas fugindo dos malvados empresários lhes pressionando acerca das medidas sanitárias, como se os interesses desses grupos não fossem necessariamente os mesmos: arrecadação, crescimento econômico e o lucro numa velha (e falsa tese) de que o desenvolvimento social advém somente do crescimento econômico.

Nós sabemos que adoecimento e mortes em massa geram sofrimento contínuo, sobretudo num contexto em que restamos impossibilitados de elaborar o nosso luto, seja pelo aspecto concreto de não ser possível velar um corpo morto pela infecção pelo novo coronavírus seja pelo estado de estresse contínuo do imperativo de sobrevivência em um cotidiano hostil de miséria e desigualdade ofertados a nós pelo neoliberalismo.

Nós já sabíamos no início da pandemia, através da Epidemiologia, que a infecção se deu através de um estrato de classe muito bem definido, em que as classes média e alta trouxeram o vírus, com o surgimento massivo dos casos em regiões nobres das grandes metrópoles e que uma vez o vírus chegando às camadas populares seria uma tragédia anunciada, dados os determinantes sociais em saúde que operam a dimensão do acesso.

Em algumas metrópoles como Fortaleza houve momentos durante a pandemia em que em determinados bairros periféricos como a Barra do Ceará o Pirambu a cada 3 casos de infecção havia 1 morte, enquanto que em bairros nobres como o Meireles esses números eram mais de dez vezes menores (SMS, 2020). Esses números não são assustadores, eles são inaceitáveis! Se sabemos que isso aconteceria, o que justifica esperar a classe trabalhadora adoecer e morrer em massa para enfim tomar uma atitude mais efetiva para conter o avanço da contaminação? Como os processos de avaliação se inscrevem diante disto?

Com todos os problemas de acesso aos serviços e sistemas de saúde imagináveis, iniciam-se projeções alertando sobre a necessidade de maior rigidez do distanciamento a fim de evitar o alastramento do vírus, as quais são ignoradas pelos governos que tomam a decisão de endurecer a ação somente “se o sistema indicar sinais de colapso”. Vale lembrar que diárias de UTI são dispendiosas e levam à insuficiência financeira do sistema de saúde, o qual já tem a sua morte anunciada a partir da Emenda Constitucional 95/2016, a qual vincula a aplicação orçamentária anual às receitas correntes do exercício anterior, o que na prática congela os investimentos em saúde e outros setores estratégicos para o país por longos 20 anos (BRASIL, 2016).

Diante disto, como se manter são? Como não adoecer? Era certo que a demanda por cuidados de saúde mental iria subir. A negligência a estes fatores e determinantes advindas de um cotidiano hostil já eram persistentes e no contexto em que vivenciamos se estabelece o desafio: como cuidar dada a necessidade de distanciamento social?

No que pese ao processo de luto coletivo face aos milhões de óbitos e milhares de mortes diárias ocasionadas pela mesma doença há meses há ainda as disputas políticas em torno do vírus, as consequências para a população vulnerabilizada são desastrosas, impedidas de vivenciar seus processos de luto, lidando com dificuldades de acessar serviços e benefícios, como até mesmo o auxílio funeral, dada a demanda imensa e falta de profissionais suficientes. Ademais, tendo em mente a constante crise sanitária vemos um cenário nas periferias em que as lideranças comunitárias e coletivos organizados diversos restam com uma sobrecarga ainda maior nos seus ombros, tendo que dar conta diretamente da demanda surgida em suas comunidades, uma vez que não há territorialidade e inserção efetiva da política de saúde mental nestes espaços.

O que observamos, afinal, é um projeto de genocídio e supremacia racial em pleno andamento executado por todos os entes federados do poder executivo, oportunizado pelo cenário pandêmico que deixa margem ao estabelecimento de uma autoridade sanitária sob

um discurso perverso de pretensão cuidado que não se materializa senão pelo falso dilema entre retomada da economia e defesa da população.

Neste contexto, vários elementos manicomialmente vêm à tona, tais como a criminalização da pobreza, a individualização da problemática ao, dentre outras coisas, decretar que todas as pessoas utilizem máscaras compulsoriamente sob pena de multa e não criação de possibilidades reais de acesso a esses insumos precarizando a vida, o forjamento de um discurso pautado em uma moralidade de que as pessoas devam ficar em casa mesmo com um plano estruturado de abertura, inclusive, de bares, sem se colocar em pauta a questão de coletividade e do papel regulador da sociabilidade por meio do Estado envolta nisso, a não ser por conclamar uma “consciência” que se dará pelo indivíduo. Tudo isso manifesta repercussões psicossociais gravíssimas.

E não bastasse todo este amálgama de violências diversas observamos ainda, no campo da atenção psicossocial, o discurso sanitário tecnocrata subsidiando a atitude de precarização da vida através da oferta por parte de governos federal, estaduais e municipais da “oportunidade” de “ajudar”, convocando profissionais para serem voluntários em ações do governo, as quais são tratadas como projetos sociais, quando na verdade o papel desses é a garantia de direitos, que são convertidos em uma espécie de caridade e ação humanitária por parte dos ocupantes dos cargos executivos. O mesmo ato não é igual para aquisição de insumos de testagem em laboratórios e afins e há ainda uma perversidade em certas prefeituras de dizer estar “ajudando” pagando R\$ 1,00 por máscara confeccionada por costureiras periféricas, sem garantir condições dignas de trabalho e direitos trabalhistas a essas profissionais.

Todos estes são elementos que somados apresentam um cenário desafiador para a promoção da atenção psicossocial neste contexto. Observamos que a classe trabalhadora é profundamente mais afetada pelos efeitos psicossociais da crise sanitária global, o que se agrava no contexto da pandemia por COVID-19. Essas implicações se dão tanto na violência e vulnerabilização cotidiana através do aniquilamento de subjetividades por meio da sujeição neoliberal que contingenciam a necessidade de cuidados em saúde mental e a busca por serviços especializados como na oferta de serviços de atenção psicossocial, recaindo sobre os profissionais. Observamos também que os governos aguardaram que a geografia da doença avançasse sobre essas populações para enfim tomarem medidas efetivas, mesmo sabendo que quando da ocorrência disto haveria um imenso número de óbitos com sérias implicações de saúde mental.

Diante destes elementos e considerando que após quase 150mil óbitos no país neste curto espaço de tempo ainda com cerca de 800 a 1mil óbitos diários, será que já poderíamos

questionar se a infecção pelo novo coronavírus pode ser considerada uma doença negligenciada?

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Há uma crise sanitária global que persiste através dos séculos e se delinea a partir dos limites estruturais do capital, dada a operação de sua lógica de dominação que engendra a colonialidade na fundação de um sistema-mundo a partir do eurocentrismo. Este fenômeno faz com que a pandemia de infecção pelo novo coronavírus desvele o véu da colonialidade e violência que se gesta no seio das populações vulnerabilizadas. Ademais, isto nos faz levar a crer que o novo coronavírus em si não é o problema real a ser enfrentando, uma vez que é justamente nosso ordenamento social que não nos oferece condições de sociabilidade adequadas para o seu enfrentamento.

A equação destes elementos estruturais no seio da modernidade capitalista com o cotidiano hostil dos serviços de saúde mental com necessidade de suprir a demanda que surge por meio da promoção de atenção psicossocial sob um véu tecnocrático de sujeição neoliberal, converge para um cenário distópico de violências diversas pautadas pela exploração do trabalho e precarização da vida.

Consideramos que a dimensão da saúde mental se encontra intimamente imbricada neste processo de sujeição neoliberal fundando um elemento de vulnerabilização que anuncia a necessidade de uma clínica pública e que estes elementos colocam em xeque o próprio processo civilizatório da humanidade até então, uma vez que se baseia no genocídio e extermínio em matrizes de dominação sobre corpos matáveis das quais governos diversos lançam mão de tecnologias sofisticadas de gestão da vida e da morte em um esforço de fazer e deixar viver e morrer.

A partir das observações elencadas asseveramos a necessidade de integração efetiva do campo da atenção psicossocial na ação coordenada de resposta à pandemia, bem como no estabelecimento de condições efetivas de sustentabilidade dessa relação a fim de garantir o direito à saúde e mitigar os impactos não somente desta pandemia, mas da crise sanitária em curso através da dominação, onde a produção de subjetividade apresenta papel preponderante e estratégico.

Neste contexto hostil, se coloca a tarefa difícil, mas urgente, de organizar o horizonte de emancipação humana através da superação das violências inauguradas neste sistema-mundo e tendo em vista a experiência brasileira com a construção do SUS enquanto valor, a

avaliação de políticas públicas com posicionalidade ética se inscreve no sentido de resgatar o valor público e democrático, fazendo o caminho para este enfrentamento por meio de uma posicionalidade axiológica engendrando a reflexividade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

BOULLOSA, Rosana de Freitas. Para onde tem nos levado a pandemia? Entre tantos desamparos públicos, precisamos também falar sobre avaliação em políticas públicas. **NAU Social**, Salvador, v. 11, n. 21, p. 441–456, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/42235/23282>. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 29 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 29 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 29 jul. 2023.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COLLINS, Patricia Hill. **Intersectionality as critical social theory**. Durham, EUA: Duke University Press, 2019.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

COMPARATO, Fábio Konder. **A civilização capitalista**. 2. ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 2014.

DUSSEL, Enrique. Europa, Modernidade e Eurocentrismo. In: \_\_\_\_\_. **A colonialidade do saber: eurocentrismo e Ciências Sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 25-34.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016a. p. 143-170.

\_\_\_\_\_. O nascimento do hospital. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016b. p. 171-189.

\_\_\_\_\_. direito de morte e poder sobre a vida. In: \_\_\_\_\_. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015. p. 145-175.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GONÇALVES, Renata. Quando a questão racial é o nó da questão social. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 514-522, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v21n3/1982-0259-rk-21-03-00514.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2023.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_44\\_art5.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf). Acesso em: 29 jul. 2023.

LAZZARATO, Maurizio. **Signos, máquinas, subjetividades**. São Paulo: n-1 edições, 2014.

\_\_\_\_\_. **O governo das desigualdades**: crítica da insegurança neoliberal. São Carlos: EdUFSCar, 2011.

LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antonio. **Trabalho imaterial**: formas de vida e produção de subjetividade. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2013.

LIMA, Francisco Anderson Carvalho de. **Avaliação das políticas de saúde mental na dimensão da atenção à população em situação de rua no município de Caucaia, Ceará**: texto e crítica entre os olhares de gestores e profissionais. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Ceará, Departamento de Estudos Interdisciplinares, Programa de Pós-graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2019. 197f.

LIMA, Francisco Anderson Carvalho de; GUSSI, Alcides Fernando. Pode o subalterno avaliar? Possibilidades de um giro contra-hegemônico como opção descolonial no campo da avaliação de políticas públicas. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 6, n. 20, p. 10-35, 2021. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/aval/article/view/78502/218306>. Acesso em: 11 ago. 2023.

MARX, Karl. **Para a crítica da economia política**: manuscrito de 1861-1863 (cadernos I a V). Terceiro Capítulo: o capital em geral. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 Edições, 2018.

MESZÁROS, István. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2002.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra. 5. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00150120, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QvQqmGfwsLTFzVqBfRbkNRs/?lang=pt>. Acesso em: 11 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Acesso em: 29 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 11 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. 05 mai. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 11 ago. 2023.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e Ciências Sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura de Fortaleza. **Boletins epidemiológicos**. Disponível em: <https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/boletim-epidemiologico.html>. Acesso em: 29 set. 2020.

SOUZA, Lincoln Moraes. Avaliação de políticas públicas como pesquisa social: questões científicas, políticas e ideológicas. **Holos**, Natal, n. 5, 195–215, 2018. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/7066>. Acesso em: 11 ago. 2023.

WALLERSTEIN, Immanuel. **O universalismo europeu: a retórica do poder**. São Paulo: Boitempo, 2007.