

Sônia Weidner Maluf  
Ana Paula Müller de Andrade  
Érica Quinaglia Silva  
organização

# POLÍTICAS DO SOFRIMENTO

Saúde mental e  
subjetivações  
em tempos  
pandêmicos



**ABA** PUBLICAÇÕES

 editora ufsc

COLEÇÃO  
BRASIL  
PLURAL

**Políticas do sofrimento:**  
Saúde mental e subjetivações em  
tempos pandêmicos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor

*Irineu Manoel de Souza*

Vice-Reitora

*Joana Célia dos Passos*

EDITORA DA UFSC

Diretor Executivo

*Nildo Domingos Ouriques*

Conselho Editorial

*Nildo Domingos Ouriques (Presidente)*

*Alexandre Bergamo Idargo*

*Antonio Carlos Picalho*

*Antonio Fernando Boing*

*Camila Feix Vidal*

*Francisco Emilio de Medeiros*

*Gabriel Sanches Teixeira*

*Guilherme Wagner*

*Jucinei José Comin*

*Laise Orsi Becker*

*Maria Conceição de Oliveira*

*Mario Rodolfo Roldán Daquilema*

*Paula Campos Pimenta Velloso*

*Raphael Grazziano*

*Ricardo Gaiotto de Moraes*

*Saulo Henrique Vasconcelos Novaes*

COMITÊ EDITORIAL DA COLEÇÃO BRASIL PLURAL

*Vânia Zikán Cardoso* (Coordenadora da Coleção)

*Alicia Castells*

*Esther Jean Langdon*

*Marcia Grisotti*

COMITÊ GESTOR DO INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA BRASIL PLURAL

*Deise Lucy Montardo* (UFAM)

*Eliana Elisabeth Diehl* (UFSC)

*Esther Jean Langdon* (UFSC)

*Sônia Weidner Maluf* (UFSC)

*Vânia Zikán Cardoso* (UFSC)

Editora da UFSC

Campus Universitário – Trindade

88040-900 – Florianópolis-SC

Fone: (48) 3721-9408

[editora@contato.ufsc.br](mailto:editora@contato.ufsc.br)

[www.editora.ufsc.br](http://www.editora.ufsc.br)



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA (ABA)

Diretoria – Gestão 2025/2026

Presidência

*Luciana de Oliveira Dias (UFG)*

Vice-presidência

*Henyo Trindade Barretto Filho (UnB)*

Secretaria-Geral

*Waldemir Rosa (UNILA)*

Secretaria Adjunta

*Juliana de Farias Mello e Lima (UERJ)*

Tesouraria-Geral

*Silvana de Souza Nascimento (USP)*

Tesouraria Adjunta

*Jacqueline Moraes Teixeira (USP)*

Diretoria

*Antonio Hilario Aguilera Urquiza (UFMS)*

*Flavia Medeiros Santos (UFSC)*

*Lucybeth Camargo de Arruda (UFOPA)*

*Vera Rodrigues (Unilab)*

COMISSÃO EDITORIAL DE LIVROS CIENTÍFICOS DA ABA (CELCA)

Coordenador:

*Edimilson Rodrigues de Souza (FAMES)*

Vice-Coordenadora:

*Martina Ahlert (UFMA)*

Membros:

*André Dumans Guedes (UFF)*

*Clark Mangabeira Macedo (UFMT)*

*Edilene Coffaci de Lima (UFPR)*

*Felipe Tuxá (UFBA)*

*Michele Escoura Bueno (UFPA)*

*Rosana Maria Nascimento Castro Silva (UnB)*

CONSELHO EDITORIAL

*Andréa Zhouri* (UFMG)  
*Antonio Augusto Arantes Neto* (Unicamp)  
*Carla Costa Teixeira* (UnB)  
*Carlos Guilherme Octaviano Valle* (UFRN)  
*Cristiana Bastos* (ICS/Universidade de Lisboa)  
*Cynthia Andersen Sarti* (Unifesp)  
*Fabio Mura* (UFPB)  
*Jorge Eremites de Oliveira* (UFPel)  
*Maria Luiza Garnelo Pereira* (Fiocruz/AM)  
*María Gabriela Lugones* (Córdoba/Argentina)  
*Maristela de Paula Andrade* (UFMA)  
*Mónica Lourdes Franch Gutiérrez* (UFPB)  
*Patricia Melo Sampaio* (Ufam)  
*Ruben George Oliven* (UFRGS)  
*Wilson Trajano Filho* (UnB)

[www.portal.abant.org.br](http://www.portal.abant.org.br)

UNB – Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte  
Prédio do ICS – Instituto de Ciências Sociais  
Térreo – Sala AT-41/29 – Brasília/DF – CEP: 70910-900

Sônia Weidner Maluf  
Ana Paula Müller de Andrade  
Érica Quinaglia Silva  
organização

# Políticas do sofrimento: Saúde mental e subjetivações em tempos pandêmicos

© 2026 (ebook) Editora da UFSC

© 2026 (impresso)

Coordenação editorial:

*Beatriz Stephanie Ribeiro*

Capa e editoração:

*pamalero artes*

Foto da capa:

*Junio Silva, “Pandemia e interseccionalidade”*

Revisão:

*Monique Heloísa de Souza*

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

P769 Políticas do sofrimento [recurso eletrônico] : saúde mental e subjetivações em tempos pandêmicos / organização, Sônia Weidner Maluf, Ana Paula Müller de Andrade, Érica Quinaglia Silva. – Florianópolis : Editora da UFSC, 2026.  
319 p. : il. – (Coleção Brasil Plural)

A coletânea é publicada pela Coleção Brasil Plural, parceria entre o INCT Brasil Plural e a Editora da UFSC, e com o selo ABA de Publicações, da Associação Brasileira de Antropologia.

E-book (PDF)

Disponível em: <https://doi.org/10.5007/978-65-5805-133-6>

ISBN 978-65-5805-133-6

1. Antropologia. 2. Saúde coletiva. 3. Política de saúde mental. 4. Sociologia. I. Maluf, Sônia Weidner. II. Andrade, Ana Paula Müller de. III. Silva, Érica Quinaglia. IV. Série.

CDU: 391/397

---

Elaborada pelo bibliotecário Alexandre Pedro de Oliveira – CRB-14/1167



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais.

[br.creativecommons.org](http://br.creativecommons.org)

# Sumário

Apresentação .....	9
--------------------	---

Sônia Weidner Maluf, Ana Paula Müller de Andrade e Érica Quinaglia Silva

## PARTE I

<b>Políticas do sofrimento: saúde mental e subjetivações (pós-)pandêmicas.....</b>	<b>19</b>
--	-----------

Individualismo e sofrimento social: perspectivas antropológicas sobre saúde mental na pandemia.....	20
---	----

Sônia Weidner Maluf

A doença e a saúde mental entre parênteses: experiências na pandemia de covid-19 .....	38
--	----

Ana Paula Müller de Andrade

Sofrimento psíquico e psiquiatrização da infância em tempos pós-pandêmicos .....	52
--	----

Sandra Caponi

Sofrimentos, desafios e possibilidades de cuidados para crianças: rupturas, desordens e reordenamentos da vida cotidiana nos contextos pandêmico e pós-pandêmico de covid-19.....	67
---	----

Eunice Nakamura

Gramáticas do cansaço materno durante a quarentena de covid-19: leituras antropológicas comparadas entre Brasil e Argentina .....	83
---	----

Rosamaria Giatti Carneiro

Onipresente? A pandemia de covid-19 no processo de participação social em saúde mental.....	103
---	-----

Martinho Braga Batista e Silva

"Nunca desperdice uma crise": saúde mental e o lado "B"  
da pandemia ..... 118

Fernando José Cielo

## PARTE II

**Relatos de sofrimento: experiências e narrativas em  
tempos de pandemia** ..... 143

As lutas, o luto: notas sobre o adoecimento, o sofrimento  
e a morte na pandemia de covid-19 ..... 144

Érica Quinaglia Silva

"Na linha de frente": vivências críticas de profissionais  
de saúde em tempos de pandemia ..... 169

Rozeli Porto, Natália Yolanda de Carvalho Araújo e Francisco Cleiton Vieira

Impactos para a saúde mental de profissionais da saúde  
no enfrentamento à pandemia em Santa Catarina ..... 199

Priscila Pavan Detoni, Eliana E. Diehl, Marcia Grisotti, Maria Conceição  
de Oliveira e Daniel Granada

Volta à escola com a covid-19: tensões em torno da ideia  
de "geração perdida" ..... 224

Juliane Bazzo

Prevenção do suicídio e políticas públicas entre o contexto  
de pandemia e pós-pandemia de covid-19: reflexões  
de uma pesquisadora implicada ..... 242

Heloisa Wanick

*"A preocupação é maior em tudo"*: reflexões com as  
mulheres que vivem e/ou convivem com a anemia  
falciforme na pandemia de covid-19 ..... 271

Durvalina Rodrigues Lima de Paula e Silva (autora) e Uliana Gomes da  
Silva (coautora)

Eventos críticos e saberes oníricos: apanhadores de sonhos,  
saúde mental e a pandemia de covid-19 no Brasil ..... 287

Felipe Magaldi

Sobre os/as autores/as ..... 311

# Apresentação

Sônia Weidner Maluf

Ana Paula Müller de Andrade

Érica Quinaglia Silva

Em 2024, atingiram-se os números subnotificados de mais de 7 milhões de mortes no mundo (AFP, 2024) e mais de 700 mil mortes no Brasil decorrentes da pandemia de covid-19 (Brasil, 2024). Embora arrefecida, pelo menos no debate midiático, essa emergência de saúde pública é ainda presente diante das contaminações e mortes atuais e, sobretudo, dos seus efeitos prolongados não apenas físicos, no que se convencionou chamar de covid longa, mas também mentais, sociais, políticos e jurídicos persistentes entre os/as sobreviventes.

Especificamente no nosso país, para além da crise sanitária, uma crise política foi instalada. Vivenciamos, no período da pandemia, um desgoverno na Presidência da República e nos ministérios, que negou a ciência e os modos de mitigar a contaminação pelo novo coronavírus: o distanciamento físico e o uso de máscaras para a prevenção do contágio foram desincentivados, a compra de vacinas foi retardada, e *fake news* foram propagadas.

O negacionismo não teve apenas repercussões políticas e jurídicas; foi responsável por mortes que seriam evitáveis. Diante da distopia de uma necropolítica, vivenciamos um sofrimento social que recaiu sobretudo sobre pessoas e grupos sociais em situações de maior vulnerabilidade e precariedade, como mulheres, idosos/as, trabalhadores/as de serviços definidos como essenciais, entre eles/as os/as profissionais da saúde, e pessoas em situação de alta precariedade social, de moradia e de trabalho.

No âmbito sanitário, em 2023, como resultado da 17ª Conferência Nacional de Saúde, foram elaboradas diretrizes e propostas para lidar com esses efeitos. Trata-se do estabelecimento de políticas de memória mediante a incorporação da vivência da pandemia no conteúdo programático da educação básica, da educação popular em saúde e da

formação de profissionais da saúde; o financiamento de pesquisas sobre a pandemia de covid-19 e os riscos de novas emergências sanitárias; e a criação de eventos, monumentos, museus e memoriais em homenagem às vítimas da covid-19 (Brasil, 2023).

Outrossim, há as políticas de responsabilização por crimes cometidos no governo Bolsonaro e de reparação às vítimas e a seus/suas familiares. O documento preconiza a garantia de atenção à saúde de pessoas com sequelas, o apoio psicossocial para o cuidado de enlutados/as, o auxílio financeiro às crianças e aos/às adolescentes órfãos/ãs e aos/às viúvos/as (Brasil, 2023).

Como parte do esforço feito pelas ciências humanas e sociais no Brasil, de compreender essa situação crítica também a partir de seus impactos na experiência subjetiva individual e coletiva, esta coletânea reúne pesquisas e reflexões antropológicas sobre as diferentes dimensões do sofrimento social, sobretudo aquelas apreendidas na grade da saúde mental, nos contextos de enfrentamento à pandemia de covid-19 e de pós-pandemia. Apresentadas como uma outra pandemia, subjacente e paralela à de covid-19, as questões de saúde mental e dos transtornos psiquiátricos e/ou psicossociais têm aparecido como problemas emergentes nas políticas de saúde no país e em nível global. Assim, tornam-se prementes a compreensão antropológica dos desdobramentos específicos que esses novos contextos trouxeram; a análise sobre o quanto a saúde mental se produz como uma linguagem e um modelo explicativo para questões mais amplas de sofrimento e aflição; e o escrutínio sobre quais são os caminhos futuros para políticas de saúde mental e para a emergência de novas práticas, experiências e saberes sobre esse tema.

Abordar as dimensões e causalidades sociais do sofrimento é um esforço que tem acompanhado a antropologia, envolvendo diferentes situações e campos da experiência social, como saúde, bem-estar, direitos, moral ou religião (Kleinman; Das, Lock, 1997; Victora, 2011). Mesmo reconhecendo o quanto essas dimensões estão atravessadas e se interpenetram na experiência cotidiana de diferentes grupos sociais, a abordagem desta coletânea é a do sofrimento social apreendido sob a grade da saúde mental, tomada aqui em seu alcance ampliado, que vai dos diagnósticos psiquiátricos e da atuação psicossocial à abordagem das emoções e das experiências subjetivas em sua dimensão social.

A antropologia da saúde tem usado diferentes categorias para se referir ao sofrimento psíquico, subjetivo ou emocional, em sua dimensão social, buscando escapar das categorizações tanto psiquiatrizantes

ou psicologizantes quanto patologizantes. A categoria “aflição”, por exemplo, procurou abordar as formas de sofrimento subjetivo de modo amplo o suficiente para abarcar diferentes experiências subjetivas a partir de suas causalidades e dimensões sociais (Maluf; Tornquist, 2010). Já a categoria “perturbação” tentou romper as dicotomias entre corpo e mente e entre individual e social (Duarte, 1994).

Dialogando com essa trajetória da antropologia brasileira e assumindo a perspectiva de uma antropologia política da saúde, que aborde a experiência social como atravessada pelos contextos políticos, históricos e sociais, escolhemos nesta coletânea utilizar a noção de políticas do sofrimento. A primeira implicação dessa escolha é a de abordar o sofrimento na perspectiva de suas causalidades sociais, sobretudo a partir de situações de vulnerabilidade e precariedade das condições de vida de determinados grupos e sujeitos. A segunda implicação é a de, tomando o sofrimento como uma categoria moral (Fassin; Rechtman, 2011), pensar as políticas acionadas em diferentes contextos e experiências de sofrimento social, incluindo as respostas, as formas de resiliência, as resistências e as políticas emancipatórias que delas resultam. Uma das questões necessárias de se enfrentar é como situações de opressão e violência, como na Palestina, se tornam audíveis quando traduzidas na linguagem do sofrimento, e mais especificamente na linguagem psiquiátrica do trauma, tal como discutem Didier Fassin e Richard Rechtman em trabalho sobre a condição de vítima nas políticas humanitárias (*idem*).

A pandemia de covid-19 provocou uma dimensão extensa e intensa de efeitos sociais e subjetivos, físicos e emocionais, entre adoecimentos, morte, lutos, medos, fome, desemprego e precarização da vida, mobilizando diferentes campos sociais, como o biomédico e o epidemiológico, o político, o jurídico, o econômico, o religioso e mesmo o militar, e produzindo diferentes formas de sofrimento social, diferentes políticas do sofrimento e diferentes políticas de subjetivação (Dunker, 2017).

Os estilos e as estratégias narrativas escolhidos pelos autores e pelas autoras demonstram a diversidade com que um tema que conecta questões sociais e históricas com experiências subjetivas e emocionais pode ser trabalhado. Os trabalhos, em sua maioria, advêm de pesquisas de campo etnográficas que analisam materiais e dados qualitativos e mostram as experiências sociais de diferentes grupos e populações. Contamos também com ensaios que contribuem para apontar horizontes de abordagens futuras da relação entre saúde mental e crises

sanitárias e mesmo ambientais. Os trabalhos aqui reunidos revelam a pluralidade das pesquisas antropológicas e suas contribuições para o campo da saúde e da saúde mental, para as políticas de memória e para a compreensão das dimensões sociais e das diferentes políticas do sofrimento produzidas em contextos de emergência sanitária.

A coletânea que apresentamos traz uma contribuição original e singular para o campo da antropologia da saúde e da saúde mental e para as ciências sociais da saúde no Brasil, com a contribuição de autores/as especialistas e reconhecidos/as no campo.

Os trabalhos que compõem esta coletânea buscam, na perspectiva antropológica, mostrar esses meandros e tramas da pandemia e seus efeitos subjetivos, os sofrimentos e as aflições que ela gerou e os modos como são apreendidos na grade da saúde e do adoecimento mental, da patologização, da medicamentação, da individualização e da atomização de uma experiência que é sobretudo social. Os capítulos estão organizados em dois eixos: ***Políticas do sofrimento: saúde mental e subjetivações (pós-)pandêmicas*** e ***Relatos de sofrimento: experiências e narrativas em tempos de pandemia***. Esses eixos, assim como os capítulos, se articulam e demonstram a inseparabilidade entre as distintas dimensões da pandemia de covid-19.

No primeiro eixo, ***Políticas do sofrimento: saúde mental e subjetivações (pós-)pandêmicas***, os textos contribuem com reflexões sobre as diferentes políticas que produzem, reproduzem e/ou deslocam modos de sofrimento. A concepção de política tomada aqui diz respeito às formas como os sentidos para o sofrimento são produzidos em diferentes contextos.

O primeiro capítulo, intitulado “Individualismo e sofrimento social: perspectivas antropológicas sobre saúde mental na pandemia”, de Sônia Weidner Maluf, analisa os modos desiguais de sofrimento – subjetivo, social, individual e coletivo – e apresenta reflexões sobre os regimes de subjetivação e as maneiras diferenciadas (e desiguais) de sofrimento social durante a pandemia. A autora parte da ideia de sofrimento a partir de dois sentidos complementares: o sofrimento social como aquele que decorre de situações de precariedade e vulnerabilidade social, política, econômica ou moral; e como uma dimensão social inerente a toda forma de sofrimento. Em ambos os sentidos, há uma disposição analítica que busca confrontar as cisões entre indivíduo e sociedade e entre as dimensões subjetivas e as sociais.

Ana Paula Müller de Andrade, em “A doença e a saúde mental entre parênteses: experiências na pandemia de covid-19”, reflete sobre

a proposta de colocar entre parênteses as verdades psiquiátricas. A autora mostra o deslocamento de categorias centrais, como a “doença” e a “saúde mental”, ocorrido no contexto pandêmico. Se, por um lado, a expansão dos domínios dos saberes psiquiátricos capturou a vida cotidiana, por outro, a suspensão de práticas hegemônicas, operada pelo processo da reforma psiquiátrica, provocou paradoxalmente uma ampliação das possibilidades de subjetivar as experiências de sofrimento. Sua pesquisa nos apresenta estratégias locais de cuidado amparadas pelo reposicionamento subjetivo e pelo exercício relacional e experimental, próprios do processo de desinstitucionalização, que emergiram na pandemia e certamente terão efeitos em um momento pós-pandêmico.

Sandra Caponi, em seu capítulo “Sofrimento psíquico e psiquiatrização da infância em tempos pós-pandêmicos”, propõe questionar a suposta existência de uma pandemia de transtornos mentais na infância e criticar os modelos psiquiátricos hegemônicos na apreensão do sofrimento psíquico infantil, que se reforçaram com os efeitos subjetivos e psíquicos da pandemia de covid-19. Um dos efeitos dessa suposta pandemia de transtornos mentais é a generalização dos diagnósticos psiquiátricos na infância e o aumento expressivo de crianças tratadas com psicofármacos e expostas a seus efeitos iatrogênicos prejudiciais para o desenvolvimento infantil. Para a autora, é necessário compreender as dimensões sociais dos sofrimentos provocados no contexto da pandemia e construir um pacto social de solidariedade que garanta a proteção e o suporte terapêutico, econômico e afetivo às crianças que sofreram o impacto da pandemia.

Eunice Nakamura, no capítulo “Sofrimentos, desafios e possibilidades de cuidados para crianças: rupturas, desordens e reordenamentos da vida cotidiana nos contextos pandêmico e pós-pandêmico de covid-19”, parte de estudos que apontam para os efeitos da pandemia de covid-19 sobre a saúde mental das crianças. A autora faz uma reflexão antropológica desses efeitos sobre os modos de ser e de fazer das crianças a partir de dois eixos de análise: as dimensões de desordem e ruptura provocadas pela pandemia em relação a situações tomadas como de normalidade; e os desafios e possibilidades de cuidado das crianças a partir desse contexto. Uma das questões abordadas é a da possibilidade de que os novos arranjos possíveis contribuam para uma reflexão sobre dimensões socioculturais importantes na definição de políticas de saúde mental das crianças.

Por sua vez, Rosamaria Giatti Carneiro, em “Gramáticas do cansaço materno durante a quarentena de covid-19: leituras antropológicas comparadas entre Brasil e Argentina”, etnografa o cotidiano doméstico de mães de crianças pequenas durante a pandemia de covid-19 no Brasil e na Argentina. A autora mostra que brasileiras e argentinas experimentaram sobrecarga e cansaço diante dos cuidados com a casa e com os filhos. Embora a sobreposição do trabalho (re)produtivo não tenha sido novidade para essas mulheres, a intensidade com que ela ocorreu aumentou e tornou evidente que o sofrimento experimentado por elas, longe de ter uma etiologia clínica ou psicológica, precisa ser descrito a partir da sociabilidade e de uma ausência de Estado, que (re)produzem esse modelo familista de cuidados.

No capítulo “Onipresente? A pandemia de covid-19 no processo de participação social em saúde mental”, Martinho Braga Batista e Silva analisa como a pandemia de covid-19 esteve mais ou menos presente no processo de participação social suscitado pela 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Ao etnografar tal processo, o autor analisa os aspectos normativo, cronológico, institucional e político e aponta para o fato de que a pandemia de covid-19, presente de modo tímido, titubeante e pouco amplo em relação a outros temas, não esteve ausente.

Ao final do primeiro eixo, temos o capítulo “‘Nunca desperdice uma crise’: saúde mental e o lado ‘B’ da pandemia”, de Fernando José Ciello. Nele, o autor apresenta uma ambiguidade na representação da pandemia tanto como um contexto que resultou no aumento de transtornos psiquiátricos quanto como tempo de oportunidades para transformação individual e social, chamado, por vezes, de “o lado B da pandemia”. Ademais, demonstra como a saúde mental pode tornar-se uma categoria útil para a análise de relações na contemporaneidade.

No segundo eixo, ***Relatos de sofrimento: experiências e narrativas em tempos de pandemia***, os capítulos apresentam contribuições sobre os modos de narrar e experimentar os fenômenos pandêmicos em diferentes “frentes”.

No capítulo “As lutas, o luto: notas sobre o adoecimento, o sofrimento e a morte na pandemia de covid-19”, Érica Quinaglia Silva expõe reflexões sobre as lutas travadas entre vida e morte, a vida profissional e a vida afetiva, familiar, conjugal, e aqueles/as que tentam manter o estatuto de sujeitos ante a morte. A autora, ao autoetnografar o processo de adoecimento e morte de José Carlos Quinaglia, seu pai, analisa questões sociais relacionadas à crise sanitária e política vivida no Brasil e traz uma crítica contundente ao modelo biomédico e aos efeitos

da necropolítica efetuada pelo Executivo federal brasileiro durante a pandemia de covid-19.

Já Rozeli Porto, Natália Yolanda de Carvalho Araújo e Francisco Cleiton Vieira, em “‘Na linha de frente’: vivências críticas de profissionais de saúde em tempos de pandemia”, analisam os efeitos da pandemia provocada pelo novo coronavírus entre trabalhadores/as atuantes na “linha de frente” no cuidado aos/às adoecidos/às pelo SARS-CoV-2 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco sobre a saúde mental desses/dessas profissionais no Rio Grande do Norte. As autoras e o autor também trazem um recorte de gênero e salientam ser a pandemia generificada. Elas e ele trazem resultados de uma pesquisa que mostra que a pandemia potencializou um desgaste mental particularmente das trabalhadoras desde a atuação profissional até o ambiente da casa.

Priscila Pavan Detoni, Eliana Diehl, Marcia Grisotti, Maria Conceição de Oliveira e Daniel Granada, no capítulo “Impactos para a saúde mental de profissionais da saúde no enfrentamento à pandemia em Santa Catarina”, apresentam a repercussão da pandemia na saúde mental entre trabalhadores/as de saúde de Santa Catarina. A partir de entrevistas com esses/as profissionais, as autoras e o autor mostram um cenário de precarização do trabalho, aumento das demandas e dos riscos ligados ao trabalho, além de sobrecarga e fadiga, exposição a mortes em escala fora do normal, afastamento da família, sentimentos de medo e frustração, fatores que fizeram da pandemia um evento traumático para tais trabalhadores/as, desencadeando sintomas de ansiedade, depressão e estresse, sobretudo para os/as que atuaram na linha de frente dos serviços. Diante disso, os/as trabalhadores/as adotaram estratégias como a espiritualidade, o trabalho em equipe e a tomada conjunta de decisões.

A partir de dados e observações reunidos do projeto *Escola em quarentena: um registro antropológico de memórias educacionais*, do qual foi coordenadora, no capítulo intitulado “Volta à escola com a covid-19: tensões em torno da ideia de ‘geração perdida’”, Juliane Bazzo analisa criticamente a noção de geração perdida para se referir às crianças que passaram grande parte da pandemia em ensino remoto. Essa expressão foi utilizada em um relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sobre a ameaça que representaria a covid-19 à educação, à nutrição e ao bem-estar de crianças e adolescentes. Com base em extenso material de campo, a autora mostra os riscos do emprego desse termo e seus efeitos sobre as disposições existenciais e a saúde mental de crianças e adolescentes cuja experiência de vida é definida a partir

dessa noção, que obscurece os processos reais vividos por crianças e jovens na pandemia. Para a autora, o conceito de “geração roubada” seria mais apropriado para falar do contexto histórico e social dessas experiências e levar em consideração os planos objetivo e subjetivo, material e existencial.

Heloisa Wanick, em “Prevenção do suicídio e políticas públicas entre o contexto de pandemia e pós-pandemia de covid-19: reflexões de uma pesquisadora implicada”, oferece ponderações concernentes à realização de uma pesquisa no mesmo campo em que ela, a pesquisadora, atua como profissional. Como pesquisadora implicada, questiona a existência de entraves para a efetivação da política de prevenção do suicídio em tempos pandêmicos em João Pessoa, na Paraíba, e, portanto, a inércia da gestão em saúde pública diante das evidências do curso de uma sindemia, a emergência de adoecimento mental paralela à de covid-19.

No capítulo “A preocupação é maior em tudo: reflexões com as mulheres que vivem e/ou convivem com a anemia falciforme na pandemia de covid-19”, Durvalina Rodrigues Lima de Paula e Silva e Uliana Gomes da Silva apresentam reflexões acerca dos impactos do contexto pandêmico na vida de mulheres que vivem e/ou convivem com a anemia falciforme e o agravamento da condição devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. As autoras apontam como o racismo e suas interseções incidem na pouca atenção às mulheres que vivem e/ou convivem com a anemia falciforme, em sua maioria pessoas negras e de classe econômica desfavorecida. Destacam que os agravamentos sociais, políticos e econômicos continuam afetando as pessoas de forma contundente, mesmo após o período “mais crítico” da pandemia de covid-19, especificamente as mulheres que vivem e/ou convivem com anemia falciforme.

Em “Eventos críticos e saberes oníricos: apanhadores de sonhos, saúde mental e a pandemia de covid-19 no Brasil”, Felipe Magaldi toma como foco a proliferação de saberes, as diferentes abordagens sobre os sonhos durante a pandemia e como estes passam a ganhar um espaço na esfera pública através de *sites* e páginas nas redes sociais, cursos e experiências de narrativas compartilhadas sobre os sonhos. Trazendo perspectivas distintas sobre o sonho, como a psicanálise e a tradição freudiana, a esquizoanálise, os projetos artísticos e criativos, as neurociências, as cosmologias indígenas e sua própria experiência, o autor mostra o lugar importante e a relevância etnográfica que o sonho

e o sonhar tomaram diante desse evento crítico que rompeu dinâmicas do cotidiano.

Esperamos que as análises apresentadas ao longo dos artigos contribuam com reflexões críticas sobre os efeitos da pandemia de covid-19 em seus diferentes tempos. A intenção, com esta publicação, é ampliar a compreensão das questões atinentes aos processos de sofrimento, aflição, perturbação, adoecimento e/ou morte, bem como das práticas, políticas e discursos, a partir de um olhar antropológico sobre o impacto dos contextos de pandemia e pós-pandemia de covid-19 nos campos da saúde mental, nos processos de subjetivação e nas diferentes dimensões do sofrimento social.

A coletânea é publicada pela Coleção Brasil Plural, parceria entre o INCT Brasil Plural e a EdUFSC, e com o selo ABA de Publicações (da Associação Brasileira de Antropologia).

Agradecemos ao INCT Brasil Plural pelo apoio; ao CNPq e à CAPES pelo apoio através de Bolsas de Produtividade em Pesquisa, Mestrado e Doutorado; à Associação Brasileira de Antropologia; e às colegas e parceiras das Redes Antropo-Covid e Ecos da Pandemia. E um agradecimento especial à colega Vânia Zikán Cardoso, por todo o empenho na viabilização desta publicação junto à EdUFSC.

## Referências

AFP – AGENCE FRANCE-PRESSE. Covid-19 segue causando 1,7 mil mortes no mundo a cada semana, aponta OMS. *O Globo*, Genebra, 11 jul. 2024. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2024/07/11/covid-19-segue-causando-17-mil-mortes-no-mundo-a-cada-semana-aponta-oms.ghtml>. Acesso em: 25 out. 2024.

BRASIL. Covid-19 no Brasil. *Ministério da Saúde*, [s. l.], 2024. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html). Acesso em: 25 out. 2024.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório final da 17ª Conferência Nacional de Saúde*. [S. l.: s. n.], 2023.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 83-89. ISBN 85-85676-07-8.

DUNKER, C. *Reinvenção da intimidade: políticas do sofrimento cotidiano*. São Paulo: Ubu, 2017.

FASSIN, D.; RECHTMAN, R. *L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion, 2011. (Coleção Champs essais).

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. Introduction. In: KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. *Social suffering*. Berkeley: University of California Press, 1997. p. ix-xxvii.

MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

VICTORA, C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da antropologia. *RECIIS*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 3-13, dez. 2011.

# Parte I

Políticas do sofrimento:  
saúde mental e subjetivações  
(pós-)pandêmicas

# Individualismo e sofrimento social: perspectivas antropológicas sobre saúde mental na pandemia

Sônia Weidner Maluf

O tema da saúde mental na pandemia apresentou múltiplas entradas, que envolveram questões como a saúde mental das/os idosas/os (colocadas/os na zona de risco e de vulnerabilidade), das/os profissionais de saúde (principalmente aquelas/es que estiveram na linha de frente dos serviços e hospitais que recebiam pacientes infectadas/os) e das mulheres (sobre quem recaiu a responsabilidade e o peso da nova configuração da vida doméstica no isolamento). Trouxe também questões sobre o atendimento e os serviços psiquiátricos e psicossociais, como a clínica presencial ou remota, o funcionamento dos serviços da rede psicossocial durante a pandemia; a segurança e a vulnerabilidade das/os internas/os de instituições psiquiátricas e seus correlatos; as novas ou específicas patologias ligadas à pandemia. As temáticas se multiplicaram.

Neste artigo, o objetivo é pensar os regimes de subjetivação e os modos diferenciados (e desiguais) de sofrimento social durante a pandemia. Uso a noção de sofrimento social neste artigo em dois sentidos complementares: o primeiro toma o sofrimento social como aquele que decorre de situações de precariedade e vulnerabilidade social, política, econômica ou moral; o segundo busca pensar a dimensão social de toda forma de sofrimento. Em ambos os sentidos, há uma disposição analítica que busca confrontar as cisões entre indivíduo e sociedade e entre as dimensões subjetivas e as sociais.

É necessário inicialmente articular as questões de saúde mental e os regimes de subjetivação aos contextos sociais e políticos que vivemos no planeta, com a hegemonia de uma política neoliberal que desmontou a capacidade dos países ocidentais de lidar com uma crise sanitária desse porte. No Brasil, essa crise se agudizou com um governo cuja política

de não enfrentamento à pandemia agravou a precariedade social e multiplicou as mortes. É importante perceber que a catástrofe não foi apenas a pandemia, mas a combinação mortífera entre a pandemia e o sucateamento das políticas sociais em nível planetário pela política neoliberal.

Tendo essas questões presentes, o que aprendemos até agora da pandemia, e de seus impactos sobre o sofrimento social, a saúde mental e os modos como diferentes perspectivas dentro do campo da saúde enunciam esses impactos, é a evidência de dois planos que incluem dimensões que parecem contraditórias e contrastantes, mas que se complementam: um primeiro plano que abarca as dimensões subjetiva e social, e um segundo, que abarca as dimensões individual e coletiva, que serão mais bem explicadas adiante neste texto.

A partir desses quatro elementos – ou dois pares de elementos (subjetivo/social, individual/coletivo) –, busca-se compreender como as formas de sofrimento durante e depois da pandemia são produzidas como problema de saúde mental para os vários campos envolvidos em sua formulação e reconhecer os limites dessa apreensão. Ao colocar sob tensão a perspectiva individualista contida no sistema sintoma-diagnóstico-tratamento, evidenciam-se outros entendimentos e formulações do sofrimento (subjetivo e social; individual e coletivo) e formas de como superar o hiato entre, de um lado, o reconhecimento das dimensões sociais do sofrimento e, de outro, a individualização dessa experiência, ou seja, a individualização dos diagnósticos e dos tratamentos.

Um dos caminhos alternativos ou complementares possíveis para a superação desse hiato é o de procurar compreender o que as experiências periféricas, comunitárias, de auto-organização, as novas maneiras de cuidado e de solidariedade, bem como os modos de lidar com o Estado e reivindicar direitos e políticas sociais, ensinam para o enfrentamento não só desta e de vindouras epidemias, como também das desigualdades sociais.

## A vocação problematizadora das ciências sociais e da antropologia, em particular

Falar na vocação problematizadora da ciências sociais remete inicialmente à reflexividade própria a esse campo e à necessidade de colocar em foco suas metodologias, procedimentos, valores e contextos

de pesquisa.<sup>1</sup> Essa perspectiva dialoga com a proposição central de Michel Foucault sobre a tarefa do trabalho intelectual como sendo fundamentalmente a de problematização, entendida por Frédéric Gros, leitor de Foucault, como inerente ao pensamento crítico, que deve sempre “adotar uma atitude de recuo crítico relativamente às evidências sociais” (Gros, 2015).<sup>2</sup>

Para problematizar e colocar sob tensão a perspectiva individualista, que determina em grande parte os modos como saúde, doença e o próprio sistema sintoma-diagnóstico-tratamento são compreendidos nos sistemas médicos hegemônicos na modernidade e nas diferentes psicologias ocidentais, é necessário trazer alguns pressupostos da abordagem antropológica de saúde, adoecimento e cura, em especial a abordagem da antropologia da saúde. A perspectiva a partir da qual se trabalha neste texto é a da antropologia política da saúde, através da articulação de cinco vertentes de análise:

- 1) As condições sócio-político-econômico-culturais da produção de saúde e do adoecimento, buscando entender como as desigualdades e violências produzem formas de subjetividade e formas de corporalidade.
- 2) A produção social dos objetos de saúde, que são variados e heterogêneos: doenças, diagnósticos, medicamentos, protocolos, manuais, técnicas e tecnologias, agentes humanos, agentes não humanos e/ou vetores da doença (vírus, mosquito, agrotóxico etc.).
- 3) Como as práticas e políticas de saúde agem como políticas de gestão da vida e se constituem também em modos de produção de sujeitos sociais – e de mais ou menos cidadania.
- 4) O reconhecimento dos sujeitos envolvidos com os processos de saúde (tanto as/os chamadas/os de pacientes, usuárias/os, como as/os profissionais de saúde e as/os agentes do Estado) como sujeitos políticos, dimensão que se tornará bastante evidente no contexto da pandemia, principalmente em relação

---

<sup>1</sup> Pierre Bourdieu denominou essa dinâmica de constante vigilância epistemológica, objetificação e auto-objetificação das ciências sociais, assim como Louis Dumont chamou a atenção para a necessidade de que a antropologia (e podemos estender para as ciências sociais em geral) deixe suspensos os valores individualistas em que se constituiu para melhor compreender outras sociedades e outras dinâmicas sociais.

<sup>2</sup> Para uma discussão sobre reflexividade e problematização, ver Maluf (2024).

ao modo como diferentes comunidades, populações e grupos sociais se (auto-)organizaram para enfrentar a covid-19.

- 5) E, finalmente, uma última vertente, que abarca a especificidade do tema da saúde mental, dos modos de conceber o sofrimento e as formas de sofrimento social, e faz pensar nos processos através dos quais a pandemia é produzida como problema do campo psiquiátrico e psicológico, ou seja, como ela é produzida como um problema de saúde mental.

Se tomarmos a pandemia como um evento crítico (Das, 1995) que atinge diferentes dimensões da experiência, é preciso se perguntar como a experiência de sofrimento provocada na e pela pandemia se produz como problema do campo psicológico e psiquiátrico, como ela se produz como um problema de saúde mental e como as questões de saúde mental envolvendo a pandemia se produzem como problema para as ciências sociais e a antropologia. Parte-se aqui do reconhecimento da diferença entre as duas perspectivas: de um lado, como a experiência de sofrimento e as formas de aflição durante a pandemia consistem em problema de saúde mental para o campo psiquiátrico e psicossocial; e, de outro, como a antropologia problematiza ou gera uma problematização (no sentido foucaultiano) desse processo – de produção da pandemia e do sofrimento social como problemas de saúde mental.

Uma das tarefas da antropologia é justamente a de inquirir sobre o normal, evidenciando os processos de normalização. Essa problematização, provocada pela perspectiva das ciências sociais, e em especial da antropologia, toma como ponto de partida a ideia de que existe uma dimensão social incontornável do sofrimento, sem abandonar, contudo, a importância das singularidades individuais, o que implica pensar as dimensões históricas, sociais, políticas e epistêmicas da produção de subjetividades. Essa não é uma empreitada fácil, tendo em conta a visão individualista (e necessariamente universalista) não apenas das ciências médicas e psicológicas, mas também do campo dos direitos (direitos humanos), que tem como foco o “sujeito individual universal”.

Assim, um primeiro empreendimento crítico necessário da antropologia, da antropologia da saúde e da saúde mental é o de pensar que a configuração de valores predominante nas ciências médicas e psicológicas, e também nas políticas sociais – não apenas no campo da saúde, mas também aquelas do campo dos direitos e dos direitos humanos, por exemplo –, é a individualista moderna, que privilegia o

sujeito individual. Isso implica considerar que o sistema hegemônico nas ciências *psi* dado pelo encadeamento do sistema sintoma-diagnóstico-tratamento esteja igualmente focado no indivíduo, mesmo quando se percebe que essas afecções (tanto físicas quanto morais-psicológicas) são coletivas<sup>3</sup> e compõem diferentes formas de sofrimento social<sup>4</sup> – sofrimento o qual o sistema sintoma-diagnóstico-tratamento não contempla nem reconhece.

Pesquisas no campo da antropologia da saúde têm mostrado várias situações em que a apreensão individual ou a partir do paradigma individualista de situações de aflição e sofrimento social não alcançam a amplitude do fenômeno em suas dimensões sociais e coletivas. Dois exemplos etnográficos ajudam a pensar essa questão.

O primeiro deles é um conjunto de pesquisas que o Núcleo de Antropologia do Contemporâneo, da Universidade Federal de Santa Catarina (Transes/UFSC), empreendeu a partir de 2006 sobre gênero e saúde mental, com foco em narrativas de mulheres das periferias urbanas da cidade de Florianópolis, no estado de Santa Catarina, no sul do Brasil.<sup>5</sup> Essas mulheres, morando em condições extremas de precariedade socioeconômica, algumas em bairros com histórico de ocupação e luta pela moradia, quando acessavam os centros de atenção básica em saúde e relatavam suas aflições recebiam diagnósticos psiquiátricos e formas de tratamento medicamentosas. Em suas narrativas, apareciam dois modos distintos de apreensão do sofrimento: um modo trazido pelas políticas públicas e pelas/os profissionais de saúde, que individualizava e localizava o sofrimento dessas mulheres em suas afecções e dores individuais e nas fases de seu “ciclo de vida”<sup>6</sup> – que em trabalhos anteriores denominei de uma *fisiológica* da apreensão do sofrimento das mulheres; e outro modo trazido pela percepção delas próprias, que localizava seu sofrimento como algo comum a outras mulheres da comunidade e ligado à experiência social destas, como violências de todo tipo, tais quais a exploração

---

<sup>3</sup> Ou seja, envolvem mais de um indivíduo, coletividades, comunidades inteiras, e mesmo podem envolver uma coletividade global.

<sup>4</sup> Dimensão social dada pela historicidade do fenômeno e pela centralidade dos contextos relacionais e das hierarquias de poder.

<sup>5</sup> Ver Tornquist, Andrade e Monteiro (2010) e Maluf (2010).

<sup>6</sup> Descrito nos documentos públicos como as fases da carreira reprodutiva das mulheres (puberdade, gravidez, pós-parto, menopausa). Sobre o ciclo de vida e as políticas de saúde mental, ver Maluf (2015).

e o assédio no trabalho, a fome e a miséria, a impotência – essa compreensão denominei de uma *socio-lógica* dos modos explicativos dessas mulheres sobre suas aflições e sofrimentos. Os diagnósticos e extensos receituários medicamentosos que recebiam no centro de saúde não contemplavam essas experiências e vivências sociais do sofrimento.

O segundo exemplo etnográfico são os estudos sobre o aumento das taxas de suicídio em comunidades indígenas nos últimos anos e como a perspectiva do sistema sintoma-diagnóstico-tratamento (este último esmagadoramente medicamentoso) não leva em consideração as dimensões sociais e coletivas desse fenômeno.<sup>7</sup>

Esses e outros exemplos mostram a diferença de perspectivas entre a apreensão antropológica dos fenômenos de sofrimento, aflição, saúde e adoecimento e os modos biomédicos, psiquiátricos e das vertentes hegemônicas da psicologia contemporânea.

O outro esforço crítico que interessa explorar antes de entrar propriamente no tema dos sofrimentos sociais e dos diferentes modos de abordá-los, durante e no pós-pandemia, é pensar sobre o contexto das políticas públicas de saúde mental nos anos anteriores à pandemia.

Antes do golpe de 2016, o Brasil vinha construindo o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica e das novas políticas de saúde mental, baseadas no fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e na sua substituição por um conjunto de serviços e atendimentos proporcionados pela rede de atenção psicossocial (na atenção básica, nos centros de atenção psicossocial, ou CAPS, em residências terapêuticas, em leitos psiquiátricos de hospitais gerais, entre outros). É preciso reconhecer que essas políticas não se realizavam sem disputas – o campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica foram e são um campo de disputas, com um histórico de resistências por parte da psiquiatria hegemônica, cujas/os representantes oficiais foram contrárias/os à Reforma Psiquiátrica e ao fechamento dos manicômios.

Além disso, após o golpe de 2016, mudanças bruscas e repentinas nas políticas de saúde mental foram provocadas por uma série de portarias e medidas tomadas pelo Governo Federal, por exemplo, retornando aos regimes de internação de pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas e de pessoas vivenciando outros agravos,

---

<sup>7</sup> Sobre suicídio em comunidades indígenas: ver Solar (2013), sobre suicídio em uma comunidade Mapuche-Pewenche no Chile; e Rodrigues (2021), sobre os Tupinambá de Olivença, Bahia.

como aquelas em situação de rua, aumentando significativamente a destinação de recursos públicos para as chamadas comunidades terapêuticas (entidades privadas, em geral de cunho religioso, voltadas principalmente a usuários de álcool e outras drogas, mas que não se constituem propriamente em aparelhos terapêuticos).<sup>8</sup>

Mas, para além das políticas de saúde mental e de suas disputas internas e externas, de modo geral o campo da saúde mental no Brasil – e em outros países – vem sendo cada vez mais hegemônico por dois grandes movimentos complementares. Um deles, intrínseco ao próprio campo da saúde mental, e outro, mais amplo, ligado às novas formas de subjetividade impostas pela racionalidade neoliberal.

De um lado, observam-se o crescimento e a generalização dos diagnósticos psiquiátricos, em geral determinados pelas novas e contínuas inclusões de patologias psiquiátricas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), assim como na Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS). De outro, despontam novos regimes de subjetivação e de produção de subjetividades, marcados tanto pela redução das políticas sociais e de cuidado, sobretudo aquelas voltadas para a saúde e a previdência, quanto pela hegemonia de uma razão econômica que privatiza as formas de cuidado e reduz os sujeitos a indivíduos autorresponsáveis, tomados como “empreendedores de si” e, no limite, reduzidos às formas do capital (entre elas a de capital humano).<sup>9</sup> Emergem desses dois movimentos complementares alguns aspectos que foram amplificados durante a pandemia: novas linguagens do sofrimento e de si; captura do discurso da subjetividade pelas neurociências e psiquiatrias biológicas; hegemonia do sistema sintoma-diagnóstico-tratamento; consequente abordagem individualista do sofrimento, do sintoma, do diagnóstico e do tratamento; medicalização e medicamentação<sup>10</sup> da experiência subjetiva.

---

<sup>8</sup> Ver Maluf (no prelo) e Relatório (2018).

<sup>9</sup> Ver Foucault (2008).

<sup>10</sup> Dois termos que não são exatamente sinônimos, dado que o segundo refere-se diretamente à centralidade dos medicamentos na resolução dos sofrimentos e aflições.

## A pandemia e os sofrimentos desiguais

A partir desse quadro anterior, questiona-se: o que a pandemia trouxe de novo para o campo da saúde mental e as formas de aflição, perturbação e sofrimento social? Uma primeira questão é que a pandemia tornou mais visíveis – ou, melhor dito, escancarou – as dimensões sociais das mais diversas formas de sofrimento, que se evidenciaram em sua dimensão não apenas coletiva, mas de massa: há uma massa populacional mundial atingida pela pandemia e uma massa de formas variadas de sofrimentos. Em alguns casos, a pandemia amplificou determinadas situações (como o aumento da violência doméstica e dos feminicídios durante o isolamento). Em outros, ela disseminou diferentes formas de sofrimento, que se expressam nos afetos e nos desdobramentos emocionais e subjetivos que a situação pandêmica desencadeou. Uma das emoções mais presentes nos relatos, principalmente no início da pandemia, foi o medo: medo do vírus, da doença, da morte, da perda – e, após, o medo de sair de casa, de retomar a “normalidade”.

No início da pandemia, esse medo chegou ao limite do pânico e mesmo do horror, modo aguçado do medo diante do indeterminado.<sup>11</sup> Essa indeterminação dos efeitos do novo coronavírus no organismo foi mais forte no início da pandemia, tanto no plano individual (se você contrai o vírus, não se sabe exatamente o que vai acontecer com seu corpo – num espectro que vai do assintomático ao extremo da intubação e mesmo da morte) quanto no coletivo (variantes novas que trazem novos sintomas, novas intensidades, morbidades e letalidades).

Além do medo e do terror, há outros afetos pandêmicos tão ou mais evidentes e que ganharam realce no decorrer da pandemia em suas diferentes fases: o luto pelas perdas (e, como estamos falando de uma doença contagiosa, não são perdas de uma/um única/o parente ou pessoa próxima que adoeceu, mas em muitos casos de vários membros da mesma família), a solidão, o desespero, a ansiedade, a insônia, a culpa, o sentimento de perda da “vida que se tinha”, de fim do futuro e de desesperança. Todos esses afetos, que em outra situação poderiam ser tomados como sintomas de transtornos psiquiátricos individuais específicos no caso de permanecerem no decorrer do tempo ou de

---

<sup>11</sup> Pensa-se o terror aqui como uma amplificação do medo do indeterminado, do amorfo. Como o terror das crianças em relação ao bicho-papão, um indeterminado sem forma (ver Corso, 2002).

impedirem o sujeito de ter uma “vida normal”, apareceram durante a pandemia na sua dimensão não apenas social mas também coletiva – ao ponto de as agências e os órgãos nacionais e internacionais de saúde e saúde mental aventarem a possibilidade de uma outra pandemia, que viria na sinergia da covid-19 e que poderia ser reconhecida como uma pandemia de transtornos de saúde mental, psiquiátricos ou psicossociais.

Note-se que se diferencia aqui a dimensão coletiva da dimensão social. A dimensão coletiva fala de um aspecto específico. Ela fala de um “em comum” – como escreveu o filósofo e historiador camaronês Achille Mbembe (2020) – ou “do comum” – através da expressão com a qual o filósofo francês Jean-Luc Nancy (2020) rebatizou o novo coronavírus, o “comunovírus”.<sup>12</sup>

Entretanto, se o vírus foi o comum, ele não foi vivido da mesma maneira. Os afetos não foram os mesmos. Entre a solidão e o medo de se contaminar, sentidos pela/o adulta/o ou idosa/o de classe média, e o cansaço e o medo de não ter comida para colocar na mesa, sentidos pela avó da periferia, que cuida das/os netas/os e trabalha como doméstica, existe uma longa distância. Talvez o elemento que tenha permanecido comum nessa diversidade de experiências seja uma versão mais crua, primeva, do medo, que é o senso ou sentido de perigo.

A antropóloga Catherine Lutz (1988), discutindo sobre as emoções, estabelece uma diferença entre os sentimentos morais (como a culpa ou a perda) e o senso de perigo, que tocaria diretamente a sobrevivência do organismo. Mas, para ela, mesmo o medo não é menos atravessado pela cultura do que as outras emoções – aquilo de que se tem medo, ou a percepção sobre o que representaria um perigo, também é diferente, conforme diferentes marcadores sociais. Um homem branco que sai na rua ou entra num *shopping center* não tem medo de ser agredido ou sofrer uma injúria ou uma violência racial, como um homem, uma mulher ou uma criança negras/os têm.

Mas se, de um lado, é preciso estar atenta/o aos modos culturais e sociais de sofrer, por outro lado, o vírus desconhece fronteiras (nacionais, regionais, raciais, étnicas, de classe). E esse saber científico foi fundamental para garantir a defesa do direito universal à assistência social e à saúde para todas/os. Esse foi um debate presente na França, quando, em sua primeira candidatura, a extremista de direita Marine Le Pen propôs excluir as/os imigrantes dos serviços de saúde e da possibilidade de vacinação. O caos sanitário que adviria dessa medida

---

<sup>12</sup> Ver Mbembe (2020) e Nancy (2020).

foi denunciado mesmo por aquelas/es que tinham uma noção vaga de saúde pública, diante da evidência de que vacinar as/os francesas/es e não vacinar as/os imigrantes não teria a menor eficácia sanitária em termos de política pública de saúde.

Essas questões evidenciam um terceiro par a ser agregado aos pares subjetivo-social e individual-coletivo, que é o da diferença-universalidade. Esse é um debate caro à antropologia da saúde, que está relacionado aos significados culturais do adoecimento e a quanto a perspectiva universalista do discurso biomédico generaliza uma apreensão cultural da doença e do sofrimento e os reduz à apreensão individualista que marca a biomedicina, através da redução fiscalista dos processos de adoecimento e cura, mesmo no campo da saúde mental e dos sofrimentos emocionais. A perspectiva da diferença e da diversidade cultural, no lugar de buscar uma “história natural das doenças”, o que muitas vezes leva a um anacronismo de encontrar no passado sintomas ou doenças contemporâneas, propõe-se a fazer uma arqueologia, no sentido foucaultiano, da biomedicina e dos saberes biomédicos sobre sintomas e diagnósticos. Ou seja, procura perguntar quais foram as condições sócio-históricas e epistêmicas que permitiram o surgimento de determinadas compreensões sobre o normal e o patológico.

Vale então perguntar quais são as implicações práticas de reconhecer que os sofrimentos, inclusive psicológicos e morais, durante a pandemia não foram os mesmos, foram desiguais, assim como a capacidade de enfrentamento? Uma primeira indicação seria repensar a relação entre diferença (cultural, social, histórica) e universalidade, esta última sendo aquela que define a apreensão biomédica hegemônica nas políticas tanto globais quanto nacionais. Repensar a relação entre diversidade/diferença sociocultural e universalidade das políticas sociais não significa escolher entre uma e outra, mas entender que uma política universalista que não reconheça as diferenças acaba sendo a generalização de uma perspectiva específica: a ocidental, moderna, branca e eurocêntrica – e liberal, ou mesmo neoliberal, se considerarmos a generalização contemporânea da ideia de liberdade como direito absoluto do indivíduo.

Esse é um debate caro ao campo dos direitos humanos, sobretudo na perspectiva antropológica destes, que argumenta o quanto é fundamental que direitos individuais se combinem com o reconhecimento dos direitos coletivos – e como esse não reconhecimento da diversidade levou a situações de genocídio, feminicídio, etnocídio, entre outras.

Desdobrando essa perspectiva para o campo das políticas de saúde, as pesquisas antropológicas têm demonstrado como uma das causas do fracasso de diversas políticas epidemiológicas em situações de crise tem sido o desconhecimento dos fatores sociais e culturais. A antropologia da saúde tem apontado que as doenças não atingem universalmente e da mesma maneira cada indivíduo e que fatores sócio-econômico-culturais são dimensões centrais para o estabelecimento de políticas de saúde eficazes que combinem conhecimento biomédico e epidemiológico, de um lado, e conhecimentos socioantropológicos, de outro. Assim, se o risco e a ameaça representados pelo vírus SARS-CoV-2 evidenciaram uma coletividade global a partir da experiência da doença, eles também produziram efeitos físicos e subjetivos distintos conforme múltiplas situações e contextos sociais.

Isso torna também necessário repensar a definição sobre o que foi o sofrimento subjetivo, psicológico, durante a pandemia, em geral definido a partir do modelo de um sujeito de classe média, com renda garantida, que pode ficar em casa e que foi assaltado pelo medo, pela angústia, pela solidão, de modo diferente daquele que precisou sair diuturnamente para exercer suas atividades laborais e, assim, garantir o sustento próprio e de outras/os. Esse modelo deixa de fora outros sofrimentos, outras aflições – de quem teve que sair de casa para trabalhar, de quem não tem o que colocar na mesa, de quem continua perdendo filha/o para bala “perdida”, de quem passa o dia cozinhando e arrumando a casa, de quem apanha mais e sofre mais violências físicas e psicológicas, no caso de mulheres, idosas/os e crianças, para citar alguns exemplos.

Assim, o comum-coletivo e o desigual-social são dimensões diferentes, mas combinadas, da experiência pandêmica.

## Diferentes formas de normalização do sofrimento

Profissionais do campo *psi* convergiram em relação a como abordar a questão da saúde mental na pandemia ao afirmar que não era possível alguém estar bem naquele momento. Ou seja, todos os sentimentos, emoções e afetos mobilizados pela situação pandêmica foram considerados normais e necessários num momento “anormal”. O “normal” era não estar bem. Isso colocou uma outra questão relacionada à existência de uma certa suspensão nos paradigmas de normalidade e sobre qual seria o alcance dessa suspensão.

Foi possível perceber no discurso público das/os gestoras/es da pandemia duas dimensões da normalização. Uma esteve relacionada à gestão da epidemia no Brasil e à negativa por parte do Governo Federal e de alguns governos estaduais a entenderem a situação como de emergência sanitária – evitando e contornando todas as consequentes medidas que deveriam ter sido tomadas em termos de governo e de políticas sociais. Essa dimensão se tornou evidente nos discursos do Governo Federal durante a pandemia, normalizando o adoecimento e as mortes.

Outra dimensão esteve presente nas orientações científicas e nas cartilhas sobre saúde mental da OMS e de entidades públicas brasileiras. Um exemplo é o documento da Fiocruz (2020) *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de covid-19: recomendações gerais*, que, como outros documentos e cartilhas divulgados no período, indica que alguns sentimentos e emoções – em outras situações vistos como patológicos – são normais durante uma pandemia. No entanto, os materiais alertam que é preciso ter cuidado para que essas mesmas reações (emocionais e subjetivas) não se estendam nem se tornem crônicas após a pandemia.

Ou seja, existe um pressuposto contido nesses documentos do campo da saúde pública de que a suspensão da “normalidade” deveria ser temporária – o que pode levar a pensar que as normalidades vividas antes da pandemia eram satisfatórias ou isentas de crise; como se aqueles efeitos desencadeados pela pandemia na vida social e na experiência subjetiva fossem uma exceção, ou uma suspensão passageira de algo que logo deveria retornar à normalidade. Mas não foi em todos os casos que isso aconteceu. Em situações como as de violência de gênero e de feminicídio, por exemplo, a pandemia as ampliou, exacerbou, tornando mais evidente um quadro já existente, mas que era em certa medida normalizado. Ao mesmo tempo, a definição sobre o “normal” e o “anormal”, ou “não normal”, acabou sofrendo deslocamentos e mesmo inversões na pandemia, ou seja, o que seria absurdo, unimaginável, se normalizou – como as centenas de milhares de mortes, tomadas, no discurso do Governo Federal e mesmo de algumas/uns empresárias/os, como inevitáveis e inclusive como um mal necessário.

Um exemplo disso foi a normalização sinistra da morte que apareceu no discurso de alguns governantes, com a proposta de deixar que o contágio seguisse seu “curso natural” até se obter a chamada “imunidade de rebanho” – compreendida naquele momento não como o resultado de políticas de vacinação, tal como esse conceito é utilizado

na epidemiologia, mas como permitir e mesmo estimular o contágio até que ele atingisse em torno de 70% da população. O que não se dizia explicitamente era que parte desses 70% poderia até ficar parcialmente imunizada,<sup>13</sup> mas uma grande parte morreria, tais o grau de letalidade do vírus e a ausência de terapêuticas eficazes. Esse foi o procedimento adotado nas primeiras semanas da pandemia no Reino Unido, que chegou a registrar o maior número de mortes por covid-19 em relação à população assim que essa política foi assumida, até que o governo britânico recuasse. De certo modo, também no Brasil, essa foi na prática a política imposta pelo governo na gestão federal da pandemia – ou na falta dela.<sup>14</sup>

Existia, no fundo da proposta de imunidade de rebanho a partir do contágio disseminado, uma concepção eugenista muito perigosa: a de que “vidas serão perdidas, mas esse é o mal necessário”. É uma política que naturaliza a morte de vulneráveis – idosos/os, doentes, populações em situação de precariedade social, trabalhadoras/es da saúde e de outros setores considerados essenciais. Apesar das medidas tomadas por governos estaduais e municipais, foram poucos os estados que conseguiram chegar a 70% de isolamento e distância social – muito pelo comando da política bolsonarista, contrária a esses cuidados.

A questão ética da escolha sobre quem ocuparia o único leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) restante e quem se deixaria morrer entrou em pauta nas mídias – a partir de um vídeo anterior à pandemia, de um dos ministros da saúde do governo Bolsonaro, Nelson Teich, que foi resgatado quando ele assumiu o ministério. O problema de pautar o debate das políticas de enfrentamento à covid-19 pela escolha de quem viveria ou morreria é que se desloca uma discussão ética e moral em torno do indecível, ou seja, em torno de um exemplo extremo, para o campo da política pública. Como se a escolha política devesse ser entre quem vive e quem morre – e não sobre como garantir o maior número de vidas ou o menor número de mortes. Justamente um dos compromissos dos gestores, expresso em políticas públicas amparadas

---

<sup>13</sup> Naquele momento, ainda não se sabia o quanto ter contraído o vírus levava à imunização a novos contágios. Hoje se sabe que essa imunização é parcial e que a mesma pessoa pode contrair o vírus diversas vezes, sobretudo suas variantes.

<sup>14</sup> Em denúncia feita à Procuradoria Geral da República em janeiro de 2021, juristas da Associação Juízes para a Democracia definem a política de Bolsonaro na pandemia como “uma estratégia intencional de propagação do vírus”. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-jan-26/associacao-juizes-pgr-denuncie-jair-bolsonaro>. Acesso em: 16 jun. 2025.

nos direitos humanos, deveria ser o de determinar inclusive quais serão os tipos de escolhas a serem feitas.

O debate sobre quem se faz viver e quem se deixa morrer recoloca a questão sobre, de um lado, a dimensão comum e coletiva da pandemia e, de outro, a distribuição desigual do sofrimento, da vida e da morte. Quem são esses sujeitos que sofrem, vivem e morrem de modo diverso e desigual, para além da absoluta singularidade de cada experiência individual que marca a apreensão das ciências psiquiátricas e psicológicas do sujeito?

Retomam-se aqui os dois planos entrecruzados mencionados anteriormente, entre a socialidade e a desigualdade, de um lado, e o em comum e a experiência, de outro. Se o modelo predominante na apreensão biopsicomédica da saúde mental é um desdobramento da configuração individualista do sujeito, é preciso buscar compreender quais são os desdobramentos contemporâneos dessa configuração, em tempos de hegemonia neoliberal.<sup>15</sup>

Como diversas/os autoras/es têm evidenciado, nos regimes de subjetivação neoliberais o sujeito toma uma forma específica – além do individualismo como valor da sociedade moderna, o indivíduo na sociedade neoliberal assume ele próprio a forma e a dinâmica do capital, como capital humano e como “empreendedor de si”, tal como Foucault (2008) discutiu em seu curso *Nascimento da biopolítica*. Evidencia-se uma dinâmica social, política e subjetiva que remete à perda do comum de várias maneiras: Estado mínimo e fim das políticas sociais, responsabilidade de si sobre sua vida e sua morte, individualização da vida cotidiana e mediação tecnológica das relações, hipertrofia da noção de liberdade individual como valor.

Esse é o modelo vigente da subjetividade neoliberal e da ideia de que existe uma forma específica do sujeito e da subjetividade no neoliberalismo, que de certa maneira reproduz no plano individual a racionalidade neoliberal de que crises e catástrofes são situações das quais é possível se retirar “bons negócios”.<sup>16</sup> Para o filósofo Vladimir

---

<sup>15</sup> Para a definição da configuração individualista como ideologia hegemônica da modernidade, ver Dumont (1985). Para uma discussão sobre as ciências do campo *psí* como desdobramentos do individualismo moderno, ver Figueira (1985) e Duarte (1994, 2003), entre outros. Para uma crítica à concepção da psicanálise como redutível à configuração individualista, ver Salem (1992) e Tenório (2000).

<sup>16</sup> Sobre a importância do caos e da crise na gestão e na racionalidade neoliberais, ver Dardot e Laval (2016).

Safatle (2021, p. 10), se no liberalismo “o sofrimento atrapalha, porque retira o sujeito da produção”, entre outras coisas, o neoliberalismo descobriu que pode extrair maior produção e maior gozo do sofrimento. Em outras palavras: no neoliberalismo, o sofrimento é economicamente produtivo.

Além disso, valores neoliberais foram acionados para justificar políticas opostas às medidas sugeridas pela OMS e pelos princípios da saúde pública. Muitas/os das/os que se opuseram às políticas de isolamento social usaram como argumento a ideia de perda da liberdade individual. Esta já havia sido empregada em outras situações e temas políticos polêmicos no Brasil, como a defesa do porte e da posse de armas, a defesa da concentração de terra nas mãos de alguns poucos (a partir da alegação do direito à propriedade privada), a destruição e degradação moral do Estado como fazedor de políticas sociais e distributivas, a destruição das políticas e éticas do cuidado que envolvem de formas de auto-organização em bairros, comunidades e movimentos sociais a uma ética das relações interpessoais. Por outro lado, diante da barbárie que a defesa desse “valor” provocou, cabe questionar sobre o que se está falando quando se fala em liberdade.

## Políticas locais e resistências – para além do individualismo neoliberal

Como mencionado anteriormente, uma das perspectivas da contribuição da antropologia é a de perceber o sujeito que sofre também como um sujeito político. Essa dimensão fica mais evidente quando se observam as iniciativas locais, horizontais, as redes de cuidado, de apoio e solidariedade, as formas de auto-organização das comunidades durante a pandemia – na favela, nas comunidades indígenas e quilombolas, nos assentamentos de agricultoras/es sem-terra. Nelas, novos modos de subjetivação e de lidar com o sofrimento em sua dimensão social, como algo que diz respeito a todas/os, começaram a acontecer. A pandemia e o novo coronavírus não foram a causa desses novos modos; mas aceleraram a urgência, pelo menos no Brasil, de uma transformação radical dessa catástrofe coletiva pela qual se passou, de enfrentamento a todas essas desigualdades e de reconhecimento do entrelaçamento incontornável entre o subjetivo e o social; entre o individual e o coletivo.

A pandemia trouxe uma série de intensificações e deslocamentos no campo da saúde mental e das formas de abordar o sofrimento social: emergência de novos sofrimentos – em intensidade e em abrangência; primazia das emoções e dificuldade de representar e de dar respostas racionais à catástrofe e à situação de tragédia e de crise. Entre as formas de racionalização da barbárie, percebe-se uma movimentação da psiquiatria e dos conhecimentos dos campos *psi* para a epidemiologia, e a entrada em cena desse relativamente novo ator – a epidemiologia psiquiátrica, processo evidenciado por algumas/uns autoras/es já nos anos 1990 como uma transição epidemiológica da psiquiatria, relacionada ao que seria uma disseminação dos transtornos e dos diagnósticos psiquiátricos.

Por outro lado, pesquisas antropológicas têm descrito diferentes respostas locais à pandemia no Brasil, fornecidas a partir da auto-organização de comunidades indígenas e quilombolas; de bairros das periferias urbanas; de mulheres que se voltam a atividades coletivas de cuidado, de produção de insumos para proteção sanitária (como máscaras); de agricultoras/es familiares, que se organizam para distribuir os alimentos que produzem, entre muitos outros exemplos. Essas iniciativas e agenciamentos locais deslocam a abordagem do sofrimento da série individualizada do sistema sintoma-diagnóstico-tratamento para a abordagem das dimensões sociais e políticas do sofrimento, estas voltadas para a compreensão social e coletiva de suas causas e seus contextos de produção. Nessas experiências, diferentes políticas do cuidado e do viver juntas/os são produzidas e vivenciadas.

Resgatar essas outras políticas, que são também políticas de enfrentamento às diferentes formas do sofrimento social, pode contribuir para uma avaliação crítica das políticas sociais em vigor e para a elaboração de novas políticas públicas no campo da saúde e da saúde mental voltadas, de um lado, à superação do hiato entre o reconhecimento das dimensões sociais e coletivas da experiência do sofrimento e a individualização dos diagnósticos, tratamentos e abordagens em saúde, e, de outro, ao reconhecimento de que também os sofrimentos (em sua intensidade e qualidade) não são apenas diversos e singulares, mas também profundamente desiguais.

## Referências

- CORSO, M. *Monstruário: inventário de entidades imaginárias e de mitos brasileiros*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.
- DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DAS, V. *Critical events: an anthropological perspective on contemporary India*. Nova Delhi: Oxford University, 1995.
- DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? *In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S. Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 83-90.
- DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.
- DUMONT, L. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- FIGUEIRA, S. A. Introdução: psicologismo, psicanálise e ciências sociais. *In: FIGUEIRA, S. A. (org.). A cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 7-13.
- FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de covid-19: recomendações gerais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- GROS, F. Problematização. *Mnemosine*, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 2096-2097, 2015.
- LUTZ, C. A. *Unnatural emotions: everyday sentiments on a Micronesian atoll and their challenge to Western theory*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. *In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (org.). Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-67.
- MALUF, S. W. Biogitimacy, rights and social policies: new biopolitical regimes in mental healthcare in Brazil. *VIBRANT*, Florianópolis, v. 12, p. 321-350, 2015.
- MALUF, S. W. Ciência com aspas: os dilemas do campo científico em tempos de pandemia. *In: MALUF, S. et al. Antropologias de uma pandemia: políticas locais, Estado, saberes e ciência na covid-19*. Florianópolis: Edições do Bosque, 2024. p. 321-340.

- MALUF, S. W. A “nova” política nacional de drogas e o desmonte neoliberal das políticas de saúde mental no Brasil. In: PORTO, R. *et al.* (org.). *Saúde, movimentos sociais e direitos*. Natal: Ed. UFRN. No prelo.
- MBEMBE, A. *o direito universal à respiração*. São Paulo: n-1 edições, 2020. (pandemia crítica, 20).
- NANCY, J.-L. *comunovírus*. São Paulo: n-1 edições, 2020. (pandemia crítica, 9).
- RELATÓRIO da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. Brasília, DF: CFP, 2018.
- RODRIGUES, A. S. *Fazendo a vida junto: trajetórias e experiências de sujeitos Tupinambá de Olivença/BA no acesso à saúde*. 188 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.
- SAFATLE, V. Introdução. In: SAFATLE, V.; SILVA JR., N.; DUNKER, C. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 9-13.
- SALEM, T. A “desposseção subjetiva”: dos paradoxos do individualismo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, ano 7, n. 18, p. 62-77, 1992.
- TENÓRIO, F. Psicanálise, configuração individualista de valores e ética do social. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 117-134, mar./jun. 2000.
- TORNQUIST, C. S.; ANDRADE, A. P. M. de; MONTEIRO, M. Velhas histórias, novas esperanças. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 69-131.

# A doença e a saúde mental entre parênteses: experiências na pandemia de covid-19

Ana Paula Müller de Andrade

## Introdução

A inversão dos modos de ofertar assistência psiquiátrica no Brasil, operada pelo processo da Reforma Psiquiátrica, produziu um campo ampliado de possibilidades de experiências para os sujeitos, acometidos ou não por algum tipo de sofrimento subjetivo. A proposta de colocar entre parênteses os códigos e as verdades psiquiátricas, tal como sugeriu Basaglia (1985), provocou um deslocamento importante de categorias centrais como a doença mental, a loucura e mesmo as noções do que seria a saúde mental. A ideia da suspensão dos códigos, das incrustações e superestruturas produzidas pelos saberes psiquiátricos desestabilizou práticas hegemônicas e reposicionou os sujeitos em suas relações sociais.

Como parte de um processo complexo e com diferentes dimensões (Amarante, 1996), a produção dessa inversão reconfigurou práticas e relações até então estabelecidas em torno da assistência psiquiátrica e suas terapêuticas diante da doença mental, ou melhor, da loucura tornada objeto pelos saberes psiquiátricos (Foucault, 1972). Vimos, nesse processo, por um lado, uma ampliação das possibilidades de inscrição social de sujeitos até então marginalizados a partir dos seus diagnósticos e terapêuticas asilares e, por outro, paradoxalmente, um avanço dos saberes psiquiátricos para além dos muros dos hospitais psiquiátricos e do próprio campo da saúde mental, apontando desafios a serem enfrentados ante a psiquiatrização da vida como um todo.

No que se refere à ampliação das possibilidades de inscrição social de sujeitos até então marginalizados, os efeitos de tal inversão e reconfiguração podem ser reconhecidos nas reformas e revoluções

institucionais, coletivas e singulares, colocadas em curso em diferentes contextos, provocando transformações objetivas e subjetivas no tecido social e, sobretudo, na vida das pessoas que precisam dos serviços de saúde mental para alívio de seus sofrimentos (Andrade, 2016). Todavia, também é possível reconhecer outros efeitos, decorrentes da expansão dos saberes psiquiátricos para além dos muros dos estabelecimentos de saúde, representados pelos processos de psicopatologização das mais diferentes experiências, na ambulatorização da psiquiatria (Aguiar, 2004) e na expansão da faixa do tratável (Maluf, 2010).

É importante destacar que a expansão dos saberes psiquiátricos para além dos muros dos hospitais não foi devidamente acompanhada por processos de transformação sociocultural críticos, ou seja, não se produziram territórios geográficos e subjetivos em que a apreensão das experiências pudesse escapar aos modos dominantes de produção de subjetividades no contemporâneo. Essa limitação das transformações socioculturais parece indicar um eixo importante para a análise de como o sofrimento subjetivo tem sido apreendido no contexto da covid-19.

Atravessado por diferentes forças, o campo da saúde mental se modificou com a inversão dos modos de ofertar assistência psiquiátrica, colocando em disputa diferentes modelos assistenciais (Costa-Rosa, 2000), projetos civilizatórios (Yasui, 2010) e modos de apreensão da experiência de sofrimento (Rotelli; Mauri; De Leonardis, 2001). Além disso, pôs em curso processos de subjetivação que deslocaram sujeitos e concepções, forçaram a produção de outro lugar social para a loucura e para experiências de sofrimento subjetivo, bem como para modos variados de apreensão destas.

Em diferentes regimes de apreensão das experiências, vimos emergir algumas políticas do sofrimento. Se, por um lado, a suspensão de categorias como a doença mental provocou uma ampliação das possibilidades de subjetivar as experiências com o sofrimento, por outro, a expansão dos domínios dos saberes psiquiátricos capturou a vida cotidiana em regimes nem tão antagônicos assim. Mesmo nos processos de desinstitucionalização levados a cabo pela política pública de saúde mental, é possível reconhecer a forte presença dos desejos (Machado; Lavrador, 2001), práticas e discursos manicomiais.

Nesse território profícuo, o campo da saúde mental produziu muitas tensões e crises entre os modos instituídos de apreender as experiências de sofrimento subjetivo, investindo e inventando novas maneiras de relacionar-se com ele, em experiências mais ou menos

marcadas pelos códigos psiquiátricos. Entretanto, como instituição a ser inventada (Rotelli, 2001), esse território sempre indicou a necessidade de uma vigilância sobre seus processos de desinstitucionalização em distintos contextos e momentos históricos. Como disse Basaglia (Rotelli; Mauri; De Leonardis, 2001, p. 49), “por sua lógica interna e pelas características do terreno na qual age, essa lei [se referindo à Lei 180]<sup>17</sup> abre mais contradições do que as resolve”.

Quando o Brasil declarou o estado de emergência sanitária, em fevereiro de 2020, o campo da saúde mental já estava em crise, perpetrada pelo recrudescimento da lógica manicomial e do processo de contrarreforma (Amarante; Nunes, 2018) levado a cabo pelas forças conservadoras do país e de fora dele. Tais crises estavam acompanhadas de uma tendência contemporânea de captura das experiências subjetivas pelos saberes psiquiátricos que, de certa maneira, produzem até hoje uma política específica de sofrimento. Assim, no contexto de ampla disseminação da linguagem e da racionalidade biomédica para expressar e interpretar desconfortos subjetivos, vimos emergir preocupações com a “saúde mental”, traduzida sobretudo pelos saberes psiquiátricos como sinais e sintomas de ansiedade e depressão.

Contudo, entre aqueles sujeitos acometidos por sinais e sintomas cuja gravidade os havia conduzido a serviços especializados de saúde mental antimanicomiais<sup>18</sup> tais como os Centros de Atenção Psicossocial, a pandemia teve efeitos diversos. Como será discutido adiante, ainda que entre esses sujeitos a linguagem e a racionalidade biomédica sejam parte dos seus modos de significar e subjetivar as experiências de sofrimento subjetivo, entre eles foi possível reconhecer a produção de políticas e estratégias locais de cuidado amparadas nas experiências sociais, no reposicionamento subjetivo e no exercício relacional e experimental, próprios dos processos de desinstitucionalização desencadeados pela inversão supramencionada.

---

<sup>17</sup> A Lei 180, aprovada em 13 de maio de 1978, na Itália, regulava as consultas médicas obrigatórias e voluntárias e determinava a extinção dos hospitais psiquiátricos naquele país.

<sup>18</sup> A expressão “serviços antimanicomiais” refere-se, neste texto, aos serviços de saúde mental que têm no seu horizonte político a desinstitucionalização da loucura e amparam suas práticas no paradigma psicossocial.

## Reencontro virtual com interlocutores/as: experimentações

Com o objetivo de analisar as experiências sociais e as estratégias locais de enfrentamento da pandemia de covid-19 entre usuários/as de serviços de saúde mental, dei início ao trabalho de campo quando as medidas de contenção do vírus através do distanciamento social estavam em vigor. Em respeito a estas, iniciei os contatos com os/as interlocutores/as de modo remoto, através de aplicativos como WhatsApp e Facebook e de ligações telefônicas.

A retomada do contato com interlocutores/as de pesquisas anteriores estava prevista e considerava manter o diálogo com usuários/as dos serviços de saúde mental antimanicômiais, excluindo assim aqueles/as internados/as em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Como a última pesquisa, e, portanto, com menor tempo transcorrido, havia sido desenvolvida presencialmente no sul do Rio Grande do Sul, foi nos registros dela que busquei os primeiros contatos. Contudo, ali vi se iniciar um processo de ampliação das possibilidades de encontrar pessoas cuja proximidade era apenas o idioma, uma vez que viviam em regiões distintas do país.

Reconheci também limitações, especialmente aquelas relacionadas ao pouco letramento de alguns/umas interlocutores/as e, sobretudo, às dificuldades de acesso aos recursos necessários ao mundo virtual, como aparelhos celulares, rede de *internet*, computadores, entre outros. Tais limitações me pareceram estar relacionadas às questões de classe e geração, indicando a existência de um contingente importante de pessoas excluídas do território virtual.

Com aquelas pessoas com as quais consegui contato, fui percebendo como, ao longo do trabalho de campo, ia se produzindo um alargamento das possibilidades de interlocução e uma presencialidade diferente daquela construída no trabalho de campo presencial que havia sido produzido em pesquisas anteriores. Quando discutiram o uso das tecnologias na composição metodológica de pesquisa, Carneiro e Fleischer (2020) argumentaram ter sido possível estabelecer uma presença remota. Assim como as autoras, vi emergir durante o trabalho de campo essa presencialidade remota, que exigiu um redimensionamento das técnicas utilizadas até então.

Nesse sentido, fiz vários esforços para manter alguns fundamentos do trabalho etnográfico. No âmbito das entrevistas individualizadas, por

exemplo, a fim de preservar a continuidade das conversas, a produção de vínculo e a confiança e, assim, a abertura para assuntos que emergem da convivência continuada, adotei a estratégia de reduzir o tempo dos encontros e realizar mais de um destes com cada interlocutor/a. Isso significou fazer um exercício de reciprocidade a cada vez, considerando o assunto, a intensidade da conversa e outras nuances que se interpuseram nas entrevistas.

O trabalho etnográfico foi desenvolvido durante os meses de outubro de 2020 a setembro de 2021, através de entrevistas individuais e observação participante em grupos de ajuda mútua e organização política, bem como em eventos públicos, todos registrados em diários de campo. O trabalho foi feito em regime de experimentação, seguindo esta sugestão de Lazarotto (2015, p. 101):

Para experimentar vista-se de não senso. Abandone a cronologia e habite o tempo que flui no movimento de pensar. Opte por seguir pelas passagens de novos sentidos e faça do absurdo a matéria do pensamento. Crie palavras para acolher os afetos que se produzem neste percurso. Deixe o método, a explicação e a interpretação desamparados.

Nesse regime, foi possível reconhecer os impactos da pandemia nas experiências sociais tanto singulares quanto coletivas de usuários/as dos serviços de saúde mental. Tais efeitos foram constatados através da articulação desses sujeitos em grupos de aplicativos do WhatsApp, do Telegram, da plataforma Facebook, do Google Meet, do Jitsi e do Zoom, que emergiram como lócus de produção e sustentação de estratégias de enfrentamento dos impactos da pandemia e também do trabalho de campo desenvolvido na pesquisa.

Um aspecto importante a ser considerado aqui é que a experiência da pesquisa e esse regime de experimentação se deram a partir de uma “dupla inscrição, como pessoa vivendo a experiência da pandemia e como observadora” (Maluf, 2021, p. 260). A impossibilidade de circulação, o confinamento ao espaço doméstico e o uso das tecnologias, além da sobrecarga advinda de tarefas de diferentes ordens, pareciam borrar os limites entre nossas diferentes inserções no mundo. As notificações do aplicativo WhatsApp anunciavam simultaneamente a mensagem de uma interlocutora, a notícia de uma familiar, a demanda de uma colega de trabalho e/ou o aviso do supermercado em que as compras eram feitas, para dar alguns exemplos.

## A doença e a saúde mental entre parênteses: deslocamentos e modulações

Analisar e compreender as experiências sociais e as estratégias locais de enfrentamento da pandemia de covid-19 entre aquelas pessoas que, por motivos e circunstâncias diversos, acessaram/acessam os serviços de saúde mental antimanicomiais para alívio de seus sofrimentos mentais apontou aspectos que considero centrais para a sustentação da lógica psicossocial e antimanicomial no âmbito da política pública de saúde mental.

Como mencionado, o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil buscou construir outro lugar social para a loucura e outras relações da sociedade com aqueles/as considerados/as loucos/as. Como eu já havia percebido em pesquisas anteriores (Andrade, 2018, 2022), são muitas as possibilidades construídas tanto pela macropolítica instituída no país quanto pelos agenciamentos sociais (Maluf; Quinaglia Silva, 2018) no campo da saúde mental. Naquelas pesquisas, havia reconhecido que apreender as experiências de sofrimento para além do paradigma psiquiátrico permitia aos sujeitos construir estratégias de resistência aos saberes instituídos e, assim, provocar deslocamentos em categorias centrais do campo, como a doença mental e a loucura (Andrade, 2018).

Na pesquisa desenvolvida no contexto da pandemia de covid-19, percebi que a execução da política pública de saúde mental e seus processos de desinstitucionalização também haviam produzido modulações nas experiências sociais dos sujeitos no contexto pandêmico. Conforme sugeriu Zambenedetti (2019, p. 61):

Modular significa produzir variação. Nesse sentido, uma variação de estado produzida por um encontro no qual ocorrem insinuações, correlações, onde conceitos tensionam os modos de olhar e agir, assim como os efeitos produzidos diante dos problemas que se apresentam e se reconfiguram a cada instante tensionam os conceitos, evidenciando seus alcances, limitações e possibilidades de expansão ou reconfiguração.

Como argumentou o autor, modulações são produzidas quando conceitos tensionam os modos de olhar e agir, e, por sua vez, o que emerge dessa tensão também interfere nas experiências, produzindo, no caso desta pesquisa, nuances e insinuações de diferentes políticas do sofrimento. Nas análises realizadas, fui percebendo que os modos

como o sofrimento era interpretado e subjetivado tinham relação com as dinâmicas presentes nos contextos de vida, singulares e coletivos, dos sujeitos e suas formas de (sobre)viver à pandemia.

Tal como discutido em Andrade (2012), os processos de desinstitucionalização estão permeados por lógicas contraditórias, e, mesmo com a inversão da assistência psiquiátrica no país, percebe-se a persistência de uma lógica psiquiatrizante dentro e fora do campo da saúde mental. Além dessas, também encontramos nos processos singulares de desinstitucionalização outros modelos/lógicas que são operacionalizados pelos sujeitos em suas experiências de adoecimento, terapêuticas e cura.

Na interlocução com sujeitos de outras pesquisas (Andrade, 2018), havia sido possível reconhecer processos de relativização e desnaturalização da “doença mental” e, assim, de problematização da experiência e apreensão da loucura. Na interlocução com sujeitos diagnosticados com transtornos psiquiátricos, havia aparecido uma distinção entre loucura e “loucura de doença”. Haveria, segundo um dos interlocutores, uma loucura que todo mundo experimenta um pouco e que seria diferente daquela acionada pela política pública que, no seu entendimento, seria a “loucura de doença”, experimentada por alguns/umas, mas não todos/as.

A ideia de uma “loucura de doença” levava a pensar na captura da experiência da loucura, operada pelo saber psiquiátrico, pela racionalidade moderna e por discursos e práticas que construíram social e historicamente a doença mental tal como concebida pelo campo biomédico, apontada por Foucault (1972). Contudo, nessas capturas também era possível reconhecer processos de singularização, anunciados no que poderia ser uma loucura singularizada que se traduziria na fala de outro interlocutor que me contou sobre a “sua esquizofrenia” (Andrade, 2018).

Agora, no contexto da pandemia, pude reconhecer que a problematização e a singularização produziam modulações em como os sujeitos experimentavam sofrimentos e produziam estratégias de cuidados, consigo e com outrem. Os modos variavam em razão dos diferentes marcadores sociais, especialmente aqueles relacionados a classe, gênero, raça, com impactos objetivos e subjetivos na vida dos sujeitos.

Diante do estado de emergência sanitária, em que sinais e sintomas de sofrimento subjetivo foram anunciados como “reações normais diante de uma situação anormal” (Fiocruz, 2020, p. 2), fui percebendo

que se produziam variações nas experiências desses sujeitos. Os afetos se intensificavam ante o embaralhamento dos códigos até então estáveis, suspensos ou não. Quando se suspende o imperativo da normalidade, como se produzem as experiências com o sofrimento subjetivo? Retomo aqui um encontro e interlocução da pesquisa que aponta pistas nesse sentido.

Em novembro de 2020, recuperei o contato com Marlene,<sup>19</sup> uma mulher de 57 anos, negra, pertencente às classes populares. Já nas primeiras conversas, via Google Meet, ela me disse que estava insone, sem comer direito e com uma “coisa ruim na cabeça”. Comentei, baseada no curso que havia feito sobre saúde mental e atenção psicossocial na covid-19, ofertado pela Fiocruz, que alguns sintomas poderiam ser resultantes das mudanças que a pandemia tinha trazido para nosso dia a dia e vistos como reações normais para o momento. Ela me escutou, atenta, e me disse: “Normal?!? Normal, Ana?!?! Eu morro de medo de acordar esquizofrênica de novo. Eu já te contei tudo que passei. Já pensou?... tudo de novo”.

Conheci Marlene em 2016, enquanto realizava outra pesquisa sobre os efeitos dos processos de desinstitucionalização na produção de subjetividades de usuários/as dos serviços de saúde mental. Soube então que ela havia recebido o diagnóstico de esquizofrenia aos 19 anos e, em razão disso, sido internada em hospitais psiquiátricos por três vezes. Após iniciar seu acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde desenvolvia atividades de reabilitação psicossocial, conseguiu manter as atividades da casa, incluindo o relacionamento com o marido, a convivência com os dois filhos, com a família extensa e com a vizinhança.

Quando retomamos o contato, em 2020, mantivemos nossas conversas – que tinham uma frequência quinzenal ou mesmo semanal, por mensagens de WhatsApp (escritas e em áudio) ou pelo Google Meet – por seis meses. Ao longo desse período, algumas mudanças se produziram, e nas nossas últimas conversas Marlene me contou que já estava “menos agoniada”, que estava participando dos grupos de mútua ajuda (um deles era o mesmo que eu também acompanhava em razão da pesquisa) e que o pessoal do CAPS havia feito algumas visitas à sua casa. “Sou das antigas, né, Ana. Eles vêm porque sabem como é que eu fico”, contou.

---

<sup>19</sup> Nome fictício, assim como os demais apresentados no texto.

Nessas conversas que mantivemos, eu ia reconhecendo que o medo de “acordar esquizofrênica” se somava ao medo do vírus, da falta da renda da família – provida pela sua aposentadoria e pelos salários do marido e de um dos filhos, uma vez que o outro filho não habitava na mesma casa –, e se incrementava com a impossibilidade de manter as atividades sociais e terapêuticas. Reconheci que, como Marlene, muitas pessoas com histórico nos serviços de atenção psicossocial e do campo mais amplo da saúde mental viram seus sintomas recrudescerem, como me contaram outros/as interlocutores/as sobre si ou sobre outrem.

O medo do adoecimento, da morte, do contato com o vírus, as restrições de circulação, a solidão, a falta de dinheiro, a possibilidade de “entrar em crise” e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde foram aspectos que reacenderam a vigilância sobre o incremento do sofrimento subjetivo e, além disso, impuseram a produção de estratégias de enfrentamento aos efeitos dele no cotidiano dos sujeitos. Ainda que a vigilância insinuasse uma política individualizante de sofrimento, ela era modulada por experiências e por políticas locais mais ampliadas de cuidado e atenção ao sofrimento subjetivo.

## Estratégias locais e plurais de enfrentamento dos efeitos da pandemia

As estratégias locais para o enfrentamento dos efeitos da pandemia foram produzidas em meio a várias crises com consequências que se farão sentir por muitos anos. Com a primeira morte registrada em março de 2020, o Brasil é considerado um dos países com o pior desempenho no enfrentamento da pandemia de covid-19, acumulando, em abril de 2023, mais de 700 mil mortes.

O negacionismo (Caponi, 2020) e a execução de uma necropolítica (Mbembe, 2018) por parte do Executivo federal se interpuseram durante o período pandêmico como um incremento dos desconfortos subjetivos ante a situação de emergência. Como parte de um processo de corrosão das políticas de saúde e de proteção social, iniciado antes da pandemia, a exemplo da Emenda Constitucional 95, o Executivo federal foi moroso na centralização das ações, na adoção de medidas efetivas de contenção da propagação do vírus e da compra de vacinas e a devida distribuição.

Ante a barbárie, estados, municípios, coletivos e sujeitos – especialistas e leigos – se organizaram para fazer frente aos efeitos da

pandemia. Como argumentaram Rodrigues e Maluf (2022), diante do descompasso entre as estratégias de enfrentamento da pandemia, no caso da pesquisa realizada por Amanda Rodrigues entre os Tupinambá de Olivença, e o funcionamento das políticas de saúde no Brasil, o que se sobressaiu foi a produção de práticas de resistência.

No que se refere às estratégias locais reconhecidas entre usuários/as dos serviços de saúde mental, ressaltaram-se aquelas produzidas entre estes/as com ou sem a articulação com especialistas, ainda que nunca sem a incidência de seus saberes. Frente ao incremento do sofrimento subjetivo, entre os/as interlocutores/as da pesquisa eram acionados saberes sobre a psicofarmacologia, as vacinas, os remédios alopáticos, os remédios homeopáticos para aumentar a imunidade, a importância da palavra compartilhada e da mútua ajuda, entre outros.

As estratégias foram variadas e acompanharam o que Zambenedetti e Santos (2022) denominaram como “transição pandêmica”. Os autores usam esse termo para pensar a passagem de uma situação mais crítica para uma de menor gravidade, mas cujos efeitos em longo prazo deverão ser considerados. A produção de políticas locais pelos/as interlocutores/as em distintos momentos e situações da pandemia, a partir de diferentes estratégias, indicou a existência de processos de inversão dos modos hegemônicos de apreender o desconforto subjetivo decorrente do contexto pandêmico.

De onde emergiram tais políticas? Entendo que elas advêm do exercício relacional e da construção de uma clínica singular, ampliada e antimanicomial em que os sujeitos-alvo, usuários/as dos serviços de saúde mental puderam acumular uma *expertise* e um desejo capaz de desterritorializar, ou seja, subverter e inverter os regimes hegemônicos de subjetivação presentes no campo da saúde mental.

Tendo em vista o incremento do sofrimento e da vigilância disparados pelo contexto da pandemia, a articulação de usuários/as dos serviços de saúde mental em coletivos de diferentes tipos – como as associações, as frentes ampliadas, os grupos de mútua ajuda, os grupos de WhatsApp e Facebook, os grupos de ouvintes/as de vozes – indicou pistas relevantes para pensarmos nas políticas de sofrimento.

Vale lembrar que os/as interlocutores/as da pesquisa já haviam acessado serviços de saúde mental tais quais os CAPS, e, como parte do trabalho de atenção psicossocial, muitos/as deles/as também participavam de atividades coletivas – por exemplo, grupos de mútua ajuda, associações de usuários/as e familiares, grupos de teatro e música,

entre outros. Entendo que esses coletivos têm modulado experiências singulares, como a de Marlene, e também coletivas.

Considero que a atenção psicossocial produzida ao longo dos 40 anos de Reforma Psiquiátrica no país, iniciada no final dos anos 1970, parece ter favorecido a produção de um terreno fértil para a sustentação dos coletivos e das disputas de modelos de assistência psiquiátrica no país. Ainda assim, tais estratégias não devem ser entendidas como suficientes para a oferta de assistência psiquiátrica. Ao contrário, devem servir de estímulo para a manutenção e o incremento de políticas públicas de saúde e saúde mental antimanicomiais pelo Estado.

## Políticas antimanicomiais: a relevância da expertise dos sujeitos

A inversão dos modos de ofertar assistência psiquiátrica e a colocação entre parênteses dos códigos e superestruturas psiquiátricos abriram linhas de visibilidade para a produção de políticas antimanicomiais pelos sujeitos. Reposicionados social e institucionalmente, foram eles que colocaram em curso um conjunto vigoroso de estratégias de cuidado e atenção psicossocial para o enfrentamento dos efeitos da pandemia de covid-19 e as demais crises que a acompanharam.

Esse conjunto de estratégias de cuidado e atenção psicossocial pareceu estar orientado por uma política antimanicomial que, entre outros desdobramentos, modulou as experiências com o sofrimento subjetivo no contexto pandêmico. A suspensão do imperativo da normalidade nesse contexto, por exemplo, foi problematizada por Marlene, que, operando fortemente com os conceitos da atenção psicossocial, indicou ser impossível considerar normal algo que gera sofrimento. Ela, assim como outros/as interlocutores/as, sustentou a importância do cuidado em liberdade, mútuo, ofertado pelos serviços do Estado e singularizado.

As estratégias que compuseram tal política antimanicomial do sofrimento manifestavam um modo coletivo de produção de cuidado e atenção psicossocial que se contrapunha aos modos individualizantes presentes no contemporâneo. O modo coletivo está relacionado ao plano de produção de subjetividades, que é relacional, que se desenvolve no sentido da multiplicidade, e não da unidade. Segundo Barros (1997), nos coletivos há a possibilidade de produção e encontro com

a diferença, com outros jeitos de existir, com o outro e com outrem. Tais estratégias buscavam recuperar as experiências dos sujeitos com seus sofrimentos e a *expertise* acumulada por eles nessas vivências, para alívio dos sofrimentos e também para o campo mais ampliado das disputas políticas do campo da saúde mental.

Destaco que a produção de uma política antimanicomial também é efeito da suspensão dos códigos e da aposta nos sujeitos, na palavra e no cuidado em liberdade que vem sendo produzido no Brasil nos diferentes níveis da política. Os coletivos de cuidado e atenção psicossocial que emergiram com força durante a pandemia indicaram, entre outras coisas, que as disputas políticas funcionavam também como recursos de cuidado, ou seja, apresentavam uma dupla função, concomitantes e representativas da face política do sofrimento subjetivo.

A produção de políticas locais antimanicomiais a partir de diferentes estratégias, singulares e coletivas, indica a relevância da *expertise* dos sujeitos com experiências de sofrimento subjetivo para sustentar a inversão da assistência psiquiátrica, dos processos de subversão dos modelos hegemônicos de concepção da doença mental e de modos ampliados de produção subjetiva.

Por fim, entendo que o reconhecimento e a consideração da relevância da *expertise* dos sujeitos foram e serão necessários para o enfrentamento dos efeitos da pandemia como uma cicatriz histórica (Carreteiro; Nasciutti, 2020) e em seus diferentes momentos (Zambenedetti; Santos, 2022). Entendo que os efeitos da pandemia se sentirão por muito tempo, e nomeá-los a partir de racionalidades e linguagens ampliadas poderá ser um recurso importante para seu enfrentamento, como constatado na pesquisa desenvolvida.

## Referências

- AGUIAR, A. A. de. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- AMARANTE, P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ANDRADE, A. P. M. *Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. 2012. 308 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

ANDRADE, A. P. M. Entre reformas e revoluções: tensionamentos no campo da política de saúde e saúde mental no Brasil. In: LANGDON, J.; GRISOTTI, M. *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016. p. 179-194.

ANDRADE, A. P. M. Loucura e doença mental no contexto da política pública de saúde mental no Brasil. In: MALUF, S.; QUINAGLIA SILVA, É. (org.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018. p. 253-264.

ANDRADE, A. P. M. Efeitos de um pensamento desterritorializante: aprendizados e afetos plurais. In: DIEHL, Eliana *et al.* (org.). *Antropologia do contemporâneo: uma homenagem a Sônia Weidner Maluf*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2022. p. 35-53.

BARROS, R. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: LANCETTI, A. (org.). *Saúdeloucura6: subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 183-191.

BASAGLIA, F. (coord.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

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. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 18 jun. 2025.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 209-223, 2020.

CARNEIRO, R.; FLEISCHER, S. Em Brasília, mas em Recife: atravessamentos tecnometodológicos em saúde, gênero e maternidades numa pesquisa sobre as repercussões da epidemia do vírus Zika. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 2, e180600, 2020.

CARRETEIRO, T.; NASCIUTTI, J. A pandemia como cicatriz histórica: entrevista com Karen Worcman – Museu da Pessoa. In: GUIMARÃES, L.; CARRETEIRO, T.; NASCIUTTI, J. (org.). *Janelas da pandemia*. Belo Horizonte: Instituto DH, 2020. p. 257-268.

COSTA-ROSA, A. da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de covid-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomendações-gerais.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2025.

FOUCAULT, M. *História da loucura: na Idade Clássica*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

LAZAROTTO, G. Experimental. In: FONSECA, T. M.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 101-103.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura: como dizer o indizível. In: *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 45-58.

MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-68.

MALUF, S. W. Janelas sobre a cidade pandêmica: desigualdades, políticas e resistências. *TOMO*, São Cristóvão, n. 38, p. 251-285, jan./jun. 2021.

MALUF, S. W.; QUINAGLIA SILVA, É. (org.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018.

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

RODRIGUES, A.; MALUF, S. W. Aspectos sindêmicos entre saúde mental e covid-19 no contexto da resistência Tupinambá de Olivença (Bahia). *Áltera*, João Pessoa, v. 14, p. 1-28, e01409, 2022.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; MAURI, D.; LEONARDIS, O. de. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

ROTELLI, F.; MAURI, D.; LEONARDIS, O. de. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ZAMBENEDETTI, G. Contribuições basaglianas na interseção da perspectiva institucional com as políticas públicas. *Polis e Pique*, Porto Alegre, v. 9, n. spe., p. 54-74, 2019.

ZAMBENEDETTI, G.; SANTOS, K. Notas sobre o manicômio pandêmico. In: ZAMBENEDETTI, G.; SANTOS, K. (org.). *Saúde mental, políticas sociais e democracia*. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 185-198.

# Sofrimento psíquico e psiquiatrização da infância em tempos pós-pandêmicos

Sandra Caponi

As redes sociais e os meios de comunicação divulgam cotidianamente o aumento de diagnósticos psiquiátricos em tempos pós-pandêmicos. Ouvimos falar constantemente da alta de ansiedade, mania, depressão, transtorno de pânico, tanto em adultos como em crianças. Da mesma forma, publicações científicas das mais diversas áreas insistem em dizer que existe um crescimento considerável de casos de transtornos mentais na população, adulta e infantil, como consequência das experiências vividas durante a pandemia de covid-19. Transtornos como o de estresse pós-traumático ou os alimentares parecem ter se multiplicado no pós-pandemia. O jornal *El País*, por exemplo, reporta um “tsunami” de casos de doenças mentais em adolescentes na cidade de Madri. Isso resultou em uma lista de espera para internação psiquiátrica, com mais de dez adolescentes aguardando para ingressar na Unidade de Agudos do Hospital Gregorio Marañón. Essa unidade encontra-se completamente ocupada, e 90% dos pacientes internados são adolescentes do sexo feminino (Menárguez, 2022).

A pandemia parece ter multiplicado o sofrimento psíquico, fundamentalmente em crianças e adolescentes que perderam suas redes sociais de pertencimento. Muitas vezes esses sofrimentos são traduzidos como diagnósticos psiquiátricos, definidos a partir de metodologias que se limitam a contar sintomas de acordo com o estabelecido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Nesse contexto, proliferam-se rótulos desnecessários que encobrem tanto aflições subjetivas como problemas sociais.

Considero que este é um momento muito apropriado para propor uma reflexão sobre os limites e os alcances do modelo médico, hoje hegemônico, como forma privilegiada de abordar os sofrimentos psíquicos. É preciso observar o impacto desse modelo no campo

da infância, um grupo que foi diretamente afetado pelas medidas de isolamento necessárias para controlar os contágios e mortes provocados pelo vírus SARS-CoV-2.

O isolamento social, que foi o único modo de garantir certa proteção contra o vírus, até a aparição e distribuição de vacinas eficazes para imunizar a população, elevou o sofrimento provocado por situações de violência contra mulheres e crianças, a sensação de medo, o uso abusivo de álcool e drogas, assim como o sentimento de solidão, inutilidade, culpa, desânimo, abandono e tristeza profunda. Enfim, o sentimento generalizado que vivemos todos e todas, em tempos de pandemia, pode resumir-se a uma dolorosa sensação de fracasso coletivo.

No caso específico do Brasil, o saldo que a pandemia de covid-19 deixou é de um número aproximado de 700 mil mortes pelo vírus SARS-CoV-2. Sabemos que muitas dessas mortes poderiam ter sido evitadas com ações concretas que foram desconsideradas pela gestão do governo Bolsonaro, com sua atitude negacionista e difusão da suposta periculosidade das vacinas. Seu governo reforçou, de maneira direta, os argumentos esgrimidos pelos movimentos antivacina ao longo de toda a pandemia. Foi realizada uma oposição explícita às campanhas de vacinação, inicialmente aquelas dirigidas a crianças de 5 a 11 anos, e depois a crianças menores de 5 anos. Felizmente, o Brasil conta com um sistema universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que conseguiu reverter essa resistência e iniciar uma campanha de vacinação infantil no país, embora muitos dos seguidores do presidente tenham-se negado sistematicamente a vacinar seus filhos. No contexto dessa péssima gestão da covid, sabemos que muitas mortes poderiam ter sido evitadas com ações concretas que já eram conhecidas por todos: isolamento social, testes, distanciamento, uso de máscara, compra e distribuição eficaz de vacinas (Dias; Martins, 2020).

Existem diversos modos de administrar esse sofrimento inevitável imposto pela pandemia de covid-19. Podemos buscar redes de encontro e discussão, procurar espaços terapêuticos onde possamos falar sobre nossos sentimentos, fomentar a criação de laços afetivos e de solidariedade, ampliar nossa presença em espaços virtuais de defesa de direitos e criar outras estratégias de resistência à necropolítica atual (Mbembe, 2011).

No entanto, a pandemia surgiu no contexto da razão neoliberal, com sua lógica organizada em torno da ideia de lucro, competição, meritocracia e busca do sucesso econômico individual a qualquer

preço (Dardot; Laval, 2016). É nesse panorama que devemos situar a macabra oposição, tão divulgada e defendida pelos governos de Trump e Bolsonaro, entre salvar vidas ou salvar a economia. Nessa lógica, o espaço do coletivo, do comum, assim como o campo da saúde pública, deve subordinar-se à lógica imposta pelo mercado e pelo lucro. Assim, enquanto muitos trabalhadores adoeceram ao se dirigirem aos seus trabalhos em transportes públicos, ônibus e metrô lotados e inseguros, grandes fortunas se beneficiaram diretamente pela pandemia (CPDH, 2020). Entre essas grandes fortunas, uma se destaca: a milionária indústria farmacêutica. No Brasil, antigos medicamentos foram apresentados como verdadeiras balas de prata contra a covid-19: cloroquina, hidroxicloroquina e ivermectina. A venda e a divulgação dessas medicações, como estratégia preventiva, se multiplicaram mesmo sem elas possuírem qualquer efeito real para prevenir a covid-19 e ainda que causassem efeitos colaterais gravíssimos, como disfunção hepática e ataques cardíacos. A ampla divulgação e os milionários recursos investidos pelo governo brasileiro na fabricação e distribuição do chamado “Kit Covid”, composto das drogas mencionadas, têm um impacto ideológico poderoso, na medida em que individualizam as ações de proteção e cuidado que deveriam ser coletivas. Essa suposta terapêutica preventiva criou a falsa ideia de que quem tomava cloroquina podia continuar realizando suas atividades normalmente sem correr o risco de adoecer ou morrer.

Algo semelhante parece ocorrer no campo da saúde mental, atualmente colonizada por uma psiquiatria obcecada pela ideia de que os transtornos mentais são causados por desequilíbrios neuroquímicos que podem ser compensados com um psicofármaco (Moncrieff, 2008b). Esse discurso permite abrir um imenso mercado para a indústria farmacêutica, multiplicando o gigantesco negócio hoje existente (Whitaker, 2015). A atribuição de diagnósticos psiquiátricos ambíguos e a prescrição de terapêuticas psicofarmacológicas com efeitos colaterais graves certamente terão um aumento significativo se permitirmos que os sofrimentos inevitáveis provocados pela pandemia sejam traduzidos como sintomas de algum transtorno psiquiátrico definido no DSM. Sabemos que para cada um desses diagnósticos ambíguos, que muitas vezes se sobrepõem e se confundem, a psiquiatria biológica já conta, há muito tempo, com seu próprio repertório de supostas balas de prata, os psicofármacos: antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos (Whitaker, 2010).

## O modelo do medicamento centrado na doença

Ao longo de sua história, a psicofarmacologia utilizou um esquema explicativo para legitimar a prescrição de psicofármacos, uma estratégia que Joanna Moncrieff (Moncrieff; Cohen, 2005) denominou como “modelo do medicamento centrado na doença”. De acordo com esse modelo, todos os padecimentos psíquicos responderiam a alterações cerebrais ou a desequilíbrios neuroquímicos, e os psicofármacos teriam a função de restabelecer esse equilíbrio alterado.

A indústria farmacêutica conta, desde os anos 1980, com um poderoso aliado, o DSM, atualmente em sua quinta edição (APA, 2013). Ele se mostrou altamente eficaz para transformar sofrimentos psíquicos comuns em sintomas de um transtorno mental. De acordo com os parâmetros estabelecidos por esse manual, e utilizando recursos muito ambíguos – como as escalas de avaliação para depressão ou ansiedade, os *checklists* ou a contagem e o agrupamento de sintomas –, pequenas mudanças em nossos comportamentos cotidianos, como alteração de sono ou apetite, sentimento de culpa ou inferioridade, medo ou tristeza profunda, entre outras, passaram a ser vistos como indicadores de um transtorno psiquiátrico. Assim, mesmo quando não existe nenhuma base biológica definida ou identificada para os sofrimentos psíquicos, a partir da enumeração de sintomas ambíguos extraídos de rápidos relatos dos pacientes, é muito provável que, para cada diagnóstico, seja recomendada uma terapêutica psicofarmacológica (Bracken *et al.*, 2012). Isso porque se parte da certeza de que esse fármaco poderia restabelecer o desequilíbrio neuroquímico que, supostamente, seria a causa biológica da doença psiquiátrica diagnosticada.

Esse tipo de explicação desconsidera as causas psíquicas e sociais que provocaram o sofrimento, silencia situações dramáticas como assédio moral, *bullying*, violência psicológica, racismo ou violência familiar (Rocha; Tonneté; Coelho, 2021). Desconsidera o conjunto de situações adversas que fazem parte da vida de crianças e adultos, muitas das quais se agravaram no contexto da pandemia. Nesse quadro geral, os psicofármacos, do mesmo modo que ocorreu com a cloroquina, também podem ocupar uma função ideológica. Pois, uma vez identificado o diagnóstico, o problema deixará de ser social para ser individual, localizando-se no corpo, particularmente no cérebro dessa pessoa que sofre, e, conseqüentemente, poderá ser visto como uma

disfunção biológica que deve ser curada ou tratada com um fármaco, replicando o modelo da medicina geral (Rose, 2019).

Insistentemente, afirma-se que depois da pandemia de covid-19 deveremos conviver com uma nova pandemia: a de transtornos mentais, que afetará particularmente a infância. Os que antecipam essa pandemia falam de diagnósticos como transtorno de estresse pós-traumático, síndrome do pânico, ansiedade, bipolaridade, desconsiderando os fatores psicológicos, sociais e ambientais que provocaram o sofrimento de meninos e meninas que tiveram que viver isolados numa etapa importante de suas vidas e atemorizados pela pandemia. Se essa lógica da psiquiatria hoje hegemônica se impuser, correremos o grave risco de que, já superada a pandemia, tenhamos que lidar com uma falsa pandemia de diagnósticos psiquiátricos na infância e, conseqüentemente, conviver com o aumento expressivo do número de crianças usando psicofármacos potentes, com os efeitos iatrogênicos severos que essas drogas produzem (Timimi, 2020).

No entanto, a pandemia pode ser também um bom momento para questionar essa lógica explicativa reducionista, que, por um lado, desconsidera os contextos sociais de luto e abandono e, por outro, multiplica os problemas criados pelo consumo excessivo e desnecessário de psicofármacos. Talvez a pandemia, e sua péssima gestão no Brasil, nos permita observar que o sentimento de fracasso coletivo, que de um modo ou outro nos afeta a todos, pode ser um excelente ponto de partida para refletir sobre os limites das explicações neuroquímicas dadas aos nossos sofrimentos cotidianos (Moncrieff, 2008a).

A pandemia evidenciou que, em contextos semelhantes de isolamento, desamparo e temor a uma ameaça externa, pode ser perfeitamente normal que todos tenhamos alterações de sono ou apetite, sentimento de inutilidade ou culpa, sensação de ansiedade. Ou seja, a pandemia nos permite questionar os modos de classificar e diagnosticar, na medida em que os comportamentos considerados anormais e classificados como sintomas foram vivenciados pela quase totalidade da população. Vimos que, em tempos de pandemia, era normal ter medo da morte; sentir-se angustiado frente à falta de cuidado de um Estado que abandonou seus cidadãos à própria sorte; ter sentimentos de inutilidade e culpa quando observamos que foram as comunidades pobres, os negros e indígenas que mais morreram em um país atravessado pela desigualdade (Oliveira, 2020). Patologizar essas reações normais em um contexto tão adverso e tratar esses supostos

transtornos com mais antidepressivos e ansiolíticos certamente terá sérias consequências para todos.

Em tempos pós-pandêmicos, quando os sofrimentos psíquicos parecem generalizados, podemos questionar a proliferação de diagnósticos ambíguos e de terapêuticas psicofarmacológicas danosas, hoje existentes no domínio da infância, um fato que, sem dúvida, precede a aparição da pandemia (Cohen; Timimi, 2008). A pandemia pode nos ajudar também a pensar em outras abordagens terapêuticas não medicalizantes e a criar estratégias mais atentas para administrar o sofrimento psíquico na infância que não se reduzam à lógica imposta pela psiquiatria hegemônica.

## Uma falsa pandemia de diagnósticos psiquiátricos na infância

Se nos perguntamos como chegamos até aqui, podemos ensaiar uma resposta recorrendo ao artigo denominado “O cientificismo da depressão na infância e na adolescência”. Nesse texto, o psiquiatra Sami Timimi (2018b) analisa o crescente processo de intervenção de saberes especializados na gestão do desenvolvimento ou do crescimento infantil. Esse processo, cujo início pode ser situado nos anos 1990, teria levado os adultos, pais e professores, que sempre administraram de modo mais ou menos independente e autônomo o cuidado e a orientação sobre seus filhos, a ceder essa responsabilidade aos especialistas. Pais e professores parecem sentir-se cada vez mais inseguros, necessitando recorrer a uma série de profissionais que lhes indiquem como devem proceder e comportar-se para administrar o desenvolvimento e a educação de seus filhos e alunos. Esses especialistas, representados pelos psiquiatras infantis, psicopedagogos e neurologistas, teriam, de acordo com esse discurso, um saber sobre a infância que poderia vir a substituir a fatigante tarefa educativa tradicionalmente exercida pelos pais (Laval, 2004).

Hoje, ao mesmo tempo que a função social parental se tornou uma experiência que produz grande ansiedade e confusão, podemos observar que delegar o acompanhamento do processo de desenvolvimento aos saberes que se apresentam como “especialistas” pode levar a que milhares de crianças sejam desnecessariamente medidas, testadas, classificadas e julgadas, fundamentalmente na escola, por esses especialistas. Sem

dúvida, tal como afirma Timimi, “[h]á muito dinheiro a ganhar com essa ansiedade e com o desejo inevitável que os pais têm de fazer com que as coisas sejam ‘melhores’ para seus filhos e, ao mesmo tempo, acalmar a ansiedade que sentem” (Timimi, 2018b, p. 2).

Entre esses saberes apresentados como expertos, a psiquiatria e as disciplinas precedidas pelo prefixo “neuro”, como neuropsiquiatria, neuropedagogia e neuroeducação, ocupam um lugar privilegiado. Existe certo consenso em afirmar que esses saberes e discursos científicos são oriundos do campo da medicina e da biologia. Seus defensores afirmam que sua pertença ao saber médico os habilita a definir diagnósticos e terapêuticas, de acordo com critérios epistemologicamente sólidos e objetivos sobre como deve ser o desenvolvimento infantil “normal” e sobre o que determina a existência de um desenvolvimento infantil “anormal”.

Recordemos que, embora a psiquiatria infantil, com suas classificações, seus diagnósticos e o recurso a terapêuticas farmacológicas, seja um fenômeno que se consolidou nos anos 1990 (Timimi, 2018a), esse fato não deixou de aprofundar-se nos últimos 30 anos. As rápidas aceitação e disseminação da neurologia e da psiquiatria infantil mostraram o poder e o amplo alcance de um discurso que parece ser refratário às múltiplas críticas que evidenciaram as debilidades epistemológicas desse saber e as graves conseqüências do processo de medicalização da infância. Longe de aceitar ou considerar as críticas realizadas, a psiquiatria da infância continua ampliando, cada vez mais, seus objetivos de intervenção e ação – um fenômeno que vimos reforçar-se e multiplicar-se em tempos de pandemia e pós-pandemia.

E é nesse contexto que aparece a reiterada afirmação de uma suposta pandemia de transtornos mentais na infância. Fala-se de uma inevitável proliferação de transtornos mentais como conseqüência da pandemia de covid-19 (Balius, 2021). Sabemos que, no marco da psiquiatria hegemônica atual, uma afirmação como essa pode ser uma metáfora muito eficaz para legitimar os diagnósticos psiquiátricos infantis já existentes e, conseqüentemente, naturalizar o uso de psicofármacos nesse grupo. Certamente, muitas das crianças diagnosticadas padecem sofrimentos psíquicos profundos, algumas têm dificuldade para manter a atenção, outras têm dificuldades de aprendizagem, e outras apresentam comportamentos agressivos ou indesejados. No entanto, na maior parte dos casos, isso não significa que essas crianças sofram de uma doença ou transtorno mental, nem implica que essas dificuldades devam ser atribuídas a um problema cerebral ou a um desequilíbrio neuroquímico.

Se considerarmos que, como já foi dito, não existe nenhum marcador biológico identificável, nem estudos genéticos, nem imagens que permitam falar de transtornos mentais como patologias vinculadas a alterações cerebrais (Rose, 2019), devemos perguntar que modelo teórico justificaria o aumento dos diagnósticos psiquiátricos na infância, antes ou depois da pandemia. Podemos observar que, diante da ausência de um marcador biológico identificável, o modelo explicativo que se impõe é o da prevenção e da antecipação de riscos. Isto é, a mesma lógica explicativa que se aplica ao controle das doenças contagiosas, consideradas ou não epidêmicas, como a covid-19.

A psiquiatria do desenvolvimento da infância e da adolescência está estruturada a partir da ideia de identificação precoce de patologias mentais na primeira infância (Amaral; Caponi, 2020). A psiquiatria do desenvolvimento se estrutura em torno da necessidade de identificar certos sintomas subclínicos muito ambíguos que supostamente se manifestariam já nos primeiros anos de vida. Sintomas como o movimentar repetitivamente as mãos, estar no “mundo da lua”, agir de maneira agressiva, estar muito agitada ou muito quieta, sentir-se triste – tudo isso serão considerados indicadores suficientes para afirmar uma doença mental grave que poderá desenvolver-se ao longo da vida de uma criança, sempre que ela não seja devidamente diagnosticada e tratada precocemente; quanto antes, melhor (Lima; Caponi, 2011).

Entendo que a suposta necessidade de antecipar e prevenir um imaginário risco de que uma patologia mental, grave e irreversível, venha a manifestar-se no futuro, isto é, na adolescência ou na vida adulta, é a estratégia que permite diagnosticar crianças cada vez mais novas, naturalizando a ideia de que existiria algo assim como uma epidemia de transtornos mentais na infância. Instalar o discurso do risco no campo da infância abre infinitas possibilidades de intervenção precoce, incluindo a detecção de problemas psiquiátricos em crianças recém-nascidas, de 0 a 18 meses de idade (Jerusalinsky, 2018). No entanto, essa obsessão por antecipar os riscos e prevenir transtornos psiquiátricos graves parece desconsiderar os efeitos iatrogênicos que as drogas psiquiátricas provocam nas crianças que consomem essas substâncias. Ainda são muito poucos os estudos dedicados a mostrar claramente os riscos que as drogas psiquiátricas representam para o desenvolvimento afetivo e intelectual das crianças medicadas, e pouco se informa sobre os efeitos adversos ou sobre os sintomas de abstinência que a maioria desses psicofármacos produz.

Recentemente, foi publicado um estudo apresentando evidências sobre os problemas derivados da retirada de antidepressivos, que Joanna Moncrieff comenta em seu artigo “Danos duradouros devido a medicamentos psiquiátricos” (Moncrieff, 2021). Ela afirma que, embora se conheçam desde os anos 1990 os efeitos iatrogênicos e os sintomas de abstinência provocados pela retirada das benzodiazepinas, ainda são poucos os estudos científicos dedicados a identificar os riscos e os efeitos iatrogênicos vinculados ao consumo de outros psicofármacos, como antidepressivos ou antipsicóticos, cada vez mais utilizados no campo da infância. Quando os estudos aparecem, os dados apresentados são pouco divulgados e, muitas vezes, desprestigiados e desconsiderados (Moncrieff, 2021).

Se observamos o momento histórico de surgimento da psicofarmacologia, veremos que, poucos anos após a descoberta do primeiro psicofármaco, a clorpromazina, os psiquiatras do Hospital Sainte Anne que participaram dessa descoberta, Delay e Deniker, rapidamente publicaram um artigo relatando os sintomas associados ao uso dessa droga (Deniker, 1960). Esses efeitos iatrogênicos bem conhecidos são: síndrome de Parkinson, acatisia e acinesia. No entanto, essas drogas ainda hoje são utilizadas e habilitadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (Anvisa) para serem prescritas para crianças a partir de dois anos de idade (Amplitil, 2018).

Nessa mesma linha devemos situar os antipsicóticos atípicos como a risperidona, uma droga hoje amplamente prescrita para crianças com diagnósticos ambíguos, como o transtorno de oposição e desafio e o transtorno bipolar, e também para crianças autistas. Hoje conhecemos bem os efeitos adversos que essa droga produz, entre eles a hiperprolactinemia, porque muitos pacientes ganharam processos judiciais contra a empresa Janssen, de Johnson & Johnson, fabricante dessa droga (Caponi, 2019). Assim, embora contemos com poucas publicações que apresentem evidências científicas sobre os efeitos adversos dessas drogas, conhecemos bem os múltiplos problemas associados ao uso de psicofármacos e as marcas que elas deixam no corpo e no cérebro, graças aos relatos dos *especialistas por experiência* (Rose, 2019) – ou seja, pelos relatos dos usuários dos serviços de saúde mental que sofreram em seus corpos os efeitos indesejados que essas drogas produzem. Eles são, como afirma Rose, os sujeitos e os objetos da psiquiatria, e, por esse motivo, os únicos que permitem desafiar o monólogo da razão (o saber psiquiátrico) sobre a loucura. Esses efeitos iatrogênicos devem ser observados com maior cuidado quando falamos

de crianças. Devemos estar atentos ao que elas têm para dizer, escutar suas queixas, prestar atenção aos relatos daquelas que consomem drogas psiquiátricas prescritas por seus médicos.

Cotidianamente, vemos que se prescreve risperidona, um antipsicótico atípico que produz graves efeitos indesejados, para crianças com comportamentos agressivos, sob o argumento da antecipação de riscos – isto é, para evitar a aparição de um transtorno antissocial na adolescência. Prescrevem-se antidepressivos para crianças para evitar uma possível situação de suicídio, sem considerar que em muitos casos esses medicamentos produzem o chamado “rebote maníaco”, um sentimento de ansiedade provocado pelo antidepressivo que preanuncia a aparição de outro diagnóstico, ainda mais grave, o chamado transtorno bipolar infantil. Tal transtorno, que antes se reservava aos adultos e hoje parece ser cada vez mais comum no domínio da infância, será tratado com psicofármacos potentes como o lítio, ácido valproico ou risperidona. De maneira cotidiana, prescreve-se ritalina para evitar um suposto fracasso social na vida adulta, desconsiderando-se os efeitos danosos que esses fármacos produzem. O certo é que, nessa lógica da antecipação dos riscos e da detecção precoce, pouco ou nada se diz sobre os riscos representados pelo consumo de medicamentos psiquiátricos na infância, tampouco existe uma preocupação em divulgar os efeitos iatrogênicos e danosos que essas drogas têm em curto e longo prazo (Whitaker; Cosgrove, 2015).

## Para concluir

Esse modelo epistemologicamente frágil é o que caracteriza a psiquiatria da infância. Uma psiquiatria que, diante da ausência de marcadores biológicos, centra seu saber no discurso de detecção e antecipação de riscos; que se vale de diagnósticos que se sobrepõem, se escalonam e se confundem; que recorre a terapêuticas farmacológicas com efeitos iatrogênicos severos. Nesse contexto, a pandemia de covid-19 permitiu abrir uma oportunidade gigantesca para que a indústria farmacêutica e a psiquiatria hegemônica reproduzam seu modelo centrado na identificação de diagnósticos ambíguos e na prescrição de terapêuticas nocivas.

A suposta pandemia de transtornos mentais na infância, tão anunciada na mídia, se limitará a multiplicar diagnósticos como se os sofrimentos nada tivessem a ver com as situações sociais concretas,

como o isolamento e o medo provocados pela covid. No caso específico do Brasil, se ignorará a péssima gestão da pandemia; as quase 700 mil mortes, em sua maioria evitáveis; os hospitais lotados; o limitado auxílio emergencial que impediu que os pais e os professores pudessem realizar o necessário distanciamento social, o luto pela morte de familiares queridos. Assim, muitas situações de tristeza, ansiedade e dificuldades de aprendizagem, que inevitavelmente surgiram em tempos de pandemia e pós-pandemia, passaram a ser vistas como sintomas de um problema individual, não coletivo; e, dando um passo mais nessa lógica individualizante, vieram a ser entendidas como problemas derivados de uma disfunção cerebral ou de um desequilíbrio neuroquímico.

De nada serve medicar uma criança que está triste porque viu sua família empobrecer por causa da pandemia; de nada serve um diagnóstico de depressão para os jovens que perderam seus pais ou avós para a covid-19, ou que sofreram abusos sexuais, *bullying* ou racismo; de nada ajuda um diagnóstico de déficit de atenção para uma criança que não conseguiu acompanhar as aulas *online* porque não tinha acesso à *internet*. Esses problemas não se resolvem com Prozac, ansiolíticos ou ritalina, mas com um esforço coletivo por politizar o sofrimento (Balius, 2021). Isto é, esses problemas só poderão ser resolvidos quando, independentemente dos efeitos da pandemia, formos capazes, coletivamente, de identificar os determinantes sociais e os contextos específicos nos quais surgiu o sofrimento, quando pudermos dar respostas coletivas aos efeitos que a desigualdade estrutural provoca na vida das crianças, quando pudermos entender de que modo as condições sociais e ambientais de vida dessas crianças impactam sua saúde mental.

Ou seja, o sofrimento provocado pela pandemia no domínio da infância, assim como ocorre na vida de cada um de nós, só pode ser administrado se pudermos construir um pacto social de solidariedade para proteger e dar o devido suporte terapêutico, econômico e afetivo às crianças que sofreram o impacto da pandemia ou de outras circunstâncias adversas em suas vidas. Para isso, será preciso considerar duas dimensões: no âmbito biopolítico, reverter a necropolítica instalada no Brasil pelo governo de Bolsonaro; no espaço micropolítico, estar atentos ao contexto social específico em que o sofrimento aparece, evitando silenciar adultos e crianças com mais diagnósticos e mais psicofármacos. Recordemos que, em *O poder psiquiátrico*, Foucault afirmava, referindo-se ao éter e ao ópio, utilizados antes da descoberta dos psicofármacos, que, junto ao interrogatório e à hipnose, “as drogas foram, assim como são as drogas atuais, um instrumento disciplinar

evidente: reino da ordem, da calma, da imposição do silêncio” (Foucault, 2003, p. 268).

Diante do silêncio imposto pelo uso abusivo ou evitável de psicofármacos, diante da recorrência de diagnósticos ambíguos que ameaçam com um tsunami de transtornos mentais como efeito da pandemia, autores como Nikolas Rose manifestaram sua preocupação destacando a necessidade de reconhecer que situações de medo, ansiedade e tristeza são reações normais em tempos de pandemia e não devem ser pensadas como transtornos mentais (Rose *et al.*, 2020). Em uma carta publicada no periódico *Wellcome Open Research* em agosto de 2020, Rose e seus colegas insistiam na necessidade de observar os efeitos devastadores da pandemia para os trabalhadores pobres e desempregados. Advertiam que seria preciso fazer grandes investimentos para garantir a saúde mental da população, não para identificar mais diagnósticos, mas sim minimizar as desigualdades sociais, prevenir e evitar situações de *bullying*, racismo e machismo, para criar espaços de encontro entre adultos e crianças com sofrimento psíquico, sem patologizá-los. Como afirma Balius (2021, p. 7), a pandemia nos mostrou que “não faz sentido continuar pensando na loucura como algo situado à margem, algo alheio. Pois está demasiadamente presente em nossa cotidianidade para continuar desviando o olhar”. É necessário reconhecer que todos somos vulneráveis, que todos nos sentimos afetados pelas adversidades e que é preciso multiplicar ações coletivas para poder lidar com os problemas existentes.

Isto é, devemos fazer tudo ao contrário do que vivenciamos na gestão da pandemia realizada no Brasil pelo governo de Bolsonaro, quando o objetivo final de sua necropolítica parecia ser conseguir, por contágio, e não por vacinação, a chamada “imunidade de rebanho”. Para essa política de morte, não é possível pensar em ações centradas na solidariedade coletiva. Nessa lógica própria de um neoliberalismo autoritário, os problemas provocados pela pandemia foram vistos como problemas de indivíduos isolados, que, do mesmo modo que os sofrimentos psíquicos na infância, se resumem a patologias que devem ser tratadas com medicamentos ineficazes, como a cloroquina, ou com psicofármacos. Mesmo que, felizmente, essa lógica de morte pareça ter ficado no passado, devemos permanecer atentos ao espírito autoritário instalado nas diferentes esferas de governo e ao modo como se utiliza a retórica dos desequilíbrios neuroquímicos para silenciar nossos sofrimentos sem modificar os determinantes sociais que os produziram.

## Referências

- AMARAL, L. H.; CAPONI, S. Novas abordagens em psiquiatria no século XXI: a escola como locus de prevenção e promoção em saúde mental. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, v. 15, n. esp. 5, p. 2820-2836, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v15iesp5.14560>.
- AMPLICTIL: injetável ou gotas. Farmacêutica responsável Antonia A. Oliveira. Suzano: Sanofi-Aventis, 2018. 8 p. Disponível em: <http://www.sauededireta.com.br/catinc/drugs/bulas/amplictil.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Arlington: APA, 2013.
- BALIUS, F. Politizar el sufrimiento psíquico para que el mañana sea menos oscuro. *CTXT: Contexto y Acción*, [s. l.], n. 269, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://ctxt.es/es/20210201/Firmas/34960/#.YCKvxsyIjTI.twitter>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- BRACKEN, P. et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 201, n. 6, p. 430-434, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- CAPONI, S. *Uma sala tranquila: antipsicóticos para uma biopolítica da indiferença*. São Paulo: LiberArs, 2019.
- COHEN, C.; TIMIMI, S. *Liberatory psychiatry: philosophy, politics and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- CPDH – CENTRO POPULAR DE DIREITOS HUMANOS. *Covid-19 nas periferias urbanas, favelas e grupos sociais vulneráveis: proposta de estratégias de ação*. [s. l.]: CDPH, 2020. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1LV14NISJoTu3BeywneZBl96zwmqR7twN/view>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DENIKER, P. Experimental neurological syndromes and the new drug therapies in psychiatry. *Compr Psychiatry*, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 92-102, 1960.
- DIAS, B. C.; MARTINS, P. Naomar de Almeida Filho fala ao Estadão sobre a pandemia da covid-19: “saúde é política”. *Abrasco*, Rio de Janeiro, 23 mar. 2020. Disponível em: <https://abrasco.org.br/vice-presidente-da-abrasco-e-entrevistado-para-materia-do-estadao/>. Acesso em: 20 jun. 2025.
- FOUCAULT, M. *Le pouvoir psychiatrique*. Paris: Gallimard, 2003.
- JERUSALINSKY, J. Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à Lei nº 13.438/17, referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. *Estilos da Clínica*, São Paulo,

v. 23, n. 1, p. 83-99, 2018. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1415-71282018000100006&lng=pt&nrm=iso](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-71282018000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 jun. 2025.

LAVAL, C. *A escola não é uma empresa: o neoliberalismo em ataque no ensino público*. São Paulo: Boitempo, 2004.

LIMA, A. C. C.; CAPONI, S. N. C. de. The task-force of developmental psychiatry. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1315-1330, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400009>.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: Boitempo, 2011.

MENÁRGUEZ, A. T. Auge de adolescentes ingresados en psiquiatría: “Mi hija empezó a eliminar alimentos y entró en estado de hibernación, era como una sombra”. *El País*, Madri, 10 fev. 2022. Disponível em: <https://elpais.com/sociedad/2022-02-10/auge-de-adolescentes-ingresados-en-psiquiatria-mi-hija-empezo-a-eliminar-alimentos-y-entro-en-estado-de-hibernacion-era-como-una-sombra.html#?rel=mas>. Acesso em: 20 jun. 2025.

MONCRIEFF, J. Neoliberalism and biopsychiatry: a marriage of convenience. In: COHEN, C.; TIMIMI, S. *Liberatory psychiatry: philosophy, politics and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008a. p. 235-256. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543678.013>.

MONCRIEFF, J. *The myth of the chemical cure*. Londres: Palgrave MacMillan, 2008b.

MONCRIEFF, J. Danos duradouros devidos a medicamentos psiquiátricos prescritos. *Mad in America*, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2021/03/danos-duradouros-devidos-a-medicamentos-psiquiatricos-prescritos/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

MONCRIEFF, J.; COHEN, D. Rethinking models of psychotropic drug action. *Psychotherapy and Psychosomatics*, [s. l.], v. 74, n. 3, p. 145-153, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1159/000083999>.

OLIVEIRA, C. de. Violações de Bolsonaro em meio à covid-19 são denunciadas na OEA. *CUT*, São Paulo, 5 maio 2020. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/violacoes-do-bolsonaro-em-meio-a-covid-19-sao-denunciadas-na-oea-4c6c>. Acesso em: 20 jun. 2025.

ROCHA, R.; TONNENTÉ, M.; COELHO, M. *Saúde mental e racismo à brasileira*. Salvador: Devires, 2021.

ROSE, N. *Our psychiatric future*. Londres: Polity Press, 2019.

ROSE, N. *et al.* The social underpinnings of mental distress in the time of covid-19-time for urgent action. *Wellcome Open Research*, [s. l.], v. 5, p. 1-6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12688/WELLCOMEOPENRES.16123.1>.

TIMIMI, S. The scientism of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Mad in América*, [s. l.], 2018a. Disponível em: <https://www.madinamerica.com/2018/02/scientism-attention-deficit-hyperactivity-disorder/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

TIMIMI, S. The scientism of childhood and adolescent depression. *Mad in America*, [s. l.], 2018b. Disponível em: <https://www.madinamerica.com/2018/08/the-scientism-of-childhood-and-adolescent-depression/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

TIMIMI, S. Medicina insana, capítulo 2: o cientificismo da psiquiatria (Parte 1). *Mad in Brasil*, [s. l.], 2020.

WHITAKER, R. *Mad in America: bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Chicago: Basic Books, 2010.

WHITAKER, R. *Anatomia de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madri: Capitan Swing, 2015.

WHITAKER, R.; COSGROVE, L. *Psychiatry under the influence*. Londres: Palgrave MacMillan, 2015.

# Sofrimentos, desafios e possibilidades de cuidados para crianças: rupturas, desordens e reordenamentos da vida cotidiana nos contextos pandêmico e pós-pandêmico de covid-19

Eunice Nakamura

## Introdução

A pandemia de covid-19, anunciada pela Organização Mundial da Saúde em março de 2020, evidenciou e agravou situações de desordens sociais preexistentes, como as vulnerabilidades de certos grupos (Nakamura; Silva, 2020), também fazendo irromper outras, principalmente pelas medidas de distanciamento e isolamento social. No início da pandemia, tínhamos dúvidas sobre um possível retorno à normalidade, prioritariamente pelas rupturas impostas às relações sociais, as quais afetaram as maneiras instituídas de viver em sociedade. Diante de um mundo caótico e conturbado, a sensação de impotência e angústia expressava nosso afastamento de normalidades (re)conhecidas, causando, no geral, sofrimento. Perguntávamos ainda a qual normalidade nos referíamos e buscávamos, especialmente em questões relativas à nossa saúde mental.

Nos meses que se seguiram ao início da pandemia, estudos foram realizados em diferentes países para investigar possíveis consequências do distanciamento e do isolamento social à saúde mental das pessoas, em particular de crianças, adolescentes e jovens, apontando para o aumento de problemas de saúde mental nesses grupos.

O documento *Covid-19 e saúde da criança e do adolescente* (Fiocruz, 2020) apresentou um alerta de que a pandemia de covid-19, assim como outras catástrofes naturais, guerras e desastres, é um evento

traumático que pode afetar o bem-estar psicossocial das pessoas, sobretudo pelas dificuldades de enfrentamento e adaptação aos desafios que impõe. Estudos ressaltaram, assim, as consequências do contexto pandêmico à saúde mental de crianças, evidenciando principalmente os impactos do isolamento, do distanciamento social e das rupturas em suas rotinas, expressos por sensações de medo, insegurança, irritação, dificuldades de concentração, alterações no sono e no humor, ansiedade, estresse e sintomas de depressão, entre outros problemas (Bilar *et al.*, 2022; Imran; Zeshan; Pervaiz, 2020; Jiao *et al.*, 2020; Lee, 2020; Loades *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2020; UNICEF, 2021).

Realizados a partir de investigações desenvolvidas durante o período pandêmico, alguns desses estudos destacaram, entretanto, que os impactos das rupturas ocorridas nas rotinas das crianças poderão ser sentidos por muitos anos (UNICEF, 2021), podendo alterar o modo como responderão a desafios futuros (Bilar *et al.*, 2022). Nesse sentido, as experiências vividas por crianças, marcadas pelo período prolongado de isolamento e distanciamento social, podem continuar se manifestando em problemas de saúde mental, mesmo no atual período, denominado “pós-pandêmico”.<sup>20</sup> Como em catástrofes ou eventos traumáticos,

Essas experiências de adversidade relacionadas a situações limites se estendem na história pessoal dos indivíduos e pressupõe-se que, no caso da pandemia provocada pelo coronavírus em 2020, repercutirá emocional e psicologicamente a longo prazo (Oliveira *et al.*, 2020, p. 9).

A ideia de continuidade e de permanência dos impactos da pandemia à saúde mental de crianças, principalmente daquelas em situações de vulnerabilidade social, chama a nossa atenção pela necessidade de um olhar atento sobre as mudanças ocorridas, não apenas em suas trajetórias individuais, mas também nas dimensões social, cultural e política de suas/nossas vidas.

As rupturas e desordens causadas pela pandemia de covid-19 são o ponto de partida para esta reflexão antropológica sobre o sofrimento<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> No texto, o termo “pós-pandêmico” é utilizado entre aspas, em razão da discussão sobre as repercussões em longo prazo da pandemia de covid-19 na saúde mental, como apontado por Oliveira *et al.* (2020), UNICEF (2021) e Bilar *et al.* (2022).

<sup>21</sup> Partimos de um quadro preocupante no tocante a problemas de saúde mental em crianças, como evidenciado nos estudos citados, para aprofundar o debate, da perspectiva antropológica, sobre o sofrimento de crianças causado pelo contexto

de crianças, as possibilidades e desafios que se apresentam aos cuidados voltados a elas, apontando ainda questões sobre o (re)ordenamento da vida no contexto “pós-pandêmico”.

Este capítulo parte, portanto, do quadro de problemas de saúde mental em crianças, já evidenciados em estudos sobre as consequências da pandemia de covid-19, para fazer um convite à reflexão antropológica sobre como os processos de ruptura e desordem nas relações sociais, iniciados no contexto pandêmico e que se desdobraram no contexto “pós-pandêmico”, influenciaram nos modos de ser, sentir, sofrer – enfim, de viver –, especialmente de crianças.

A reflexão é menos a busca de respostas que indiquem a possibilidade de retorno à normalidade de nossas vidas do que um convite para pensar e dialogar, por meio da escrita, sobre novas (ou antigas) questões que têm nos inquietado e que são aqui abordadas em duas partes: 1) rupturas, desordens e sofrimentos: (re)ordenamentos possíveis do mundo; e 2) desafios e possibilidades de cuidados para crianças. No final, tecemos algumas considerações sobre possíveis (re)ordenamentos do mundo em relação às várias formas de vida visibilizadas no contexto pandêmico.

Espera-se que as questões suscitadas pela reflexão antropológica possam ampliar os olhares sobre os modos de sofrimento em crianças, sobretudo em contextos que levam à ruptura das relações sociais e afetam as maneiras de viver, a exemplo do recente contexto pandêmico; e também sobre possibilidades e desafios aos cuidados de que necessitam, no sentido da (re)composição dessas tessituras sociais esgarçadas ou rompidas, visando a um possível reordenamento de suas vidas cotidianas. Apostamos, assim, que olhar e pensar o mundo à luz de diferentes “óculos teóricos” pode, ao menos, indicar algumas pistas ao debate necessário sobre formas de sofrimento e necessidades de cuidados para crianças desde a pandemia de covid-19.

---

pandêmico. O deslocamento conceitual de problemas de saúde mental para sofrimento é explicitado no item 2, a partir das contribuições de Duarte (1998).

## Rupturas, desordens e sofrimentos: (re)ordenamentos possíveis do mundo

Qualquer que seja a classificação, esta possui uma virtude própria em relação à ausência de classificação (Lévi-Strauss, 2002, p. 24).

A classificação é, segundo Lévi-Strauss (2002, p. 30), “superior ao caos”, portanto necessária ao ordenamento do mundo. Diante de um mundo desordenado pela pandemia de covid-19, a classificação de algumas consequências dessa desordem, principalmente em crianças, tem possibilitado uma reorganização de suas vidas, ao menos para adultos. Manifestadas como estados problemáticos em relação à saúde mental, consequências da pandemia na vida de crianças, como medo, insegurança, irritação, dificuldades de concentração, alterações no sono e de humor, ansiedade, estresse e sintomas de depressão, anteriormente citadas, passaram a ser identificadas, tornando-se objeto de olhares e cuidados por parte de adultos.

Estudos realizados em vários países têm indicado não apenas um aumento desses problemas de saúde mental em crianças como a sua possível permanência ao longo do tempo (Oliveira *et al.*, 2020; UNICEF, 2021). A preocupação de pesquisadores com as repercussões emocionais e psicológicas da pandemia tem levado à busca da identificação dos principais problemas manifestados por crianças e à proposição de estratégias de cuidado, para que possam lidar com os desafios e dificuldades surgidos a partir do contexto pandêmico.

A identificação de sinais e sintomas de problemas mentais possibilita, assim, a classificação de certos comportamentos e respostas emocionais das crianças à pandemia, a partir de padrões (biomédicos) conhecidos, para “fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinha afastado” (Canguilhem, 1978, p. 94).

Em relação a um possível (re)ordenamento do mundo pela classificação dos comportamentos observados em crianças, há que se ressaltar, no entanto, algumas questões. A classificação biomédica dos problemas mentais na infância segue padrões social e culturalmente definidos de anormalidade e normalidade, sendo essas condições, nos termos apresentados por Canguilhem (1978), referidas, respectivamente, a indivíduos responsáveis por infringir ou restituir a norma. Portanto, a classificação dos problemas mentais em

crianças opera fundamentalmente a partir do indivíduo e de padrões socioculturais conhecidos.

Ressalta-se que essa classificação, embora necessária ao (re)ordenamento do mundo, ou à “superação do caos”, baseia-se em princípios conhecidos da lógica biomédica. As rupturas e desordens impostas pela pandemia de covid-19 parecem apontar, entretanto, a necessidade de aprofundamento da reflexão sobre a possibilidade do próprio (re)ordenamento de um mundo não mais (re)conhecido. Não se trata aqui de questionar a lógica classificatória baseada no conhecimento médico-científico, mas destacar que ainda temos muito a compreender sobre as consequências da pandemia na vida das crianças, não apenas em sua dimensão biológica, mas também nas dimensões social, cultural e política, como indicado na introdução do capítulo. Além disso, as mudanças ocorridas na ordem social, marcada por desordens e rupturas, parecem exigir a compreensão não apenas de fatores que causam problemas mentais em crianças, mas de processos de várias outras ordens que suscitaram nelas formas mais complexas de sofrimento.

As contribuições da antropologia a esse debate não são recentes, sobressaindo-se a “[...] perspectiva crítica quanto à legitimidade do saber médico e ao seu monopólio sobre esses fenômenos [relacionados à saúde e à doença]”, ao problematizar a “[...] pretensa universalidade das categorias de doença do discurso médico-científico [...]” (Nakamura, 2016, p. 49).

Em que pese a amplitude da categoria “problemas de saúde mental”, adotamos neste texto a noção mais abrangente, fundamentada na antropologia médica e da saúde, de “sofrimento”, tanto no sentido físico como moral, resultante da “[...] experiência de uma disrupção das formas e funções regulares da pessoa [...]” (Duarte, 1998, p. 13).

Em um debate mais atual, Lovell (2013) chama a atenção para antropólogos que, diferentemente do movimento ocorrido na psiquiatria, que levou à substituição do termo “doenças mentais” por “transtornos (ou desordens) mentais”,<sup>22</sup> passaram a utilizar apenas o

---

<sup>22</sup> Não vamos nos deter aqui na explicação da mudança ocorrida no campo da psiquiatria, citada por Lovell (2013). Ressaltamos, no entanto, o caráter polissêmico tanto do termo “*disorder*” (em inglês) como “*trouble*” (em francês), que podem ser traduzidos para o português como transtorno, distúrbio, disrupção ou desordem. No Brasil, utilizamos mais comumente o termo “problema de saúde mental” ao nos referirmos a uma série de questões relacionadas ao campo da saúde mental, cujo processo sócio-histórico de origem distancia-se da psiquiatria e do conceito

termo “desordem”, retirando dele o adjetivo “mental”, afirmando assim a relevância do termo ao debate antropológico contemporâneo,

[...] então estendido para abranger a multiplicidade de formas de desordem (econômica, política, social), violência, trauma e sofrimento coletivo e privado de todos os tipos – guerras, desastres, conflitos racializados [...] (Lovell, 2013, p. 10, tradução nossa).<sup>23</sup>

Os termos “sofrimento”<sup>24</sup> e “desordem”, apresentados, respectivamente, por Duarte (1998) e Lovell (2013), parecem convergir para a reflexão sobre a complexidade de problemas decorrentes do contexto pandêmico e que colocam em questão as possibilidades de (re)ordenamento do mundo, uma vez que “a situação de pandemia é distinta; nela a desordem é desregrada”, como afirma Ortiz (2021, p. 182).

As formas de classificação do mundo, como necessidade de superação do caos, são fundamentais às sociedades humanas e baseiam-se em padrões socioculturais conhecidos, sejam eles da ordem do pensamento científico ou mágico (Lévi-Strauss, 2002). O “desregramento” apontado por Ortiz (2021), entretanto, parece restringir as possibilidades de explicação e (re)ordenamento do mundo a partir desses padrões, no contexto “pós-pandêmico”, principalmente no tocante ao pensamento científico. Não basta identificar e classificar os problemas de saúde mental, é preciso se debruçar sobre as maneiras de lidar com as consequências da pandemia, que continuam a impactar as nossas vidas, assim como refletir sobre os desafios futuros. Enfim, torna-se necessário compreender mais profundamente os processos

---

de doença mental. No entanto, para os fins desta proposta reflexiva, da perspectiva antropológica, optamos por navegar entre as noções de desordem e sofrimento.

<sup>23</sup> No original: “[...] *s’étend allors pour englober la multiplicité des formes de désordre (économiques, politiques, sociales), de violences, de traumatismes et de souffrances collectives et privées en tout genre – guerres, désastres, conflits racialisés [...]*”.

<sup>24</sup> Ao enfatizar o necessário “esforço de relativização antropológica desses fenômenos [doença, sofrimento, dor]”, Duarte (1998, p. 13) faz menção à categoria “perturbação”, também no sentido físico e moral, a qual pode abranger “[...] muitas das situações reconhecidas como ‘patológicas’ em nossa cultura – pelo menos em suas versões mais eruditas ou oficiais – [e que] podem ser consideradas ‘regulares’ em outras, deixando mesmo de implicar qualquer ‘sofrimento’ peculiar”. Em que pese a abrangência do conceito de perturbação, consideramos a categoria “sofrimento” mais adequada ao diálogo pretendido também com a área da saúde mental.

sociais, culturais e políticos, em relação com as questões biológicas e ambientais que têm nos afetado com maior intensidade, na medida em que “a racionalidade das sociedades modernas entra em crise diante da imprevisibilidade dos acontecimentos” (Ortiz, 2021, p. 182), que ocorrem muitas vezes no entrecruzamento dessas várias dimensões que tornam possível a própria vida.

A “desordem desregrada” a que se refere o autor não parece, portanto, indicar caminhos de retorno imediato à ordem, ou seja, de um (re)ordenamento do mundo. Diante da permanência da insegurança, do medo e da falta de respostas quanto ao futuro, a continuidade das desordens coloca-se como um problema, indicando possíveis formas de sofrimento às crianças.

A ordem do mundo, anteriormente (re)conhecida, mudou e nos transformou, assim como nossas vidas, colocando-nos em um “hiato entre temporalidades” (Ortiz, 2021), como se a ordem de um mundo conhecido fosse posta em suspenso, alimentando a nossa imaginação sobre um outro mundo (melhor?) e, ao mesmo tempo, nos alertando sobre realidades ainda em desordem, no sentido apontado por Lovell (2013), nas quais as crianças podem encontrar-se em sofrimento, mas também revelar-se sob novas formas de viver.

## Desafios e possibilidades de cuidados para crianças

[...] o confinamento afeta drasticamente as relações sociais: aumenta a pobreza das populações precárias, acentua o isolamento e a solidão dos indivíduos (teletrabalho, ensino a distância), reduz a capacidade de se projetar no futuro [...] (Ehrenberg, 2021, p. 1, tradução nossa).<sup>25</sup>

No contexto pandêmico descrito por Ehrenberg (2021), destacamos duas questões importantes a nossa reflexão: o aumento da situação de precariedade de certos grupos da população e as incertezas em relação ao futuro.

---

<sup>25</sup> No original: “[...] *le confinement atteint drastiquement les relations sociales: il augmente la pauvreté des populations précaires, accentue l’isolement et la solitude des individus (télétravail, cours en distanciel), diminue la capacité à se projeter dans l’avenir [...]*”.

No item anterior, discutimos como as incertezas e a falta de respostas quanto ao futuro podem indicar formas de sofrimento em crianças, pela impossibilidade de (re)ordenamento de suas, também nossas, vidas. Ao nos voltarmos à questão da precariedade, ou melhor, da vulnerabilidade,<sup>26</sup> ressaltamos a relevância de considerarmos os aspectos socioculturais, éticos e políticos na reflexão antropológica sobre sofrimento e cuidado.

A pandemia de covid-19 evidenciou situações de vulnerabilidade de certos grupos sociais, principalmente pela impossibilidade de seguir as medidas de isolamento e distanciamento social, de ter acesso a materiais necessários à prevenção e aos serviços de saúde, enfim, de viver. Essas vulnerabilidades se tornaram ainda mais visíveis, na medida em que as consequências da pandemia à saúde mental das pessoas foram ressaltadas, revelando grupos vulneráveis da população, incluindo-se as crianças.

Nos estudos sobre tais consequências para crianças, situações de vulnerabilidade social são associadas a um maior risco de sofrimento, a exemplo de crianças com necessidades especiais, moradoras de favelas, centros de isolamento ou áreas de conflito (Imran; Zeshan; Pervaiz, 2020). Destacam-se, além disso, vulnerabilidades que ficaram ainda mais expostas durante o período de distanciamento social, como nas situações de violência doméstica (Oliveira *et al.*, 2020), uma das principais causas de sofrimento de mulheres e meninas.

No entanto, para além do agravamento de problemas relacionados à saúde mental, as vulnerabilidades visibilizadas no contexto pandêmico revelam as várias tensões existentes em nossas sociedades e as relações que mantemos uns com os outros no cotidiano. Assim, ao prestarmos atenção às situações de vulnerabilidade de certos grupos durante a pandemia, passamos a olhar as pessoas, como as crianças, em suas vidas comuns, das quais a vulnerabilidade faz parte. Nessa atenção a quem é, no geral, invisível em suas vidas cotidianas vamos nos deter para falar sobre o cuidado.

Lovel (2013) afirma que é no olhar atento e cuidadoso ao outro que o aspecto ético do cuidado se fundamenta – de acordo com a

---

<sup>26</sup> Adotamos o termo “vulnerabilidade” para discutir não apenas a situação de precariedade de certos grupos sociais em relação à sua condição socioeconômica, mas fundamentalmente a dimensão social da vulnerabilidade, referida a grupos cujas trajetórias são historicamente marcadas pela violação de direitos (Nakamura; Silva, 2020) em relação a gênero, raça, etnia, geração, entre outros marcadores sociais.

análise desenvolvida por Sandra Laugier (2013), baseada na perspectiva filosófica de Ludwig Wittgenstein e Stanley Cavell –, destacando que

[a] “preocupação” própria ao cuidado exige, ao contrário [de uma perspectiva universalista, como na noção ético-política de justiça], atenção cuidadosa ao que é mais frequentemente invisível [como as crianças] – quando o que devemos prestar atenção, o que deve ser cuidado, não é, ousado dizer, “invisibilizado” (Lovell, 2013, p. 12, tradução nossa).<sup>27</sup>

O aspecto ético do cuidado, que é também político, coloca-nos frente ao desafio de responder a que e a quem essa ética se volta: “[...] a infinita diversidade de estados mentais alterados, catástrofes subjetivas, sofrimento e angústia social e física, experiências psicopatológicas (a “loucura”)<sup>28</sup> [...]” (Lovell, 2013, p. 7, tradução nossa).<sup>29</sup> Chamamos a atenção para esses estados de sofrimentos e angústias, os quais expressam, a nosso ver, desordens em situações de desordem, como na pandemia de covid-19.

Esses aspectos reiteram a relevância, no debate antropológico, de questões relacionadas a formas de sofrimento ou de desordem, conforme salientado anteriormente, para refletirmos mais especificamente sobre possibilidades e desafios aos cuidados voltados a crianças no contexto “pós-pandêmico”. Nesse sentido, para cuidar, devemos nos voltar a quem deve ser cuidado, àquelas e àqueles “[...] cujas vida e bem-estar exigem uma atenção particularizada, contínua, cotidiana” (Laugier, 2013, p. 164, tradução nossa).<sup>30</sup> Não se trata, entretanto, segundo a autora, de restringir o cuidado a uma preocupação com as pessoas mais vulneráveis, frágeis

<sup>27</sup> No original: “*Le ‘souci’ propre au care réclame à l’inverse [d’une perspective universaliste comme dans la notion politico-éthique de justice] une attention minutieuse à ce qui reste le plus souvent invisible – quand ce à quoi il faudrait faire attention, ce dont il faudrait prendre soin, n’est pas, j’ose dire, ‘invisibilisé’.*”

<sup>28</sup> De acordo com a autora, a referência à “loucura” reflete o deslocamento conceitual operado pela antropologia contemporânea para compreender aspectos mais amplos do que aqueles associados à noção psiquiátrica de doença mental: a subjetividade e a construção do sujeito, bem como as dimensões “psicológicas” da vida cotidiana (Lovell, 2013).

<sup>29</sup> No original: “[...] *la diversité infinie des états mentaux altérés, des catastrophes subjectives, des détresses et des détressages sociaux et physiques, des expériences psychopathologiques (la ‘folie’) [...].*”

<sup>30</sup> No original: “[...] *dont la vie et le bien-être dépendent d’une attention particularisée, continue, quotidienne [...].*”

ou vítimas das adversidades, mas considerar o desafio político que o cuidado pressupõe para garantir o nosso funcionamento cotidiano,<sup>31</sup> na medida em que isso implica relações complexas que envolvem pessoas, instituições, também outros modos de existência – animais, bactérias, vírus – que são responsáveis por esse funcionamento, ou não, nas várias dimensões de nossas vidas.

Em relação à saúde mental, perguntamos, portanto, como garantir o cuidado e a atenção necessários a crianças cujas vidas são marcadas por situações de vulnerabilidade e de sofrimento em um mundo desordenado. Ou seja, como garantir o funcionamento cotidiano dessas formas de vida – definidas por Wittgenstein como “[...] esta continuidade da rotina diária, graças à qual um mundo se mantém como um mundo e, precisamente, trabalha incessantemente para se recompor como um mundo comum” (Lovell, 2013, p. 16, tradução nossa)<sup>32</sup> – quando viver ordinariamente, independentemente do contexto pandêmico, já se colocava como uma tarefa extraordinária. Nessas situações de desordem, (re)ordenar a vida parece ser um enorme desafio à reconstituição de tessituras sociais esgarçadas ou rompidas, agravadas no contexto pandêmico. Perguntamos, enfim, sobre possibilidades e desafios para viabilizar as relações cotidianas, que nos permitem tomar cuidado de si e de outros, de modo a manter em funcionamento a própria vida.

Um horizonte a esses desafios parece estar na compreensão do cuidado como a necessidade de “[...] prestar atenção aos detalhes da vida que negligenciamos e que fazem dela uma forma de vida” (Laugier, 2013, p. 169).<sup>33</sup> Privilegiamos, assim, como um aspecto ético-político do cuidado a necessidade de escutar a(s) voz(es) das crianças<sup>34</sup> nas

---

<sup>31</sup> Lovell (2013) e Laugier (2013) dialogam com a perspectiva de Veena Das acerca da vulnerabilidade do humano, compreendida como parte da própria vida cotidiana em que nos mostramos ao mesmo tempo vulneráveis e dependentes uns dos outros. Essas questões, inspiradas na perspectiva de Veena Das, são abordadas em um trabalho recente de Victora, Schuch e Siqueira (2021) sobre “ética ordinária e formas de vida em tempos pandêmicos”, a partir de pesquisa sobre o cotidiano de adultos de uma família branca de classe média no sul do Brasil.

<sup>32</sup> No original: “[...] *cette continuité inaperçue du quotidien grâce à laquelle un monde se maintient en tant que monde et, justement travaille sans cesse à se retisser comme monde ordinaire*”.

<sup>33</sup> No original: “[...] *il faut prêter attention à ces détails de la vie que nous négligeons et qui en font une forme de vie*”.

<sup>34</sup> A antropologia da criança traz uma importante contribuição a essa questão, ao assumir a relevância das formas de comunicação e relação das crianças, mesmo que

relações que estabelecem com adultos, com outras crianças e também com agentes das políticas que se ocupam delas, na medida em que, ao se darem voz e expressividade, as crianças viabilizam e organizam cotidianamente possíveis formas de vida em seus próprios termos, não a partir da perspectiva de adultos e de propostas de cuidado voltadas a elas. Nessas propostas, em geral, pensa-se *sobre*, e não *com* elas, projetando modelos e concepções de infância baseados em padrões social e culturalmente reconhecidos, segundo ordens e normalidades nas quais não encontram lugar as desordens relativas a outras formas de viver...

## Algumas considerações sobre os possíveis (re)ordenamentos do mundo e as várias formas de vida

A pandemia de covid-19 transformou nossas vidas e os sentidos a elas atribuídos a partir de padrões (re)conhecidos. Assim, as dúvidas sobre um possível retorno à normalidade da vida social constituem um paradoxo, na medida em que parece não haver sentido falar de um “novo” normal.

As consequências do contexto pandêmico, as rupturas e desordens impostas a nossas vidas e, em especial, às crianças, foram o que nos moveu a essa reflexão sobre “sofrimentos, desafios e possibilidades de cuidados para crianças”. Ressaltamos, nesse movimento, de um lado, nossas angústias pessoais frente às várias questões noticiadas acerca da situação das crianças desde o início da pandemia, em 2020: aumento dos problemas de saúde mental, defasagem de desenvolvimento e aprendizado devido ao fechamento das escolas, uso excessivo da *internet* e das redes sociais, ruptura nas relações sociais e isolamento, violências e abusos, sofrimento pela doença e pela morte de familiares, orfandade, situação de pobreza e fome, entre tantos outros problemas preocupantes. Saber sobre esses problemas tornava-se ainda mais angustiante quando

---

sejam diferentes dos adultos, considerando que “[...] o que têm a dizer aos adultos são contributos importantes sem os quais a compreensão da vida em/nas sociedades seria incompleta” (Ferreira; Nunes, 2014, p. 107). Além da contribuição epistemológica, essas e outras autoras que atuam nesse campo ressaltam a significativa contribuição metodológica de etnografias com crianças ao valorizar “[...] a escuta da fala das crianças” (Cohn, 2013, p. 232).

situados nos contextos de vulnerabilidade em que vivem muitas dessas crianças, nas periferias das grandes cidades, em favelas ou em regiões distantes e isoladas, de difícil acesso a serviços de saúde e a outros equipamentos públicos. De outro lado, havia nossa inquietação na busca de compreender, da perspectiva antropológica, as consequências desses contextos de rupturas e desordens para as vidas das crianças. Nessa inquietação, movida por antigas e novas questões, e num esforço de entendimento das consequências das transformações no mundo, alguns referenciais teóricos foram inspirando o caminho reflexivo. Assim, à maneira do “*bricoleur*” (Lévi-Strauss, 2002), alguns elementos teórico-conceituais presentes na trajetória como pesquisadora, embora não necessariamente relacionáveis, foram buscando compor, como em um quebra-cabeça, uma tentativa de organização às questões inquietantes surgidas a partir da pandemia de covid-19.

Nesse exercício do pensamento, a reflexão sobre um possível (re)ordenamento do mundo e da vida, a partir das desordens causadas pela pandemia às experiências de crianças, foi norteada por três questões principais: problemas de saúde mental e formas de sofrimento, crianças e cuidados. Os dois primeiros temas foram inspirados por aproximações anteriores com os referenciais da antropologia médica, da saúde e da doença e da antropologia da criança. O último tema passou a integrar inquietações mais recentes, a partir do contexto pandêmico, levando a estudos sobre o cuidado, das perspectivas antropológica e filosófica.

A articulação desses referenciais à reflexão aqui apresentada evidenciou a importância de análises críticas acerca das formas de sofrimento em crianças, a relevância do olhar e da escuta aprofundados de crianças em situação de vulnerabilidade social e, fundamentalmente, o reconhecimento ético e político dos cuidados de que necessitam para viabilizar cotidianamente suas vidas.

A possibilidade de (re)ordenamento de seus mundos não se encontra, portanto, no retorno a uma ordem ou a uma normalidade conhecidas, mas no reconhecimento de que, em um mundo, aquele dos adultos, cuja “desordem é desregrada”, referindo-nos novamente a Ortiz (2021), as crianças buscam manter o funcionamento do (seu) mundo por meio de novas formas de vida.

As teorias sobre o cuidado iluminam, assim, um caminho à reflexão que, em primeiro lugar, reitera nossa percepção acerca das limitações, no momento atual, de buscar o (re)ordenamento do mundo, segundo padrões (re)conhecidos e legitimados, como ocorre em processos de identificação de problemas e sofrimentos em crianças

fundamentados nos referenciais da lógica biomédica. A desordem de um mundo desregrado parece exigir uma compreensão mais aprofundada dos processos que envolvem as várias dimensões da vida, que podem suscitar formas mais complexas de sofrimento em crianças. Em segundo lugar, as questões sobre o cuidado apresentadas por Lovell (2013) e Laugier (2013), inspiradas pelos pensamentos de Veena Das, Wittgenstein e Cavell, iluminam um possível caminho para pensar, a partir do diálogo da antropologia com a filosofia, outras formas de ordenamento do mundo e da própria vida.

A perspectiva ética e política do cuidado no cotidiano abre caminhos ao entendimento de outras formas de vida, ao desvelar as relações – sociais, políticas e de outras ordens, inclusive com não humanos – que possibilitam, de outras maneiras, manter o funcionamento do mundo e dar continuidade à própria existência. Entre os vários autores que têm abordado a noção de “formas de vida”, no diálogo da antropologia com a filosofia, Lovell (2013) cita o trabalho de Michael Fischer<sup>35</sup>, o qual parece indicar um caminho a ser aprofundado pelas pesquisas antropológicas, para

[...] formas de vida que ainda não encontraram sua expressão, ou seja, formas de vida que emergem de “modos de agir infundados”, que não são nada arbitrários, mas são o que deve ser assumido para que qualquer coisa seja “fundamentada”. Essas formas infundadas de agir incluem novas atividades e até mesmo novos jogos de linguagem dos quais emergem novas formas de vida (Lovell, 2013, p. 19, tradução nossa).<sup>36</sup>

Vemos, assim, no aprofundamento da compreensão dessas formas de vida emergentes, uma possível aproximação com o mundo das crianças, do qual nós adultos somos parte, e com suas vidas transformadas pelas várias situações de vulnerabilidade social e de sofrimento no contexto da pandemia de covid-19. No entanto, ao contrário de buscar essa compreensão a partir de perspectivas reconhecidas e legitimadas

---

<sup>35</sup> Lovell (2013) refere-se ao trabalho de Michael Fischer (2003) sobre pesquisas antropológicas centradas sobre a vida emergente.

<sup>36</sup> No original: “[...] formes de vie qui n’ont pas encore trouvé leur expression, autrement dit aux formes de vie qui émergent à partir de ‘manières d’agir non fondées’, qui ne sont nullement arbitraires, mais qui, plutôt, sont ce qu’on doit supposer pour que quoi que ce soit ait ensuite un ‘fondement’. Ces manières non fondées d’agir incluent des activités inédites, voire de nouveaux jeux de langage d’où jaillissent de nouvelles formes de vie”.

sobre sofrimento de crianças e sua adaptação, ou não, às regras do mundo social, nos lançamos ao desconhecido desses modos de vida emergentes, em suas outras maneiras de se comunicar, de se comportar e de se expressar, para nos aproximarmos, de uma perspectiva ética e política, das maneiras como elas (re)constituem, no cotidiano, suas relações com as várias dimensões do mundo, configurando outros possíveis jeitos de ser e de viver.

## Referências

BILAR, J. A. *et al.* Saúde mental de crianças na pandemia da covid-19: revisão integrativa. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 26, e-1450, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/37693/30901>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

COHN, C. Concepções de infância e infâncias: um estudo da arte da antropologia da criança no Brasil. *Civitas*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 221-244, maio./ago. 2013.

DUARTE, L. F. D. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 9-27.

EHRENBERG, A. Fatigue nerveuse: covid, santé mentale, individualisme. *Telos*, [s. l.], 11 jan. 2021. Disponível em: <https://www.telos-eu.com/fr/societe/fatigue-nerveuse-covid-sante-mentale-individualism.html>. Acesso em: 10 jan. 2023.

FERREIRA, M.; NUNES, A. Estudos da infância, antropologia e etnografia: potencialidades, limites e desafios. *Linhas Críticas*, Brasília, v. 20, n. 41, p. 103-123, jan./abr. 2014.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Covid-19 e saúde da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, 2020.

FISCHER, M. J. *Emergent forms of life and the anthropological voice*. Durham, North Carolina: Duke University Press, 2003.

IMRAN, N.; ZESHAN, M.; PERVAIZ, Z. Mental health considerations for children & adolescents in covid-19 pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, [s. l.], v. 36, n. COVID19-S4, p. S67-72, abr. 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7306970/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

JIAO, W. Y. *et al.* Veena Das, Wittgenstein et Stanley Cavell: le care, l'ordinaire et la folie. In: LOVELL, A. M. *et al.* *Face aux désastres: une conversation à quatre voix sur la folie, le care et les grandes détresses collectives*. Paris: Les Éditions d'Ithaque, 2013. p. 161-192.

JIAO, W. Y. *et al.* Behavioral and emotional disorders in children during the covid-19. *The Journal of Pediatrics*, [s. l.], v. 221, p. 264-266.e1, abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32248989/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

LAUGIER, S. Veena Das, Wittgenstein et Cavell: le care, l'ordinaire et la folie. In: LOVELL, A. M. *et al.* *Face aux désastres: une conversation à quatre voix sur la folie, le care et les grandes détresses collectives*. Paris: Les Éditions d'Ithaque, 2013. p. 161-192.

LEE, J. Mental health effects of school closures during covid-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, [s. l.], v. 4, n. 6, p. 421, abr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32302537/>. Acesso em: 11 jan. 2023.

LÉVI-STRAUSS, C. *O pensamento selvagem*. 3. ed. Campinas, SP: Papirus, 2002.

LOADES, M. E. *et al.* Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of covid-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, [s. l.], v. 59, n. 11, p. 1218-1239.e3, jun. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32504808/>. Acesso em: 11 jan. 2023.

LOVELL, A. M. Aller vers la folie. Une anthropologie du care, entre l'extraordinaire et l'ordinaire. In: LOVELL, A. M. *et al.* *Face aux désastres: une conversation à quatre voix sur la folie, le care et les grandes détresses collectives*. Paris: Les Éditions d'Ithaque, 2013. p. 7-26.

NAKAMURA, E. *Depressão na infância: uma abordagem antropológica*. São Paulo: Hucitec; Fapesp, 2016.

NAKAMURA, E.; SILVA, C. G. O contexto da pandemia da covid-19: desigualdades sociais, vulnerabilidade e caminhos possíveis. In: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (org.). *Cientistas sociais e o coronavírus*. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 160-164.

OLIVEIRA, W. A. *et al.* A saúde do adolescente em tempos da covid-19: scoping review. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HFr6JFJ7SqTLk8KLBPgTQZP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

ORTIZ, R. Ordem/desordem em tempos de pandemia. *Sociologia & Antropologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. esp., p. 181-186, ago. 2021.

UNICEF – UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. *The state of the world’s children 2021: On my mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health*. Nova Iorque: UNICEF, out. 2021.

VICTORA, C.; SCHUCH, P.; SIQUEIRA, M. D. “Almost nothing has changed”: ordinary ethics and forms of life in pandemic times. *Sociologia & Antropologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 843-867, set./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/Zwt9QqQL6rC5G65VX5rrHSM/?lang=en>. Acesso em: 12 jan. 2023.

# Gramáticas do cansaço materno durante a quarentena de covid-19: leituras antropológicas comparadas entre Brasil e Argentina

Rosamaria Giatti Carneiro

## Notas introdutórias

Este capítulo abordará alguns aspectos da frente de pesquisa pela qual nos responsabilizamos, elementos pelos quais manifestamos interesse quando da construção e implementação da Rede Antropo-Covid. Diante de uma trajetória pregressa de estudos sobre cuidado, gênero e maternagens, nossa atenção recaiu sobre etnografar o cotidiano doméstico durante a pandemia de covid-19, olhando especificamente para os usos de tempos e de espaços de mulheres mães de crianças pequenas.

Em casas que passaram a abrigar as escolas e as empresas remotas, inquietava-nos como as mulheres mães estavam sobrevivendo em regime de quarentena e com tantos afazeres a um só tempo: casa, trabalho e filhos. Interessava-nos igualmente compreender como as mães de baixa renda seguiam sustentando seus empregos em período de contágio, morte e ruptura dos contratos de trabalho; como mantinham a casa e quem cuidava de seus filhos – sem escolas e creches – também nesse momento. Com essas perguntas iniciais, nos somamos ao projeto *Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de covid-19: análise social e diretrizes de ação e intervenção não farmacológica em populações em situação de vulnerabilidade e precariedade social*, com o firme propósito de refletirmos sobre a experiência pandêmica de mulheres mães.

Em nossa frente de trabalho, preocupamo-nos em refletir sobre a organização da casa pandêmica, bem como sobre os impactos na vida laboral e na vida emocional de mulheres mães de crianças pequenas. Este artigo se concentrará na reflexão a respeito do último desses aspectos: a *saúde mental das mulheres mães durante a pandemia*. Para tanto, recorreremos aos dados coletados durante a pesquisa *Maternidade(s) na pandemia: usos do tempo e do espaço no cotidiano do Brasil e da Argentina (2020)*, coordenada em parceria com outras duas instituições a serem descritas ao longo do texto. Tomaremos as respostas de 400 mães que maternavam em regime de isolamento social no ano de 2020, com o objetivo final de discutir sobre como se sentiam física e emocionalmente, de modo a refletir sobre *carga mental, sobrecarga de trabalho produtivo e reprodutivo, sofrimento psíquico e biopsicossocial*.

Com esse objetivo, o presente capítulo encontra-se organizado em quatro sessões: na primeira, realizaremos uma digressão conceitual que procura aproximar *carga mental, sofrimento psíquico e gênero*, com o propósito de recuperar brevemente o estado da arte sobre o assunto. Em seguida, apresentaremos os dados da pesquisa comparativa realizada entre Brasil e Argentina, sobretudo com relação às emoções e sensações corporais experimentadas pelas mulheres escutadas durante o ano de 2020. Uma vez apresentado o material de campo, passaremos a analisar os ecos entre os “muitos nomes para o cansaço” (Zorzanelli; Vieira; Russo, 2016) e suas relações com o sofrimento social; para, assim, poder ao final refletir sobre a etiologia dos sofrimentos psíquicos e sua âncora relacional, tornando possível chegar ao debate sobre o “dispositivo materno” (Carneiro, 2022), o caráter privado do cuidado e a ausência de Estado e compartilhamento social, que produzem vida e sobrecarga femininas.

Por fim, vale ressaltar que, devido ao fato de a pesquisa ter sido realizada remotamente e mediante o uso de *internet*, formulários digitais e tecnologias de aproximação, as mulheres que alcançamos, em sua maioria, foram mulheres brancas e de certo poder aquisitivo, que puderam fazer isolamento social. Esse não era o objetivo da pesquisa inicialmente, pois pretendíamos chegar a perfis sociais diversos, mas, dadas as condições socio sanitárias daquele momento, tornou-se um limite da investigação. Vale por último destacar que as notas de campo estarão em itálico ao longo de todo o texto.

## Sobrecarga de trabalho, carga mental e sofrimento psíquico: sinônimos ou pleonasmos?

*“As mães são sobrecarregadas porque são sobrecarregadas! São sobrecarregadas psiquicamente, porque são.” Clara escuta isso em uma discussão com seu companheiro, João, sobre a organização do lanche da escola de seus filhos. Mais uma discussão sobre o cuidado e o fazer pelo outro. De um lado, Clara tenta demonstrar que escuta as demandas dos filhos e que é preciso diversificar a comida. Ela tenta explicitar sua sobrecarga, mas parece não conseguir. Se aborrece com João, mas está cansada demais para discutir algo que nunca parece ter um fim (Carneiro [notas de diário de campo], 2023).*

Por que as mães são sobrecarregadas psiquicamente? Na discussão acima, o homem parece tomar essa condição como natural ou como um fato irreversível. Essa leitura nos coloca diante do quê, especificamente? As mulheres mães seriam mesmo constitutivamente sobrecarregadas e adoecidas psiquicamente? Esse sofrimento por acaso lhes seria intrínseco? Tratar-se-ia de uma condição fisiológica, hormonal, ou algum tipo de desordem inata?

Para a psicanálise e para psiquiatria concebidas no século 19, as mulheres são constitutivamente histéricas, já que a palavra “histeria” tem origem em “útero” e na ideia de que esse órgão desgovernado causaria convulsões e até mesmo a morte. Como sustenta Fabíola Rohden (2001, p. 141), “os genitais parecem ter uma capacidade singular de interferência na estrutura da mente feminina”. Laqueur (2001), ao recuperar a história do dimorfismo sexual, nos mostra como, na modernidade, as mulheres são construídas ideologicamente como seres inferiores, a partir de seus corpos virados para dentro e incompletos e da perspectiva de que o seu canal vaginal seria um pênis interno, assim como os ovários seriam os testículos que não se externalizaram. Essa suposta não evolução ou incompletude fisiológica seria a responsável por sua perturbação mental.

Sabe-se que a sexualidade foi tomada por Freud como a mola propulsora dos adoecimentos psíquicos. Para ele, os desejos femininos reprimidos seriam a causa da histeria, cuja sintomatologia consistiria em manifestações corporais como convulsões, tosses e tremores, como o que se viu no famoso caso de Ana O., uma jovem de 21 anos tratada

por ele e Charcot. Partindo desse caso clínico, eles concluíram que na histeria há a conversão de forte sofrimento emocional no corpo, daí a sua manifestação física. Conforme a leitura que Fabíola Rodhen (2001) faz das primeiras teses médicas produzidas no Brasil, o período menstrual era visto como um momento propício para tais crises históricas, posto que ponto culminante da ação dos hormônios. Essa leitura é também recuperada por Daniela Manica (2011), em seu estudo sobre o médico baiano Elsimar Coutinho, árduo defensor da supressão da menstruação, que – por si só – já significaria, para ele, a não maternidade e a não realização do principal destino feminino.

Em tempos mais atuais, a histeria pode também significar pânico, estresse, depressão e ansiedade, expressões mais contemporâneas para o descompasso físico e emocional feminino. Segundo dados de 2006 da Organização Mundial da Saúde, as mulheres padecem duas vezes mais de depressão e ansiedade do que os homens. Como pontua Valeska Zanello (2010, p. 308), a saúde mental das mulheres segue ditada pelos corpos e relacionada sobremaneira ao ciclo reprodutivo e à maternidade, quando, na verdade, para a psicóloga, “o sofrimento psíquico deveria ser compreendido como resultado de condições e papéis sociais, de relações de gênero e da pressão disso sobre o sujeito”, já que muitas podem ser as suas razões, tais como:

[...] pobreza, dupla ou tripla jornada, baixo índice de escolaridade, ter filhos, ser chefe de família, violência conjugal e familiar, sobrecarga de trabalhos domésticos, estado civil (ser separada ou viúva), ser casada, raça (ser negra ou parda), desemprego ou emprego informal, não ter atividades de lazer (Zanello, 2010, p. 310).

A cartunista francesa Emma Clit ficou conhecida em 2018, depois de ter concebido uma sequência de quadrinhos em que demonstrava a sobrecarga de trabalho doméstico experimentada todos os dias pelas mulheres. De seus desenhos depreende-se o trabalho de gestão da vida (praticamente invisível) realizado hodiernamente pelas mulheres. Esse trabalho de gestão e planejamento da casa e da vida tem sido chamado de *carga mental*. Ele demanda constante atenção e vigilância ao que precisa ser feito e coexiste com o trabalho doméstico, que – por sua vez – consiste em executar atividades como cozinhar, lavar louça, lavar roupa, limpar, arrumar e cuidar de crianças e idosos. Dessa forma, além de executar tais tarefas, as mulheres seriam também as responsáveis pelo gerenciamento de suas atividades.

Partindo dos escritos de Arlie Hochschild (1983), a carga mental poderia ser pensada também à luz da categoria “*emotional labor*”, e, em nossa leitura, entre as suas consequências, estariam os padecimentos psíquicos e emocionais, como a exaustão e o cansaço, experimentados atualmente por mulheres de todo o mundo e de todas as classes sociais (Paula *et al.*, 2022; Silva, 2021).

Figura 1 – Carga mental

## **A CARGA MENTAL É O FATO DE SEMPRE TER DE PENSAR NO TRABALHO QUE PRECISA SER FEITO.**



Fonte: Geledés (2017)<sup>37</sup>

Segundo matéria do *Nexo Jornal*<sup>38</sup> (Sayuri, 2021), a pandemia instituiu ainda mais atividades a serem efetuadas, como o ritmo da quarentena, com os filhos em casa e as aulas remotas e com os cuidados

<sup>37</sup> Disponível em: <https://www.geledes.org.br/quadrinho-explica-por-que-as-mulheres-se-sentem-tao-cansadas/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

<sup>38</sup> Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/04/15/O-impacto-da-pandemia-na-carga-mental-das-mulheres>. Acesso em: 2 abr. 2023.

com higiene e segurança familiar para evitar o contágio pelo SARS-CoV-2. Segundo uma pesquisa do Instituto Opsos, realizada com 3,5 mil participantes nos países do G7, 79% das mulheres disseram se sentir mais cansadas e estressadas pela carga mental da casa. Enquanto isso, no Brasil, em uma pesquisa do Instituto de Psiquiatria da USP, realizada com 3 mil voluntários sobre a saúde psíquica e emocional na pandemia, 40,5% das mulheres relataram sintomas de depressão; 34,9%, de ansiedade; e 37,3%, de estresse.<sup>39</sup>

Nesse sentido, a ideia de *sofrimento psíquico* poderia ser articulada à *carga mental*. Na realidade, ambas as categorias têm operado como uma crítica à biologização da saúde mental das mulheres. Se suas vidas e descontroles têm sido ditados a partir de seus corpos, órgãos e hormônios, tais categorias salientam a sua dimensão social, desentranhando a saúde mental dos medicamentos e de uma clínica psiquiátrica reducionista. Segundo Duarte (1994), se, de um lado, temos a forma fiscalista da doença (*disease*), de outro, temos a forma global do sofrimento (*illness*); por isso, refletir a partir desta última ideia nos permite complexificar a nossa interpretação dos acontecimentos.

Perussi (2015) realiza uma digressão teórico-filosófica sobre as diferenças e relações entre dor e sofrimento que também pode nos ajudar a refletir sobre a saúde mental das mulheres na contemporaneidade. Em que pese o próprio autor acreditar que as divisões semânticas dicotômicas são contraproducentes, em um momento de seu texto tece linhas de argumentação que podem nos levar a compreender o que está além do corpo e que funda a existência cotidiana das mulheres que cuidam. Segundo ele, depois do advento da psiquiatria e da medicalização das desordens emocionais, o sofrimento tem sido subsumido à dor e a uma ideia de dor física e, assim, sido naturalizado. Trata-se, a seu ver, de uma redução problemática, posto que a dor pertenceria àquilo que não pode ser simbolizado, enquanto ao sofrimento caberia exatamente a construção da narrativa daquilo que se vive e se experimenta. Se o sofrimento, no entanto, tem sido reduzido à dor e à fisicalidade, o processo de elaboração simbólica empreendido pelas pessoas perde espaço e torna-se menos importante. Por isso, a pessoa deixa de ser escutada na clínica para que o seu corpo fale. O paciente deixa de ser escutado, e o sofrimento torna-se dor: dor psíquica, que ignora a narrativa, as particularidades da existência e sua dimensão social-

<sup>39</sup> Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2021/04/15/O-impacto-da-pandemia-na-carga-mental-das-mulheres>. Acesso em: 2 abr. 2023.

relacional. Nesse sentido, o autor nos convoca a pensar: “Ora, a angústia escapa do corpo e, para o bem ou para o mal, vai de e ao encontro do outro: é relacional, pois reside nas interações entre as pessoas. A dor pode ser localizada no corpo, mas onde está a angústia? Ela está aberta ao mundo, logo, é sofrimento” (Perussi, 2015, p. 151).

Em sua leitura, essa redução do sofrimento à dor significa permanecermos no registro da individualidade em detrimento da subjetividade. Bebendo dos escritos de outros antropólogos que discutiram sofrimento, nervos e vida emocional, Perussi (2015) conclui que o sofrimento está na esfera do debate sobre a pessoa, posto que diz da existência, do que é valoroso e axiológico, e não no mundo do indivíduo, em que opera a noção de fisicalidade e de dor. O sofrimento é assim tomado como uma perturbação físico-moral nos moldes propostos por Duarte (1994).

Foi nesse sentido, por exemplo, que defendemos a adoção da categoria “perturbações físico-morais” para designar congregadamente a área dos fenômenos humanos que nossa cultura individualista segmenta em “doença mental”, “possessão”, “transe”, “distúrbio psíquico”, “distúrbio psicossocial”, “somatização” etc. O qualificativo “físico-moral” procurava justamente reconstituir o caráter de vínculo ou mediação de que esses fenômenos se cercavam nas relações entre a corporalidade e todas as demais dimensões da vida social, inclusive, e eventualmente, a espiritual ou transcendental (Duarte, 1994, p. 22).

Por esse caminho, o sofrimento psíquico passa a ser compreendido como *sofrimento social*, termo discutido por Pussetti e Brazzabeni (2011, p. 1) e que funciona como uma “[...] lente particularmente apropriada para olhar as relações profundas entre a experiência subjetiva do mal-estar e os processos históricos sociais mais amplos”.

Segundo os autores, o sofrimento enquanto um sentimento humano foi muitas vezes tomado como universal, inato e natural. Os antropólogos Kleinman, Das e Lock (1997) foram uns dos primeiros a sustentar que o sofrimento não poderia ser observado e explicado sem olharmos para as dinâmicas sociais e os interesses políticos e econômicos que o constroem e o nomeiam. Nesse contexto, para Pussetti e Brazzabeni (2011, p. 2), o conceito de sofrimento social “refere-se aos efeitos nocivos das relações desiguais de poder que caracterizam a organização social”.

O sofrimento social é, então, a limitação da capacidade de ação dos sujeitos. Tomando Amartya Sen (*apud* Pussetti; Brazzabeni, 2011) como inspiração, os autores compreendem que sofrimento

social coincide com a maior ou menor possibilidade de escolha entre as diversas alternativas possíveis na vida humana. Para o economista indiano, o desenvolvimento humano vem articulado à liberdade de escolha e ao que denomina de “capabilidade” (Sen *apud* Pusssetti; Brazzabeni, 2011, p. 4). Se assim considerássemos, poderíamos refletir: qual era a margem de escolha de mulheres mães durante o período mais acirrado de isolamento social da pandemia de covid-19 quanto ao trabalho produtivo e reprodutivo, quando se viram diante da ausência do cuidado estatal, da solidão e da necessidade de cuidado com os filhos, a casa e a sua sobrevivência econômica? Quem cuidaria de seus filhos? Quem limparia suas casas e faria sua comida? Para onde as crianças poderiam ir na quarentena, enquanto as mães tinham de trabalhar em sistema *home office*? Quem as ajudaria a desempenhar as tarefas esperadas em seu trabalho e que suporte social receberiam para tanto?

Se as mulheres foram as que mais adoeceram psicologicamente, como sugere a pesquisa da Universidade de São Paulo, e se viram sobrecarregadas ainda mais em seus afazeres domésticos e profissionais, qual foi, de fato, a sua “capabilidade” (capacidade e possibilidade de fazer escolhas) durante o árduo ano de 2020, sem vacinas, sem escolas e com alta taxa de mortalidade por covid-19 nos contextos brasileiros e argentinos?

Diante disso, as mulheres são naturalmente sobrecarregadas e históricas, ou o seu sofrimento psíquico é, antes, um sofrimento social que decorre de sua carga mental e da violência estrutural de gênero? O que contam as mulheres brasileiras e as argentinas sobre os seus cotidianos psíquicos e emocionais durante a pandemia de covid-19? Esse é o objeto de discussão deste capítulo e o resultado de uma pesquisa comparativa entre Brasil e Argentina por nós empreendida durante o ano de 2020.

Para tanto, partiremos dos dados empíricos encontrados e do arcabouço teórico conceitual acima mencionado, da noção de *carga mental* e *sofrimento psíquico/social*, com a intenção de provocar as compreensões reducionistas da saúde emocional feminina, tomando como pano de fundo os debates sobre a economia do cuidado (Fernandes, 2021) e “vida nervosa” (Duarte, 1994).

## Pandemia e vida psíquica e emocional de mulheres brasileiras e argentinas

Durante os meses de maio, junho e julho de 2020, o formulário do Google concebido como instrumento da pesquisa *Maternidade(s) durante a pandemia de covid-19: usos de tempo e espaço no cotidiano do Brasil e da Argentina* foi veiculado e ficou aberto para respostas de mulheres argentinas e brasileiras. Nossa estratégia de divulgação foi circular a chamada em nossas redes de contatos de pesquisa por Whatsapp, Facebook e Instagram, bem como por correio eletrônico. Buscamos contatos de pesquisas pregressas para, desse modo, ampliar a chamada e a participação. O instrumento de pesquisa contou com 33 questões com diferentes enfoques, separadas pelas seguintes seções: características socio sanitárias; cotidiano de trabalho; pactuação da divisão do tempo, espaço e afazeres em casa; e, por último, uma seção sobre sentimentos e emoções experimentados pelas mulheres. Neste artigo, nos concentraremos no debate sobre suas emoções e sua vida psíquica durante o ano de 2020.

Depois de 90 dias de pesquisa, tivemos 300 mulheres participantes no Brasil e 75 na Argentina. O formulário contava ainda, ao final, com um ambiente para que as mulheres que assim quisessem inserissem imagens caseiras e autorais que ilustrassem o seu cotidiano pandêmico, a fim de que pudéssemos explorar os seus discursos e narrativas de outro modo que não somente por meio do formulário fechado e semiaberto. Vale dizer que essa pesquisa foi elaborada e conduzida através da aliança internacional de três instituições: Universidade de Brasília, sob a minha coordenação; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação de Fabiene Gama; e Universidad de Entre Ríos, sob a coordenação de Maria Fernanda Gonzalez.<sup>40</sup>

Para saber como se sentiam durante o primeiro e mais difícil ano da pandemia, criamos questões que envolviam uma escala graduada de respostas dividida em: *sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, quase nunca e raramente*. Questionamos sobre os sentimentos de alegria, angústia, irritabilidade, raiva e tristeza. Entre as 75 argentinas

---

<sup>40</sup> Neste momento, a análise, discussão e escrita dos resultados competem à primeira coordenadora, pesquisadora vinculada à Rede Antropo-Covid. O uso do material coletado durante a pesquisa para as discussões aqui apresentadas foi devidamente autorizado pelas outras duas coordenadoras.

escutadas, a maioria disse se sentir *poucas vezes* irritada e com raiva, *poucas vezes* triste e *algumas vezes* angustiada durante o isolamento social. Entre as 300 brasileiras, a maioria disse se sentir *algumas vezes* angustiada, *algumas vezes* irritada e com raiva e *muitas vezes* triste.

De início, as respostas nos intrigaram, pois muitas mulheres mães se disseram também alegres, mesmo em um contexto tão adverso, de quarentena, medo da morte, insegurança social e extrema sobrecarga de trabalhos produtivos e reprodutivos. A escala aplicada à nossa pesquisa destacou que, mesmo felizes, *algumas vezes*, não raras ou poucas, se sentiram angustiadas, irritadas, com raiva e tristes. Ou seja, esses sentimentos estiveram significativamente presentes, mas ainda assim as participantes se declararam alegres no papel de mãe. Entre as argentinas, notamos uma maior reprodução desse ideário da boa mãe, haja vista terem se sentido *poucas vezes* atravessadas por sentimentos negativos e retratarem um ambiente doméstico cheio de sorrisos em suas imagens.

Vale aqui detalhar que em nossa escala *algumas vezes* vinha em quarto lugar, quando comparada a *nunca*, *raras vezes* e *poucas vezes*; dessa maneira, tem uma dimensão expressiva. Entre as brasileiras, a maior parte se sentiu *alguma vez* raivosa, angustiada e triste, mesmo que, em alguns casos, também alegres. Para as argentinas, imperou mais a resposta “*poucas vezes*”, mas ainda superou o *raras vezes* e o *nunca*. Vemos assim uma mistura de sentimentos negativos e positivos, de sobrecarga e alegria e talvez até uma certa contradição, situação encontrada também na pesquisa de Valeska Zanello *et al.* (2022), realizada com objetivo bastante semelhante ao da nossa e no mesmo período.

Segundo as autoras, tal alegria ou satisfação resultaria do “dispositivo materno”, que se incumbe da reprodução de uma moralidade materna que prescreve tais emoções no maternar, sem espaços para contradição, e que as próprias mulheres também reproduzem. Segundo Zanello *et al.* (2022), as mulheres são educadas a primeiro cuidarem do outro, em vez de si mesmas, naturalizando esse deslocamento que consiste no *dispositivo amoroso*.

Quando perguntadas sobre o que faziam para resguardar o próprio sono e a alimentação, bem como sobre como se sentiam corporalmente, 40% das argentinas disseram “*tengo dolor de espaldas*”; 37,3%, “*hago lo que puedo en cuanto a la alimentación*”; 33,3%, “*no consigo hacer ejercicio. Priorizo comer y dormir bien*”; 33,3%, “*tengo dolor de cabeza*”; 21,3%, “*tengo dolor de estómago*”. De outra parte, as brasileiras disseram: “sinto dores nas costas” em 54% dos casos; “faço o que é possível na

alimentação” em 50,3% dos casos; 46,3% responderam “sinto dores de cabeça”; 44,3%, “não me exercito”; e 32,3% das mulheres afirmaram ter “insônia”.

As respostas nos permitem primeiro destacar as dores nas costas e de cabeça e, assim, as tensões suportadas pelos corpos; o peso da sobrecarga do cuidado, do trabalho dentro e fora de casa; a tensão diante da responsabilidade com a vida dos outros e o esgotamento físico e emocional daquelas que passaram a cuidar *full time* de pessoas, espaços e tempos antes compartilhados. As argentinas ainda disseram sentir dores de estômago, que são muitas vezes relacionadas a úlceras nervosas, e as brasileiras relataram insônia, ou seja, não conseguir relaxar, descansar ou se desligar das tarefas cotidianas.

A coluna vertebral oferece sustento ao corpo para que este permaneça em pé, estável e apto para as atividades diárias; a cabeça pode ser relacionada ao nosso discernimento; os olhos, à nossa visão; e o estômago, à nossa capacidade de digestão daquilo de que necessitamos para sobreviver. Ao atentarmos para as respostas, não nos causa estranheza que as mulheres assim tenham declarado estar durante o primeiro e mais acirrado ano de isolamento social. Argentinas e brasileiras, nesse caso, se aproximaram em suas respostas e percepções, ambas não conseguiam fazer exercícios e cozinavam como podiam, muitas vezes com os filhos ao lado. Ou seja, quase não cuidaram de si mesmas e experimentaram uma série de desconfortos corporais.

Em seguida, perguntamos se o trabalho e a saúde eram as suas prioridades durante a pandemia. Entre as argentinas, 46,7% disseram *ambos*; 18,7%, *el trabajo*; 10,7%, *la salud*. No Brasil, 32,3% disseram *ambos*; 18,3%, *a saúde*; e somente 8%, *o trabalho*. Para quase metade das argentinas importava equilibrar trabalho e saúde na pandemia; para as brasileiras já importava menos esse equilíbrio. Mas, curiosamente, as argentinas se dedicavam mais ao trabalho, mesmo tendo idealizado o papel materno e terem se dito mais alegres do que as brasileiras, enquanto as brasileiras declararam se importar mais com a própria saúde.

Quando indagadas se havia algo de novo com a pandemia e o isolamento social em suas vidas práticas e tarefas cotidianas, na Argentina 54% disseram “*es diferente porque antes los niños estaban en la escuela*”; 36%, “*no es novo porque ya combinaba crianza, trabajo remunerado y otros trabajos en casa*”; e 20%, “*es diferente porque antes contaba con ayuda de una persona en casa*”. No Brasil, 59,2% responderam “é diferente, pois antes tinha a escola”; 48,3%, “é diferente

porque não tem espaço ao ar livre”; 40%, “é diferente pois tenho que cuidar das atividades escolares e emoções de meus filhos”; e 31,7%, “é diferente pois antes tinha gente em casa me ajudando”.

A pesquisa descortina a importância das escolas na vida das famílias e das mulheres. Nesse sentido, mais do que espaço formal de educação, a instituição funciona também como rede de apoio e de ajuda, como lugares pelos quais circulam as crianças para que suas mães e famílias possam desempenhar outras de suas tarefas sociais. Tanto as argentinas como as brasileiras acham que a pandemia trouxe algo diferente para suas vidas porque antes contavam com alguém realizando os trabalhos domésticos em suas casas, o que desvela a importância do trabalho doméstico remunerado para a manutenção do sistema capitalista como um todo. Mas as argentinas, em quase um terço dos casos, não veem nada de novo na pandemia, posto que já trabalhavam dentro e fora de casa, cuidando dos filhos e da casa, anunciando-nos que a pandemia pode ser também, como pontuamos Muller e eu (Muller; Carneiro, 2020), muito mais ordinária do que extraordinária. Se seria *mais do mesmo*, como nos diz o ditado, para quase 50% das mulheres brasileiras é diferente pois precisam zelar pelas atividades escolares de seus filhos e também por suas emoções diante da quarentena, ausência de escola e solidão.

Por último, perguntamos como estava a relação com os filhos e como se sentiam naquele exato momento. As argentinas curiosamente disseram que a relação com os filhos “*nunca* era tensa”, enquanto as brasileiras disseram que “*algumas vezes* era tensa”. Além disso, 47,7% das argentinas comentaram: “*estoy irritada y con poca paciencia con mis hijos*”; 24%, “*lloró con más facilidad*”; 10,7%, “*mis hijos perciben mi inestabilidad y están aún más irritables*”. Enquanto isso, as brasileiras em 53% dos casos afirmaram responder rispidamente aos filhos; 42,3% estavam mais irritadas e sem paciência com as crianças; e 41% choravam com maior facilidade. Diante disso, brasileiras e argentinas disseram-se mais chorosas, irritadiças, instáveis e raivosas diante das demandas de seus filhos pequenos no cotidiano pandêmico.

De maneira geral, o quadro do cotidiano de cuidados não difere entre argentinas e brasileiras que experimentam emoções de sobrecarga e descompasso emocional; cuidam dos outros antes de cuidarem de si mesmas; sentem o peso da pandemia em seu cotidiano; percebem alterações em suas relações familiares e notam em seus próprios corpos o cansaço decorrente do constante estado de alerta e cuidado com os outros. Notamos uma ligeira maior idealização da maternidade

ou reprodução de uma moralidade materna rígida entre as mulheres argentinas, não que isso represente uma característica da sociedade como um todo, mas que diga da escala em que acabou se concentrando.

O instrumento na Argentina circulou mais na cidade de Gualeguaychú, com 80 mil habitantes, que fica na província de Entre Ríos, norte do país. Essa particularidade pode se dever às redes de contato da pesquisadora argentina que também coordenou a investigação. Nesse ínterim, no Brasil, a maioria das participantes veio de cidades com mais de 500 mil habitantes das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. De maneira mais acentuada, relataram-se contextos de moradia que demandam mais das mulheres em termos de deslocamento para o trabalho e as inserem numa vida cotidiana mais complexa em termos de rede e de ajuda para a sobrevivência da família, o que pode contribuir para uma maior flexibilização dos ideários maternos, por conta de sua insustentabilidade prática em cenários tão adversos.

## Gramáticas emocionais das ideias de cansaço e exaustão maternos

“Odeio ser mãe, mas, sim, eu amo meus filhos. Ser mãe é peso, é cobrança o tempo todo, é expectativas inatingíveis, é solidão, é ter responsabilidades gigantes. [...] Ser mulher, nem sei mais. Ser mãe em tempos de pandemia é se afogar todos os dias em incertezas.”

“Com o perdão da expressão, significa me fuder [*sic*]. Ter que dar conta de muito mais para além do que já dava (mesmo sabendo que minha situação não é, nem de longe, das piores).”

“Estar constantemente falhando em todas as frentes: casa, maternagem e trabalho. Sinto que é impossível conciliar e que as pessoas não compreendem a magnitude desse problema e quem não é mãe não sabe o que passamos, nem mesmo as pessoas presentes no cotidiano.”<sup>41</sup>

Em outra ocasião (Carneiro, 2021), recuperamos as ideias do filósofo Byung-Chul Han (2010), que nos define, a sociedade ocidental, como *A sociedade do cansaço*, para refletir sobre a constante queixa de

---

<sup>41</sup> Notas etnográficas deixadas pelas próprias mulheres (2020).

cansaço materno. Para Han, o cansaço nos estrutura enquanto sociedade dos séculos XX e XXI. Se antes éramos norteados pela ideia de que a ameaça “do inimigo” adviria do que está fora de nossos corpos, como vírus e bactérias, de lá para cá os nossos maiores inimigos passaram a ser nós mesmos, mais especificamente nossas mentes, cabeças e ansiosos pelo empreendedorismo de si. Por isso, em seu entender, vivemos em uma sociedade dos adoecimentos psíquicos, das neuroses e das psicoses. Estamos sempre cansados e em busca da originalidade e do sucesso pessoal e profissional.

Discutimos neste artigo a ideia de cansaço materno a partir da notícia de que as mulheres mães são as que mais padecem de *burnout*<sup>42</sup> (Paula *et al.*, 2022) e da reiterada queixa em campo (Carneiro, 2021) de que as mulheres mães estão exaustas. Zorzanelli, Vieira e Russo (2016) analisam os diversos nomes para o cansaço na atualidade, como a Síndrome da Fadiga Crônica (SFC) e o *burnout*. A primeira tem sido um diagnóstico clínico e médico, inclusive com um Código Internacional de Doenças definido; já o segundo desponta como um diagnóstico psicossocial, também considerado uma doença decorrente do esgotamento físico e mental nos ambientes de trabalho. Segundo as autoras, há um caráter hierárquico entre uma e outra ideia e diagnóstico. O *burnout* acaba sendo visto como um problema moral do sofredor e de sua responsabilidade. Ocorre que, em longo prazo, conforme as autoras, tanto na SFC quanto no *burnout* impera um processo de individualização dos padecimentos: uma biologizante (SFC) e outro psicologizante (*burnout*). Junto da fadiga e do *burnout*, temos também o estresse, que, por si só, demanda e vem nomeado pela dimensão social dos padecimentos físicos e psíquicos, como o que

deve ser pensado com um produto do ambiente (pressões e coerções sociais) que gera efeitos psicológicos e físicos importantes. É uma categoria, neste sentido, que pode dar conta da circulação entre essas três dimensões, sendo assim, por excelência, “biopsicossocial” (Zorzanelli; Vieira; Russo, 2016, p. 85).

Estresse é uma categoria suficientemente difusa para se prestar aos dois tipos de leitura: é mais psicológica que um vírus, ao mesmo tempo que parece menos mental (e, portanto, mais física) que desejos

<sup>42</sup> Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/burnout-parental-entenda-o-quadro-de-exaustao-que-afeta-maes-e-pais/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

inconscientes ou frustração, comportando tanto novos modelos fisiológicos (carga alostática, teoria da ativação cognitiva) quanto velhos modelos psicossociais. Seu sentido de origem se vincula ao estresse propriamente físico ou material (alusivo à força capaz de deformar um corpo), sendo o sentido psicológico e médico secundário a esse primeiro. Tanto circula no senso comum, para explicar as perturbações humanas do cotidiano, quanto em discussões acadêmicas. Logo, é facilmente compreensível por quem a utiliza, mas, talvez por isso mesmo, pouco precisa. Essa imprecisão torna-a uma categoria interessante para ser utilizada nesse espaço intermediário (e também pouco preciso) entre o somático e o psíquico (*idem*, 2016, p. 85).

Ao olharmos para os achados de nossa pesquisa realizada entre Brasil e Argentina durante a pandemia, nos vimos diante de tristeza, raiva, falta de paciência, insônia, dores nas costas e dores de cabeça. Vimo-nos diante de mulheres que tiveram de escolher entre comer bem ou dormir bem e que disseram experimentar o medo e a ansiedade. Os dados sugerem ainda que as mulheres, em muitos casos automaticamente, assumiram os cuidados com a casa e os filhos na pandemia, mesmo que tivessem a mesma carga de trabalho produtiva que seus companheiros (Carneiro, 2024). Os dados nos colocam diante de mulheres que passaram a “chorar mais” e que não puderam se exercitar e tampouco comer adequadamente. Constatamos, a partir desse desenho, um processo de padecimento físico, mas igualmente emocional, que poderia ser lido no registro do *sofrimento biopsicossocial* comentado por Zorzanelli, Vieira e Russo (2016).

Pensando por esse prisma, o cansaço encontrou outros nomes também em nosso contexto de pesquisa: apareceu como *estresse*, *raiva*, *exaustão*, *ansiedade* e *depressão*. Emoções e sensações físicas experimentadas durante um período social muito adverso de isolamento social e de ruptura das redes de sociabilidade e redes de ajuda (Fernandes, 2021). A pesquisa empreendida pelo Instituto de Psiquiatria da USP salientou, como exposto acima, a grande incidência de sofrimento psíquico entre mulheres na pandemia. Mas, em nossa apreensão e com base nas leituras aqui recuperadas sobre *sofrimento*, *carga mental* e *adoecimento*, torna-se impossível analisar essa situação sem considerar o peso dos processos sociais, políticos e econômicos em sua conformação. Ou seja, o cansaço e a exaustão sentidos e suportados pelas mulheres mães de crianças pequenas têm de ser compreendidos como *um enfeixamento* de muitas dinâmicas sociais: pandemia, ausência de proteção estatal, ausência de vacina,

divisão sexual do trabalho, violência de gênero, fechamento de escolas, ausência de “circulação das crianças” (Fonseca, 1995), medo e pobreza, para citarmos somente alguns desses processos. Todas essas dinâmicas sociais, assim como os sentimentos por elas anunciados e as sensações físicas apontadas, desvelam gramáticas particulares, mas também contextuais do cansaço vivido.

## Eu social e a etiologia das doenças psíquicas: dispositivos, famílias e políticas de governo

Valeska Zanello *et al.* (2022) desenvolveram uma pesquisa também interessada no cotidiano materno durante a pandemia de covid-19 e ainda mais especificamente nas emoções que esta trouxe. O grupo alcançou remotamente mais de 5 mil mulheres brasileiras e, da mesma forma, teve como uma limitação da pesquisa o recorte de classe social, haja vista o acesso à *internet*. Desse modo, os seus dados também versaram sobre mulheres brancas e de camadas médias que puderam fazer isolamento social e responder *online* às questões lançadas pela investigação.

Sobre as tarefas domésticas depois do advento da pandemia, 82% das mulheres se sentiam sobrecarregadas, e 88% realizavam mais trabalhos domésticos do que antes. Ademais, 65% sentiam culpa por não estarem tão atentas às necessidades dos filhos, e quase o mesmo percentual relatou sentimentos que não gostaria de ter, como raiva direcionada aos seus filhos. Por fim, 78% disseram precisar de mais tempo para si mesmas e 45% disseram não serem cuidadas por ninguém.

Para analisar os dados a que chegaram, as autoras recorreram à ideia de “dispositivo materno”, de autoria da própria Zanello (2018), a partir do qual as mulheres são moldadas e educadas a cuidarem antes dos outros do que de si mesmas. Assim, em um sistema heterocentrado, o cuidado começa com o outro, enquanto elas (as mulheres), bem ao contrário, são (muito) pouco cuidadas. Essa pesquisa, assim como a nossa, demonstrou sobrecarga materna diante dos cuidados com a casa e com os filhos durante a pandemia; a baixa produtividade no trabalho; a insatisfação com o próprio desempenho como mãe ou profissional e as queixas físicas e emocionais de cansaço durante a pandemia.

Diante da ideia de que o cuidado engendrado socialmente começa com o outro, perguntamo-nos pelos limites da ideia de indivíduo e de

Eu no ambiente de nossa investigação. Se as mulheres são educadas socialmente a antes cuidarem dos outros, para depois cuidarem de si mesmas e se reconhecerem a partir desse papel, inclusive em contextos tão adversos, como o pandêmico, que modelo de pessoa (Duarte, 1994) pode/parece operar nesses cenários? A noção de “dispositivo materno” é eminentemente relacional e extensiva, no sentido de a cuidadora só existir na e por meio da relação de cuidado. É muito mais comum visualizarmos as mulheres sacrificando a si mesmas nas relações de cuidado com o outro, vivendo em prol do outro e a partir da relação que mantêm com ele, do que os homens. As respostas das mulheres brasileiras e argentinas durante nossa pesquisa apontam para essa conformação quando comentam que priorizam a atenção aos filhos, deixam de dormir, de comer e de se exercitar para cuidar da casa e das crianças, quando se preocupam com a gestão da higiene, com as atividades escolares e de bem-estar emocional das crianças, sem pensar em si mesmas.

A antropóloga Camila Fernandes (2021), em *Figurações de causação: as mães novinhas, as mães nervosas e as mães que abandonam os seus filhos*, etnografa o cotidiano de cuidado e de maternagem na Zona Norte do Rio de Janeiro, pensando especificamente os desenhos da figura materna. Em seu texto, destaca a figura da “mãe nervosa”: raivosa, irritadiça e impaciente. Em uma passagem de campo, uma das mães se diz tão cansada que joga o primeiro objeto no próprio filho (uma caixa de ovos) em mais uma discussão que travavam sobre o cotidiano. Em outra, uma das mães comenta com Camila que prefere ser ela a bater no filho, em vez do chefe do morro ou da polícia, pois ao bater lhe ensinará os perigos de ceder ao tráfico de drogas.

Junto às mulheres “que batem”, comecei a perguntar sobre os motivos que levavam a tais situações, o que provocava essas ações e como elas se sentiam. Elas diziam que era um sentimento que não sabiam como explicar: “Camila, eu não sei te explicar, ela só vem”. Falavam também que muitas vezes elas eram “sozinha[s] para tudo”, “é tudo em cima de mim”. Uma pequena minoria relatava sentir-se culpada, enquanto a maioria das mulheres afirmava não sentir culpa, nem remorso. Uma das mulheres certo dia disse que “bater é melhor sem ter culpa. Se for pra bater com culpa, melhor não bater” (Fernandes, 2021, p. 221).

Desse trecho se destacam a solidão e a sobrecarga vividas em ainda maior intensidade em famílias monoparentais chefiadas por mulheres de baixa renda. O processo de solidão que Camila Fernandes

chama de “caos do inferno maternal” nos coloca diante da ausência de políticas públicas e de amparo estatal para que essas mulheres criem os seus filhos. Por conta disso, a raiva e os destemperos nervosos são pensados pela antropóloga a partir desses processos macroestruturais que, ao nosso ver, mais uma vez, nos posicionam diante dos limites das explicações que se concentram numa ideia de “eu” ou então explicam o sofrimento psíquico a partir da individualidade.

Esse sofrimento descrito por Camila Fernandes parece ir ao encontro, como também observamos no contexto da pesquisa sobre maternidades na pandemia, do anunciado décadas atrás por Luiz Fernando Duarte (1994) sobre o termo “perturbações físico-morais”, que traz à baila a noção de pessoa como explicação das doenças psíquicas. Na figura do nervoso impera a relacionalidade, em vez da individualidade e da fisicalidade. O “dispositivo amoroso” (Zanello, 2010) e, ao nosso ver, *sacrificial* também opera na lógica da relacionalidade e da impossibilidade de explicar o sofrimento psíquico sem entendê-lo antes como um sofrimento social.

Para pensar sobre o que nos contaram as mulheres brasileiras e argentinas, as leituras e aportes etnográficos acima anunciados nos ajudaram a interpretar que o sofrimento psíquico, por elas experimentado como cansaço e exaustão, não tem uma etiologia clínica e tampouco psicológica. Contudo, precisa ser descrito a partir da sociabilidade e de uma ausência de Estado que produzem ativamente esse modelo familista de cuidados, reforçam o seu caráter privado e sobrecarregam mulheres, que são criadas e educadas para doarem-se antes mesmo de cuidarem de si mesmas, assim pondo em xeque leituras de pessoas individualizantes e explicações médicas e medicamentosas para o que vivem.

Estamos ainda convencidas de que a pandemia não representou algo totalmente novo e extraordinário na vida social de mulheres mães que cuidam. A sobreposição do trabalho produtivo e reprodutivo, a sobrecarga de trabalho e o cansaço são, a bem da verdade, hodiernos em suas vidas. A novidade, entretanto, parece ser a intensidade com que esses processos se descortinaram, o quanto ficaram patentes o tempo e o desgaste do trabalho de cuidado, sua invisibilidade e as sequelas na saúde física e emocional daquelas que cuidam. Nesse “caos materno” (Fernandes, 2021), estruturante das casas com crianças pequenas, é preciso estarmos atentos para o cuidado com aquelas que cuidam a todo o tempo dos outros, antes mesmo de si mesmas e muitas vezes sozinhas. As mulheres estão cada vez mais adoecidas e sobrecarregadas

nas sociedades neoliberais do “duplo ingresso”, que exige que homens e mulheres saiam a trabalhar para que os dois salários juntos possam dar conta das demandas financeiras da família (Fraser; Sousa Filho, 2020). É urgente refletirmos e atuarmos social, política, comunitária e institucionalmente com relação a essa situação, caso contrário muitas padecerão e morrerão, sendo consideradas loucas, raivosas e más mães. Afinal, “*são mesmo psicologicamente sobrecarregadas*” (Carneiro [notas de diário de campo], 2023).

## Referências

CARNEIRO, R. Cansaço e violência social: sobre o atual cotidiano materno. *Cadernos Pagu*, Rio de Janeiro, n. 63, e216313, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449202100630013>.

CARNEIRO, R. *Diário de campo*. [S. l.], 2023.

CARNEIRO, R. Afinal, a má mãe existe? Antropologias, narrativas geracionais e desvios. *Mundáú*, v. 1, n. 15, p. 21-39, 2024.

CARNEIRO, R.; MULLER, E. Afinal, quanto de extraordinário a pandemia de Covid-19 soma na vida das mulheres mães? *Áltera*, João Pessoa, v. 1, n. 10, p. 441-450, jan./jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2447-9837.2020v1n10.55236>.

DUARTE, L. F. *Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

DUARTE, L. F. *Da vida nervosa: perturbação físico-moral nas camadas populares*. São Paulo: Zahar, 1994.

FERNANDES, C. *Figuração da causação: mães novinhas, mães raivosas e mães que abandonam*. Rio de Janeiro: Telha, 2021.

FONSECA, C. *Caminhos da adoção*. São Paulo: Cortez, 1995. 152 p.

FRASER, N.; SOUSA FILHO, J. I. R. de. Contradições entre capital e cuidado. *Princípios: Revista de Filosofia (UFRN)*, [s. l.], v. 27, n. 53, p. 261-288, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/principios/article/view/16876>. Acesso em: 2 abr. 2023.

HAN, B.-C. *Sociedade do cansaço*. Tradução de Enio Paulo Giachini. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2017. 128 p.

HOCHSCHILD, A. *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley: The University of California Press, 1983.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. *Social suffering*. Berkeley: The University of California Press, 1997. DOI: 10.1525/9780520353695.

- LAQUEUR, T. *Inventando o sexo: dos gregos a Freud*. Belo Horizonte: Dumará, 2001.
- MANICA, D. T. A desnaturalização da menstruação: hormônios contraceptivos e tecnociência. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 197-226, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000100007>.
- PAULA, A. J. de *et al.* Parental burnout: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 75, e20210203, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0203>.
- PERRUSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: saúde mental e individualidade contemporânea. *Tempo Social*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 139-159, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-20702015017>.
- PUSSETTI, C.; BRAZZABENI, M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. *Etnográfica*, [s. l.], v. 15, n. 3, s. p., 2011. DOI: <https://doi.org/10.4000/etnografica.1036>.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 224 p. (Coleção Antropologia & Saúde). ISBN 978- 85-7541-399-9.
- SAYURI, J. O impacto da pandemia na carga mental das mulheres. *Nexo Jornal*, [s. l.], 15 abr. 2021.
- SILVA, M. S. L. da. *Um olhar para além da beleza da maternidade: burnout materno – exaustão e sobrecarga de mães*. 2021. 35 fl. Trabalho de Conclusão de Curso – Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2021.
- ZANELLO, V. Mulheres e loucura: questões e gênero para a psicologia clínica. In: STEVENS, C. M. T. *Gêneros e feminismos: convergências indisciplinadas*. Brasília: Ex Libris, 2010. p. 307-320.
- ZANELLO, V. *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris, 2018.
- ZANELLO, V. *et al.* (2022). Maternidade e cuidado na pandemia entre brasileiras de classe média e média alta. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 30, n. 2, e86991, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n286991>.
- ZORZANELLI, R.; VIEIRA, I.; RUSSO, J. A. Diversos nomes para o cansaço: categorias emergentes e sua relação com o mundo do trabalho. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 77-88, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0240>.

# Onipresente? A pandemia de covid-19 no processo de participação social em saúde mental

Martinho Braga Batista e Silva

## Introdução

As etnografias em serviços de saúde são conduzidas tanto em cenários consolidados como em inusitados (Ferreira; Fleischer, 2014). Entre os primeiros, estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); já entre os segundos, os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), sendo que estes são estabelecimentos que compõem a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, uma das comissões e comitês que, por sua vez, integram o Conselho Nacional de Saúde (CNS), principal instituição brasileira de participação social em saúde. O CNS convocou a 17ª Conferência Nacional de Saúde – realizando-a em julho de 2023 – e muitas outras: esse é o caso da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), acontecida em dezembro de 2023. As conferências de saúde também poderiam ser consideradas “espaços inusitados” (Ferreira; Fleischer, 2014, p. 14)? Seriam elas permeadas por “vestíbulos liminares e outros espaços mais formais, mas também como focos de micro-resistência, onde novidades podem ser criadas para pensarmos no que consiste um ‘serviço de saúde’” (*idem*, p. 14)?

Ainda segundo a perspectiva das citadas autoras da área de antropologia da saúde, as etnografias do/no/com o Sistema Único de Saúde (SUS) envolvem não só cenários, como também atores, identidades e linguagens. No caso das conferências de saúde, o “destaque” de uma “proposta” é uma expressão para se referir a uma prática regular nas plenárias: apontar uma frase que demanda alteração ou ainda retirada. Nesse mesmo caso, as identidades profissionais – se trabalhador da

saúde ou não, por exemplo – assumidas por pesquisadores em trabalhos de campo durante conferências podem ser relevantes para compreender os convites para integrar esses eventos, como em conferências de saúde LGBT (Aguião, 2016).

Os atores com os quais se dialoga ao longo da pesquisa antropológica podem ser variados, desde usuários até gestores e trabalhadores, segmentos que formam as delegações das conferências livres, municipais, regionais, estaduais e nacionais. Além disso, há situações nas quais os pesquisadores trabalham em serviços de saúde (Andrade; Maluf, 2014) e outras em que se tornam usuários dos serviços em que realizarão o estudo para conduzir suas etnografias, como é o caso de Harayama (2014), ao tramitar seu projeto de pesquisa e submetê-lo à avaliação ética no mesmo CEP em que realizou o trabalho de campo, e de Toniol (2014), ao consumir florais de Bach em um ambulatório de terapias alternativas. Valeria a pena adotar esse mesmo procedimento nas conferências de saúde, ou seja, tornar-se mais um conselheiro, relator ou outro integrante formal desses eventos para conduzir uma etnografia nesses espaços privilegiados de controle social do SUS?

O CNS convocou a 5ª CNSM – acontecida em dezembro de 2023, como mencionado anteriormente – em dezembro de 2020,<sup>43</sup> fomentando assim a participação social em saúde mental durante a pandemia de covid-19, já que essa crise sanitária e humanitária, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), começou em março de 2020 e terminou em março de 2023. Qual é o lugar da pandemia de covid-19 nesse processo de participação social em saúde mental?

Neste estudo apresentarei os resultados preliminares de uma etnografia conduzida durante a 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro (CESM-RJ), ocorrida em setembro e outubro de 2022, considerando esse espaço de participação social em saúde um cenário marcado por um vocabulário político – destaque, plenária, moção, entre outros termos – e também caracterizado por uma diversidade de atores – usuários, familiares, profissionais e gestores, bem como conselheiros, observadores, convidados, coordenadores, apoiadores e relatores. Do mesmo modo que Harayama (2014) e Toniol (2014) se tornaram usuários de um serviço de saúde para conduzir sua etnografia, integrei uma equipe de apoio técnico à 5ª CESM-RJ. Para tanto, assumi o papel de coordenador da equipe de relatoria da referida

---

<sup>43</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2020/resolucao-no-652.pdf/view>. Acesso em: 30 jun. 2025.

conferência. Tal equipe, formada de mais de uma dezena de pessoas, ficou responsável pela memória dessa conferência, ou seja, um registro acurado e ampliado sobre essa arena pública de atuação política (SES-RJ, 2023).

## Participação social em saúde mental

Há aspectos que conformam a participação social em saúde mental: o normativo, o cronológico, o institucional e o propriamente político. A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) prevê o SUS, em sua seção “Saúde”, como um sistema composto de três princípios: atendimento integral, descentralização da gestão e participação da comunidade, este último sendo aquele a que se diz respeito neste texto, que deve ser exercido principalmente por meio da atuação em conselhos – com caráter fiscalizatório – e conferências – com caráter propositivo, apontando para uma perspectiva de formulação das políticas de saúde não só por gestores, como também pelos próprios usuários dos serviços de saúde. Ou seja, a conferência é um espaço de participação social em saúde no qual se espera que a sociedade civil organizada colabore para o processo de elaboração das políticas públicas.

Além desse aspecto normativo, há também o cronológico; já aconteceram quatro conferências nacionais de saúde mental: a 1ª, em 1987; a 2ª, em 1992; a 3ª, em 2001; e a 4ª, em 2010, sendo que apenas esta última foi adjetivada como “intersetorial”. Ainda segundo a Constituição Federal, o direito à saúde tem dois componentes: o primeiro, mais conhecido, diz respeito à ampliação do acesso às ações e serviços de saúde; o segundo, tão relevante quanto o primeiro, mas menos óbvio, já que não necessariamente envolve assistência à saúde, se refere à diminuição do risco de adquirir agravos e doenças. O primeiro é dever do setor de saúde, enquanto o segundo depende de demais setores, como habitação, trabalho, justiça, entre outros que podem aumentar as chances de uma pessoa se contaminar com o coronavírus ou outra doença infectocontagiosa, por exemplo. Ou seja, apenas recentemente foi explicitado no título de uma conferência que o processo de elaboração de políticas de saúde mental deve envolver mais setores além da saúde, embora há décadas se saiba o impacto das políticas de justiça criminal sobre a saúde mental dos privados de liberdade, a importância de políticas de habitação para egressos de longa internação psiquiátrica, entre outras articulações intersetoriais necessárias.

Há um aspecto institucional relevante quando abordamos essa categoria ao mesmo tempo teórica e prática, isso que, segundo Lavalle e Bezerra (2022), é um procedimento e um valor, já que poderíamos reunir as experiências nacionais de participação social em ao menos seis grupos: os orçamentos participativos, as instâncias de planejamento urbano, as instâncias de gestão de recursos hídricos, as audiências públicas, os conselhos comunitários e, finalmente, as conferências nacionais de políticas públicas. Estas “podem ser mandatórias por legislação setorial de nível federal ou convocadas discricionariamente pelo executivo federal para explorar possibilidade de se gerar acordos sobre mudanças na política em uma determinada comunidade de políticas” (Lavalle; Bezerra, 2022, p. 242), tendo sido este último caso o da 5ª CNSM, já que ocorreu 13 anos depois da 4ª CNSM, embora seja prevista uma edição a cada quatro anos. A pandemia de covid-19 teria favorecido o surgimento dessa pauta no Governo Federal? Ou teria sido o próprio contexto político nacional à época?

Finalmente, a participação social em saúde mental tem uma dimensão propriamente política, ligada à militância antimanicomial e seu papel decisivo na formação do próprio movimento social, que suscitou conquistas normativas, tais como uma política pública de saúde mental voltada para a atenção psicossocial no território e contrária à internação psiquiátrica prolongada em hospitais, do mesmo modo como a Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), sobre os direitos das pessoas com transtorno mental e questionadora da incapacitação civil delas.

Há ainda outras formas de participação em saúde mental, como a terapêutica, que diz respeito ao convite para que os usuários de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) colaborem com os profissionais, familiares e gestores no processo de escolha das atividades que serão ofertadas para sua recuperação, chamado de Projeto Terapêutico Singular, podendo envolver consultas, oficinas e visitas, por exemplo. Além disso, tais usuários podem se envolver inclusive na condução de estudos, como em pesquisas avaliativas, pesquisas-ação e outras modalidades de fomento à participação científica em saúde mental, que, segundo Figueiredo (2021), se dá em pelo menos quatro formatos: consulta, colaboração, contribuição e controle. Considerando essas possibilidades de participação terapêutica e científica e aplicando-as à participação política em saúde mental, nas conferências de saúde mental os usuários efetivamente contribuem, colaboram ou controlam o processo decisório a respeito de temas, normas de funcionamento, dinâmicas de votação e outros elementos que compõem tais eventos

– ou, em outros termos, são consultados sobre esse processo e mesmo convidados para figurar na programação do evento?

Etnografias com usuários de serviços de saúde mental mostram a relevância dessa atuação política na trajetória de vida (Andrade; Maluf, 2014), visto que a circulação pela cidade com militantes da luta antimanicomial possibilitou a problematização da própria ideia de que há especialistas em saúde mental exclusivamente entre trabalhadores, fazendo emergir os “*experts por convivência*” (familiares) e os “*experts por experiência*” (usuários), além dos “*experts por profissão*”. Nossa etnografia sobre as conferências ressaltará essa perspectiva dos usuários de serviços de saúde mental que também são militantes da luta antimanicomial, lembrando que a 5ª CNSM homenageou um gestor em seu título, dada sua contribuição notória para as políticas de saúde mental durante a década de 1990 (Brasil, 2024). Etnografias de eventos de saúde mental também revelam a presença de usuários em congressos científicos e encontros políticos da luta antimanicomial, particularmente quanto à viabilidade de despertar estratégias de desinstitucionalização efetivamente disparadoras de produção de valor social, e não apenas de desospitalização (Nascimento; Silva, 2020).

Examinaremos esses quatro aspectos – normativo, cronológico, institucional e político – da 5ª CESH-RJ, partindo deles em direção a uma compreensão do lugar ocupado pela pandemia de covid-19 no interior desse espaço de participação social em saúde mental, apresentando não só dados documentais e quantitativos como também dados qualitativos e etnográficos que ampararam nossas reflexões antropológicas, grande parte deles colhida ao longo da atividade de relatoria e no próprio evento público.

## Conferência regional

O CNS alterou sete vezes as datas previstas para a realização das conferências municipais, regionais, estaduais e nacional de saúde mental. Seguindo o mesmo movimento, a comissão organizadora da 5ª CESH-RJ também mudou as datas esperadas para sua realização, de junho para julho de 2022, e então para setembro de 2022, tendo ocorrido uma segunda fase em outubro de 2022.

Esse aspecto cronológico da participação social em saúde mental estava articulado a um institucional, em nada favorável à participação social de modo mais amplo, inclusive na área de saúde, considerando que

nos encontrávamos em pleno governo Bolsonaro (2018-2022). Assim, as etapas municipais, regionais e estaduais da conferência nacional conviveram com essas modificações no planejamento das atividades, criando um clima de incerteza em relação à própria realização da 5ª CNSM. Com a equipe de relatoria não foi diferente, uma vez que os prazos para a realização do trabalho se modificavam frequentemente, como um desdobramento do processo político mais amplo.

Apesar dessas constantes mudanças nas datas das atividades, consegui participar de uma das nove conferências regionais, em companhia de dois integrantes da equipe de relatoria, em junho de 2022. A conferência regional da Baía da Ilha Grande aconteceu em Angra dos Reis (RJ) durante um dia inteiro e contou com a participação de usuários, familiares, trabalhadores e gestores desse município e também dos de Paraty e Mangaratiba.

Assim que cheguei, um senhor me perguntou se eu era “o doutor das crianças”; respondi que provavelmente ele deveria estar me confundindo com outra pessoa, já que nunca exerci qualquer atividade parecida com essa. Ele se apresentou e concluiu: “Está me faltando memória!”. Disse a ele que eu tinha um sócio e que me faltava memória também. Enquanto esse diálogo seguia, pensava comigo mesmo na nossa função ali: a memória da 5ª CESM-RJ.

Havia aproximadamente 100 pessoas no local, um auditório dentro de uma escola municipal, com sete fileiras compostas de 13 lugares, de maneira que o espaço estava cheio. Logo que o evento se iniciou, o principal gestor da localidade, coordenador da RAPS de Angra dos Reis (RJ), avisou que era seu último dia nesse cargo, apresentando a nova coordenadora aos presentes. Ou seja, a atividade política foi cercada por um clima de despedida. O evento também assumiu um tom comovente, já que o coordenador da RAPS de Paraty (RJ) disse que era a primeira vez que esse município integrava esse fórum, chorando de emoção em seguida.

A abertura da conferência regional também foi marcada pela apresentação musical de um usuário do CAPS infanto-juvenil da cidade, um adolescente cantando *hip-hop*, sendo que um dos trechos da letra era “Holocausto Brasileiro nunca mais”, uma espécie de grito de guerra da luta antimanicomial. Após a apresentação, foi aplaudido pelos participantes do evento, momento no qual contou que passou pela Unidade de Acolhimento Infantil e que jogava futebol, entre outras atividades que realizava na RAPS.

O evento presencial durante a pandemia de covid-19 aconteceu em um auditório lotado no qual a maioria das pessoas usava máscara. A ex-coordenadora da RAPS local lembrou o pioneirismo do município, já que lá foi criado o primeiro CAPS do estado do RJ. Em seguida, pediu para usuários e familiares se levantarem, e aproximadamente 20 pessoas o fizeram. Solicitou ainda que os trabalhadores e gestores também se levantassem, e mais 40 apareceram, revelando a composição da conferência em termos de segmentos. Gestores e usuários figuravam na programação e protagonizaram as principais falas durante a abertura do evento, de maneira que podemos dizer que estes últimos atuaram mais como convidados, e não na modalidade de consulta, contribuição e controle.

Cada uma das nove conferências regionais deveria elaborar até 12 propostas para serem discutidas na 5ª CESM-RJ, com base naquelas produzidas durante as conferências municipais. Na referida conferência regional, esse processo de elaboração envolveu a distribuição dos participantes em quatro grupos, no próprio auditório, cada grupo sendo responsável pela formulação de três propostas.

O grupo relativo ao eixo da pandemia de covid-19 – um dos quatro eixos da 5ª CNSM – era aquele com menor número de participantes, chegando a dez pessoas no máximo, sendo que a participação nesses grupos era por escolha própria, e não por indicação da organização do evento. Além disso, grande parte das propostas discutidas não dizia respeito aos subeixos, já que tratava da necessidade de realização de concurso público. Ao final, as seguintes propostas permaneceram: educação permanente dos profissionais da RAPS, no que tange aos planos de contingência sobre emergências humanitárias; elaborar o fluxo de atendimento à população e aos profissionais de saúde e da rede intersetorial (educação, assistência social e outros) acometidos por questões de saúde mental pós-pandemia; instituir fóruns permanentes intersetoriais e interinstitucionais de atenção psicossocial.<sup>44</sup> Ou seja, uma das três propostas é totalmente inespecífica, sem qualquer relação com a pandemia de covid-19.

---

<sup>44</sup> Disponível em: <https://5aconferenciaestadualdesadumental.files.wordpress.com/2022/08/baia-da-iba-grande.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2025.

## Conferência estadual

As propostas oriundas das nove conferências regionais foram agrupadas, totalizando 131,<sup>45</sup> ou seja, algumas delas enviaram mais do que as 12 previstas. Além de as datas estipuladas para as conferências terem sido alteradas pelo CNS, o número de propostas elaboradas pelos participantes delas excedeu o limite colocado pelos organizadores, dificultando o processo decisório coletivo de deliberação. Trata-se de aspectos cronológicos e normativos da participação social em saúde mental que não podem ser ignorados: o tempo da conferência se dilatou, o regimento dela se flexibilizou.

A pandemia de covid-19, eixo da 5ª CNSM, se fez presente na 5ª CESH-RJ quando participantes da mencionada conferência regional usaram máscaras, mas se diluiu enquanto conteúdo das propostas. Na 5ª CESH-RJ, a pandemia foi explicitamente mencionada na mesa de abertura pelo representante da reitoria da UERJ. Entretanto, não surgiu na fala de mais ninguém, nem mesmo de representantes da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ).

O encerramento da 5ª CESH-RJ contou com a presença da banda Harmonia Enlouquece, formada por usuários e trabalhadores de serviços de saúde mental. Essa é uma possibilidade de compreender o início e o desenvolvimento desse processo cercado de tensões: harmonia enlouquece! Para mim, é uma honra participar de uma ação política na qual dois usuários de serviços de saúde mental debatem uma proposta, fico emocionado só de pensar que uma das 96 propostas levadas para a plenária final suscitou uma discussão por parte de atores centrais no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira: um deles denunciando a dificuldade de acesso aos hospitais gerais, o outro reivindicando a necessidade de atendimento dos problemas que não são exclusivamente mentais. Ao final, a proposta de número 1.12 foi aprovada e inclusive indicada entre as 12 a serem discutidas na 5ª CNSM:

Viabilizar a implantação de CAPS I, CAPS infantil, CAPSad [Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas], residência terapêutica, unidades de acolhimento e leitos de saúde mental em hospital geral em municípios de pequeno porte, por meio da revisão dos critérios de habilitação dos serviços, considerando

---

<sup>45</sup> Disponível em: <https://5aconferenciaestadualdesaudemental.files.wordpress.com/2022/09/propostas-por-eixos-consolidado.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2025.

critérios epidemiológicos e não só populacionais, ampliando a rede conforme as necessidades de cada município (SES-RJ, 2023, p. 14).

Trabalhadores e gestores também participaram do debate sobre essa proposta do primeiro eixo, acerca do cuidado em liberdade, mas gostaria de sublinhar a atuação dos usuários. Do meu ponto de vista, trata-se de uma forma de protagonismo destes, acentuando outro formato, além de eles figurarem como convidados na programação: contribuidores para o debate das propostas, embora não cheguem a exercer controle sobre o processo decisório destas.

## Um documento desorientador

O tema da 5ª CNSM foi “A política de saúde mental como direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS”, destacando, portanto, o direito à saúde, pilar do SUS, cristalizado na Constituição Federal de 1988. Ainda segundo seu regimento,<sup>46</sup> publicado em agosto de 2021, a ideia dessa mesma conferência foi “Fortalecer e garantir políticas públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos direitos humanos”, de maneira que se pode notar a relevância do debate sobre a(s) política(s).

Para colaborar no processo de formulação de propostas para a política pública de saúde mental nos municípios e estados da Federação, foram elencados quatro eixos no referido documento: 1) cuidado em liberdade como garantia de direito à cidadania; 2) gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental; 3) política de saúde mental e os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade; e 4) impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia. Ou seja, a pandemia de covid-19 era um dos quatro eixos de discussão da 5ª CNSM. Que dimensão a doença alcançou no processo de participação social em saúde mental? Qual foi o lugar ocupado pelo eixo sobre a pandemia de covid-19 no processo de participação social suscitado pela 5ª CNSM? Notamos anteriormente que a presença de máscaras

---

<sup>46</sup> Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2022/res0660\\_31\\_08\\_2022.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2022/res0660_31_08_2022.html). Acesso em: 30 jun. 2025.

no auditório, a aparição tímida da pandemia nas falas das mesas de abertura e a ausência de propostas efetivamente relativas ao assunto nesse eixo temático apontam para um lugar titubeante da pandemia de covid-19 nas conferências de saúde mental.

Ainda segundo o regimento da 5ª CNSM, os quatro eixos também são subdivididos em mais 20 subeixos, que listarei a seguir em letras antecedidas pelo número do eixo ao qual estão vinculados (por exemplo, 1a quer dizer que é o primeiro subeixo do primeiro eixo, “Cuidado em liberdade como garantia de direito à cidadania”):

- 1a) Desinstitucionalização: residências terapêuticas, fechamento de hospitais psiquiátricos e ampliação do Programa de Volta para Casa.
- 1b) Redução de danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.
- 1c) Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito à convivência familiar e comunitária.
- 1d) Saúde mental no sistema prisional, na luta contra a criminalização dos(as) sujeitos(as) e o encarceramento das periferias.
- 1e) Diversas formas de violência, opressão e cuidado em saúde mental.
- 1f) Prevenção e *pósvenção* do suicídio e integralidade no cuidado.
- 2a) Garantia de financiamento público para a manutenção e a ampliação da política pública de saúde mental.
- 2b) Formação acadêmica e profissional e desenvolvimento curricular compatíveis com a RAPS.
- 2c) Controle e participação sociais na formulação e na avaliação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.
- 2d) Educação continuada e permanente para os trabalhadores de saúde mental.
- 2e) Acesso à informação e uso de tecnologias de comunicação na democratização da política de saúde mental.
- 2f) Financiamento e responsabilidades nas três esferas de gestão (federal, estadual/distrital e municipal) na implementação da política de saúde mental.

- 2g) Acompanhamento da gestão, planejamento e monitoramento das ações de saúde mental.
- 3a) Intersetorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo da política de saúde mental.
- 3b) Equidade, diversidade e interseccionalidade na política de saúde mental.
- 3c) Garantia do acesso universal em saúde mental, da atenção primária e da promoção da saúde e práticas clínicas no território.
- 3d) Reforma Psiquiátrica, Reforma Sanitária e o SUS.
- 4a) Agravamento das crises econômica, política, social e sanitária e os impactos na saúde mental das populações, principalmente as vulnerabilizadas.
- 4b) Inovações do cuidado psicossocial no período da pandemia e possibilidade de continuar seu uso, incluindo-se, entre outras, as ferramentas a distância.
- 4c) Saúde do trabalhador de saúde e adoecimento decorrente da precarização das condições de trabalho durante e após a emergência sanitária.

Nota-se que alguns eixos concentram mais subeixos do que outros: o primeiro eixo aponta para seis subeixos; o segundo, para sete; o terceiro, para quatro; e o quarto, para três. Ou seja, o eixo relativo à pandemia de covid-19 é composto de menos subeixos que os demais. Considerando esse dado quantitativo, o lugar ocupado pelo eixo sobre a pandemia de covid-19 no processo de participação social suscitado pela 5ª CNSM seria, aparentemente, o de discussão com menor diversidade de categorias para abarcar os fenômenos da área de saúde mental: entre os quatro eixos, é o menos amplo.

## Conferência nacional

A maioria das propostas da 5ª CESM-RJ se concentrou no segundo eixo: “Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental”. O subeixo no qual mais propostas foram encaixadas pela equipe de relatoria foi sobre “Financiamento e responsabilidades nas três esferas de gestão (federal, estadual/distrital

e municipal) na implementação da política de saúde mental”. Para esse eixo, por exemplo, houve a proposta “Utilizar todos os recursos financeiros destinados à saúde mental exclusivamente para serviços de base territorial, tais como CAPS, SRTs [Serviços Residenciais Terapêuticos] e Unidades de Acolhimento”. Em outras palavras, não foi o eixo sobre a pandemia de covid-19 aquele que concentrou as propostas formuladas pelos participantes do evento.

Embora o regimento da 5ª CNSM apresente o tema, o eixo central, os quatro eixos e os 20 subeixos mencionados anteriormente, a normativa com sua promulgação foi publicada em agosto de 2021, quando já haviam sido realizadas as conferências municipais e regionais. Assim, antes de o regimento ser promulgado, se encontrava disponível no *website* da 5ª CNSM o chamado Documento Orientador,<sup>47</sup> com 60 páginas, também contendo o tema, o eixo central, os quatro eixos e os 20 subeixos, de maneira que na ausência do regimento esse documento guiou o processo de participação social em saúde mental. Entretanto, alguns subeixos presentes no Documento Orientador não constam no regimento da 5ª CNSM.

Figura na página 48 do Documento Orientador a seguinte descrição do último subeixo do terceiro eixo: “Terceirização, rotatividade, perda de direitos e condições de trabalho na rede de saúde mental”. Ou seja, essa descrição não corresponde àquela presente no regimento para esse mesmo subeixo, apresentada anteriormente e novamente reproduzida a seguir: “Acompanhamento da gestão, planejamento e monitoramento das ações de saúde mental”. Além disso, há no regimento um subeixo que não se encontra no Documento Orientador: “Garantia de financiamento público para a manutenção e a ampliação da política pública de saúde mental”. Como compreender essas ausências e presenças de subeixos nesses documentos? Por que um subeixo sobre terceirização sumiu das normativas que orientam o processo de participação social em saúde mental? Por que mais de um subeixo sobre financiamento passou a constar nessas normativas?

Durante a atividade de apoio técnico à 5ª CESM-RJ, coordenei a equipe que ficou responsável por sistematizar as propostas elaboradas nas nove conferências regionais do estado do Rio de Janeiro. O primeiro passo da sistematização foi obter acesso aos nove relatórios

---

<sup>47</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/5a-cnsm/publicacoes/documento-orientador-5a-cnsm/view>. Acesso em: 30 jun. 2025.

das conferências regionais, redigidos nas nove regiões do estado do RJ: Noroeste, Médio Paraíba, Norte, Metropolitana I, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Baía da Ilha Grande, Centro Sul e Serrana. O segundo passo envolveu extrair as propostas dos relatórios – nos quais também constavam fotos, listas de presença, entre outras informações – e distribuí-las nos quatro eixos e 20 subeixos, considerando a própria forma de distribuição que constava no relatório. O último passo consistiu em classificar as propostas em “nacional” (ou seja, com a pretensão de ser levada para discussão na 5ª CNSM) ou “estadual” (ou seja, reservada para o âmbito da gestão estadual, exclusivamente do estado do Rio de Janeiro), levando também em conta o modo pelo qual o próprio relatório o fez.

Optei por seguir o Documento Orientador nesse processo de sistematização, de maneira que o segundo passo reuniu algumas propostas no mencionado subeixo sobre terceirização, inclusive porque esse assunto estava presente nas propostas e alocado no terceiro eixo dos relatórios regionais. Apenas quando o terceiro passo estava em curso foi que a equipe constatou a diferença entre os mencionados documentos, já que o Regulamento da 5ª CESH-RJ<sup>48</sup> foi adotado por uma parcela da equipe como guia para a sistematização, e esse documento reproduzia os eixos e subeixos do regimento da 5ª CNSM. A minha opção por seguir o Documento Orientador em vez de adotar o regimento suscitou uma ampla reformulação no processo de sistematização das propostas, evidentemente um retrabalho, claramente marcado por muita tensão, embora tenha se tornado reveladora das discrepâncias documentais da 5ª CNSM.

## Considerações finais

A 5ª CESH-RJ foi antecedida não só pelas conferências regionais e municipais no estado do Rio de Janeiro, como também por nove rodas de conversa, atividades virtuais promovidas pela SES-RJ, entre março e junho de 2022. Seus temas foram: Saúde Mental e População Negra; Participação Social e Financiamento; Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial; Saúde Mental na Infância e Adolescência; Saúde Mental e Privados de Liberdade;

---

<sup>48</sup> Disponível em: <https://5aconferenciaestadualdesaudemental.wordpress.com/regulamento/>. Acesso em: 30 jun. 2025.

Saúde Mental, Gênero e Sexualidade; Formação em Saúde Mental; Saúde Mental e Atenção à Crise em Rede. Nota-se a ausência da pandemia de covid-19 entre os temas, ou seja, há mais dados demonstrando o argumento sustentado neste texto: onipresente no cotidiano de todos/as/es, a pandemia de covid-19 ocupa um lugar marginal no processo de participação social em saúde mental desencadeado pela 5ª CNSM.

Curiosamente, as entidades representativas da militância antimanicomial foram ampliadas durante a pandemia de covid-19. O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) existia antes da III Conferência Nacional de Saúde Mental, acontecida em 2001; a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) já tinha emergido quando da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, acontecida em 2010; mas a Rede Feminista Antiproibicionista (RENFA) surgiu após ela, bem como o recente (2021) Movimento Nacional de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial (MONULA). Ou seja, há um conjunto de fatores que devem ser examinados para compreender a relação entre a pandemia de covid-19 e a participação social em saúde mental, sendo que neste texto me detive em apenas um deles: as atividades políticas coletivas presenciais.

Participação e protagonismo são categorias relevantes para entender as conferências de saúde mental, sendo que os modos de participação política, terapêutica e científica podem se conjugar no cotidiano desses eventos: convidados para figurar na programação e contribuindo em debates, embora sem o controle do processo decisório acerca de temas, normas e dinâmicas, os usuários de serviços de saúde mental assim se encontram nesse cenário. A pandemia de covid-19, presente de modo tímido em falas institucionais, titubeante no processo de elaboração de propostas, pouco ampla em relação a outros temas organizados em eixos, definitivamente não está ausente.

## Referências

AGUIÃO, S. “Não somos um simples conjunto de letrinhas”: políticas internas e (re)arranjos da política “LGBT”. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 36, p. 279-310, 2016.

ANDRADE, A. P.; MALUF, S. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 33-56.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2025]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. *Lei nº 10.2016, 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. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 1 jul. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 736, de 22 de fevereiro de 2024*. Dispõe sobre as propostas e moções aprovadas na 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio, entre outras medidas correlatas. Brasília, DF: CNS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2024/resolucao-no-739.pdf/view>. Acesso em: 30 maio 2024.

FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

FIGUEIREDO, A. *Recovery, revisões e experiências: modos de envolvimento de usuários e usuárias de serviços de saúde mental em pesquisas*. 2021. 290 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

HARAYAMA, R. O Sistema CEP-CONEP e a ética em pesquisa como política pública de proteção do usuário do SUS. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 323-351.

LAVALLE, A.; BEZERRA, C. Participação social. In: SZWAKO, J.; RATTON, J. (org.). *Dicionário dos negacionismos no Brasil*. Recife: Cepe, 2022. p. 242-245.

NASCIMENTO, M.; SILVA, M. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 33-44, 2020.

SES-RJ – SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Relatório da 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro: memória de um processo coletivo*. Rio de Janeiro, RJ: Conselho Estadual de Saúde, 2023. Disponível em: <https://cesrj.org/2023/05/05/comissao-organizadora-da-5a-cesm-rj-divulga-relatorio-final-da-conferencia/>. Acesso em: 30 maio 2024.

TONIOL, R. Integralidade, holismo e responsabilidade: etnografia da promoção de terapias alternativas/complementares no SUS. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 155-180.

# “Nunca desperdice uma crise”: saúde mental e o lado “B” da pandemia

Fernando José Ciello

Ao longo da pandemia causada pelo coronavírus, convivemos com a divulgação de estratégias destinadas a mitigar os efeitos da prática do isolamento social. Tomada como uma tática crucial para a interrupção dos quadros de infecção, a quarentena foi também um difícil momento de afastamento entre pessoas, bem como de produção de novos condicionamentos sociais. A centralidade ocupada pelo universo digital nesse momento foi inegável. As redes sociais tornaram-se um lugar privilegiado de produção de conteúdos e de organização do “novo normal”, como se chamou algumas vezes. Dicas da vida cotidiana, práticas terapêuticas, mensagens, notícias, imagens, comunicações científicas, conferências, encontros, *lives* e uma lista ampla de atividades quase sempre circunscritas ao virtual fizeram parte de nossas vidas cotidianas.

A diversidade de tais atividades foi ampla na mesma medida em que foram diversos também os modos por meio dos quais os sujeitos passaram a viver suas vidas. Muito do que se imaginou tendo o virtual como mediação possível na pandemia deixou também muitas pessoas à margem de alternativas para viver o mesmo período. Diferentes pessoas, portanto, viveram de modos diferentes a experiência do isolamento, incluindo aí os sujeitos que não tiveram a oportunidade de praticar efetivamente qualquer forma de distanciamento social (Maluf, 2021).

Ainda que o isolamento social não tenha sido uma estratégia de biossegurança tão abrangente como se quis acreditar, ele ocupou um lugar central em nossas representações sobre a pandemia e foi tomado por diversos atores como um nexos para interpretar, entre outras coisas, a piora nas condições emocionais da população em nível mundial, assim como o aumento de diagnósticos de natureza psiquiátrica (Lima, 2020). A “piora na saúde mental” vem sendo propagada como uma das grandes

consequências da pandemia já desde os anos de 2020 e 2021, e tomada como uma consequência inequívoca, entre outras coisas, da ausência de momentos de sociabilidade ocasionada pelo distanciamento.

Dizem Freitas e Amarante (2022) que, no contexto da pandemia, com a ampliação da insegurança, o que se argumentou foi uma correlação imediata com o aumento dos problemas ditos psiquiátricos. Essa correlação imediata, por sua vez, conduziu à ideia de que o necessário seria aumentar a rede capacitada a emitir diagnósticos e prescrever psicofármacos. De um lado, portanto, o desejo por um novo modelo de sociedade acabou coexistindo com o aprofundamento da psiquiatrização da vida e com a proliferação de diagnósticos, sobretudo pelas redes sociais. De outro lado, como sugeriu Maluf (2020), o “tempo das respostas” durante a pandemia confundiu-se inevitavelmente com o “tempo da experiência”, e não tivemos condições de apenas analisar o evento enquanto acontecia, mas também sofremos coletivamente o medo, a insegurança, a tristeza, as mazelas de um governo negacionista e os afetos tão múltiplos da pandemia.

O objetivo deste ensaio é explorar possibilidades analíticas a respeito do encontro entre pandemia, isolamento social e saúde mental a partir de dados obtidos na vivência-observação das redes sociais ao longo da pandemia. Ele é produto da ambiguidade entre viver os múltiplos afetos do momento e tentar analisar o que ocorria. Apresento aqui uma contribuição que tenta dialogar com a heterogeneidade de dados que emergiram do virtual, os quais compõem o principal tipo de conteúdo que discuto aqui, buscando analisar as conjecturas que foram levantadas sobre as relações entre pandemia e saúde mental. Discussões sobre três tipos de materiais encontram-se neste ensaio: postagens feitas por páginas específicas, principalmente no Facebook e no Instagram; notícias jornalísticas; e dados veiculados por agências internacionais.

O ensaio se inicia com uma descrição dos procedimentos adotados na investigação e com uma breve digressão sobre pesquisar no virtual. Em seguida, caminha-se para a discussão sobre a ambígua representação da pandemia, tanto como contexto que resultou no aumento de transtornos psiquiátricos quanto como tempo de oportunidades para transformação individual e social, o que se chamou às vezes de “lado B da pandemia”. Ao final, tento demonstrar como a saúde mental pode tornar-se uma categoria útil para a análise de relações na contemporaneidade, na medida em que parece se transformar em uma linguagem capaz de mobilizar diferentes agentes.

## Nota sobre a pesquisa

Ao longo do isolamento social, com atividades profissionais paralisadas e pouco ou quase nenhum contato físico com amigos e família, as redes sociais transformaram-se em uma chance de saber como outros viviam o período, o que se passava no mundo, relatórios de saúde, informes quase ininterruptos do mundo “de fora”. Num primeiro momento, mantive um pequeno diário virtual de observações sobre postagens e notícias a que assistia e interagi em alguns grupos de discussão. Ao longo do tempo, algo despreziosamente, passei a salvar postagens em meus aplicativos, especialmente aquelas em que havia mensagens de tom prescritivo quanto ao que fazer na pandemia, discursos de autoajuda, dicas profissionais, ou mensagens em geral com alguma orientação para práticas de saúde e/ou saúde mental. Acumulei uma quantidade significativa de materiais e comecei a prestar atenção em páginas e postagens cujos conteúdos articulavam noções de crise e de oportunidade em diferentes lógicas. Segui algumas dessas páginas ou perfis, de *coaches*, profissionais de saúde, comunidades alternativas, entre outras. Expressões como “nunca desperdice uma crise” ou “o lado B da pandemia”, tratadas neste ensaio, então me chamaram a atenção, pois foram amplamente utilizadas por diferentes atores, não apenas circunscritas às redes sociais.

No início de 2023, recuperei o diário, as postagens e as imagens e passei a usar um recurso disponível no Instagram e no Facebook que permite também verificar as interações feitas pelo usuário em determinado período. Filtrei minhas interações desde meados de março de 2020, quando começaram a aparecer postagens em que questões relacionadas diretamente com saúde mental ou com estratégias de enfrentamento figuravam, e então tentei escrever a respeito disso. Apesar de haver um sistema, fiz essa retomada de modo pouco sistemático – salvando imagens, mensagens, copiando interações minhas com outras pessoas e também acessando artigos e notícias que direcionavam para fora das redes.

Retomar minhas interações nas redes mostrou muitas coisas, nem todas de interesse para este ensaio. Mas ficou claro que havia uma repetição de algumas informações em diferentes postagens, especialmente a alegação da “piora da saúde mental” e, paradoxalmente, da descrição da pandemia como oportunidade.

Não é uma tarefa fácil compreender os sentidos dessa alegada piora na saúde mental. Em primeiro lugar, a expressão “saúde mental” tem passado a ocupar na vida contemporânea um espaço bem mais abrangente do que aquele exclusivo do universo dos saberes *psi*, habitando representações sobre bem-estar de modo mais ampliado na medida em que se multiplicam estudos sobre suas correlações com diversas realidades climáticas, culturais, políticas, ambientais, econômicas, entre outras (Adams, 2020; White, 2020). Ao mesmo tempo, a saúde mental também aparece como uma categoria comum, principalmente nas redes sociais, para descrever a busca ou a adoção de práticas de autocuidado e experiências religiosas, até mensagens motivacionais de profissionais diversos, terapeutas, entre outros. Não se trata, portanto, de uma expressão apenas polissêmica, mas do modo como em torno da “saúde mental” parecem mobilizar-se diferentes sujeitos em novas articulações sobre bem-estar e saúde.

Estou ciente de que minha exposição a postagens com determinados temas aumentou a probabilidade algorítmica de que conteúdos semelhantes seguissem aparecendo. Portanto, trato esses dados como insinuações possíveis do mundo virtual e o combustível para alimentar esta reflexão. A pretensão, portanto, não é exaurir as possibilidades de uma antropologia a partir do virtual no contexto da pandemia, nem de negar a importância dos comportamentos coletivos e das relações sociais, mas sim de ensaiar algumas ponderações sobre a constituição da saúde mental como uma categoria que incide prescritivamente sobre sujeitos e práticas no contemporâneo, implicando conceituações que se pretendem universais sobre esse mesmo “social” e sobre essa “saúde mental” que são veiculadas nas redes sociais.

## Pandemia, saúde mental e distanciamento social

Um dos discursos associados ao isolamento social durante a pandemia foi aquele que referia uma relação intrínseca entre o adoecimento psíquico e a quarentena.<sup>49</sup> Chama a atenção a intensa produção científica a esse respeito, nas mais diversificadas vertentes

---

<sup>49</sup> VAN HOOFF, E. Lockdown is the world's biggest psychological experiment – and we will pay the price. *World Economic Forum*, [s. l.], 9 abr. 2020. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/this-is-the-psychological-side-of-the-covid-19-pandemic-that-were-ignoring/>. Acesso em: 2 jun. 2024.

teóricas e metodológicas. Buscando pela expressão “adoecimento psíquico e distanciamento social”, o Google Scholar retorna 12,3 mil resultados, especificamente para o período compreendido entre 2019 e 2022. Outras expressões, tais como “saúde mental na pandemia”, “saúde mental e quarentena”, “saúde mental, atenção psicossocial e pandemia”, para o mesmo período, resultam em números também impressionantes, todos acima da marca das 10 mil publicações, até o incrível número de 16,9 mil para a pesquisa dos descritores “isolamento social, saúde mental, pandemia”.

Existe, claro, uma sobreposição de alguns resultados, mas ainda assim os números são impressionantes. Vários desses estudos se baseiam em questionários *on-line* de mapeamento de emoções e sensações decorrentes da vivência do isolamento, tais como a quantidade de vezes em que o sujeito respondente sentia medo ou vergonha, ou quando e em que intensidade se percebia como um sujeito deprimido, se apresentava dificuldades no sono, a regularidade e a quantidade das refeições, autopercepção de ansiedade, irritação, crises de choro, entre outras variáveis. No âmbito dessas pesquisas e questionários, palavras como “ansiedade” e “depressão”, além de diagnósticos, também aparecem descritas como “sintomas”, potencializando o sentido de categorias que já são amplamente associadas com uma gama de fatores na vida contemporânea.

A associação entre emoções percebidas e pandemia, particularmente o isolamento social, foi tomada quase instantaneamente como natural e não problemática. Não à toa, muitos dos artigos que tratam desses impactos associam-se com outra ideia, disponível no campo da psicologia das emergências e dos desastres, que toma como pressuposto central a existência de influências em saúde mental decorrentes de tais eventos. Esses pressupostos entranham-se fundo nas concepções do campo biomédico e dos saberes *psi*, e não há uma discussão ampliada sobre que saúde mental se busca restabelecer quando se trata desses efeitos. O discurso apresentado em várias dessas publicações refere a necessidade de reintegração social e adaptação (Afonso, 2020; Faro *et al.*, 2020; Fogaça *et al.*, 2021; Ornell *et al.*, 2020; Ribeiro *et al.*, 2020; Ribeiro; Nogueira, 2020; Santana *et al.*, 2020; Schmidt *et al.*, 2020), reforça a repercussão da pandemia e da quarentena na saúde mental e, em outros casos, investe em explicações neurocientíficas para os impactos da covid-19 na saúde mental (Raony *et al.*, 2020).

Não se trata de negar os processos adaptativos humanos a diferentes circunstâncias, mas de compreender os sentidos de saúde mental em jogo nesses trabalhos. O efeito parece ter sido uma intensificação na discussão sobre diagnósticos de transtornos mentais, não somente no que tange às práticas associadas aos serviços médicos, mas também em uma ampla difusão de informações sobre o assunto. Muitos dos estudos não apresentam também qualquer esforço de refletir de modo mais ampliado sobre saúde mental, atravessamentos políticos e sociais. O que se observa, nessa linha, é um uso impreciso de “saúde mental” como uma característica mais ou menos óbvia do mal-estar causado pela pandemia e pela quarentena e, dessa forma, capaz de ser articulada, de maneira não problemática, com uma grande diversidade de sujeitos de pesquisa: profissionais de saúde, universitários, docentes, crianças, adolescentes, idosos e, virtualmente, qualquer sujeito/objeto. Sumariamente, várias pesquisas partem do dado tomado como universal do “impacto da pandemia na saúde mental” e apenas buscam verificar como cada grupo de sujeitos agiu diante dos sintomas percebidos nesse contexto.

Um efeito importante aqui, nessa perspectiva, é o manuseio da “saúde mental”, categoria reconhecidamente complexa e polissêmica (Amarante, 2007), mas que também se vê cada vez mais desamarrada dos sentidos imediatos atribuídos no chamado “campo da saúde mental”. Quando anunciam os impactos da pandemia na saúde mental, páginas como a da BBC News,<sup>50</sup> do G1,<sup>51</sup> do Ministério da Saúde brasileiro<sup>52</sup> ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)<sup>53</sup>, por exemplo, o

---

<sup>50</sup> COVID: saúde mental piorou para 53% dos brasileiros sob pandemia, aponta pesquisa. *BBC News*, [s. l.], 14 abr. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-56726583>. Acesso em: 6 fev. 2023.

<sup>51</sup> DEUTSCHE WELLE. Saúde mental global piorou na pandemia, diz OMS. *G1: Saúde*, [s. l.], 17 jun. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2022/06/17/saude-mental-global-piorou-na-pandemia-diz-oms.ghtml>. Acesso em: 2 jun. 2024.

<sup>52</sup> QUEIROZ, L. Realidade imposta pela pandemia pode gerar transtornos mentais e agravar quadros existentes. *Ministério da Saúde*, [s. l.], 10 out. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/outubro/realidade-imposta-pela-pandemia-pode-gerar-transtornos-mentais-e-agravar-quadros-existentis>. Acesso em: 6 fev. 2023.

<sup>53</sup> OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Pandemia de covid-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. *OPAS*, [s. l.], 2 mar. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>. Acesso em: 6 fev. 2023.

fazem baseando-se principalmente na ideia de que as instituições sociais dependem do bem-estar psíquico dos sujeitos. Em um resumo sobre a saúde mental global em 2022, a OPAS fornece dados interessantes a esse respeito, de um aumento de 25% na prevalência global de ansiedade e depressão, e defende a necessidade de mais investimentos em saúde. O mesmo texto conduz a outro relatório, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2022,<sup>54</sup> sobre as evidências científicas do impacto da pandemia na saúde mental mundial, relatório este que parte de um *Policy Brief* emitido pela Organização das Nações Unidas (ONU) ainda em maio de 2020, já atestando os impactos da pandemia de covid-19 na saúde mental e demandando uma maior disponibilidade de serviços de emergência em saúde mental. Esse mesmo relatório da OMS apareceu em diferentes publicações e serviu como um termômetro em distintas interpretações sobre os impactos da pandemia, sendo repetido também em publicações científicas, postagens nas redes sociais e nas mídias.

Já desde o início dos anos 2000, no entanto, a OMS vem anunciando a persistência de problemas de saúde mental em nível mundial, além de prognósticos altamente preocupantes. Em seu resumo de 2020, já de largada, a “boa saúde mental” é tomada pela ONU como “um aspecto crítico para o funcionamento da sociedade”, e, em face de uma crise como a que viria, pelo coronavírus, certamente haveria um impacto na saúde mental.

Os relatórios das agências humanitárias, assim como muitas das publicações científicas, acabam contribuindo não exclusivamente para uma ação conjunta ou para o melhoramento dos serviços existentes, mas para reforçar o modelo de propagação de diagnósticos e de patologização do social, na medida em que também não avançam na direção de uma melhor discussão sobre a noção de “saúde mental” ou sobre o fato de que as categorias clínicas da psiquiatria são também sociais e circulam por sistemas de valores mais amplos e de implicações constantes (Safatle, 2020).

Corbanezi (2021) lembra que o relatório sobre a saúde no mundo emitido pela OMS em 2001 já elegia a saúde mental como uma virada necessária de paradigma no alvorecer do novo século. Para o autor

---

<sup>54</sup> WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health and covid-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief*. [S. l.]: WHO, 2022. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mental\\_health-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1). Acesso em: 6 fev. 2023.

(*idem*), apesar de a noção ter sido o efeito de um conjunto variado de perspectivas reformadoras que vinham desde a segunda metade do século XX, a saúde mental somente passou a ocupar o amplo espaço e a receber o reconhecimento atual em tempos mais recentes. Segundo Corbanezi (*idem*), a OMS colaborou justamente para a difusão de uma percepção que reafirmava o conceito de saúde que incluía o qualificativo “mental” (OMS, 1946), além de valorizar a indústria de psicofármacos em franco desenvolvimento e também reforçar uma ideia de saúde mental como capacidade de adaptação social.

A produção de dados sobre o impacto na saúde mental se ampara, portanto, no alto grau de legitimação que a categoria tem alcançado nas últimas décadas e no constante tratamento desta como um “fenômeno” autoevidente pelas diferentes agências internacionais. Essa produção se ampara também no fato de que a noção de saúde mental que é articulada aí está mais próxima da busca por um rendimento idealizado das instituições sociais e dos sujeitos no âmbito do neoliberalismo, bem como do problema da perda da capacidade produtiva destes. O que está implicado em tais relatórios e pesquisas, assim, não é a categoria em si mesma, seus atravessamentos e, efetivamente, seus impactos nos diferentes setores da sociedade, mas a continuidade da propagação do amplo processo de diagnosticar transtornos psíquicos que caracteriza o tempo presente e que, como sugere Caponi (2022), revela-se uma estratégia eficaz para garantir a governamentalidade dos corpos no neoliberalismo.

Outro efeito importante dessas publicações e desses documentos é o modo como acionam a categoria “social” ou sua falta como causadora de transtornos mentais. Uma implicação desse uso emerge, talvez, da própria defesa de modelos de atendimento em saúde mental que vislumbram a reinserção dos sujeitos em tratamento em contextos de trocas sociais que não sejam restritos a contextos clínicos ou hospitalares. Há uma ambiguidade inerente na busca por essas alternativas, na medida em que a ampliação do escopo de atuação da clínica deixa de ser exclusivamente o tratamento dos sujeitos individualizados no ambiente institucional e passa a abranger também as relações fora dos contextos de tratamento.

Existe, portanto, por um lado, uma noção de “social” como um epifenômeno da condição humana e complementar a outras “esferas” que lhe constituem, cuja totalidade e integralidade são desejadas para um bom desempenho social e terapêutico. E existe ainda, por outro lado, o “social” como dimensão terapêutica em si mesma, dado que seria na conformação e no ajustamento do sujeito em tratamento às expectativas e vicissitudes do social, representado por suas famílias, seus trabalhos e

outros convívios, que se produziriam efetivas desinstitucionalização e ressocialização (Ciello, 2013). As políticas envolvidas com a efetivação da Reforma Psiquiátrica, nesse sentido, como sugere Maluf (2015), tanto baseiam-se em um modelo de direitos humanos, democratização e universalização da atenção em saúde quanto, ao mesmo tempo, acabam reproduzindo também o mecanismo de biolegitimidade, implicado na medicalização e na psiquiatrização da vida social.

Postagens nas redes sociais capturam, assim, categorias como “social” e “saúde mental” nessas ambiguidades que elas carregam. Elas aparecem em correlação com uma busca de bem-estar na pandemia, por meio de uma variedade muito grande de atividades virtuais. Os documentos de organizações e pesquisas, por sua vez, repousam também no social como um dado superado da relação entre saúde mental e pandemia. Nesses espaços, articula-se uma compreensão da saúde mental como um conjunto das “qualificações” necessárias para habitar a pandemia e o contemporâneo, como nas imagens que veremos na próxima sessão. Na medida em que representam uma prescrição de “bem-viver” no mundo pandêmico, a categoria da saúde mental se faz crucial como uma forma de empurrar a sociedade para a busca de alternativas que garantam a permanência do atual modelo societário, ao contrário de provocar novas formas sociais, como foi alardeado durante a crise do coronavírus.

## As oportunidades da pandemia

A ideia de que a crise do coronavírus foi uma oportunidade apareceu em diferentes contextos ao longo da pandemia. Algumas das mensagens veiculadas nas postagens nas redes sociais, embora variadas, se relacionaram com o que foi chamado de “aspectos positivos” da vivência do distanciamento ou de “lado B da quarentena”.

Sem entrar no mérito dos variados modos de interpretar tais enunciados, o que interessa ressaltar aqui é o modo como o discurso da oportunidade contribuiu para a manutenção de uma noção de saúde, e de saúde mental, que prossegue pressionando os sujeitos para um desejo de produtividade e de autogestão do sofrimento, escamoteando cada vez mais o papel do Estado na formulação e na manutenção de políticas de bem-estar. A oportunidade é um dispositivo central em uma leitura da pandemia, pois ela está implicada nas diferentes e instáveis maneiras por meio das quais torna-se sujeito no contemporâneo e, mais importante,

em como servem, continuando o argumento da sessão anterior, para aprofundar a presença da saúde mental em uma variedade de artefatos cotidianos, como uma nova forma de cultivar o eu.

O “neosujeito”, conforme Dardot e Laval (2016, p. 327), que “trabalha para sua própria eficácia, para a intensificação de seu esforço, [...] como se esta lhe fosse comandada de dentro por uma ordem imperiosa de seu próprio desejo [...]”, é um traço da sociedade contemporânea. Enquanto no modelo utilitarista o aparecimento da alcunha “social” (direitos, políticas) produzia uma forma de oposição ao aprofundamento da lógica do capital, na incorporação do social nos discursos contemporâneos como uma forma de cultivo do eu há a sinalização de uma nova consequência da neoliberalização do sujeito, relacionada ao equacionamento entre indivíduo e empresa (*idem*).

Não foi estranho ver, apesar da alegada derrocada econômica mundial, a propagação de notícias afirmando que a pandemia tornou possíveis novos nichos de mercado, como aquele das embalagens, dos entregadores de comida, dos cursos *on-line*, entre tantos outros. Mais uma vez, as próprias redes e *sites* de pesquisa são ilustrativos, pois pode-se pesquisar sobre “oportunidade” da pandemia e imediatamente acessar expressões como mercado, empreendedorismo, negócios, empresas, telesserviços, entre outras, associadas com o isolamento social e a pandemia.

As imagens que se reportam ao universo de oportunidades da pandemia remetem, assim, ao que Dardot e Laval (2016) chamam de “gozo de si”, buscado pelos sujeitos neoliberais. Os modos de subjetivação no âmbito do neoliberalismo conduzem ao desejo de uma realização de plenitude, da criação de ferramentas de autoconstrução, que contam de forma central com as ferramentas e técnicas do mundo *psi*. Sem a crença de que o sujeito pode se “automodelar” e alcançar seu máximo potencial, os apelos, ainda que em uma diversidade de semânticas, ao aproveitamento de todas as crises não seria possível.

A imagem de Buda (Figura 2) com a frase “Nunca desperdice uma crise” recebe em sua composição, na borda inferior, a autoria de um usuário do Instagram (@carlosaraujox) que mantém uma página dedicada ao que denomina de ciência dos hábitos, com publicação recorrente de mensagens e dicas principalmente relacionadas a construção de hábitos, comportamento humano, motivação, assim como comentários eventuais sobre eventos da vida contemporânea. A figura, no entanto, não se encontra mais em seu perfil, apesar de registrar sua autoria. Ela está disponível na página @drakatia, de profissional atuante

no ramo de “estética sistêmica integrativa”, “ciências neuropáticas”, com conteúdos relacionados a terapias corporais e tratamentos diversos para estética e bem-estar. Essa mesma postagem, no entanto, também aparece no Facebook nas páginas “Terra dos Budas”<sup>55</sup> e “Resiliência Humana”,<sup>56</sup> ainda com autoria atribuída a @carlosaraujox, mas desta vez com um texto que menciona a importância de assumir uma posição pessoal de bênção diante do ônus. Nos dois casos do Facebook, assim como na postagem de @drakatia, a frase “Nunca desperdice uma crise” permanece, mas na postagem da página “Resiliência Humana” a ilustração de Buda já não está presente.

Figura 2 – “Nunca desperdice uma crise”



Fonte: drakatia (2020)<sup>57</sup>

<sup>55</sup> Terra dos Budas. Disponível em: <https://www.facebook.com/photo/?fbid=2041947099258459&set=a.469065089880009>. Acesso em: 4 jun. 2024.

<sup>56</sup> Resiliência Humana. Disponível em: <https://www.facebook.com/photo/?fbid=2068014333307510&set=a.551589958283296>. Acesso em: 4 jun. 2024.

<sup>57</sup> Disponível em: [https://www.instagram.com/p/CEvV\\_CcBtwY/](https://www.instagram.com/p/CEvV_CcBtwY/). Acesso em: 3 jun. 2024.

A página @carlosaraujox, apesar de não mais abrigar exatamente a mesma imagem, publicou em 17 de março de 2020 uma figura com a frase "A crise está aqui. Não desperdice-a". Em explícita menção à pandemia, desta vez, a postagem diz:

em face a pandemia do coronavírus, a reclusão tornou-se uma necessidade. Seja através das lentes da solidão ou da solitude, estar consigo emergiu como uma demanda necessária à nossa sobrevivência./ No entanto, "estar só" é apenas matéria-prima. O manufaturado que dela deriva, cabe ao serviço do ser./ [...] /A história não nos deixa sós... Em 1665, uma pandemia pôs Isaac Newton em isolamento. Foi a partir disso que ele decidiu permanecer em sua casa de campo por vários meses. Ali, recluso, ele desenvolveu o cálculo e suas teorias no campo da ótica e da gravidade [...].<sup>58</sup>

Essa mesma página, nos meses seguintes, em maio, abril, agosto e outubro de 2020, seguiu comentando direta e indiretamente a pandemia, em novas mensagens que remetiam à exigência de um aprofundamento em dimensões interiores da pessoa a partir da crise. O autor fala sobre as pressões pelo desempenho e a necessidade de se acalmar diante da crise e das emoções desestabilizadas;<sup>59</sup> sobre o papel do humano na sua (auto)destruição, fazendo a (paradoxal) proposta de que busquemos ainda mais fundo em nós mesmos por soluções;<sup>60</sup> da decepção como matéria-prima para o caminho espiritual;<sup>61</sup> da covid-19 como um momento de transição já anunciado pelo colapso ambiental e pela recessão econômica,<sup>62</sup> entre outras postagens.

Um dado interessante, facilmente observável ao acompanhar páginas de produção de conteúdo em grande quantidade,<sup>63</sup> é a

<sup>58</sup> A CRISE está aqui. Não desperdice-a. carlosaraujox. [S. l.], mar. 2020. Instagram: Carlos Araújo @carlosaraujox. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B92vYfKh6rK/>. Acesso em: 4 jun. 2024.

<sup>59</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/B-8EWq5BmbY/>. Acesso em: 4 jun. 2024.

<sup>60</sup> Disponível em: [https://www.instagram.com/p/B\\_S-84lBTNc/](https://www.instagram.com/p/B_S-84lBTNc/). Acesso em: 4 jun. 2024.

<sup>61</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CAS5SGihDRU/>. Acesso em: 4 jun. 2024.

<sup>62</sup> Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CEAdr0DpmDa/>. Acesso em: 4 jun. 2024.

<sup>63</sup> Algumas dessas páginas de produção de conteúdo chegam a realizar mais de 50 publicações num único dia.

repetição de textos e ilustrações em diferentes contextos, bem como a republicação de conteúdos tanto pelos próprios criadores quanto por outros sujeitos. Dada a própria dinâmica das redes sociais, qualquer postagem pode ressurgir a qualquer momento, sendo reutilizada com outras intencionalidades. Assim, postagens de anos passados podem reaparecer na linha do tempo quando passam a obter novamente o interesse dos usuários. As páginas de Facebook mencionadas haviam publicado a imagem (Figura 2) em 2019, e ela foi novamente publicada pela página @drakatia em setembro de 2020. Apesar dessas diferentes temporalidades, o fato de a mensagem inicial ter “reaparecido” no contexto da pandemia revela a função apelativa do discurso da “crise” nesses tempos que vivemos.

A crise como oportunidade, no entanto, apesar desses diferentes agenciamentos, não é uma ideia nova. Klein (2007) relembra o discurso do guru da economia neoliberal Milton Friedman logo após a passagem do furacão Katrina pelos Estados Unidos, em 2005. Conforme estudo de Klein (*idem*), Friedman defendeu abertamente que os eventos críticos ocorridos especialmente na Louisiana – epicentro da destruição pelo furacão – fossem capitalizados para a reforma do sistema educacional. Em oposição ao investimento direto do Estado na reconstrução das cidades, houve repasse de *vouchers* para que as famílias “gastassem em escolas privadas, com fins lucrativos, muitas inclusive subsidiadas pelo estado” (Klein, 2007, p. 5). Anos depois, segue a autora (*idem*), o sistema público de escolas foi quase totalmente substituído pelas escolas do modelo *Charter*, que se mantêm vinculadas ao Estado, mas com administração privada e regras próprias.

A situação não é muito diferente do que ocorreu no Brasil com a proposta de que se aproveitasse a pandemia para “passar a boiada”<sup>64</sup> na aprovação de normas controversas para a política ambiental, pelo próprio ministro do Meio Ambiente à época. Klein (2007) chamou esse novo desdobramento do neoliberalismo de “capitalismo do desastre”, com inúmeros exemplos de como o mercado agencia situações extremas, chamando-as de oportunidades, para transformações aceleradas de políticas públicas, reformas estatais, legislações, entre outras. Não à

---

<sup>64</sup> MINISTRO do Meio Ambiente defende passar “a boiada” e “mudar” regras enquanto atenção da mídia está voltada para a covid-19. *G1: Política*, [s. l.], 22 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/22/ministro-do-meio-ambiente-defende-passar-a-boiada-e-mudar-regramento-e-simplificar-normas.ghtml>. Acesso em: 5 jun. 2024.

toa, também vimos usos da frase "Nunca desperdice uma crise" por empresários, economistas, mídias dedicadas ao debate econômico, entre outros.<sup>65</sup>

Vemos até aqui um duplo uso da ideia de "crise como oportunidade": a movimentação de setores da economia para aprofundar ainda mais modelos vinculados ao empreendimento e ao ganho econômico; e, paralelamente, por meio das redes sociais, a mobilização da crise como oportunidade de aperfeiçoamento de si e transformação pessoal, precisamente para "não perder" as chances trazidas pelo momento. Fora do enquadramento social neoliberal do "não perder a oportunidade", essa pressão não faria sentido. Dessa maneira, a pandemia não fez mais do que aprofundar a crise já vivida em nossos tempos, na medida em que representa um estado contínuo das coisas no neoliberalismo, retroalimentando o sistema ao ser utilizada como justificativa permanente para a constante deterioração das relações de trabalho, para o corte de salários e de políticas sociais (Santos, 2020).

No âmbito das discussões sobre ambiente e conservação, por sua vez, uma variedade de veículos anunciou a melhora da qualidade do ar e da água em diversos lugares do mundo. Apareceram fotografias e relatos do retorno de cisnes e golfinhos, em cujas águas limpas e claras, antes poluídas, poderiam viver novamente. Diversos sites de notícias, além dos muitos vídeos e postagens nas redes, assim como artigos científicos, passaram a anunciar reduções significativas nas emissões de carbono e na "lição" que a pandemia trouxe sobre conservação da natureza e sobre uma natureza que consegue se reconstituir. Com a diminuição do número de pessoas nos centros urbanos, o impacto do humano na natureza teria sido mitigado, e, por sua capacidade de reconstruir-se, a natureza estaria retomando seu "lugar de direito".

A recomposição da natureza destruída e a guinada dos humanos em direção a uma consciência mais "holística" foram um argumento

---

<sup>65</sup> Conferir:

a) DANTAS, F. O lado bom da pandemia. *Estadão*, [s. l.], 14 jul. 2021. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/blogs/fernando-dantas/o-lado-bom-da-pandemia/>. Acesso em: 5 jun. 2024.

b) "NUNCA desperdice uma boa crise". *AERP*, Curitiba, 14 maio 2020. Disponível em: <https://aerp.org.br/geral/nunca-desperdice-uma-boa-crise/>. Acesso em: 5 jun. 2024.

c) CAMARGO, R. F. A liderança mudou em tempos de caos e complexidade. *GlicFàs Consultoria*, São Paulo, 24 ago. 2021. Disponível em: <https://glicfas.com.br/a-lideranca-mudou-em-tempos-de-caos-e-complexidade/>. Acesso em: 5 jun. 2024.

comum nas redes sociais, desdobrando-se em uma variedade de outros artefatos. Notícias como essas passaram, eventualmente, a ser associadas com a reafirmação da crise climática e do Antropoceno, com a confirmação do impacto humano na natureza e, por fim, também com a formulação – ou retomada – de um modelo de saúde que articula noções de bem-estar, saúde mental, cuidado de si, cuidado da natureza, entre outros aspectos.

Muitas das imagens do mundo novo e verdejante que têm sido vinculadas à ideia da reconstrução da natureza já foram identificadas como falaciosas, fosse porque se referiam a momentos anteriores à pandemia, fosse porque escondiam o próprio aceleração de práticas de desmatamento, predação ou outras, em diferentes contextos. A expectativa pelo refazimento da natureza caminhou com a intensa produção de artefatos que tematizaram a transformação do humano e o alargamento de concepções de saúde, assim como a inclusão de diferentes prescrições, de certa forma reiterando as noções relacionadas ao campo econômico e ao empreendimento de si.

A Figura 3, assim como a anterior, tem uma circulação interessante pelas redes. A fonte citada é apenas uma, com pouco mais de 40 mil compartilhamentos, das muitas que estão disponíveis.<sup>66</sup> Correspondências exatas podem ser encontradas no Facebook, em páginas como “Almas do Universo”, “Sou psicólogo com muito orgulho”, “Instituto Xamânico Curadores de Gaia”, “Frases que tocam a alma”, “Sentimentos e Luz”, “Mundo Sustentável”, “O despertar que cura”, “Seu amigo guru”, além de dezenas de outras páginas de perfis profissionais de terapeutas, psicólogos, *designers* de interiores, arquitetos, entre vários outros. A imagem também aparece em redes como Twitter, Pinterest e Instagram, todas com datas de publicação entre 2020 e 2022, e várias delas carregando a *hashtag* “saúde mental”.

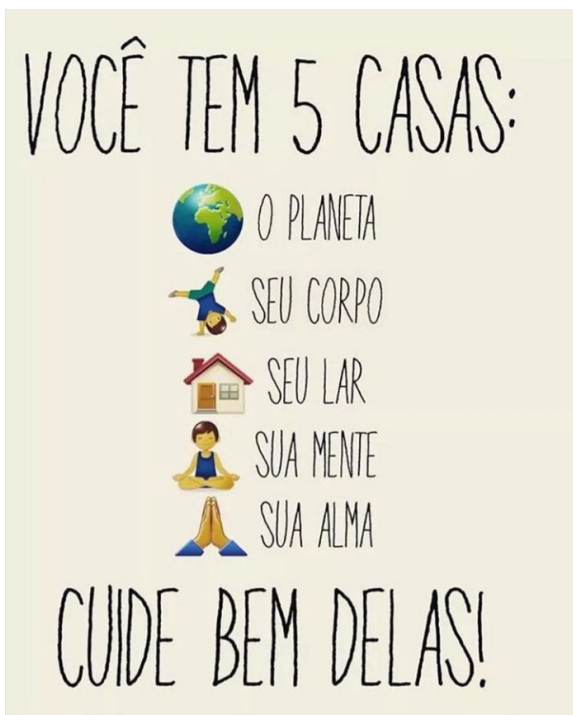
Assumindo, como conjectura analítica, que possamos olhar para essa segunda figura como uma *mise-en-scène* do modelo individualista de pessoa moderna (Dumont, 1985), encontramos alguns fios interessantes ao pensar a casa, o corpo e a mente (um outro corpo, em gesto de meditação) como alegorias centrais de pelo menos dois nexos que constituem a individualidade como valor: o corpo e a propriedade privada. Se, por um lado, podemos imaginar que as imagens expressas

---

<sup>66</sup> A consulta de correspondências exatas de imagem por meio da ferramenta GoogleLens permite um rastreamento de postagens públicas na *internet* com o conteúdo fornecido para consulta.

na figura não deixam de ilustrar valores importantes da noção de pessoa individualista moderna, ao mesmo tempo elas também parecem, no entanto, mobilizar outros sentidos.

Figura 3 – “Você tem 5 casas”



Fonte: Economia Ecológica (2022)<sup>67</sup>

A utilização dos modelos interpretativos propostos por Louis Dumont, porém, como bem salientou Maluf (2013, p. 140), “tendem a eclipsar a dinamicidade do individualismo (bem como do holismo, seu oposto complementar), tomando-os como formas puras e autocoerentes”. Segue a autora:

[...] consolidada a ideia moderna de indivíduo, a dinamicidade do modelo é praticamente reduzida a uma única direção: a maior parte das mudanças ocorreriam ou no sentido do aprofundamento

<sup>67</sup> Disponível em: <https://www.facebook.com/share/p/1Rspy7qxxK/?mibextid=wwXlfr>. Acesso em: 5 jun. 2024.

da passagem ao individualismo, ou, mais raramente e de forma negativa ou reativa, de um retorno a formas pré-individualistas (Maluf, 2013, p. 143-144).

Isto é, aceito o modelo individualista como uma forma moderna da noção de pessoa, muitos estudos que se aproximam da temática terminam por criar uma dicotomia em que ou o fenômeno observado aprofunda o individualismo já constatado, ou o refuta, deixando pouco espaço para pensar as dinâmicas ou, segundo o próprio Dumont (*apud* Maluf, 2013), os vários individualismos, e não apenas um único modelo.

A pandemia potencializou muitas e significativas alegorias, como sugeriu Santos (2020), e, entre elas, permitiu um encaixe inevitável na grande rede de alternativas terapêutico-religiosas e no modo como são difundidas nas redes sociais. Para além da propriedade e do corpo, o aparecimento do planeta e da alma é interessante, pois mostra uma outra articulação possível no discurso sobre manutenção da saúde em meio à pandemia, que poderia ser buscada no apelo comum ao desenvolvimento de uma consciência, também com os animais, com o planeta, consigo.

Categorias como as do corpo, da mente, do eu, da natureza, já altamente manuseadas, passaram também a representar um novo apelo, fosse confirmando muitas das teorias de que o humano um dia, enfim, destruiria o planeta, fosse confirmando os argumentos relativos a conexões entre espécies, mundos, dimensões. Evocando Jane Russo (1993), que avalia a emergência de terapeutas corporais na década de 1980 no Brasil, não se trataria tanto de “ideias fora de lugar”, mas de ideias em outros lugares, produzindo novos sujeitos, imagens e agências.

Acompanhando o circuito das terapias alternativas e das alternativas psicoterapêuticas em meu campo de pesquisa,<sup>68</sup> com espiritismo e psiquiatria, também foi comum a propagação de imagens que defendiam a crise como uma oportunidade de aprofundamento em si mesmo, para o desenvolvimento de novas habilidades e novas consciências. Para os grupos espíritas, de diferentes vertentes, a crise

---

<sup>68</sup> Entre 2011 e 2019, em diferentes momentos, realizei pesquisa de campo em uma clínica-dia para tratamento de transtornos mentais em uma das capitais do sul do Brasil (Ciello, 2013, 2015, 2019, 2020). Ao longo da pandemia, segui acompanhando alguns sujeitos, o que permitiu conhecer o modo como explicações envolvendo terapias alternativas, espiritismo e saúde mental também foram mobilizadas a respeito da pandemia e da quarentena.

do coronavírus foi largamente encarada como um sinal do mundo espiritual para que o planeta Terra desenvolvesse novos hábitos e evoluísse espiritualmente. Debates envolvendo transições cósmicas, assim como relacionados às múltiplas conexões dos humanos entre si e com outros entes (nesta e noutras dimensões) foram muito frequentes.

Voltando à mobilização da categoria “social”, resta, enfim, considerar, como vimos no início do ensaio, que, se as estratégias de biossegurança, principalmente o isolamento social, não foram formas amplas e se muitos sujeitos, principalmente aqueles que já vivem às margens do Estado (Lima, 2020; Maluf, 2021), foram duramente impactados pela pandemia, então a piora na saúde mental não decorreu exclusivamente da ausência do “social”. Mas é seguro dizer que o adensamento das alternativas terapêuticas biomédicas e não biomédicas, *psi*, tradicionais etc. durante a pandemia, associadas criativamente com noções de cuidado de si e cuidado da natureza, mostra que a pandemia potencializou o mundo da saúde e do cuidado e multiplicou os artefatos que podem ser analisados.

## Saúde mental como linguagem contemporânea

Este ensaio – animado que foi pelas inquietações da pandemia – baseou-se em uma elucubração sobre enunciados como os de que a crise causada pelo coronavírus foi uma oportunidade para a humanidade e de que a ausência do social restituiu vida à natureza destruída, mas também retirou a saúde mental dos humanos. Tentei abraçar um ponto de vista etnográfico que privilegia a ambiguidade e a instabilidade das categorias, não pela mera deseducação metodológica, mas imaginando a possibilidade de atentar para outras coisas que ela faz ao circular no mundo.

Há ainda uma questão final que merece comentário, relativa ao desenvolvimento da saúde mental nisso que gostaria de chamar de “linguagem contemporânea”. Esse argumento baseia-se fundamentalmente na ideia de que a noção de saúde mental aparece de maneiras muito diversas em nossa vida cotidiana e que essa circulação foi altamente potencializada durante a pandemia. Falar em linguagem parece oportuno nesse sentido, pois há muitos aspectos do conceito que podem ser articulados, (re)estruturados, (re)contextualizados nos múltiplos atos comunicativos em que ele aparece. Assim, quando a

expressão “saúde mental” surge em uma postagem com um buda em posição de meditação, ainda que não esteja presente a intencionalidade do ator por detrás, ainda assim há uma distribuição de propensões à ação. As oportunidades da pandemia, portanto, foram também integrantes de um dispositivo, ou de uma linguagem, que situa a saúde mental como um bem central na manutenção da produtividade e da capacidade de autogestão do sujeito.

Ao longo de minha vivência-observação das redes, encontrei o artigo de Aaron Neiman (2020), com o sugestivo título “Have some mental health”, comentando a dificuldade de processar os eventos críticos de nosso tempo. Para o autor, de alguma maneira a saída encontrada para a governança do sofrimento mundial desses eventos extremos era justamente a de prescrever saúde mental (*idem*). As redes sociais, acredito, cumpriram bem esse papel, fazendo circular de modo difuso a saúde mental como estratégia salvadora para uma variedade de problemas. “Tenha saúde mental”, ou “cuide de sua saúde mental”, é uma das grandes prédicas da vida em nosso tempo; nesse sentido, me parece que ela tem se transformado em uma categoria central para avaliar os modos por meio dos quais distintas instituições se posicionam no contemporâneo.

A pesquisa de Ana Beatriz Melo de Oliveira (2022) mostra um sumário interessante da pluralidade de sentidos atribuídos à saúde mental nas redes sociais. Em pesquisa a partir da *hashtag* “saúde mental” no Instagram, a autora produziu, de um conjunto de 150 postagens, um quadro com 12 códigos para classificar os tipos de intervenção que caracterizam o aparecimento da expressão nessa rede. Vemos no quadro descritivo proposto pela autora (Oliveira, 2022, p. 18) publicações que vão desde conteúdo publicitário (de psicólogos, *coaches* ou de comunicação comercial) até autoajuda, práticas diagnósticas e autodiagnósticas, emagrecimento e nutrição, mensagens de superação e de autoconhecimento, entre muitas outras. O maior volume de postagens identificadas está centrado nos códigos da publicidade e da motivação, incentivando a autora a dizer:

A saúde mental passa assim a ser uma plataforma do mercado em que não é necessário que haja uma relação profunda com o conceito alvo, já que ao reconhecer sua importância no cenário atual a marca sai na frente da concorrência tanto por pura exposição através do algoritmo, quanto pela imagem que cuidar ou se importar com saúde mental está atrelado aos hábitos de consumo atuais (Oliveira, 2022, p. 27).

A saúde mental nem sempre aparece explícita, portanto, mas articulada com imagens e discursos que a abordam como resultado da adoção de determinados comportamentos relacionados com o mercado, a natureza, os animais, o melhoramento de qualidades da pessoa, a prática de exercícios, religião e espiritualidade, o consumo de produtos, entre outros. Esse conjunto de eventos parece associado com um contexto mais amplo de psicologização da vida social, mas ao mesmo tempo também parece ser o resultado da colocação de algumas ideias em novos lugares, como afirmei anteriormente. Um traço central, então, referente ao que foi tomado como dado na pandemia, é a utilização da saúde mental como uma forma de descrever um certo tipo de relação do sujeito com o mundo ao redor, com o próprio contexto de crise, consigo mesmo, fortalecendo uma ideia de saúde e de saúde mental como capacidades incontornáveis para habitar o tempo presente.

Como sugere Stengers (2009), diferentes formas de conexão entre participantes de uma prática podem ser assumidas no próprio curso da ação, definindo contextualmente o que é importante, que tipos de vínculo e de ação/relação se desprendem daí. A possibilidade de agência, portanto, aparece no curso da própria ação, e não como uma qualidade dada *a priori*. Mahmood (2006) sugeriu, igualmente, que a agência pode ser mais bem pensada em termos dos processos capazes de conduzir alguém à ação, deslocando a atenção das qualidades que tornam alguém um agente para os processos e articulações inerentes a relações.

Partindo do que propõe Neiman (2020), podemos perceber que a intensa circulação de “saúde mental” dispõe novos sujeitos em diferentes práticas e campos que cruzam terapias, tratamentos, religiões, saúde, bem como questões ecológicas, mercado, política e economia. Para Neiman (2020, s. p., tradução nossa):<sup>69</sup>

[...] a linguagem da “saúde mental” tem emergido como um discurso popular em seu próprio direito; um idioma usado pelo Estado, empresas, a mídia, e na linguagem cotidiana. Usada dessa forma, não se trata somente de “saúde mental” como um

---

<sup>69</sup> No original: “[...] *the language of ‘mental health’ has emerged as a popular discourse in its own right; an idiom used by the state, business interests, the media, and the laity in everyday language. Used this way, it is not only ‘mental health’ as a new axis of self-improvement and self-care, but as a feature of society and collective experience*” (Neiman, 2020, s. p.). Disponível em: <https://aesengagement.wordpress.com/2020/05/05/have-some-mental-health-the-black-summer-bushfires-covid-19-and-the-governance-of-psychic-retreat/>. Acesso em: 30 set. 2025.

novo eixo do empreendimento de si e do autocuidado, mas como um aspecto da sociedade e da experiência coletiva.

Para Neiman (*idem*), que avalia os impactos dos incêndios de 2020 na Austrália, eventos como esse são uma preparação sombria para as dificuldades do tempo presente, que nos últimos anos envolveram a pandemia, as crises ecológicas, a guinada liberal em vários governos no mundo, entre outras emergências. O aparecimento da saúde mental em toda sua força retórica, diz o autor, sinaliza um recuo do Estado em direção ao reino do psíquico como forma de recusar a possibilidade de construir um futuro mais habitável.

Comentários como esse sinalizam, inevitavelmente, a correlação estreita entre saúde mental, capitalismo e neoliberalismo. Em seu trabalho, Corbanezi (2021) compara a novidade que a saúde mental tem representado nas últimas décadas ao princípio da maximização da vida já descrito no conceito de biopolítica foucaultiano. Utilizando o trabalho de Robert Castel e de Alain Ehrenberg, Corbanezi (*idem*) reafirma que, diante dos imperativos da produtividade, da eficiência, da maximização infinita dos potenciais pessoais, interessaria mais investir na intensificação de um funcionamento normal do que compreender de modo amplo o impacto da modernidade na saúde. O paradigma da autonomia, central para os modelos terapêuticos praticados contemporaneamente, seria, na perspectiva de Corbanezi (2021, p. 138), “uma nova normatividade social”, cuja ausência denunciaria um fracasso insuportável na vida presente – o fracasso do aperfeiçoamento pessoal, do cultivo da produtividade e da eficiência, seja no trabalho ou nas relações pessoais.

As imagens, documentos e postagens que evoquei ao longo do texto colocam em movimento proposições sobre diversas ideias, mas, centralmente, sobre as qualificações necessárias para habitar o contemporâneo, no modo como saúde mental se tornou uma prescrição mais do que uma abordagem ampliada. Esse modo inespecífico e difuso de aparecimento da saúde mental, como talvez de outros conceitos mais abrangentes que atravessam o grande universo da saúde, está relacionado com o surgimento de “subpsiquiatrias” (*idem*). A constante ênfase na saúde mental como um conceito que ultrapassa a antiga doença mental e que também deve ser olhado de modo multidisciplinar incentiva a “multiplicação da função-psiquiatra no corpo social” (*idem*, p. 130). O dispositivo psiquiátrico não é, portanto, dissolvido pelas reformas

psiquiátricas e resulta na potencialização de outros lugares que desejam e que produzem regimes de verdade (Foucault, 2019).

Com efeito, diferentes instituições e agentes são convocados cotidianamente para promover a saúde mental e prevenir os problemas que lhe são relativos. Além da equipe multiprofissional e interdisciplinar que constitui o campo da saúde mental, atuam com esse propósito a mídia, a comunidade, a escola, a família, a empresa e, no limite, o próprio indivíduo, que, responsável por sua condição, deve se tornar uma espécie de psiquiatra de si mesmo (Corbanezi, 2021, p. 132).

Quando trago imagens que não necessariamente sinalizam uma correlação explícita com a saúde mental, tento imaginar justamente o potencial dessa inespecificidade para fazer circular esse modo de ser pessoa na contemporaneidade e que outras agências ele provoca. O ambiente virtual e a mediação algorítmica (Cesarino, 2021) evidentemente cumprem aí uma função central e que deve ainda ser avaliada para o caso da saúde mental, assim como sua correlação com o potencial do neoliberalismo de tornar o mercado “o princípio do governo dos homens e do governo de si” (Dardot; Laval, 2016, p. 34), aspectos que, enfim, ficam evidentes na crise gerada pelo coronavírus, que, em minha leitura, deixa ainda a dúvida sobre as transformações desejadas: se, de fato, é mesmo possível aproveitar a oportunidade de ir em direção a um novo modelo de sociedade.

## Referências

- ADAMS, M. Coming back down to Earth: exploring distress, loss and grief in the Anthropocene. *Mad in the UK*, [s. l.], 14 ago. 2020. Disponível em: <https://www.madintheuk.com/2020/08/distress-loss-grief-in-the-anthropocene/>. Acesso em: 5 jun. 2024.
- AFONSO, P. O impacto da pandemia de covid-19 na saúde mental. Cartas ao Editor. *Acta Médica Portuguesa*, [s. l.], v. 33, n. 5, p. 351-358, maio 2020.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- CAPONI, S. O sofrimento psíquico em tempos de neoliberalismo. In: DIEHL, E. E. et al. (org.). *Antropologias do contemporâneo: uma homenagem a Sônia Weidner Maluf*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2022. p. 121-136.

CESARINO, L. Antropologia digital não é etnografia: explicação cibernética e transdisciplinaridade. *Civitas: Revista de Ciências Sociais*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 304-315, 24 ago. 2021.

CIELLO, F. J. *Saúde mental, loucura e saberes: reforma psiquiátrica, interações e identidades em uma clínica-dia*. 2013. 162 fls. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

CIELLO, F. J. Sobre a loucura e sobre o social: práticas psiquiátricas contemporâneas e suas (re)configurações. In: REUNIÃO EQUATORIAL DE ANTROPOLOGIA, 5.; REUNIÃO DE ANTROPÓLOGOS DO NORTE E NORDESTE, 14., 2015, Maceió. *Anais [...]*. Maceió: [s. n.], 2015. p. 1-21. Disponível em: <https://evento.ufal.br/anaisreaabanne/>. Acesso em: 30 set. 2025.

CIELLO, F. J. *A vida do diagnóstico*. 2019. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

CIELLO, F. J. Sujeitos, histórias e doenças no campo da saúde mental: notas para uma antropologia do diagnóstico. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 32., 2020, Rio de Janeiro. *Anais [...]*. Maceió: EDUFAL, 2020. p. 1-10. Disponível em: <https://www.anais.rba.abant.org.br/32rba/>. Acesso em: 3 jul. 2025.

CORBANEZI, E. *Saúde mental, depressão e capitalismo*. São Paulo: Editora UNESP, 2021.

DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DUMONT, L. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

FARO, A. *et al.* Covid-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, p. e200074, 2020.

FOGAÇA, P. C. *et al.* Impacto do isolamento social ocasionado pela pandemia de covid-19 sobre a saúde mental da população em geral: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 10, n. 4, e52010414411, 2021.

FOUCAULT, M. *O governo de si e dos outros*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. Precisamos de mais psiquiatria? *Mad in Brasil: Ciência, Psiquiatria e Justiça Social*, [s. l.], 2022. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2022/12/precisamos-de-mais-psiquiatria/>. Acesso em: 5 fev. 2023.

KLEIN, N. *The shock doctrine: the rise of disaster capitalism*. Nova Iorque: Metropolitan Books, 2007.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento sociais pela covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. e300214, 2020.

MAHMOOD, S. Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egito. *Etnográfica*, Lisboa, v. 10, n. 1, p. 121-158, maio 2006.

MALUF, S. W. Por uma antropologia do sujeito: da pessoa aos modos de subjetivação. *Campos: Revista de Antropologia*, [s. l.], v. 14, n. 1/2, p. 131-158, dez. 2013.

MALUF, S. W. Biogitimacy, rights and social policies: new biopolitical regimes in mental healthcare in Brazil. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, Brasília, v. 12, n. 1, p. 321-350, jan. 2015.

MALUF, S. W. Antropologia em tempo real: urgências etnográficas na pandemia. Antropologia na Pandemia. *INCT Brasil Plural*, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://brasilplural.paginas.ufsc.br/antropologia-na-pandemia/antropologia-em-tempo-real-urgencias-etnograficas-na-pandemia/>. Acesso em: 5 fev. 2023.

MALUF, S. W. Janelas sobre a cidade pandêmica: desigualdades, políticas e resistências. *TOMO*, São Cristóvão, n. 38, p. 251-285, jan./jun. 2021.

NEIMAN, A. Have some mental health: the black summer bushfires, covid-19, and the governance of psychic retreat. *Engagement*, [s. l.], 5 maio 2020. Disponível em: <https://aesengagement.wordpress.com/2020/05/05/have-some-mental-health-the-black-summer-bushfires-covid-19-and-the-governance-of-psychic-retreat/>. Acesso em: 6 fev. 2023.

OLIVEIRA, A. B. M. *Quem fala de que? Saúde mental como produto, Instagram como mercado*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Centro de Educação, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2022.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Nova Iorque: OMS, 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 6 fev. 2023.

ORNELL, F. et al. "Pandemic fear" and covid-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 42, p. 232-235, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>.

RAONY, I. et al. Psycho-neuroendocrine-immune interactions in covid-19: potential impacts on mental health. *Frontiers in Immunology*, [s. l.], v. 11,

p. 1-15, 2020. Sec. Multiple Sclerosis and Neuroimmunology. DOI: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01170>.

RIBEIRO, E. G.; NOGUEIRA, J. de O. Saúde mental na perspectiva do enfrentamento à covid-19: manejo das consequências relacionadas ao isolamento social. *Enfermagem e Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 47-57, 2020.

RIBEIRO, Í. A. P. *et al.* Isolamento social em tempos de pandemia por covid-19: impactos na saúde mental da população. *Enfermagem Atual in Derme*, Rio de Janeiro, v. 92, n. 30, p. 4-5, abr./jun. 2020.

RUSSO, J. *O corpo contra a palavra: as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1993.

SAFATLE, V. Introdução – Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N. da; DUNKER, C. (org.). *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 7-35.

SANTANA, V. V. R. da S. *et al.* Alterações psicológicas durante o isolamento social na pandemia de covid-19: revisão integrativa. *Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, Uberaba, v. 8, suppl. 2, p. 754-762, 2020.

SANTOS, B. de S. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Grupo Almedina, 2020.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (covid-19). *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, p. e200063, 2020.

STENGERS, I. Including nonhumans in political theory: opening Pandora's box? In: BRAUN, B.; WHATMORE, S. J. (org.). *Political matter: technoscience, democracy, and public life*. Mineápolis: University of Minnesota Press, 2009. p. 3-33.

WHITE, R. G. Mental wellbeing in the Anthropocene: socio-ecological approaches to capability enhancement. *Transcultural Psychiatry*, [s. l.], v. 57, n. 1, p. 44-56, 2020.

## Parte II

Relatos de sofrimento:  
experiências e narrativas em  
tempos de pandemia

# As lutas, o luto: notas sobre o adoecimento, o sofrimento e a morte na pandemia de covid-19

Érica Quinaglia Silva

## Introdução

O rastro de sofrimento provocado por mais de três anos de enfrentamento ao novo coronavírus se estende a um contexto de pós-pandemia de covid-19. Os efeitos prolongados dessa doença incidem sobretudo na saúde mental da população mundial, que enfrentou o adoecimento e a morte e ainda lida com os impactos de um luto coletivo.

Nessa esteira, em um contexto local, trago algumas notas de uma autoetnografia das lutas travadas que culminaram com perdas inestimáveis, particularmente a do meu pai, médico que foi contaminado pelo vírus. Tendo vivenciado 82 dias de acompanhamento diuturno dele em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), busco refletir sobre o tratamento, as trocas entre a equipe e o então “paciente” e o morrer.

O que acontece quando é o profissional da saúde que passa a ter uma doença incurável e a ocupar o outro lado da atenção à saúde? Há algum cuidado com os familiares de pessoas sem possibilidades terapêuticas de cura? Quais sentidos dar aos liames entre a vida e a morte quando uma pesquisadora da bioética começa a enfrentar, não na teoria, mas na prática, a iminência da perda de um ente querido?

Para essa reflexão, percorro apontamentos escritos e gravados em áudio que teci nesses meses, além de imagens produzidas durante a internação. Apresento dados da minha experiência, mas também de narrativas que foram compartilhadas por outras pessoas com quem convivi no hospital.

Meu objetivo é entender os atravessamentos dessa tragédia pela qual passamos, os processos de adoecimento, sofrimento e morte, e

algumas respostas a eles. Amplio essa análise de uma vivência pessoal para uma consideração social da crise política que se conjugou à crise sanitária no Brasil.

## A autoetnografia como método

Na autoetnografia, a antropóloga parte de sua própria experiência para refletir sobre questões da sociedade a que pertence (Gama, 2020). Como pesquisadora e participante da pesquisa são a mesma pessoa, esse método é valioso por permitir expor invisibilidades e silenciamentos (Grant, 2014), que, de outro modo, dificilmente seriam (re)conhecidos. Trata-se de uma pesquisa que aposta na reflexividade como mecanismo de apresentação de si e de análise de outrem e que mostra, portanto, experiências que extrapolam aquelas da pessoa que narra, podendo ser reconhecidas por outras pessoas que compartilham vivências semelhantes às da pesquisadora (Gama; Raimondi; Barros, 2021).

Se tomarmos Mariza Peirano (2008, 2014) como referência, podemos expandir o sentido da (auto)etnografia e entendê-la não apenas como método, mas como “teoria em ação” ou a própria “teoria vivida”. É dessa escrita de si, ou “escrivência” (Evaristo, 2008), que parto para explorar e elaborar uma experiência pessoal, que é, ao mesmo tempo, ancorada em vivências social e culturalmente compartilhadas, *re-sentidas* por diferentes pessoas que também sofreram perdas durante a crise sanitária provocada pela disseminação do novo coronavírus.

Ao navegar nas águas misteriosas e imprecisas da memória, desafio as águas certeiras da história (Evaristo, 2008) e provooco a repensar a noção de “novo normal”, que nada tem de natural, no contexto de pós-pandemia de covid-19. Ao contrário, evocar e escrever sobre essa memória vivida não significa reviver, e sim reconstruir essa experiência do passado (Evaristo, 2008), que ainda se faz presente, e *reexistir*<sup>70</sup> a ela.

Não são “dados”, e sim “vivências” (Gama, 2020) narradas, insurgentes, compartilhadas entre mim e outras pessoas, particularmente outros parentes de experientes,<sup>71</sup> com quem pude conversar e trocar

---

<sup>70</sup> Este é um neologismo que busca congrega possibilidades de existência e resistências diante das crises sanitária e política vivenciadas nos últimos anos, especificamente no Brasil (Quinaglia Silva, 2020).

<sup>71</sup> Este é um neologismo de autoria de Ana Paula Müller de Andrade e Sônia Maluf (2017) que se refere às pessoas com algum sofrimento mental, em substituição a

sentimentos e emoções. Observação participante, entrevistas e conversas informais compuseram as técnicas da autoetnografia realizada. Textos, áudios e imagens foram registrados em meu celular para que eu pudesse estudar e entender a doença, bem como obter informações e orientações de profissionais da saúde. No momento da internação do meu pai, o intuito era curá-lo; embora tenha sido pretensioso, permitiu-me cuidar dele. Neste momento, esses registros servem para que eu possa elaborar os processos de adoecimento e perda do meu pai.

O trabalho de campo aconteceu presencialmente no hospital, durante os 82 dias em que o acompanhei diuturnamente em uma UTI, além de ter envolvido outras experiências acadêmicas e pessoais com pessoas que foram igualmente infectadas pela covid-19 e/ou que perderam parentes ou amigos/as devido a essa doença e profissionais da saúde.

Ao rememorar o passado, sonho com outro futuro possível, invento outro destino (Evaristo, 2008) para o meu pai, para mim, para nós. Não somente o direito, mas o dever à memória e o reconhecimento do sofrimento social decorrente da emergência de saúde pública que vivenciamos servem para reparar traumas individuais e coletivos e criar projetos comprometidos com a vida mesma. Esta voz que desafia o tempo anseia por uma outra noção de “normalidade”.

## Ele

*José Carlos Quinaglia*

O meu pai, José Carlos Quinaglia, nasceu na década de 1950 no interior de São Paulo, em São José do Rio Preto, cidade que ele apelidou carinhosamente de Black River. Ele adorava falar inglês, talvez por não ter tido a oportunidade de aprender essa e outras línguas na infância e na adolescência. Como veio de uma família pobre, enfrentou muitas dificuldades para poder estudar. No entanto, apesar de serem semianalfabetos, os seus pais, o vovô Zuza e a vovô Neyde, vislumbraram nos estudos uma possibilidade de mudança dessa condição socioeconômica precária.

---

“pacientes” e “usuários”, por serem elas sujeitos dessa experiência. Extrapolo esse sentido para abarcar pessoas com experiências de sofrimento emocional, mas também social, espiritual e, sobretudo, físico, decorrente da contaminação pelo SARS-CoV-2.

O meu pai contava, com um misto de vergonha e orgulho, que tinha apenas uma calça de lã (apesar do calor que fazia na cidade) e uma blusa para ir à escola. Inicialmente, ia de caminhão com o pai, o meu avô; depois, de ônibus; e, por fim, de bicicleta, bem cedo, e nunca faltava uma aula, mesmo que estivesse muito doente. Em uma ocasião, ele insistiu em ir à escola, mas a professora precisou telefonar para que o buscassem. Estava tão debilitado que, quando os seus pais chegaram, encontraram-no embrulhado no casaco dessa professora, tiritando de febre.

Também começou a trabalhar desde a tenra idade, com apenas 9 anos, como “escravinho do Guido” (porque não recebia pelo trabalho) em uma farmácia. Não parou mais. Com 16 anos, foi *office boy* em um escritório de advocacia. Nessa época, como a irmã dele, a minha tia Verinha, tinha uma excursão da escola ao Rio de Janeiro com a qual os meus avós não tinham condições de arcar, ele juntou o seu dinheiro e pagou a viagem. Nesse mesmo período, com esse mesmo salarinho, comprou um título do Palestra Esporte Clube, que permitiu a ele, às suas irmãs e aos seus pais frequentar piscinas, esportes e bailes, inclusive muitos carnavais. Educação e trabalho eram atividades consideradas basilares para a minha família. E o meu pai continuou a ajudar financeira e afetivamente os seus familiares durante toda a vida.

Destacou-se nos estudos e conseguiu ser aprovado no vestibular para medicina na Universidade de Brasília (UnB) na década de 1970. Nesse momento, necessitou de ajuda para viver em outra cidade. Para visitar os pais, pedia carona. Muitas vezes, precisou dormir no caminho, em postos de gasolina, até completar a viagem. Morou na área de serviço do apartamento de uma senhora, dona Odete, na Asa Norte. Chegou a passar fome. Um dia, sem dinheiro, teve que pedir comida a ela, que lhe deu uma cesta na qual tinha macarrão. Depois de fazer uma panela cheia dessa massa, serviu-a a um monte de gente que apareceu para almoçar. Não sobrou nada para o jantar. Ele também continuou a ajudar durante toda a vida, com dinheiro e afeto, as pessoas necessitadas ao seu redor, mesmo quando ele também passava necessidades.

Quando nasci, na década de 1980, tive o privilégio de já ter uma casa confortável e uma vida sem qualquer dificuldade financeira. Contudo, as lições deixadas pelo meu pai até ele conseguir alcançar esse resultado exitoso serviram de exemplo para que os estudos e o trabalho fossem prioridade tanto para mim quanto para os meus irmãos. Aliás, eu e o meu pai somos muito parecidos em quase tudo: não apenas fisicamente, como também na obstinação por tirar as melhores notas

na escola e por se superar cada vez mais no trabalho; ainda, é possível acrescentar estes adjetivos que nos caracterizam: perfeccionistas, teimosos e determinados.

Como cardiologista, o meu pai ocupou diversos cargos, entre os quais fundador e primeiro presidente da Sociedade Centro-Oeste de Cardiologia; segundo-secretário da Sociedade Brasileira de Cardiologia; chefe da Unidade de Cardiologia e vice-diretor e diretor do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF); subsecretário de atenção à saúde do Distrito Federal; além de acadêmico da Academia de Medicina de Brasília. Era concursado do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Mesmo após ter construído uma carreira renomada como profissional da saúde, resolveu se dedicar à pesquisa e foi aprovado nas primeiras colocações no mestrado em cardiologia e no doutorado em ciências médicas, ambos na UnB, quando já tinha o dobro da idade de seus colegas de turma. Isso é motivo de muita admiração para mim. Conto esse feito, com orgulho, a meus/minhas discentes na UnB, onde sou professora. Ademais, o meu pai se tornou o meu colega, igualmente professor, comprometido com o ensino de medicina na Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs).

Para além dos títulos e das funções que conquistou como médico, do ensino e da pesquisa a que se consagrou como professor e pesquisador, o meu pai sempre foi dedicado à família. Construí-la, juntamente com a minha mãe, Odimary, foi, a meu ver, a sua maior façanha.

De minha infância, lembro-me das diversas viagens de carro que fizemos para Black River: saíamos de madrugada de Brasília; enchíamos o carro de comida (penso especificamente nos biscoitos e doces); ouvíamos A Turma do Pererê, *jazz* e música clássica (quando aprendi a apreciar esses estilos musicais); admirávamos a natureza, que se modificava na estrada à medida que deixávamos o Cerrado e atravessávamos a Mata Atlântica; conversávamos por horas a fio (menos a minha mãe e a minha irmã, que dormiam no caminho); e, antes de chegar, tomávamos suco natural de abacaxi em uma barraquinha na beira da estrada. Era uma alegria visitar os nossos avós, tias e primos.

Recordo ainda os sonhos, aqueles pãezinhos recheados de doce de leite, que o meu pai comprava na padaria e trazia no fim do dia para mim e os meus irmãos, Thiago e Caroline. Também escondia balinhas nos bolsos das calças e das blusas para procurarmos assim que ele chegava do trabalho. Uma outra brincadeira era a de monstro: ele corria para nos pegar e, quando conseguia, ou fazia cosquinhas “de faquinha”

(côcegas com uma certa força, uma brincadeira herdada do vovô Zuza), ou segurava os nossos braços acima de nossas cabeças e simulava que babaria em cima da gente, segurando a saliva antes de ela escapar pela boca.

A cada dia o meu pai nos colocava para dormir com uma história diferente: eram suas aventuras de infância, nas quais fugia para nadar pelado em um rio onde tinha jacaré; pulava o muro para pegar frutas das árvores no quintal do vizinho; uma vez, na qual felizmente ninguém se machucou, uma molecada subiu na carroceria de um caminhão usado no trabalho pelo seu pai, o meu avô, e ele, com apenas 6 anos, entrou na cabine e desengatou o veículo, que desceu ladeira abaixo em uma velocidade frenética e bateu em uma casa no fim da rua; outra vez, em uma pescaria, lançou por acidente o anzol de sua vara na própria perna, o qual ele mesmo retirou, com medo do pai. Afinal, essas peripécias acabavam frequentemente com uma surra que ele levava do vovô Zuza.

Ele, a minha mãe, os meus irmãos e eu, além de constituirmos uma família, sempre fomos muito amigos: conversamos, brigamos, brincamos, trocamos experiências, conselhos e ideias, saímos, almoçamos e jantamos (as refeições em família sempre foram sagradas) e fizemos caminhadas tradicionais nos domingos (aliás, o meu pai sempre praticou e incentivou que praticássemos exercícios, que considerava serem modos de cuidado com o corpo e a mente). O meu pai e a minha mãe sempre foram o nosso porto seguro: estiveram presentes em todos os momentos de nossas vidas.

Nos encontros da turma dele de medicina ou em festas de casamento e formatura, dançávamos juntos. O meu pai exercia uma atração nessas comemorações: inaugurava e fechava as pistas de dança e inspirava todos com sua energia e alegria. Esta é uma outra lição do meu pai: ele dançava livremente, e não apenas músicas. O meu pai vivia intensamente tudo o que fazia: fosse nos estudos, no trabalho, nos abraços profundos e demorados, nas risadas explosivas ao ouvir alguma piada ou algo que considerasse engraçado, nas brincadeiras com os filhos e os netos, na própria vida conosco compartilhada.

O meu pai também foi muito dedicado às pessoas de quem cuidava. Ele contava que essa entrega a outrem brotou nele desde menino, quando fez um curativo em um senhor que havia se machucado na rua. Quando adulto, trabalhava incansavelmente: saía diariamente às 6 horas da manhã e retornava à casa dele e da minha mãe depois de 22h (muitas vezes, chegava após as 23h). Atuava nos serviços público e privado. Visitava essas pessoas, sem distinção, em suas casas nos fins

de semana. Quando iam ao consultório e não podiam pagá-lo, ele as assistia gratuitamente. Conhecia cada uma dessas pessoas, que tratava não como pacientes, mas como amigas.

Nas nossas adolescências, a minha irmã e eu trabalhamos por alguns meses como secretárias dele em sua clínica recém-aberta. Lembro que precisávamos brigar com ele para que cumprisse os horários: marcávamos as consultas a cada meia hora, e ele permanecia com cada um/a de quem cuidava por pelo menos uma hora (às vezes, chegava a duas horas de atendimento). Ele buscava oferecer uma atenção integral a essas pessoas: considerava que a saúde abarcava não somente a dimensão física, mas também as dimensões emocional, social e espiritual.

Aliás, ele dizia que, se não tivesse feito cardiologia como especialidade médica, teria escolhido psiquiatria porque gostava muito de ouvir as pessoas de quem cuidava. Quando havia demanda, também abordava questões relacionadas à espiritualidade/às religiosidades. Exercia o amor ao próximo em seu cotidiano, fosse por meio de doações a pessoas em situações de vulnerabilidade e a dezenas de instituições pertencentes a diversas religiões, fosse por palavras afetuosas direcionadas a conhecidos e desconhecidos, fosse pelo cuidado obstinado e assíduo que exercia na sua profissão. Cuidava de pessoas e de almas.

Também tinha muita fé em Deus e certeza de que a vida é apenas uma passagem, de aprendizado incessante. Buscava corrigir suas falhas continuamente.

Seu amor se estendia às plantas e aos animais. Apreciava e conversava com a natureza. Não raramente tinha alguma abelha passeando entre seus dedos, que ele gentilmente conduzia para um espaço aberto no qual ela pudesse voar. Tinha uma cadela, a Mafalda, que dizia ser sua segunda companheira.<sup>72</sup> A primeira era a minha mãe, que ele denominava amorosamente de “alma gêmea de minha alma”, trecho de um poema espírita atribuído a Emmanuel e psicografado por Chico Xavier.

O meu pai não era, obviamente, perfeito, mas para mim foi um verdadeiro herói. E foi com o intuito de continuar a cuidar dos milhares de pessoas que atendia (somente no consultório, sua secretária nos

---

<sup>72</sup> A Mafalda era tão ligada ao meu pai que, mesmo sendo nova e sem problemas de saúde, morreu alguns dias após a partida dele. A veterinária que a acompanhava comparou exames que ela fez em um intervalo de semanas e só conseguiu explicar o adoecimento e a morte dela como consequências da perda do meu pai.

contou que assistia pelo menos 2 mil pessoas) que, após cumprir o distanciamento social e o consequente isolamento domiciliar no ano de 2020 com muita insistência minha e da minha família, sobretudo por ser uma pessoa idosa, ele voltou a trabalhar em 2021.

## Notas sobre o adoecimento, o sofrimento e a morte na pandemia de covid-19

O ano de 2021 se iniciou com a perda do meu tio-avô Antônio. Patriarca da família, irmão da minha avó Dindinha, mãe da minha mãe, ele estava com câncer metastático, em estado terminal, quando contraiu o novo coronavírus. Não resistiu à agressividade dessa doença, ainda mais devastadora do que a primeira.

Em seguida, foi o meu pai que adoeceu. No dia 18 de março à noite, após manifestar alguns sintomas, diarreia, tosse e febre, ele fez um exame, o Swab nasofaríngeo. No dia 19 de março de manhã, saiu o resultado. Ele me telefonou para informar: “Filha, estou com covid-19”.

Essas palavras atingiram a minha alma. Eu e a minha família tínhamos feito o que estava ao nosso alcance para que ele não pegasse essa doença: conversamos e chegamos mesmo a implorar para que ficasse em casa; ajudamos com o uso da tecnologia, computador e celular, para que mantivesse suas atividades de modo virtual; quando decidi de fato voltar a trabalhar presencialmente, compramos equipamentos de proteção individual, máscaras, *face shield*, aventais, luvas, além de álcool; e rogamos com afincos para que vacinas estivessem disponíveis no país com a urgência necessária à situação de calamidade que vivenciávamos.

Embora, como mencionado, o meu pai tivesse ficado isolado em 2020, ele insistia em voltar a atuar nos serviços público e privado, no HBDF e em seu consultório, aos quais se dedicara durante a vida inteira, por cerca de 40 anos, e também na Escs.

Certo dia, em casa, durante a pandemia, já em 2021, um homem que trabalhava em uma casa vizinha sentiu-se mal. Na rua, o meu pai ajudou-o prontamente. Eu estava com ele na ocasião. Acabamos por nos esquecer, naqueles minutos, da alta transmissibilidade da covid-19. O meu pai pensava mais uma vez e apenas em cuidar. Aproveitou para reiterar algo que repetia para mim e a minha família: “Viu, filha! Não posso continuar isolado em casa. As pessoas de quem cuido precisam

de mim”. Voltou, então, contra os nossos pedidos, a atuar como médico, professor e pesquisador. Esta era a vida dele: como anteposto, o meu pai sempre foi um profissional incansável.

Quando soube do diagnóstico dele, no dia 19 de março, fui imediatamente para a casa dele e da minha mãe. Acabara de fazer uma aula de ginástica por chamada de vídeo. Nem troquei de roupa. A minha mãe ficou isolada na casa da minha irmã, do meu cunhado e dos meus sobrinhos. O meu irmão morava fora do Brasil na ocasião. O meu pai foi o único a pegar covid-19 desse nosso núcleo familiar que mantinha contato. No dia 19 de março, saí de casa, deixei o meu marido e permaneci na casa dos meus pais, com o meu pai, até o dia 27 de março.

Nesse dia, ele piorou. Precisamos ir ao hospital. De lá ele não saiu mais.

Durante os 82 dias de internação dele, em São José do Rio Preto, a minha tia-avó Maria Lúcia, irmã do meu avô Zuza, e o filho dela, Márcio, primo do meu pai, também adoeceram e nos deixaram. Depois, sofremos igualmente a perda da vovó Neyde. Foram tantas lutas e mortes que se tornou impossível vivenciarmos e elaborarmos os lutos que se seguiram um após o outro.

Essas foram as partidas na família. Além delas, experienciei a morte da tia Lu, mãe da Thaís, minha amiga da escola; do Ronaldo e do Ribamar, ambos vizinhos de quarto do meu pai no hospital.

Na UTI, vi muito sofrimento de pessoas que acompanhavam seus entes queridos, alguns dos quais não conseguiram igualmente sobreviver. Conheci a Valéria. Conheci também as irmãs Isolete, Marlene e Lúcia. Quais terão sido os caminhos traçados pela Lígia e pela Dona Terezinha, mães delas, respectivamente? Sobreviveram ou nos deixaram? O marido da Isolete também estava lá. Mãe e marido. Só consigo imaginar um sofrimento assim, em dobro ou mesmo múltiplo, porque também tive de suportá-lo. Elas permaneceram no hospital pelo menos até o dia 17 de junho de 2021, quando as deixei sozinha, sem o meu pai.

Foram 82 dias. Estive em todos eles ao lado do meu pai.

No dia em que chegamos, embora se tratasse de um hospital particular, houve demora no atendimento. Ainda no pronto-socorro, tive medo de permanecer no *box* com ele. Afinal, eu não estava contaminada. Não peguei covid-19.

O medo sumiu quando o médico assistente dele me informou ser grave o estado de saúde. Liguei para o meu irmão, que é, como o meu pai e a minha mãe, igualmente médico: “O que faço?”. Ele me falou

para escolher se continuaria lá ou se o acompanharia virtualmente, consciente do risco que eu corria. Fiquei.

Lembro-me de ter colocado o corpo dentro do *box* e a cabeça para fora, no corredor, para tentar buscar “ar puro”. Uma das enfermeiras pediu que eu entrasse no *box* e fechasse a porta. Não podia ficar parcialmente no corredor.

Aliás, essa minha tentativa de proteção era uma ilusão. O pronto-socorro estava lotado. O hospital estava lotado. Estávamos vivenciando a segunda onda da covid-19 no país.

Precisávamos de vaga na UTI. Não havia vaga. O pesadelo de meses estava apenas começando.

O meu pai, ainda acordado, brincava comigo e também com a minha mãe e os meus irmãos, que nos acompanhavam por chamadas de vídeo, para nos acalmar. Estava, contudo, muito sonolento e precisava se manter acordado para usar a máscara de VNI.<sup>73</sup> “Pai, acorde. Feche a boca!” Ele não podia deixar a boca aberta para evitar uma broncoaspiração. Mas ele não conseguia conter o sono, sintoma da doença em sua forma grave.

Antes de o meu pai conseguir um leito na UTI, ficamos, ele e eu, dois dias no pronto-socorro. Durante um dia e meio, ele esteve acordado comigo.

De meio-dia do domingo, dia 28 de março, até as 2 horas da manhã do dia 29 de março, liguei e mandei mensagens para todas as pessoas com quem tinha contato, amigos/as e colegas meus/minhas e também amigos/as e colegas do meu pai. Ainda não havia vaga na UTI.

Não foi uma luta solitária. O Marcos Santos, enfermeiro a quem chamo afavelmente de doutor, e a Edilene Nascimento, um na noite de sábado e a outra no domingo, estiveram ao meu lado.

Também a minha mãe, o meu irmão e a minha irmã, além do Leonardo, o meu marido, e da Laura, a minha amiga fiel, travaram essa batalha comigo, mesmo a distância. O hospital se mobilizou, então, para abrir mais leitos na UTI.<sup>74</sup>

---

<sup>73</sup> A máscara de ventilação não invasiva (VNI) é um suporte ventilatório indicado para pessoas com covid-19 (nota da autora).

<sup>74</sup> Tenho uma lista de mais de uma centena de pessoas que merecem agradecimentos pela perseverança na busca pelo referido leito e também pelo cuidado despendido ao meu pai. Não poderia citar nomes dos/as profissionais da saúde que atuaram com zelo no hospital pelo risco de deixar escapar algum/a. Fora do hospital, menciono o carinho especial dos grupos Mocidade Eterna e Amigos Eternos, de que o meu pai fazia parte, particularmente o Dr. Adilson C. Oliveira, o Dr. Nelson Diniz,

Sou eternamente grata a essas pessoas e a cada um/a dos/das profissionais da saúde que dedicaram trabalho e tempo para cuidar do meu pai, em especial o Dr. Mauro Takao Suzuki, amigo da família, e o Dr. Thiago Fuscaldi, segundo médico assistente dele.

Foram dois dias sem comida, sem água e sem sono. Não retirei as máscaras (eu usava três) e o *face shield* do rosto nem nesses, nem nos demais dias em que estive no hospital. Fui definhando com o meu pai. Cheguei a pesar 46 quilos.

Vi e vivenciei o terror nesses dois dias. Insisti para o meu pai ficar desperto quando ele precisou usar a máscara de VNI quatro vezes. Esforcei-me para aprender o que fosse possível de medicina para entender o que se passava com o corpo do meu pai, conhecer a doença e tentar mantê-lo vivo. Perdi qualquer controle que imaginei ter. Corri nos corredores. Chamei médicos/as, enfermeiros/as, fisioterapeutas. Chorei. Gritei. Pedi. Supliquei. Calei-me.

Ao lidar com o desconhecido, de início, autorizei-me a segurar apenas os pés do meu pai. Depois, em pouco tempo, passei a tocar as mãos dele. Em seguida, fiz carinho na sua cabeça, nos seus cabelos. Senti, mesmo com a interferência das luvas que usei por alguns dias, o calor da pele dele. Quis abraçá-lo. Não pude.

Antes da sedação, conversei com ele sobre lembranças boas da infância, aquelas viagens a Black River, o trajeto delas, a parada para tomar suco de abacaxi na barraquinha antes de chegar à cidade, os sonhos compartilhados no fim do dia, as balinhas escondidas no corpo dele para encontrarmos. São tantas memórias! O meu pai foi o melhor do mundo.

Quando ele começou a tossir, mesmo sem conseguir parar, já com indicação de intubação, pediu para ver antes o resultado do seu eletrocardiograma. Entendeu sua situação. Ficou em silêncio. O meu pai foi o melhor médico do mundo.

Antes da intubação, ainda pude dizer a ele: “Te amo, pai!”. E tive o privilégio de ouvir como suas últimas palavras: “Também te amo, filha!”.

---

o Dr. João Carlos Cendron, o Dr. Paulo Juvenal Alves, o Dr. Andrei C. Sposito, o Dr. Osório Rangel de Almeida, o Dr. Dermeval Malaspina Júnior e o Dr. Edmur Carlos de Araújo, além do escritório Figueiredo & Velloso Advogados Associados, particularmente o Ticiano Figueiredo, o Pedro Ivo Velloso, o Daniel Mesquita, o Diego Barbosa Campos, o Francisco Agosti e o Felipe Pontes. Também agradeço aos/às amigos/as e colegas do meu pai do HBDF e da Escs.

## Experientes ou pacientes? A destituição do estatuto de sujeito de pessoas fora de possibilidades terapêuticas de cura

Os 80 dias seguintes foram de luta contra a morte. Depois de dois dias, conseguimos finalmente uma vaga na UTI. Um episódio no trajeto deu ensejo a uma reflexão sobre todo o período de internação dele. Além de leitos, também faltavam insumos no hospital. Havia apenas um cilindro de oxigênio para transportar o meu pai de um andar para o outro e chegar à UTI. A equipe de profissionais da saúde improvisava nesse transporte: também faltavam recursos humanos. Nessa improvisação, deixaram escapar oxigênio desse único cilindro disponível. Perguntei se haveria oxigênio suficiente para que o meu pai chegasse ao leito no andar superior. O médico respondeu secamente: “Não sei. Estamos em guerra”.

A metáfora do combate à pandemia de covid-19 como guerra suscita diversos questionamentos. Por pior que fosse o cenário, por que adotar esse discurso? O que se combatia? Certamente, o vírus. Mas como lidar com as pessoas, tanto aquelas doentes quanto seus familiares? Eram igualmente inimigas? A resposta do médico feriu-me como uma arma.

Ao percorrer apontamentos escritos e gravados em áudio que teci nesses meses, além de imagens produzidas durante a internação, deparei-me com as complicações decorrentes do novo coronavírus, diagnósticos de outras doenças que acometeram o meu pai e indicações de diferentes terapêuticas. As referências para acessá-lo passaram a ser os equipamentos, os monitores e seus dados de pressão e saturação, além das doses dos medicamentos usados e dos inúmeros exames de sangue, tomografias de crânio, tórax e abdômen (Figuras 4, 5 e 6).

O meu pai foi sendo paulatinamente despersonalizado: a mediação por máquinas acabou por substituí-lo por elas. Como um corpo deitado, deixou de ser “Dr. José Carlos Quinaglia” e passou a ser tratado como “Seu José”. A cada profissional da saúde que se aproximava de seu leito eu o nomeava com veemência e insistência: “Ele é o Dr. José Carlos Quinaglia”. Como resposta, chamavam-no de “Seu José”.

Figuras 4, 5 e 6 – Equipamentos e monitores



Fonte: arquivo pessoal

Penso nos inúmeros Josés e nas inúmeras Marias que sofreram e sofrem esse processo violento de despersonalização, quando passam a ser vistos como corpos deitados, por meio de máquinas e monitores. Para mim, o choque era claro porque o meu pai mudou de lado: de médico passou a ser paciente. E a minha avó Neyde? E os meus tios-avós Antônio e Maria Lúcia? E o Márcio, a tia Lu, o Ronaldo e o Ribamar? E a Lúgia e a Dona Terezinha? Como foram tratados/as pela perspectiva biomédica?

Há uma destituição do estatuto de sujeito de pessoas fora de possibilidades terapêuticas de cura que precisa ser questionada. Silenciadas, essas pessoas são consideradas pacientes, seres passivos, e não experientes, sujeitos de uma experiência de sofrimento. Essa despersonalização é também um processo de desumanização (Butler, 2020). Trata-se de uma verdadeira violência, capaz de acarretar um trauma, praticada contra pessoas que adoecem e também seus familiares.

A forclusão, não apenas do Nome-do-Pai (Lacan, 2020), como também dessas pessoas, em geral, tratadas por meio de parâmetros biomédicos, e não mais como sujeitos, pelos/as profissionais da saúde, se estendeu na pandemia de covid-19 à atuação do próprio Estado em relação a elas. Não bastasse a usual despersonalização empregada por estratégias fármaco-médicas baseadas em um modelo biologicista-fisicalista, houve uma verdadeira desumanização das pessoas contaminadas pelo novo coronavírus, que passaram a ser consideradas como números.

O Estado “deixou viver” determinados indivíduos e grupos sociais e “fez morrer” outros. Há populações cujas vidas são consideradas menos valiosas e que acabam, portanto, obrigadas a suportar a carga da fome, do subemprego, da privação de direitos, da exposição à violência e da morte. É sobre elas que recaem os efeitos arbitrários da violência estatal (Butler, 2015). A sociedade não é toda ela compreendida na dimensão do “todos” no que se refere à concepção da saúde (e da vida, além de outros direitos fundamentais) como um direito de todos e um dever do Estado (Brasil, 1988; Quinaglia Silva, 2020, 2021).

Foi essa política da morte (Mbembe, 2018) que também selecionou as mortes possíveis, aquelas que não eram passíveis de luto, no contexto pandêmico: populações indígenas, quilombolas, periféricas e também idosas arcaram com os efeitos mais nocivos da covid-19 (Quinaglia Silva, 2020).

Embora essa doença tenha atingido, de antemão, países e populações de modo igualitário, considerando-se se tratar de uma pandemia, seus efeitos tiveram raça/cor, classe, gênero e idade, sobretudo em um governo que agiu discricionariamente na garantia de direitos (Quinaglia Silva, 2020, 2021). Houve, por conseguinte, uma distribuição desigual do sofrimento.<sup>75</sup>

Nesse contexto, dentro da UTI, eu e outros familiares trouxemos fotos com imagens de momentos compartilhados com nossos entes queridos, áudios com mensagens de outros parentes e amigos/as, músicas e outros objetos caros a nós (Figura 7). Também conversamos sobre eles/elas nos corredores. O meu pai e eu relemos juntos *O velho e o mar*, de Ernest Hemingway. Esses foram os nossos recursos para resgatar essas identidades usurpadas e tentar voltar do abismo doloroso e trágico que descambava para a loucura.

---

<sup>75</sup> A expressão “distribuição desigual do sofrimento”, usada para caracterizar as experiências de diferentes sujeitos sociais diante da pandemia, foi usada por Sônia Maluf em 2020 em sua apresentação intitulada “Os sofrimentos desiguais: subjetividade, afetos e saúde mental na pandemia”. Essa apresentação ocorreu no dia 22 de maio de 2020 como parte da roda de conversa “Saúde mental e pandemia: contribuição das ciências humanas e sociais” no webinar *Conexões em saúde mental, realidades coletivas na luta antimanicomial*, organizado pela Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais.

Figura 7 – Memórias



Fonte: arquivo pessoal

## Eu

### A perspectiva dos familiares, o distanciamento entre suas experiências, o idioma biomédico e as ações do Estado

Tive uma infância feliz ao lado dos meus pais e irmãos. Estudei em boas escolas e universidades. Essa condição socioeconômica privilegiada possibilitou que eu fizesse graduação, mestrado, doutorado e pós-doutorado ainda muito nova. Com 29 anos, ingressei como professora na UnB.

Desde 2012, dedico-me ao ensino, à pesquisa e à extensão no campo da bioética. Lidar com os liames entre a vida e a morte sempre me fascinou. Há, contudo, uma distância intransponível entre a teoria e sua contrapartida real.

E, mesmo sendo a morte o maior medo com o qual me deparei desde muito pequena, ainda na infância, e durante toda a vida, não apenas em sessões de análise, como também nos meus trabalhos de

conclusão de curso, dissertação, tese e artigos, nada havia me preparado para o momento de perda que eu vivenciaria no dia 17 de junho de 2021.

Poder frequentar o hospital e acompanhar o meu pai foi um benefício que poucas pessoas tiveram, haja vista os protocolos usuais de biossegurança que impediam as visitas hospitalares. Apesar disso, havia inicialmente o medo da contaminação da doença. Como escrevi, esse medo cessou quando soube da gravidade da situação dele.

Já o meu medo da morte acabou quando ela levou o meu pai. Quis, profunda e verdadeiramente, ir junto com ele. Ela não me autorizou. Fiquei viva, mesmo sem qualquer desejo de assim permanecer.

Aos poucos, o *face shield* e as luvas foram removidos. Passei a dormir no hospital no último mês, ainda de máscaras. Um dia antes da despedida, contudo, elas também foram retiradas. Bejei as mãos do meu pai como expressão máxima de indignação e amor.<sup>76</sup>

Quando se perde alguém tão importante, passa a existir uma falta de correspondência entre o vazio vivenciado e a realidade: é incompreensível como a vida continua como se nada tivesse ocorrido, quando tudo o que resta é dor.

Não sabia, mas já estava grávida quando o meu pai foi internado. Poucos dias após sua partida, sofri um aborto espontâneo – mais uma perda em meio a esse sofrimento. Tudo foi devastador. A minha segunda gravidez, que ocorreu no ano seguinte, em 2022, foi planejada. Precisei gerar uma vida para continuar a viver. De outro modo, definharia até morrer.

Tive de reconstruir sentidos que pudessem dar lugar a esse vazio preenchido de dor. Um bebê me manteria viva. Carrego morte e vida dentro de mim.

Também escrevo para não perecer e conseguir continuar a participar criticamente do mundo após essa experiência traumática. Ecoar minha voz, por mais difícil que esse processo seja, significa não me silenciar diante de um modelo biomédico incapaz de contemplar a complexidade dos problemas de saúde e acolher pessoas de carne, osso e afetos. Consiste ainda em refletir sobre a crise sanitária vivenciada globalmente, que no Brasil foi conjugada a uma crise política. Trata-se de assumir ser a escrita uma ferramenta política que produz ressonâncias para, quiçá, reverter situações consideradas estanques e acabadas.

Naturalizar o fim da vida, ou seja, reconhecer ser natural o processo de morrer, que é uma questão bioética importante, não diz

---

<sup>76</sup> Os tubos e as máquinas impediram que eu alcançasse o rosto dele.

respeito a aceitar mortes que seriam evitáveis em um momento no qual nacionalmente a ciência foi questionada e deslegitimada; o acesso às vacinas contra o novo coronavírus, retardado; e um tratamento sem comprovação alguma, chamado de “kit covid”, disseminado pelo próprio Governo Federal. O meu pai, embora fosse profissional da saúde e idoso e, portanto, pertencente a um grupo considerado prioritário, não teve acesso às duas doses de vacina indicadas inicialmente para a prevenção da covid-19.

Assim, entendo que sentidos para as inúmeras perdas, diante desse cenário desolador e de muito desamparo, podem ser dados, por um lado, pelo direito à memória (por meio das homenagens realizadas) e, por outro, pelo fortalecimento dos laços sociais. Essas são estratégias de luta política.

O direito e mesmo o dever à memória, como mencionado, podem ser encarados como busca de reparação de um trauma não apenas individual, como também coletivo. Ademais, os laços sociais podem permitir retomar a esperança diante da distopia que vivenciamos.

## Nós

### Liames entre a vida e a morte: a bioética e os cuidados paliativos

Nesse sentido, na busca por uma ética da responsabilidade e por afetividades compartilhadas, emergem, como campos de produção do cuidado, a bioética, disciplina que reflete sobre os liames entre a vida e a morte, e os cuidados paliativos, direitos humanos necessários para reduzir o sofrimento de pessoas que têm doenças que ameaçam a continuidade da vida.

Cuidar de pessoas, e não curar sintomas, é uma das atribuições dos cuidados paliativos. Também o é a busca genuína pela experiência do encontro no momento da morte de outrem. E uma das possibilidades desse encontro se dá pela expressão dos sentimentos.

Os cuidados paliativos possibilitam entender a nossa finitude e ressignificar as nossas existências. Esta é uma questão bioética importante: reconhecer o confim entre a vida e a morte significa preservar a própria dignidade humana.

Os/as profissionais da saúde, em geral, não estão preparados/as para lidar com a morte. Há uma falta de qualificação para isso, desde

a graduação e que perdura no exercício da profissão. Profissionais da saúde aprendem a tratar sintomas e a lidar com a vida. Não há discussão sobre o processo de morrer. A morte é encarada como derrota, e não como curso natural da vida. Nesse cenário, os cuidados paliativos parecem ser uma ferramenta importante.

Para tanto, é necessário haver empatia e compaixão por pessoas que passam por experiências com algum sofrimento (Arantes, 2016) e seus familiares. Compartilhar emoções, entender as vivências de outrem e construir sentidos para elas faz parte do encontro entre experientes, seus familiares e profissionais da saúde. Os cuidados paliativos consistem justamente na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dessas pessoas que estão doentes e de seus familiares por meio do alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual (WHO, [2022]).

Entendo ser também uma responsabilidade social promover essa ética do cuidado. Embora tenhamos assistido a uma distribuição desigual das vivências do adoecimento, do sofrimento e mesmo da perda durante a pandemia de covid-19, vimos, paradoxalmente, um luto coletivo e uma mobilização social que extrapolaram contextos locais e mesmo nacionais e atingiram proporções globais (Quinaglia Silva, 2021).

No Brasil, os ritos funerários tiveram de ser suprimidos, e o luto, abreviado. Não obstante, rituais de despedida foram coletivamente elaborados por meio de memoriais virtuais, como os *sites* “Inumeráveis” (2020) e “Jardim Sentinela” (2024), dedicados à história de cada uma das vítimas do novo coronavírus no Brasil, e o perfil no Instagram “Reliquia.rum”, destinado a guardar relicários, memórias, de uma epidemia no país. Ainda, experiências sobre a pandemia foram e têm sido compartilhadas, com o objetivo de ressignificar nossas travessias nesse momento desafiador, por meio de outro perfil no Instagram, o “Travessias.pandemia” (Quinaglia Silva, 2021). Outro mecanismo coletivo de amparo é a “Rede de apoio às famílias de vítimas fatais de covid-19 no Brasil”, que criou o “Memorial das vítimas do coronavírus no Brasil” (2020). Trata-se de um portal no qual é preservada a memória de cada pessoa que veio a óbito durante a pandemia.

Essa resistência social como resposta a esse momento repercutiu, no caso do meu pai, por meio de reportagens que foram publicadas em jornais e outros veículos midiáticos locais (Figuras 8 e 9). Além disso, a minha família plantou ipês, com parte das cinzas dele, em frente à casa onde ele e a minha mãe viveram por 40 anos e no HBDF, instituição a

que ele se dedicou pelas mesmas quatro décadas. Nesse hospital, também lhe foi prestada uma homenagem. Nutrimos igualmente com cinzas, para fazer florescer, outra planta, próxima do seu consultório, que ele apreciava diariamente pela janela de sua sala e chamava de Evelise, em tributo a uma girafa do Zoológico de Brasília morta em 2018.

Figuras 8 e 9 – Homenagem

**CORREIO BRAZILIENSE**

HOMENAGEM

## Colegas, amigos e familiares homenageiam o cardiologista José Carlos Quinaglia

Familiares, amigos e pacientes também participaram da cerimônia na manhã desta quarta-feira (8/12). Foi realizado o plantio de um ipê branco junto as cinzas do médico

ACELERAÇÃO DF 2.0  
03 e 04 de novembro de 2021 às 20h

LOCAL: Parque Tecnológico de Brasília - Biatic  
cotidiano  
bit.ly/acceleracaodf-inscricao

RM Rafaela Martins  
postado em 08/12/2021 21:05 / atualizado em 08/12/2021 23:34

Familiares e servidores do Hospital de Base homenagearam o cardiologista José Carlos Quinaglia - (crédito: Divulgação/Arquivo pessoal)

“Um modo de eternizar a memória de uma pessoa muito especial”, essas foram as palavras entoadas por Érica Quinaglia, filha do médico José Carlos Quinaglia. Na manhã desta quarta-feira (8/12), o profissional foi homenageado por amigos, servidores e pacientes atendidos no Hospital de Base, onde atuou por anos e construiu uma carreira sólida. Como gesto de amor e simbolismo, um ipê branco foi plantado, junto às cinzas do médico que foram jogadas na casa rosa, localizada dentro do jardim interno da unidade hospitalar.

Fonte: arquivo pessoal<sup>77</sup>

Ainda no hospital, no espaço da UTI, esse estatuto de sujeito perdido foi reivindicado e restituído, se não pelos/as profissionais da saúde, por mim e por algumas das pessoas com quem convivi. Ana Claudia Quintana Arantes (2016) descreve essa vivência de encontro verdadeiro com o outro como “experiência de transcendência”.

Na experiência que vivi com o meu pai, no momento da internação dele, compartilhamos, como mencionado, imagens, fotos, áudios, músicas, objetos e livros. Alguns dias depois de ser intubado, ele foi

<sup>77</sup> Disponível em: <https://www.correio braziliense.com.br/cidades-df/2021/12/4969333-servidores-do-hospital-de-base-homenageiam-o-cardiologista-jose-carlos-quinaglia.html>. Acesso em: 6 jul. 2025.

traqueostomizado.<sup>78</sup> Apesar de terem tentado uma superficialização,<sup>79</sup> sobretudo no último mês em que esteve na UTI, ele foi mantido sedado. De qualquer modo, o meu pai e eu conversamos durante os 82 dias em que ele esteve internado. Foram conversas imaginadas? Algumas aconteceram em sonhos. Sonhei com ele dezenas de vezes.<sup>80</sup>

Em uma dessas ocasiões, sonhei que o meu pai e eu estávamos em um local desconhecido. Encontrávamo-nos perto de uma escada, que eu subiria. Então, ele, segurando flores vermelhas, me perguntou onde estava a minha mãe. Apontei para o local onde ela estava. Quando eu começaria a subir as escadas, ele me disse: “Espere”. Entregou-me um ramo das flores. Estas eram para a minha mãe, mas antes, assim entendi, ele distribuiria ramos para mim, a Carol e o Thiago, e, parecia, esses ramos se multiplicariam para as pessoas que estavam rezando por ele. Chorando, olhei para ele e pedi: “Pai, volte para casa; volte para a gente”. Ele olhou bem no fundo dos meus olhos e falou: “Eu quero voltar para casa. Estou tentando. Mas não tenho uma resposta para isso”. Ele me abraçou e disse: “Mas vou lhe fazer a seguinte proposta”. E começou, então, a rezar uma “Ave-Maria” no meu ouvido.

Ao contrário do meu pai, que tinha muita fé em Deus, não sou religiosa. Entretanto, essa “experiência de transcendência” (Arantes, 2016) se repetiu em muitas ocasiões. A experiência de fim de vida tem um poder de transcendência e de transformação.

Nesse contexto, a espiritualidade emergiu como uma das dimensões da saúde presentes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para além da dimensão física, a saúde comporta outras dimensões: a emocional, a social e a espiritual (WHO, 1999).

Vivenciar a morte e conferir sentidos a esse momento passa por uma (re)formulação da dimensão espiritual, que emerge dessa situação, sobretudo quando se considera o sujeito em sua totalidade biopsicossocial

---

<sup>78</sup> Traqueostomia é um procedimento cirúrgico realizado por meio da inserção de uma cânula na região da traqueia (pescoço) com o objetivo de facilitar a chegada do ar até os pulmões (nota da autora).

<sup>79</sup> Superficialização do nível de consciência é uma passagem para um coma mais leve, menos intenso (Superficialização..., 2022).

<sup>80</sup> Ailton Krenak (2019) sugere reconhecer o sonho não como uma experiência cotidiana de dormir e abdicar da realidade, mas como uma narrativa capaz de fornecer orientações para as escolhas do dia a dia, relacionada à formação, cosmovisão e tradição de diferentes povos, que têm nele um caminho de aprendizado e de autoconhecimento sobre a vida. Ele propõe a aplicação desse conhecimento na interação com o mundo e as outras pessoas.

e espiritual em oposição ao modelo biomédico, que o concebe como centrado apenas no corpo (Aureliano, 2011). Espiritualidade é um conceito amplo que abrange religiões, mas não se restringe a elas. Abarca também outras formas de conexão com o mundo, seja por meio da natureza, seja na relação com a família. Segundo Waleska Aureliano (2011), espiritualidade diz respeito a formas pessoais e subjetivas de relação com o sagrado.

Ter encarado a morte de frente certamente provocou uma ruptura com a concepção de vida que até então eu trazia e possibilitou dar outros sentidos para a minha existência e a minha relação com o mundo. Essa mudança radical também é visível para a minha mãe e os meus irmãos.

Encontramos o sagrado no amor. No último sonho que tive com o meu pai, já depois da partida dele, ele me disse, brincando: “Eu não vou mais visitar você em sonhos”. Eu lhe indaguei: “Por quê?”. Ele respondeu: “Porque você duvida que eu venho mesmo. Você só acredita em evidências científicas”. Então, eu supliquei: “Não deixe de me visitar. Eu te amo! Eu te amo! Eu te amo!”. E ele concluiu: “É isso! Quer prova maior do que o amor?”. O meu pai sempre dizia: “O nosso amor transcende este plano [de existência]”.

A demonstração desse sentimento não se restringiu à minha família. Centenas de pessoas, entre outros parentes, pessoas de quem o meu pai cuidava, amigos/as e colegas igualmente profissionais da saúde, rezaram por ele em correntes de orações que não escolheram religiões e mandaram inúmeras mensagens de amor e esperança.

Os demais familiares das pessoas que estavam internadas, com quem convivi, também compartilharam comigo essa experiência. A Valéria, por exemplo, me contou um dia no elevador, a caminho do leito de sua mãe, Lígia, como correntes de orações estavam igualmente ajudando no processo de enfrentamento da doença dela. Em outro momento, na véspera da partida do meu pai, a Marlene saiu do quarto vizinho, da Dona Terezinha, sua mãe, segurou as minhas mãos e disse: “Você precisa deixar o seu pai partir. Deixe o destino dele nas ‘mãos de Deus’”.

O meu pai foi generoso e amoroso conosco o suficiente para esperar o nosso tempo de aceitar a morte dele. Em outro sonho, ele pediu que eu dissesse à minha mãe que ele a esperaria “[...] entre as flores da claridade dos céus”, trecho do poema que ele sempre recitava para ela e cujo título, “Alma gêmea de minha alma”, era como ele a chamava, como apontado.

Em mais um sonho, na madrugada do dia 17 de junho de 2021, ele anunciou: “Tem três datas que são muito importantes para mim: as dos nascimentos de vocês, meus filhos. Sei que hoje é o aniversário da sua irmã, mas não conseguirei mais esperar. Terei de partir. Peça desculpas a ela”.

## A partida

### O fim e o princípio

Esta autoetnografia conecta experiências vividas, mais particularmente aquela que compartilhei com o meu pai, com os campos da antropologia da saúde, da antropologia das emoções e da bioética e nos envolve emocionalmente com reflexões sobre o adoecimento, o sofrimento, o trauma e a morte. Como propôs Carolyn Ellis (2021) ao narrar a perda de seu irmão Rex, este texto incorpora sentimento e experiência participativa como dimensões do saber.

Como dar sentidos a essas vivências na pandemia de covid-19? Por meio deste relato pessoal, tentei discutir questões sociais mais amplas referentes à crise sanitária global e, ainda, à crise política brasileira. Busquei igualmente criticar um modelo biomédico incapaz de abarcar a complexidade do processo de morrer.

Nesse contexto, a bioética emerge como campo disciplinar que invoca uma ética do cuidado. Também os cuidados paliativos transparecem como uma necessidade de saúde pública e uma responsabilidade ética global (WHO, [2022]).

Este é, sem dúvida, o relato mais difícil por mim já realizado e uma tentativa de teorizar sobre o momento mais triste, doloroso, intenso e insuperável por mim vivenciado.

No livro *O velho e o mar*, após mais de 80 dias no mar, nos quais enfrentou tubarões, o velho Santiago retorna a Havana e parte para novas aventuras em sonhos. Como o protagonista em sua batalha, o meu pai, José Carlos Quinaglia, também lutou bravamente contra “tubarões”. E, finalmente, partiu: ao som do “Bolero”, de Ravel, e de uma “Ave-Maria” que eu, a minha mãe e os meus irmãos rezamos, despediu-se e despertou para a morte, esse mergulho profundo, solitário e revelador. O meu pai deixou legados pessoal e profissional exemplares, um amor eterno e sonhos que continuaremos a compartilhar.

## Referências

- ANDRADE, A. P. M. de; MALUF, S. W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n112/273-284/#>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.
- AURELIANO, W. de A. *Espiritualidade, saúde e as artes de cura no contemporâneo: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil*. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 7 jul. 2025.
- BUTLER, J. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- BUTLER, J. *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.
- ELLIS, C. “Há sobreviventes”: contando uma história de morte súbita. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, [s. l.], n. 37, p. 1-31, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/W4FrnY4krDSdQjBBxb9HrJC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.
- EVARISTO, C. Escrivências da afro-brasilidade: história e memória. *Releitura*, Belo Horizonte, n. 23, p. 1-17, 2008.
- GAMA, F. A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. *Anuário Antropológico*, Brasília, v. 45, n. 2, p. 188-208, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/33792/27363>. Acesso em: 4 out. 2022.
- GAMA, F.; RAIMONDI, G. A.; BARROS, N. F. de. Apresentação – Autoetnografias, escritas de si e produções de conhecimentos corporificadas. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/qrgSZc6BRNx5684qttKbKvj/?lang=pt>. Acesso em: 4 out. 2022.
- GRANT, A. Inaugural conference of British autoethnography keynote. Autoethnography: threat and promise. *Brighton Journal of Research in Health Sciences*, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 1-16, 2014.

INUMERÁVEIS. Memorial dedicado à história de cada uma das vítimas do coronavírus no Brasil. 2020. Disponível em: <https://inumeraveis.com.br>. Acesso em: 22 mar. 2022.

JARDIM SENTINELA. Memorial em homenagem às vítimas da covid-19. 2024. Disponível em: <https://www.jardimsentinela.com.br/>. Acesso em: 28 ago. 2025.

KRENAK, A. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LACAN, J. *As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 2020 [1957-1958]. (O Seminário, livro 5).

MBEMBE, A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. São Paulo: n-1 edições, 2018.

PEIRANO, M. Etnografia, ou a teoria vivida. *Ponto Urbe*, [s. l.], n. 2, p. 1-11, 2008. Disponível em: <http://journals.openedition.org/pontourbe/1890>. Acesso em: 28 out. 2022.

PEIRANO, M. Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, n. 42, p. 377-391, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/n8ypMvZZ3rJyG3j9QpMyJ9m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

QUINAGLIA SILVA, É. Contribuciones e impactos de la investigación en antropología de la salud para la política de salud mental en Brasil en tiempos de enfrentamiento de la covid-19. In: TINANT, E. L. (org.). *Anuario de Bioética y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Instituto Internacional de Derechos Humanos; Capítulo para las Américas, 2020. p. 164-172.

QUINAGLIA SILVA, É. Mundo pandémico y (re)significaciones de la muerte: pérdida, luto y memoria. In: TINANT, E. L. (org.). *Anuario de Bioética y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Instituto Internacional de Derechos Humanos; Capítulo para las Américas, 2021. p. 234-240.

REDE DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DE VÍTIMAS FATAIS DE COVID-19 NO BRASIL. *Memorial das vítimas do coronavírus no Brasil*, 2020. Facebook: memorialcoronabrazil. Disponível em: <https://bit.ly/3k2kBTn>. Acesso em: 22 mar. 2022.

SUPERFICIALIZAÇÃO do nível de consciência. In: DICTECH: Dicionário. Superficialização do nível de consciência. [S. l.]: Ditech, [2022]. Disponível em: <https://www.ditech.com.br/dicionario/termos-tecnicos/hospital/significado-de/superficializacao-do-nivel-de-consciencia/>. Acesso em: 27 out. 2022.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Fifty-second World Health Assembly Geneva, 17-25 May 1999: verbatim records of plenary meetings and list of participants [52ª Assembleia Mundial da Saúde, Genebra, 17-*

25 de maio de 1999: registros literais das reuniões plenárias e lista de participantes]. Genebra: WHO, 1999. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258945>. Acesso em: 27 out. 2022.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care [Cuidado paliativo]. *World Health Organization*, [s. l.], [2022]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Acesso em: 25 jul. 2022.

# “Na linha de frente”: vivências críticas de profissionais de saúde em tempos de pandemia

Rozeli Porto  
Natália Yolanda de Carvalho Araújo  
Francisco Cleiton Vieira

## Introdução: uma pandemia generificada

Neste artigo, buscamos analisar os efeitos e as implicações sociais da pandemia do novo coronavírus (covid-19) entre trabalhadoras/es atuantes no que se convencionou chamar de “linha de frente” no cuidado às/aos adoecidas/os pelo SARS-CoV-2<sup>81</sup> no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nosso foco recai, primordialmente, sob o campo da saúde mental<sup>82</sup> das/dos profissionais de saúde residentes no Rio Grande do Norte. A hipótese geral sugere que o evento transformou as relações nos ambientes de exercício profissional do público-alvo, embora tenha se

---

<sup>81</sup> O coronavírus faz parte de uma família de agentes que acarretam infecções respiratórias descoberta em 1937. Em 1965, quase 30 anos depois do primeiro isolamento da infecção, ele foi nomeado como “coronavírus” por ser semelhante a uma coroa quando visto de um microscópio. Em dezembro de 2019, foi registrada uma nova variação do vírus, o SARS-CoV-2 – síndrome respiratória aguda grave –, responsável pela pandemia da covid-19 (Chih-Cheng, 2020).

<sup>82</sup> Compreendemos “saúde mental” como um campo social que abarca o desenvolvimento de linguagens, práticas e saberes sobre estados de bem-estar e mal-estar que se produzem numa zona físico-moral daquilo que Luís Fernando Dias Duarte (1994) nomeia de “outra saúde”. Consolida-se a partir da dualidade entre corpo e mente com representações modernas sobre o ser humano e que possibilitaram a emergência da noção de “doença mental”. Assim, acompanhando Sônia Maluf (2009), procuramos contribuir neste artigo para a reflexão sobre gênero no âmbito de questões envolvendo perturbação, doença mental e cultura *psi*.

dado sob a forma de uma potencialização de problemáticas subjetivas e sociais já presentes em um cenário de exploração do trabalho anterior ao evento globalizado. Demonstraremos, portanto, que há, nesse contexto, um acúmulo social e subjetivo de aflições que acabam por reproduzir um quadro de adoecimento mental na vida das/dos profissionais de saúde para além do ambiente clínico.<sup>83</sup>

A interpretação desse contexto depende do entendimento de que epidemias são eventos complexos e guardam episódios confusos, e, quando não, apresentam-se parcialmente compreensíveis (Lowi, 2019). Podem se manifestar coletivamente – atingindo grupos de indivíduos e provocando alterações como o isolamento social – ou singularmente – enquanto evento único nas unidades de tempo e espaço em que ocorrem. Segundo Rita Barata (2020, p. 9), “as práticas de intervenção utilizadas para o combate às epidemias refletem, de um lado, o conhecimento que se tem do fenômeno e, de outro, as formas de atuação do Estado em cada período histórico”. Por regra, epidemias surgem subitamente, não havendo pesquisas e estudos suficientes para evitar uma propagação em altas escalas a partir desses fenômenos. Do mesmo modo, algumas nações realizam investimentos em pesquisas e na estruturação do atendimento em saúde, enquanto outras assumem posturas necropolíticas (Mbembe, 2018)<sup>84</sup> e ou/ necrobiopolíticas (Bento, 2018)<sup>85</sup> que subestimam o poder

---

<sup>83</sup> O artigo faz parte do projeto de pesquisa *Saúde, gênero e pan/epidemias: do zika vírus aos efeitos do covid-19 no Brasil*, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (UFRN/PIBIC/CNPq-Produtividade em Pesquisa), coordenado por Rozeli Porto, do Departamento de Antropologia do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da mesma universidade (DAN/PPGAS/UFRN). Também faz parte do projeto *A covid-19 no Brasil: análises e respostas aos impactos sociais da pandemia entre profissionais de saúde e população em isolamento*, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e subsidiado pela Financiadora de Estudos e Projetos, do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicações (UFRGS/FINEP/MCTIC), sob coordenação de Jean Segata (PPGAS/UFRGS).

<sup>84</sup> A necropolítica, conforme Achille Mbembe (2018, p. 43), diz respeito, sobretudo, ao poder de ditar “quem pode viver e quem deve morrer”. Com base no biopoder e em suas tecnologias do controle das populações, o “deixar morrer” se torna aceitável, embora não para todos os sujeitos. O sujeito, ou o corpo “matável”, é aquele que está em risco de morte a todo momento por conta do parâmetro definidor de raça.

<sup>85</sup> Para Bento (2018, p. 1), “Necropoder e biopoder são termos indissociáveis para se pensar a relação do Estado com os grupos humanos que habitaram e habitam os marcos do Estado-nação. Vida vivível e vida matável, para utilizar os termos de Giorgio Agamben, são formas de gestão da população e não podem ser postas em

de adoecimento e da morte da população por determinados vírus. No caso do Brasil, diferentes cientistas sociais têm apontado para a política de morte empreendida pelo governo do ex-presidente Jair Bolsonaro (PL) (2019-2022). Com o governo sendo chamado a gerir publicamente a altíssima transmissibilidade do vírus e a sua consequente alta mortandade, sua postura foi contrária às decisões de profissionais da saúde e cientistas biomédicas/os.<sup>86</sup>

Além do mais, percebe-se que as epidemias e pandemias podem se sobrepor e justapor, gerando efeitos cruzados. No Brasil, a presença de mosquitos, a falta de saneamento básico e uma fraca política de saúde para o enfrentamento de epidemias como a dengue e a chicungunha demonstram a fragilidade de um sistema que deveria investir na eliminação do vetor dessas doenças – o *Aedes aegypti* –, que infecta as populações mais vulneráveis. Chama a atenção que tanto a dengue como a chicungunha têm afetado diferentes classes sociais; porém, moradoras/es de bairros pobres, especialmente pardas/os e pretas/os, são as/os mais infectadas/os. O zika vírus não foi exceção à regra no contexto brasileiro, atingindo, de modo mais exacerbado, mulheres pobres e sua saúde reprodutiva (Lowi, 2019; Porto, 2020; Porto; Costa, 2017).

Nesse ínterim, é inevitável comparar o contexto epidêmico contemporâneo com a experiência de urgência pública da pandemia do novo coronavírus. Por se referir a um vírus desconhecido, com alta capacidade de contágio e elevada letalidade, especialmente no início da pandemia, mais de metade da população mundial seguiu as estratégias de prevenção e controle, que se concentravam especialmente no resgate de medidas tradicionais da saúde pública: barreiras sanitárias, quarentena, isolamento e/ou distanciamento social, medidas de higiene, que tentavam conter a curva de contaminação, especialmente enquanto

---

uma perspectiva cronológica, em que o necropoder (ou poder soberano) teria sido ultrapassado pelo biopoder”.

<sup>86</sup> A gestão da pandemia pelo governo Bolsonaro impulsionou a ação do vírus causador da covid-19. O ex-presidente retardou a resposta vacinal em todo o território brasileiro, tendo feito uso de desinformação, contágio deliberado e práticas de corrupção. Portanto, o contexto considerado neste artigo compreende problemáticas que afligem as/os profissionais de saúde interlocutoras/es que se formaram dentro de um escopo político cuja morte, o fazer morrer e as medidas eugênicas de superioridade de certos grupos sobre outros ocuparam o horizonte diário e acachapante. Para discussões e análises mais pormenorizadas a respeito disso, ver, entre outros, Kalil e Santos (2021), Boscatti e Amorim (2021).

não havia uma vacina eficaz e comprovada contra esse agente patológico (Freitas; Pena, 2020).

Enquanto um desastre global, a OMS reconheceu a condição de pandemia em fevereiro de 2020 e a declarou emergência em saúde pública no mundo – ou PHEIC, *Public Health Emergency of International Concern* (WHO, 2020) –, sendo tal condição reforçada no dia 13 de abril de 2022,<sup>87</sup> mesmo a pandemia tendo arrefecido especialmente após a vacinação em massa. O fenômeno do coronavírus abriu um outro campo para problematizações e pesquisas em diferentes áreas do conhecimento, sendo que as ciências sociais, em particular a antropologia, não poderiam se furtar a essa reflexão (Segata; Grisotti; Porto, 2022; Segata; Porto; Mastrangelo, 2021). A pandemia se tornou um novo lócus investigativo com distintas possibilidades de compreensão sobre o mundo social, inclusive para velhas problemáticas e/ou complementando outras com enfoques afins.

Intercruzando a epidemia do zika vírus com a pandemia de covid-19,<sup>88</sup> percebe-se que esta última amplia efetivamente o que os efeitos da primeira já haviam demonstrado: desigualdades sociais, econômicas, raciais e de gênero. Temos observado através do debate público e de diferentes publicações como a pandemia de covid-19 impactou e tem impactado homens e mulheres de maneiras diferenciadas. Assim, o gênero afeta, bem como pode produzir distintamente, em cada contexto social, as crises de saúde conforme elas ocorrem; portanto, precisa ser abordado à medida que esses grandes eventos se desenrolam.<sup>89</sup>

---

<sup>87</sup> No último dia 13 de abril de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) comunicou que a pandemia de covid-19 continua a ser uma “emergência de saúde pública de importância internacional”. Diferentemente, o ex-ministro da saúde do governo Bolsonaro (2019-2022), Marcelo Queiroga, anunciou em cadeia nacional de rádio e TV que editaria um ato normativo para encerrar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), pondo fim ao estado de emergência devido à pandemia de covid-19. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/ju/artigos/luiz-carlos-dias/apenas-oms-pode-decretar-o-fim-da-pandemia>. Acesso em: 7 jul. 2025.

<sup>88</sup> Sindemia é a interação entre duas ou mais doenças que, facilitadas pelas condições sociais e ambientais, são causadoras de diversas vulnerabilidades à sociedade (Singer *et al.*, 2017).

<sup>89</sup> É importante lembrar que, antes da pandemia de covid-19, a aids, causada pelo vírus HIV – que surgiu nos anos 1980 –, pode ser considerada a primeira doença infectocontagiosa de dimensões globais (Bastos, 2002), com enfoques distintos em diversidade sexual e de gênero (Pelúcio, 2007; Vale, 2005; Valle, 2008).

Pesquisas como as de Harman (2016), Pimenta (2019), Davies e Bennett (2020) – sobre o ebola na África e o zika nas Américas – demonstram que as mulheres geralmente são as mais afetadas pelas epidemias e, mesmo assim, continuam “invisíveis” em todos os pontos perante as respostas internacionais aos surtos, desde a desagregação de dados à promoção de políticas de gênero. Em contextos como o do ebola (Harman, 2016; Pimenta, 2019), há registro de aumento da violência de gênero, casamentos forçados, acesso restrito a recursos como alimentos, dificuldades de acesso aos contraceptivos, falta de acesso aos cuidados obstétricos e aumento das taxas de mortalidade neonatal. Davies e Bennett (2020, p. 1045) argumentam que, em tais condições,

as mulheres enfrentam mais riscos de violência contra seus corpos, sendo imperativo priorizar os procedimentos de proteção de gênero, bem como a saúde sexual e reprodutiva no planejamento de respostas a emergências. As vulnerabilidades de mulheres e meninas estão igualmente presentes durante uma emergência de saúde pública, mas são relativamente subnotificadas nessas circunstâncias.

As autoras observam que as crises anteriores – relativas ao ebola e ao zika vírus – deixaram lições importantes; todavia, estas não foram suficientemente apreendidas. E é justamente o que se percebe na tomada de decisões relativas à covid-19 em determinadas questões interseccionais (Crenshaw, 1989), como as que dizem respeito às relações de gênero, classe, capacitismo e raça. Como lembra a antropóloga Denise Pimenta (2020, p. 17), “toda pandemia é generificada, racializada e tem classe social”; dessa forma, “a crise do novo coronavírus no Brasil tem cara de mulher preta e periférica e, muitas vezes, deficiente”. Para Pimenta (2020), as mulheres são efetivamente as mais afetadas por essas epidemias por serem as principais responsáveis pelo cuidado das/os enfermas/os, tanto no espaço público da saúde quanto no privado.

Observe-se que os tempos da pandemia aumentaram vertiginosamente os quadros de ansiedade, depressão, pânico, os quais impactam diretamente a saúde mental da população e, em particular, das mulheres. Em nosso país, mulheres jovens e negras mostraram-se as mais afetadas: para não ficarem desempregadas, acabaram sendo exploradas em subempregos domésticos, informais e/ou precários, fato que reflete claramente problemas sociais que perpassam diferentes marcadores sociais da diferença. Do mesmo modo, houve um aumento desproporcional do trabalho não remunerado entre as mulheres

por conta das crianças fora da escola, dos cuidados de idosas/os e da multiplicação de jornadas; as mulheres foram ainda mais sobrecarregadas por se constituírem majoritariamente como força de trabalho em saúde, educação e assistência social (Matos, 2020; ONU Mulheres, 2020).<sup>90</sup>

A covid-19 criou desequilíbrios na prestação de serviços de saúde, interrompeu os serviços essenciais de rotina exigindo a realocação de profissionais de saúde e de usuárias/os. As mulheres grávidas enfrentaram desafios especiais devido às suas responsabilidades na força de trabalho, como cuidadoras de crianças e outros membros da família. Além disso, as exigências de contato regular com serviços de maternidade e ambientes clínicos ampliaram o risco de exposição à infecção (Hussein, 2020; Pimenta, 2019). Sem falar no aumento das denúncias em âmbito nacional relativas à violência doméstica no que se refere aos casos previstos na Lei nº 11.340/06 – Maria da Penha – durante a quarentena pandêmica (Costa, 2020; Pasinato; Colares, 2020).

Nessa perspectiva, a pandemia articulou a sociedade em um período de tensões, temores e incertezas acerca da vida e de diversos dos seus eixos em nível social, mas que representam aspectos cotidianos para o cenário da saúde no país. Isso se refletiu, por exemplo, no excesso de carga horária e de funções, no cansaço laboral e no estresse vivenciados por profissionais de saúde, especialmente em serviços de urgência (Selegheim *et al.*, 2012). O adoecimento em massa por covid-19 afetou negativamente várias áreas de funcionamento de bem-estar geral e de direitos de grupos com os mais diferentes perfis. Tanto que a saúde mental de distintos grupos específicos, a exemplo das/dos profissionais de saúde, continua a ser um grande problema global, exigindo ações imediatas para mitigar o impacto das medidas e restrições sociais associadas à pandemia (Schiariti; Longo; Campos, 2021). Vemos ainda que profissionais de saúde, mais especificamente as mulheres, além de ocuparem um primeiro nível operacional de cuidados laborais e institucionais no enfrentamento às pan/epidemias (seja do zika vírus, da covid-19 ou, mais recentemente – e continuamente – da dengue, sem falar em outros casos não epidêmicos, como os de violência doméstica), também experienciam um segundo nível de cuidados em seu cotidiano: são esposas, donas de casa, avós, filhas, estudantes e mães.

A vida social dessas mulheres trabalhadoras híbridas e concretas necessita de uma rede de proteção para os cuidados das crianças nos

---

<sup>90</sup> Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19\\_LAC.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf). Acesso em: 7 jul. 2025.

horários alternativos ao seu trabalho. Como observam Debora Diniz *et al.* (2020, p. 22), “a composição dos homens no trabalho doméstico não é para todas as classes sociais... as experiências das mulheres era a de que outras mulheres as ajudavam nos cuidados com os filhos, não os maridos... e o mesmo acontece com os aparelhos do Estado, como a escola”. Com o isolamento social, creches, escolas e outras instituições foram fechadas durante a pandemia, impedindo também que outras mulheres de sua rede de parentesco, principalmente as avós de suas/seus filhas/os, pudessem auxiliá-las. Lota *et al.* (2021, p. 1) destacam que “a elaboração de políticas neutras de gênero” negligencia as necessidades particulares das mulheres e prejudica as pessoas mais vulneráveis no enfrentamento da pandemia.<sup>91</sup>

Assim, este capítulo procura contribuir para a compreensão das demandas das/os profissionais de saúde com quem foi realizada a pesquisa, como também para futuras políticas públicas que avaliem e abarquem essas problemáticas. O texto recorre a uma análise antropológica baseada em entrevistas sobre o cotidiano de trabalho, realçando os sentidos, os significados e o dispêndio físico e mental “de estar” ou “de ser” colocada/o à frente, como operadoras/es humanas/os, do apaziguamento de um sofrimento advindo de um adoecimento com dimensões sociais jamais vividas nesta geração.

## Mudanças metodológicas, números e marcadores sociais

Desde muito tempo a antropologia vem ampliando as fronteiras de seu campo de observação por compreender que suas/seus interlocutoras/es de pesquisa se constituem em sujeitos híbridos e fluidos, portanto móveis e dinâmicos (Bastos, 2002) – fronteiras que na contemporaneidade passam a incluir os espaços *on-line* como um

---

<sup>91</sup> Nesse sentido, o grupo de interlocutoras/es aqui reunidas/os se caracteriza enquanto pessoas heterossexuais e cisgênero, isto é, sujeitos que mantêm conjugalidades ou outras formas de relacionamentos afetivo-sexuais dentro do escopo da heteronormatividade *per se*, e a posição social de homem ou mulher, identificada ao nascimento. Cabe notar ainda que as configurações familiares *gays*, lésbicas e transgênero podem ganhar contornos que aliam as questões envolvendo a própria relação interpessoal do casal e os mecanismos de heteroterrorismo para sua dissolução (Grossi, 2003; Vieira, 2018).

outro lócus investigativo na constituição das chamadas etnografias virtuais. Esses espaços começaram a ocupar um lugar legitimado para a realização de pesquisas etnográficas, principalmente porque não são – nem podem – ser percebidos como lugares isolados de interação, mas como parte da vivência do mundo social.

Sem dúvida, ter de recorrer à construção de dados *on-line* também é consequência dos grandes desafios vividos pelas/os pesquisadoras/es durante o período pandêmico, sendo necessária nossa adaptação a diferentes técnicas de pesquisa, adentrando metodologicamente nesses espaços. Não realizamos uma etnografia do ciberespaço nos moldes de uma primeira consideração da *internet* como um campo em si em oposição ao cenário *off-line* (Lévy, 1997), prática de pesquisa pouco útil porque pouco alinhada com a complexidade das interações e dos seus fluxos. Tal ambiente digital nos possibilitou atravessar o campo de investigação com técnicas que auxiliaram a ultrapassar o contato entre “humanos e não humanos”, permitindo alcançar e ouvir algumas vozes no cenário pandêmico.

Utilizamos ferramentas de bate-papo como WhatsApp, Google Meet e Zoom,<sup>92</sup> entre outras que fazem parte dessas redes sociais. Afinal, não poderíamos arriscar a saúde e o bem-estar de nossas/os interlocutoras/es em um período de incertezas sobre o novo coronavírus, tampouco a nossa própria saúde. Isso fez com que nos sentíssemos impotentes ou extremamente frágeis perante esse cenário desencorajador. Contudo, uma etnografia “de perto e de dentro” (Magnani, 2009) teria que desafiar novos arranjos que envolvessem de maneiras diferenciadas atores sociais nesse campo diverso. Como observa Magnani (2009, p. 133), “esse resultado, sempre em processo, constitui, por sua vez, um repertório de possibilidades que, ou compõem o leque para novos arranjos ou, ao contrário, surgem como obstáculos. Cabe à etnografia captar esse duplo movimento”. E assim procedemos. Buscamos unir “esse duplo movimento” à nossa experiência como antropólogas/os urbanas/os, acostumadas/os a interagir presencialmente com sujeitos os mais diversos, ou, como diria Malinowski (1978), com “nativos de carne e osso”, junto aos aparatos tecnológicos pertinentes ao seu cotidiano. Entre outras técnicas utilizadas, adentramos, conseqüentemente, em uma

---

<sup>92</sup> Palazzi, Schmidt e Piccinini (2020) afirmam a importância da utilização de mídias *on-line* para a realização de entrevistas no período da covid-19, considerando o contexto de fortalecimento das conexões virtuais e a existência de uma demanda em prol da segurança biológica e, conseqüentemente, do distanciamento social.

perspectiva metodológica que foi tanto qualitativa quanto quantitativa, obtendo dados através de um questionário virtual estruturado no Google Forms, ferramenta essencial na constituição da primeira fase desta pesquisa.

O recorte privilegiou a escolha de profissionais de saúde de áreas distintas – enfermagem, técnico em enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, fisioterapia e nutrição – que trabalhassem em serviços de saúde (públicos e/ou privados) localizados no Rio Grande do Norte. Tais profissionais deveriam estar na ativa especialmente entre os meses de março de 2020 (início da pandemia no Brasil) e setembro de 2021, época em que aplicamos o questionário.

Na época, não imaginávamos o quão complicado seria construí-lo. Primeiramente, criamos a estrutura do questionário no Word Office, com questões abertas e fechadas, direcionadas ao nosso público-alvo.<sup>93</sup> Recorremos a outras pesquisas e à bibliografia pertinente, assim como nos inspiramos em distintos questionários e modelos do próprio Google Forms. Cabe mencionar que esse instrumento passou por uma pré-testagem (Barbetta, 2005) com uma colaboradora conhecida das pesquisadoras, a qual fazia parte do grupo da amostragem; após a sua contribuição, foi divulgado de forma amplificada nas redes sociais (especialmente no WhatsApp), como também via *e-mail*. Na medida em que permitiram um crescente compartilhamento e a construção de uma rede de contatos, as redes sociais contribuíram de forma determinante para a investigação.

Diante do contexto de apreensão dos dados, o produto se estruturou na plataforma Google Forms por meio de seções: 1) Apresentação do questionário e do protocolo do comitê de ética em pesquisa por meio de texto. 2) Perfil socioeconômico das/dos colaboradoras/es. 3) Vivência profissional diante da pandemia e afetividades acionadas nesse contexto social. 4) Questões relativas à leitura de cenário político. 5) As perspectivas futuras de atuação dessas/es profissionais.

No geral, o questionário contou com perguntas abertas e fechadas às/aos respondentes. A combinação entre as questões objetivas

---

<sup>93</sup> Rozeli Porto e Francisco Cleiton Vieira construíram a primeira parte do questionário. Natália Yolanda de Carvalho Araújo confeccionou habilidosamente o questionário no Google Forms. Ela o utilizou posteriormente para seu trabalho de conclusão de curso, *Ser linha de frente: vivências de profissionais da saúde do RN em tempos de pandemia* (Araújo, 2022). Os dados de seu trabalho também contribuíram para esta análise, realizada pelas/os três pesquisadoras/es.

e subjetivas no eixo das respostas foi uma escolha metodológica para trazer dinamicidade para o questionário e centralidade para a discussão. Apesar de citar esse formato como fundamental, trabalharemos neste texto especificamente e de forma mais amplificada com a sistematização dos eixos presentes no ponto 3. O anonimato foi utilizado na apreensão de respostas abertas, assim como foi obtida, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a concordância virtual do público pesquisado.

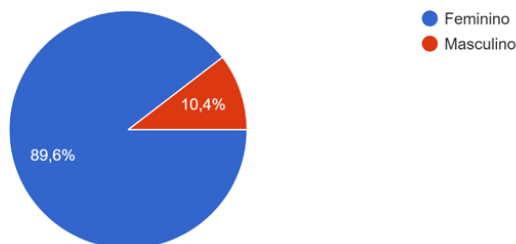
Em pouco mais de dois meses, foram contabilizadas 48 respostas. Vinte e três respondentes, informando *e-mail* ou WhatsApp, disseram ter interesse em participar da segunda fase da pesquisa, mas apenas três delas/es (mulheres) responderam ao nosso posterior contato para entrevistas.<sup>94</sup> Do total, foi observada a presença de 89,6% de respondentes do gênero feminino, o que direciona nosso olhar para o recorte específico a ser discutido a seguir.

## Precariedade múltipla e aflição

Para a compreensão coerente dos dados obtidos e a triangulação da experiência das/os participantes, é preciso traçar a sua breve caracterização. Primeiramente, observa-se que, entre as/os 48 respondentes, 89,6% – isto é, a maioria – são mulheres.

Gráfico 1 – Sexo

6. Qual o seu sexo?  
48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

<sup>94</sup> Resolvemos assim aderir à técnica “bola de neve”. Conseguimos contato com outras/os 15 profissionais de saúde que neste momento estão sendo entrevistadas/os. Os dados produzidos nessas entrevistas constarão em outro momento de análise.

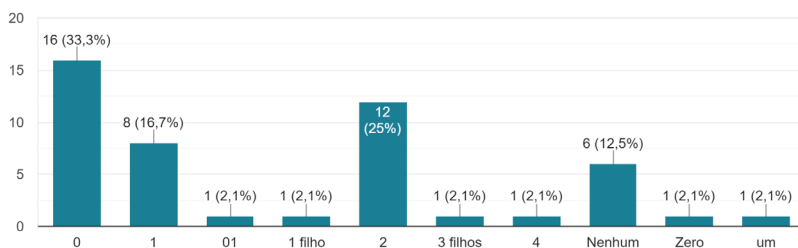
Em outras pesquisas do campo da saúde realizadas durante a pandemia, a presença de mulheres também é notada como determinante no enfrentamento da covid-19 – a exemplo do relatório *Mulheres no centro da luta contra a crise da covid-19* (ONU Mulheres, 2020), que expõe que 70% do grupo de profissionais da saúde em todo o mundo são compostos de mulheres, o que representa mais de 2/3 da categoria. Ainda com base nesses mesmos dados, no Brasil, as mulheres representam 75% da enfermagem; 45,6% da medicina; e 85% do cuidado de idosas/os.<sup>95</sup>

Adentrando nos marcadores do grupo pesquisado, quanto ao número de filhas/os, 52,1% possuem filhas/os ou dependentes. Outros 47,9% das/dos colaboradoras/es declararam não ter nenhum dependente.

Gráfico 2 – Número de dependentes

11. Quantos filhos/as e/ou dependentes você tem?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

O recorte do gênero indica uma complexidade no eixo de cuidados da família, da casa e do trabalho (Amossé, 2004; Cresson, 1991; Hirata, 2010), o que pode impactar os acúmulos de prejuízos à saúde mental enfrentados por essas/es profissionais.<sup>96</sup>

Já sobre a autodeclaração étnico-racial dos sujeitos, 52,1% se declaram pertencentes à categoria branca; 39,6%, pardas/os; 6,3%, pretas/os; e 2,1%, amarelas/os.

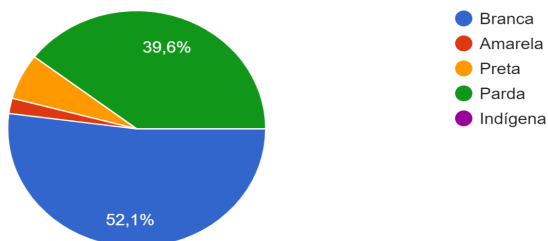
<sup>95</sup> Sobre o tema, ver ainda Menezes *et al.* (2022).

<sup>96</sup> Para uma discussão sobre como as questões de gênero aparecem em alguns documentos públicos “como regime de verdade sobre o sofrimento”, entrelaçando saúde mental aos ciclos de vida das mulheres, ver Maluf (2018, p. 30).

## Gráfico 3 – Identidade racial

7. Qual você considera a sua identidade racial?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

Diante do retrato da difícil determinação sobre quem é negra/o no Brasil (Munanga, 1999, 2004), as categorias de classificação apresentadas às/aos participantes como opções de resposta utilizaram o mesmo sistema de autodeclaração do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou IBGE (Belandi; Gomes, 2023), escolhido por sua amplitude em nível nacional. De acordo com as configurações tomadas como base desse órgão de pesquisa, 45,9% das/dos pesquisadas/os são caracterizados como negros (soma de autodeclaradas/os pretas/os e pardas/os). Os dados aparecem como relevantes na medida em que as mulheres e as pessoas negras são identificadas em estudos como o grupo que mais sofre na pandemia (Estrela *et al.*, 2020).<sup>97</sup>

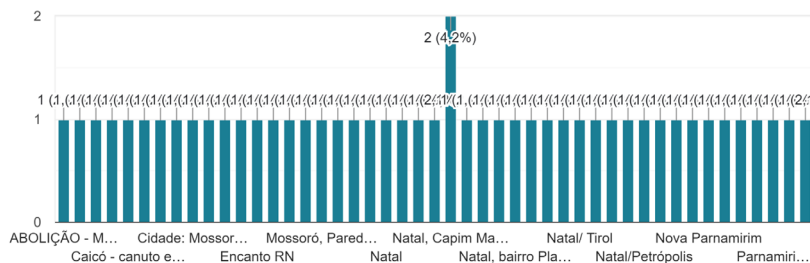
Além da cidade de Natal, onde residem 50% das/dos colaboradoras/es (capital do Rio Grande do Norte), outras unidades administrativas do estado responderam efetivamente à pesquisa: 20,8% das/dos respondentes moram em Mossoró; 12,5%, em Parnamirim; e 10,4%, em Caicó, o que equivale a aproximadamente 89,6% das/dos respondentes. Não obstante, também responderam moradoras/es de Arez, Encanto, Extremoz e uma colaboradora que reside na capital da Paraíba, João Pessoa (e trabalha no Rio Grande do Norte).

<sup>97</sup> É importante lembrar que o número de pessoas negras impactadas pela pandemia de covid-19 pode ter sido ainda maior, haja vista a inacessibilidade à *internet* (e, portanto, à pesquisa) por parte de uma parcela considerável dessa população, que é, em sua maioria, pobre.

Gráfico 4 – Cidade/bairro de moradia

1. Em qual cidade e bairro você mora?

48 respostas



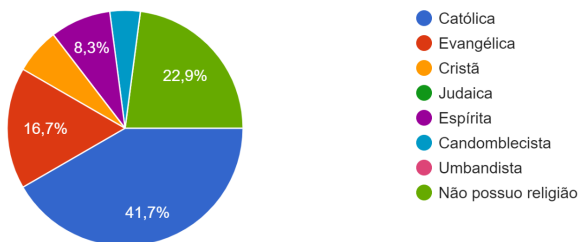
Fonte: Araújo (2022)

Cabe notar ainda que, no eixo da religiosidade, a maioria se divide em 41,7% que se definem como católicos; 22,9% que apontam não possuir religião; e 16,7% que são evangélicos.

Gráfico 5 – Religiosidade

8. Qual a sua religião?

48 respostas



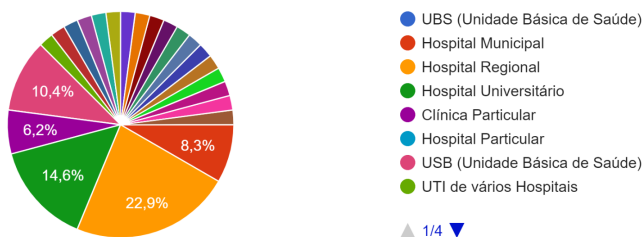
Fonte: Araújo (2022)

Do total pesquisado, 22,9% exercem suas funções em hospitais regionais; 14,6%, em hospitais universitários; 10,4%, em Unidades Básicas de Saúde (UBS); 8,3%, em hospitais municipais; 6,2%, em Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs); e 6,2%, em clínicas particulares. Para além disso, existem profissionais que desempenham funções em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de diversos hospitais, em pontos de vacinação da covid-19, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hemocentros e Centros Especializados em Reabilitação.

### Gráfico 6 – Atuação em serviços de saúde

2. Em qual serviço de saúde você atua?

48 respostas



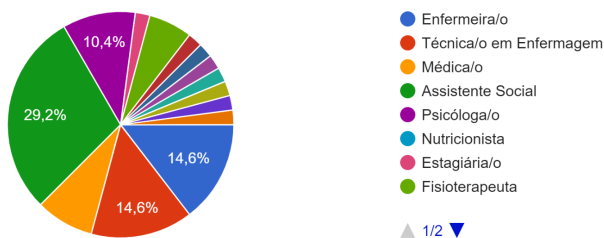
Fonte: Araújo (2022)

A maioria das/dos profissionais exerce a função de assistente social, enfermeira/o e técnica/o de enfermagem: respectivamente, contam com as porcentagens de 29,2%, 14,6% e 14,6%. Além disso, 10,4% das/dos participantes da pesquisa são compostos de psicólogas/os; 8,3%, de médicas/os; e 6,2%, de fisioterapeutas. Ademais, o percentual restante declarou desempenhar os seguintes ofícios no campo de atuação de estágio, voluntariado acadêmico ou docente, nas seguintes áreas: fonoaudiologia, cirurgia ortodôntica e hemoterapia.

### Gráfico 7 – Função

4. Qual a sua função?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

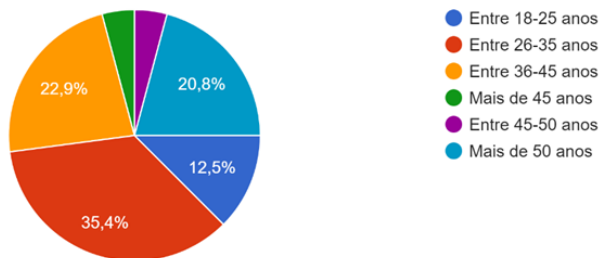
O recorte etário também é de interesse na compreensão do grupo trabalhado na pesquisa: 58,9% delas/es estão na faixa entre os 26 e 45 anos, sendo que 35,4% estão entre 26-35 anos; 22,9%, entre 36-45;

20,8% possuem mais de 50 anos; 14,6% têm idade entre 18 e 25 anos; 4,2%, mais de 45 anos; e 4,2%, entre 45 e 50 anos.

Gráfico 8 – Faixa etária do grupo pesquisado

5. Qual a sua faixa etária?

48 respostas



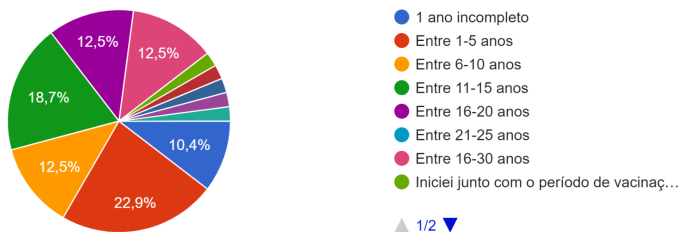
Fonte: Araújo (2022)

Em conexão com esse ponto, 45,8% das/dos participantes trabalham há mais de dez anos no ramo. Quando se trata de uma atuação superior a seis anos, o número cresce ainda mais: trata-se de 58,3% das/dos pesquisadas/os.

Gráfico 9 – Tempo de atuação profissional

10. Quantos anos de atuação profissional você possui?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

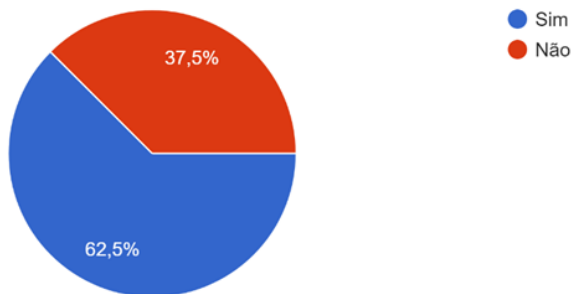
Dessa forma, a maior parte já possui um acúmulo de experiência profissional anterior à pandemia, possivelmente tendo que construir novas formas de atuação diante do cenário pandêmico. Do grupo pesquisado, 62,5% afirmam que a relação com as/os pacientes foi

alterada, havendo outras leituras acerca dessa alteração de rotina entre elas/eles.

Gráfico 10 – Relação com a/o paciente

16. A sua relação com os pacientes foi alterada diante da pandemia?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

Nessa conjunção, a vigília sobre as próprias atitudes e sensibilidades passa a ser constante: “Me tornei mais fria e ao mesmo tempo mais atenta”, disse-nos através de mensagem de texto uma enfermeira que trabalha em um hospital estadual. Ainda sobre a forma como essas/es trabalhadoras/es se relacionam com as/os pacientes, uma fisioterapeuta declarou de maneira bastante contundente e emblemática:

Passei a ter que mentir na perspectiva de que isso pudesse trazer conforto aos pacientes. Disse há vários deles que tudo iria ficar bem, que se acalmassem... eles morriam em sua maioria absoluta. Me sinto culpada por ter tentado dar conforto dizendo coisas que eu sabia que muito provavelmente não aconteceriam. Enfim, achava que estava fazendo um bem... Saía de casa sofrendo, pensando: “Pra quem à beira da morte terei que mentir hoje?”. Foi e está sendo horrível, mesmo tendo diminuído [a perda] o número de pacientes.<sup>98</sup>

Em outro depoimento, uma assistente social nos disse:

<sup>98</sup> Mulher, fisioterapeuta em hospital municipal, negra; informação textual, 2021.

Assim, fiquei um pouco preocupada... tinha dias que eu saía arrasada desses plantões que aconteciam cinco óbitos... não é comum cinco óbitos numa UPA, aí você sai arrasada! Porque você acaba se envolvendo com aquela família, com as histórias da vida dela, como era... como você vai lidar com isso? Então, você sai arrasada... Podia ser eu... se eu tivesse ali, como é que a gente vai passando... Então, assim, foi muita fé, entendeu, muita fé nesse sentido... que vai passar e a gente vai superar...<sup>99</sup>

Sentimentos de culpa, desespero e impotência diante de um número exorbitante de óbitos passaram a fazer parte do dia a dia das/dos profissionais de saúde, acelerando e afetando negativamente seus processos de crise e de subjetivação. Para 62,5% das/dos profissionais, foram expressivas as mudanças na forma de se relacionarem com as/os pacientes, abrangendo alterações de cunho diverso: da inclusão, monitoramento e manuseio de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), medicamentos e novas técnicas de oxigenação/intubação (ou sua falta/escassez) à dificuldade de oferecer acolhimento humanizado.

Além disso, o distanciamento também passou a fazer parte da vida para além da cena clínica. Segundo uma psicóloga que estava imersa nesse contexto e pôde exemplificá-lo, isso implica negociações com parentes em casa: "Meu marido ficou em trabalho remoto, e por eu trabalhar em hospital começamos a incluir o distanciamento social em nosso cotidiano, incluindo dormir em quartos separados".<sup>100</sup> Dessa forma, a vida pessoal e profissional de parte considerável das/dos trabalhadoras/es da saúde participantes da pesquisa também passou não apenas a sofrer alterações, mas principalmente a se cruzar de tal modo que os ambientes pareciam se confundir. Isso porque o vírus não ficava restrito ao hospital, tornando-se um fenômeno social total e de níveis absolutos para a vida humana.

O acúmulo de trabalho foi apontado como constantemente presente nas causas de uma mudança nesse eixo da vida: "Há dias que estou estressada ou não durmo bem devido aos plantões, me vejo cansada, e prejudica minhas relações pessoais".<sup>101</sup> Ademais, a existência de uma configuração específica e repleta de complexidades em esferas de interação social apareceu em um depoimento: "O cansaço, a

---

<sup>99</sup> Entrevista via Google Meet, mulher, assistente social em UPA, branca, 2022.

<sup>100</sup> Mulher, psicóloga em hospital central, branca; informação textual, 2021.

<sup>101</sup> Mulher, assistente social em hospital regional, parda; informação textual, 2021.

insegurança com o cenário sanitário, econômico e político, faz com que a libido seja reduzida”<sup>102</sup>

Tais condições, agregadas ao isolamento social, ao aumento da carga horária – este último atingindo 60,4% das/dos pesquisadas/os –, ao próprio momento político/social, ao medo do contágio, às mudanças na rotina familiar – conforme articulado por 85,4% das/dos entrevistadas/os –, às mortes consecutivas (pacientes, colegas, familiares) e ao limite da exaustão, demandaram uma urgente reinvenção laboral, amorosa e familiar, ao mesmo tempo que tais fatores tornaram-se potenciais disparadores de disfunções físicas e mentais (Borges, 2021), entre elas a Síndrome de Burnout,<sup>103</sup> a depressão<sup>104</sup> e a ansiedade social.<sup>105</sup> O aumento de carga horária referido pode ser observado no gráfico abaixo.

Gráfico 11 – Carga horária na pandemia

15. Desde o começo da pandemia, a sua carga horária de trabalho sofreu alterações?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

Nesta pesquisa, os eixos de apreensão da saúde se relacionam com outros pontos da vida. Segundo Segre e Ferraz (1997), a OMS define o conceito de saúde como uma completude entre bem-estar, saúde

<sup>102</sup> Mulher, psicóloga em hospital regional, branca; informação textual, 2021.

<sup>103</sup> Discutida por Harrison (1999) como uma síndrome vinculada ao estresse profissional no trabalho perante constante pressão.

<sup>104</sup> Definida por Peres (2003) como doença que transforma passado, presente e futuro em tempos de desesperança, nos quais a morte está constantemente em pensamentos dos sujeitos, além de causar efeitos como dores generalizadas, dificuldade para dormir e emagrecimento.

<sup>105</sup> De acordo com Gouveia (2000), a ansiedade social é um distúrbio que limita a vida social e profissional, sendo fobia que suprime as interações do indivíduo na sociedade.

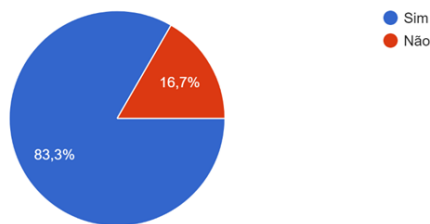
mental e social. Diante disso, apontam: “essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral” (Segre; Ferraz, 1997, p. 539).

Podemos perceber que a saúde mental incorpora vários mecanismos de outras definições anteriores, como a de espírito e a de alma, conforme Luís Fernando Dias Duarte (1994) já pontuou. Para o antropólogo, essa forma de saúde é mais bem compreendida quando unimos no quadro interpretativo as suas dimensões física e moral. A moralidade, nesse horizonte, é realçada para demonstrar que a separação entre corpo e mente é um artifício da nossa cultura ocidentalizante e de outros dualismos que repetem determinismos biologizantes. Assim, a percepção das pessoas sobre seus adoecimentos mentais é atravessada por um código que integra a fisicalidade da sua experiência às outras representações sociais com as quais se identifica.

Sobre o âmbito da saúde mental, em questionamento específico, 83,3% das/dos respondentes disseram que ela foi afetada pela pandemia, e 16,7% não identificaram essa mudança.

Gráfico 12 – Saúde mental

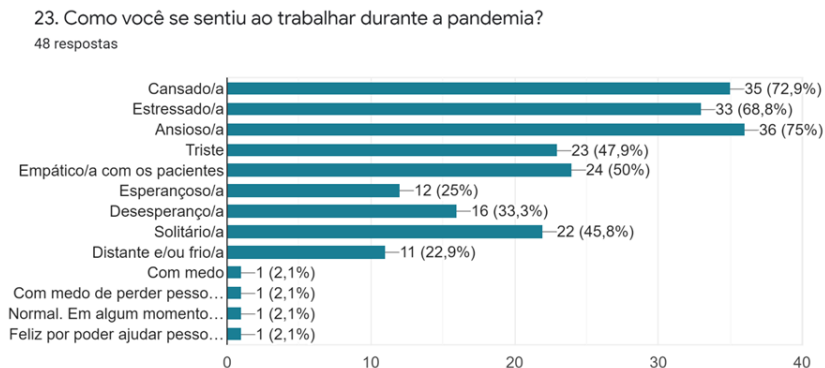
22. Você acha que a pandemia afetou a sua saúde mental? (seus sentimentos, seu psicológico)  
48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

A ansiedade é retratada como fator determinante nessas vivências: 75% se sentiram ansiosos ao trabalhar durante a pandemia; 72,9%, cansados. A tristeza aparece em 47,9% das respostas; a solidão, em 45,8%; a desesperança é determinante de acordo com 33,3%; e a esperança, para 25%. O sentimento de distância/frieza em relação ao trabalho é marcado por 22,9% do público respondente. Por fim, 68,8% citam a exaustão psicológica como causa para essas situações.

## Gráfico 13 – Trabalho pandêmico e afetividades



Fonte: Araújo (2022)

Nesse eixo de questões, a saúde mental é ainda triangulada como diretamente relacional. Uma psicóloga narra: “Eu desenvolvi um quadro de saúde mental, e minha libido foi afetada”.<sup>106</sup> A diminuição dessa dimensão, de acordo com outro relato, também está vinculada aos transtornos mentais surgidos na pandemia:

Em investigação de uma hipótese *diagnosticada de burnout*, identifiquei que alguns sintomas relacionados ao esgotamento pelo trabalho estavam interferindo negativamente na relação, tais como: *irritabilidade, apatia, falta de paciência, cansaço, depressão, redução de libido*.<sup>107</sup>

A fala de outra entrevistada chama a atenção de modo particular. A profissional relata que, no auge da pandemia, tanto ela como suas/seus colegas foram surpreendidas/os pela notícia do suicídio de um médico.

Ele era uma pessoa extremamente comprometida com a sua profissão, com seus pacientes, ele não aguentou... no auge da pandemia, quando não tinha leito, não tinha UTI, *ele tinha que escolher quem iria dispor da vaga na UTI... imagina, você ter que escolher quem vai viver ou não!?* Vai muito além de ter que ter responsabilidade... é demais para qualquer profissional, para

<sup>106</sup> Mulher, profissional em hospital regional, parda; informação textual, 2021.

<sup>107</sup> Mulher, assistente social em CAPS, branca; informação textual, 2021, grifo nosso.

qualquer pessoa que tenha que tomar esse tipo de decisão...  
*é desumano.*<sup>108</sup>

Diante da demanda superior à capacidade de absorção dos serviços de saúde, muitas/os profissionais, especialmente coordenadoras/es de UTIs/covid, tiveram que selecionar “as vidas que talvez ainda fossem vividas”.<sup>109</sup> Ou seja, nesse jogo de alteridades e precariedades pragmáticas, essas/es profissionais tiveram que, de um modo ou de outro, escolher “quem iria viver e quem iria morrer” (Mbembe, 2018, p. 16). Entendemos que tal precariedade, aqui, emerge de uma condição de vulnerabilidade que se produz no cerne de uma conjuntura política: precariedade como uma condição que desumaniza (Butler, 2019) e, conseqüentemente, que gera fadiga, estresse, ansiedade, que abala a saúde mental dessas/es profissionais.

A falta de infraestrutura, leitos, respiradores e medicamentos, ou mesmo a contaminação de alguns ambientes, fez com que as/os profissionais “enjambrassem” (Herzfeld, 2005) o que chamaremos aqui de *alternativas de salvação*, as quais, por vezes, funcionavam somente para um ínfimo número de pessoas adoecidas pelo vírus. Como relata uma técnica em enfermagem,

[...] os médicos tinham que transferir alguns pacientes que estavam na UBS com indicação de respiração mecânica, ou intubação, para o hospital xxx, referência para covid. Acontece que não tinha ambulância, não tinha o SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência], não tinha nada. *E quando chegava o SAMU tinha que escolher qual dos pacientes seria transferido. E às vezes não dava tempo, e o paciente vinha a óbito.*<sup>110</sup>

Tal fato indubitavelmente causou sérias aflições e desgastes, repercutindo na automedicação em excesso e no sofrimento mental

---

<sup>108</sup> Entrevista realizada via Google Meet, mulher, parda, enfermeira em hospital regional, 2022, grifo nosso.

<sup>109</sup> BUTLER, J. Judith Butler: “De quem são as vidas consideradas choráveis em nosso mundo público?”. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/babelia/2020-07-10/judith-butler-de-quem-sao-as-vidas-consideradas-choraveis-em-nosso-mundo-publico.html>. Acesso em: 16 jul. 2024.

<sup>110</sup> Entrevista realizada via Google Meet, mulher, negra, técnica de enfermagem em UBS, 2022, grifo nosso.

dessas/es mesmas/os profissionais.<sup>111</sup> Uma psicóloga entrevistada observa que por conta da covid-19 “muita gente adoeceu... tomavam remédios controlados... aconteceram muitas mortes em só um dia... inclusive, muitos profissionais também morreram... isto é fato: médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem... alguns perderam familiares”.<sup>112</sup> Contudo, para além do vírus, a pandemia potencializou problemáticas subjetivas, levando algumas/alguns profissionais a cometerem suicídio, como no caso supracitado.

Ameaças de morte contra profissionais de saúde geraram ainda angústia e aflição, o que pode justificar outros disparadores de desestabilização da saúde mental. Vejamos o exemplo do que aconteceu com uma das assistentes sociais entrevistadas. Ela disse que o pai de uma criança de 11 anos chegou à UPA se identificando como sargento. Imediatamente, ela percebeu o estado alterado desse cidadão:

Ele botou o padrão dele, jogou a carteiraada, “*eu sou sargento, quero que você arranje um leito pra mim*”. Deixei-o falar bastante e depois lhe disse: “Agora o senhor vai me escutar”. Quando eu fui falar que a realidade não era essa, que não tinha leito, que se a criança de 11 anos fosse pra casa correria risco de morte, que a equipe achava melhor ele ficar, mesmo que fosse numa poltrona fazendo tratamento, aí ele se alterou de vez: “*Eu vou filmar agora, vou mandar viatura, vão prender vocês tudinho*”. *Aí ele puxou a arma, e eu só fiz fechar os olhos, “valha-me Deus, Jesus!”*. Mas aí ele saiu... e na mesma hora eu saí pra outra sala. E ninguém encontrou mais esse homem, eu não fui mais atrás dele... com medo, fiquei onde estava. Aí chamaram a guarda... difícil, muito difícil... em 27 anos, eu nunca fui coagida dessa forma... eu corri risco de vida.<sup>113</sup>

---

<sup>111</sup> Analisaremos em outro momento como/se determinados marcadores sociais, etários, de gênero, de sexualidade, de raça e/ou de deficiência influenciaram (ou não) na eleição das/dos pacientes transferidas/os ou que vieram a ocupar um leito de UTI, à época bastante disputado. Longe de qualquer juízo moral sobre as/os profissionais de saúde, incansáveis durante esse processo pandêmico, acreditamos na necessidade de lançar luz sobre essa problemática.

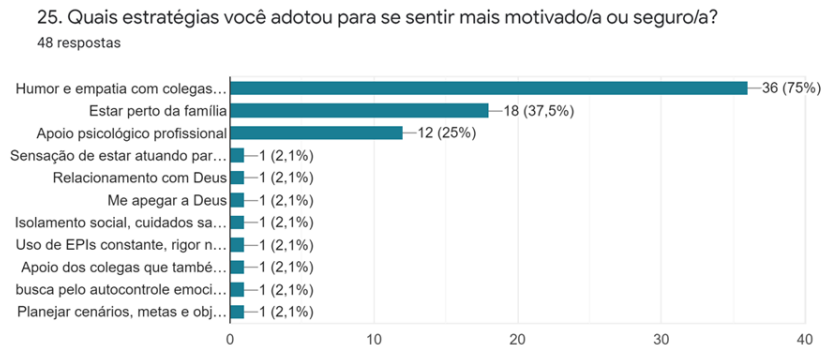
<sup>112</sup> Entrevista realizada via Google Meet, mulher, branca, psicóloga em hospital regional, 2022.

<sup>113</sup> Entrevista realizada via Google Meet, mulher, branca, assistente social atuante em UPA, 2022.

Esse contexto atípico, provocado por uma pandemia, afeta diretamente a vida de profissionais de saúde, o que suscita uma reflexão sobre a aflição de vivenciar, na linha de frente, o atendimento clínico que era caracterizado por alta mortalidade. A ideia de aflição que podemos atribuir à antropóloga Veena Das (2005) se refere a contextos de sofrimento que se mesclam com momentos atenuantes. Contudo, podemos extrair de seu conceito a proposição de que a aflição recorta as vidas dos sujeitos em cenários de exploração e desigualdade social que formam o panorama de saúde em que passam a viver. A depender do lugar de trabalho de uma/um profissional, a magnitude do engajamento de pacientes e da morte não é uma grande novidade, mas o aumento do fluxo de adoecimento, o acompanhamento do sofrimento de familiares de pacientes e a própria aproximação das/os profissionais em relação ao que se presencia trazem à sua subjetividade grande carga de emoções que podem ser resumidas na categoria de aflição. Desse modo, não é possível separar as condições objetivas que causam o sofrimento e as experiências subjetivas de sofrimento.

Contudo, nesse quadro complexo, há o reconhecimento por parte das/os profissionais de saber lidar com a aflição e com o sofrimento, dando espaço para a afetividade e para a demonstração de felicidade no exercício da função. As estratégias adotadas pelo coletivo pesquisado na busca de maior segurança/motivação apresentam convergências e divergências; 75% apontam a importância do humor e da empatia com as/os colegas, sendo este o maior ponto de encontro percentual entre as/os pesquisadas/os:

Gráfico 14 – Estratégias para se sentir segura/o



Fonte: Araújo (2022)

Em uma retomada geral do questionário, isto representa a coletividade nesse grupo: seu compartilhamento de obstáculos e afetividades é ponto de encontro que conecta as suas experiências. Na medida em que cabe falar da presença de uma *pandemia do medo*, também é vital falar de um caráter pandêmico de partilha de vivências e esperanças e de superação entre essa categoria profissional.

## Considerações finais

Neste estudo, buscamos contribuir para a compreensão das demandas das/os profissionais de saúde atuantes na “linha de frente” durante a pandemia de covid-19, evento crítico que atingiu populações inteiras e de maneira dramática diferentes comunidades vulneráveis em todo o mundo. A análise corrobora algumas hipóteses e reflexões levantadas durante a pesquisa, chamando a atenção para significativas alterações na vivência dos sujeitos pesquisados. Diante de um grupo majoritariamente formado por mulheres (89,6%), a contextualização de aspectos de gênero e do cuidado de si e do outro despertou nosso interesse. Observamos que a pandemia contribuiu drasticamente para a aferição de desigualdades experienciadas especialmente pelas profissionais mulheres, potencializando o desgaste mental cotidiano, já que foi produzida uma constante aflição desde o trabalho profissional até o ambiente da casa.

Em uma crescente escala de alterações da saúde mental, sentida por mais de 80% do grupo pesquisado, além do aumento do medo, do estresse e da angústia perante a covid-19, o eixo “do ser” em um coletivo que compartilha afetividades, perante “o estar na linha de frente”, aparece no enfrentamento dos desafios, das dificuldades, mas também nas esperanças compartilhadas nesse cenário.

Na constante reconstrução teórico-metodológica do pesquisar, foi importante o aprofundamento de métodos sobre a temática, sobretudo para a análise de nuances futuras presentes no trabalho dessas/es profissionais. Além disso, mais adiante, será necessário explorar amplamente a intersecção de marcadores sociais do público-alvo – a exemplo da raça, da sexualidade e da deficiência –, alertando para problemáticas que se sobrepõem como camadas adversas. É preciso, do mesmo modo, perceber a maneira pela qual as/os profissionais de saúde enfrentaram desafios, articulando diferentes interconexões e experimentações de vida, notadamente sob os eixos do cuidado de

si e do outro, uma vez que a aflição é um grande desencadeador de adoecimento e de subjetivação.

Cabe apontar ainda que, em relação ao grupo total pesquisado, ninguém disse acreditar que o trabalho retornará a ser como era antes do período pandêmico. A covid-19 potencializou um mundo social diferenciado, cujos contornos prometem se estabelecer através de seus efeitos sociais e políticos, na forma como se instrumentalizam as políticas públicas de/em saúde, como se convive com a cena clínica e até como alguém percebe a si mesmo enquanto sujeito que habita o mundo e que faz parte intrínseca dessas relações.

Neste trabalho, demonstramos que o adoecimento pela covid-19 extrapola os casos das pessoas infectadas pelo vírus e atinge diretamente todas/os as/os trabalhadoras/es das cenas de atenção à saúde para além do risco mais óbvio. A sobrecarga de trabalho, a baixa remuneração, o medo de infectar parentes, o mal-estar de lidar com o sofrimento de adoecidas/os, convalescidas/os e sua parentela causam uma marca permanente na subjetividade e na forma como percebem o mundo em que vivem. Isso posto, consideramos que tal fato deve ser levado em consideração, especialmente quando se pensa em políticas públicas em saúde para centralizar também a vida laboral e pessoal de profissionais presentes na linha de frente e em todos os outros setores.

Desse modo, consideramos importante que a antropologia participe do estudo compreensivo acerca dos sistemas culturais de saúde variados que permeiam a sociedade brasileira. Parte crucial desses sistemas são as/os especialistas, as/os trabalhadoras/es que possibilitam a instituição existir além delas/deles. Tendo isso em vista, será possível produzir uma reflexão crítica da prática, a respeito dos encontros e desencontros de todos os modos explicativos e de cuidado que extrapolam o SUS (Vieira, 2020; Vieira; Barros, 2018).

## Referências

AMOSSÉ, T. Professions au féminin. *Travail, genre et sociétés*, [s. l.], n. 1, p. 31-46, 2004.

ARAÚJO, N. Y. D. C. *Ser linha de frente: vivências de profissionais da saúde do RN em tempos de pandemia*. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

BARATA, R. C. B. Epidemias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-15, 1987.

BARBETTA, P. A. *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005.

BASTOS, C. *Ciência, poder, ação: as respostas à SIDA*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.

BASTOS, C. Epidemias: apocalipse zombie, sem efeitos. *Público*, [s. l.], 5 abr. 2020. Disponível em: <https://www.publico.pt/2020/04/05/sociedade/noticia/epidemias-apocalipse-zombie-efeitos-especiais-1910616>. Acesso em: 5 set. 2020.

BELANDI, C.; GOMES, I. Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda. *Agência IBGE*, [s. l.], 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>. Acesso em: 30 set. 2025.

BENTO, B. Necrobiopoder: quem pode habitar o Estado-nação? *Cadernos Pagu*, Rio de Janeiro, n. 53, e185305, 2018.

BORGES, F. E. de S. *et al.* Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de covid-19. *Enfermagem Atual In Derme*, Rio de Janeiro, v. 95, n. 33, e-021006, 2021.

BOSCATTI, A. P. G.; AMORIM, A. C. H. Economia moral da saliva: Bolsonaro, covid-19 e as políticas de contágio no Brasil. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 23-47, maio/ago. 2021.

BUTLER, J. *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Tradução de Andreas Lieber. Belo Horizonte: Autêntica, 2019. 189 p.

CHIH-CHENG, L. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (covid-19): the epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, [s. l.], v. 55, n. 3, e105924, mar. 2020.

COSTA, P. R. S. M. Violências contra mulheres em tempos de covid-19. In: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (org.). *Cientistas sociais e o coronavírus*. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 258-261.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 139-167, 1989. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>. Acesso em: 9 jul. 2025.

CRESSON, G. La santé, production invisible des femmes. *Recherches Féministes*, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 31-44, 1991.

DAS, V. *Affliction: health, disease, poverty*. Nova Iorque: Fordham University Press, 2015.

DAVIES, S. E.; BENNETT, B. A gendered human rights analysis of ebola and zika: locating gender in global health emergencies. *International Affairs*, [s. l.], v. 92, n. 5, p. 1041-1060, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/ia/article-abstract/92/5/1041/2688120>. Acesso em: 9 jun. 2020.

DINIZ, D. *et al.* Understanding sexual and reproductive health needs of young women living in zika affected regions: a qualitative study in Northeastern Brazil. *Reproductive Health*, [s. l.], v. 17, n. 22, p. 1-8, 2020.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 83-90.

ESTRELA, F. M. *et al.* Pandemia da covid-19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 9, p. 3431-3436, 2020.

FREITAS, M. C. S.; PENA, P. G. L. Fome e pandemia de covid-19 no Brasil. *Tessituras*, Pelotas, v. 8, S. 1, p. 35-40, jan./jun. 2020.

GOUBEIA, J. P. *Ansiedade social: da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto, 2000.

GROSSI, M. P. Gênero e parentesco: famílias gays e lésbicas no Brasil. *Cadernos Pagu*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 261-280, 2003.

HARMAN, S. Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. *Journal Third World Quarterly*, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 524-541, (2006).

HARRISON, B. J. Are you to burn out? *Fund Raising Management*, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 25-28, 1999.

HERZFELD, M. Political optics and the occlusion of intimate knowledge. *American Anthropologist*, Arlington, v. 107, n. 3, p. 369-376, 2005.

HIRATA, H. Emprego, responsabilidades familiares e obstáculos socioculturais à igualdade de gênero na economia. In: CONFERÊNCIA REGIONAL SOBRE MULHER DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE, 11., 2010, Brasília. [*Trabalhos apresentados*].

HUSSEIN, J. Covid-19: what implications for sexual and reproductive health and rights globally? *Sex Reprod Health Matters*, [s. l.], v. 28, n. 1, e1746065, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1746065>. Acesso em: 9 jul. 2025.

KALIL, I.; SANTOS, J. V. Da desinformação à corrupção: estratégias do governo Bolsonaro na pandemia. Entrevista especial com Isabela Kalil. *Instituto Humanitas UNISINOS*, São Leopoldo, 7 jul. 2021. Disponível

em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/159-entrevistas/610850-da-desinformacao-a-corrupcao-estrategias-do-governo-bolsonaro-na-pandemia-entrevista-especial-com-isabela-kalil>. Acesso em: 6 fev. 2023.

LÉVY, P. *Cibercultura*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

LOTTA, G. *et al.* Gender, race, and health workers in the covid-19 pandemic. *Lancet*, [s. l.], v. 397, n. 10281, P1264, 2021.

LOWY, I. *Zika no Brasil: história recente de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

MAGNANI, J. G. C. Etnografia como prática e experiência. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 129-156, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832009000200006>.

MALUF, S. W. Sofrimento, “saúde mental” e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias de gênero. In: TORNQUIST, C. S. *et al.* (org.). *Leituras de resistência: corpo, violência e poder*. Florianópolis: Mulheres, 2009. v. III, p. 145-163.

MALUF, S. W. Biogitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. In: MALUF, S. W.; QUINAGLIA SILVA, É. (org.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2018. P.15-44.

MATOS, M. Pandemia de covid-19 e as mulheres. In: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. *Cientistas sociais e o coronavírus*. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. P.262-264.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.

MENEZES, A. *et al.* Examining the intersection between gender, community health workers, and vector control policies: a text mining literature review. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, [s. l.], v. 106, p. 768-774, 2022.

MUNANGA, K. *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

MUNANGA, K. A difícil tarefa de determinar quem é negro no Brasil: entrevista de Kabengele Munanga. *Estudos Avançados: Revista do IEA da USP*, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 51-56, 2004.

ONU MULHERES. Mulheres à frente e no centro. *Organização das Nações Unidas*, [s. l.], 27 mar. 2020. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/covid-19-mulheres-a-frente-e-no-centro/>. Acesso em: 14 maio 2020.

PALAZZI, A.; SCHMIDT, B.; PICCININI, C. A. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de covid-19. *Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, Uberaba, v. 8, n. 4, p. 960-966, 2020.

PASINATO, W.; COLARES, E. S. Pandemia, violência contra as mulheres e a ameaça que vem dos números. *Boletim Lua Nova*, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://boletimluanova.org/pandemia-violencia-contra-as-mulheres-e-a-ameaca-que-vem-dos-numeros/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

PELÚCIO, L. *Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS*. 2007. 312 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

PERES, U. T. *Depressão e melancolia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

PIMENTA, D. *O cuidado perigoso: tramas de afeto e risco na Serra Leoa*. 2019. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

PIMENTA, D. Pandemia é coisa de mulher: breve ensaio sobre o enfrentamento de uma doença a partir das vozes e silenciamentos femininos dentro das casas, hospitais e na produção acadêmica. *Tessituras*, Pelotas, v. 8, s. 1, p. 8-19, jan./jun. 2020.

PORTO, R. Zika vírus e itinerários terapêuticos: os impactos da pós-epidemia no estado do Rio Grande do Norte. *Ilha: Revista de Antropologia*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 169-199, 2020.

PORTO, R.; COSTA, P. O corpo marcado: a construção do discurso midiático sobre zika vírus e microcefalia. Dossiê Zika, Síndromes Neurológicas Congênitas e Gênero. *Cadernos Gênero e Diversidade*, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 158-191, 2017.

SCHIARITI, V.; LONGO, E.; CAMPOS, A. C. Impacto do vírus zika congênito e covid-19 na deficiência infantil na América Latina. *Dev Med Child Neurol*, [s. l.], v. 63, n. 11, e3, nov. 2021.

SEGATA, J.; GRISOTTI, M.; PORTO, R. Covid-19 in Brazil. *VIBRANT*, Florianópolis, v. 20, p. 1-7, 2022.

SEGATA, J.; PORTO, R.; MASTRANGELO, A. De(s)colonizando a pandemia. *VIVÊNCIA*, Natal, v. 58, p. 12-16, 2021.

SEGRE, M.; FERAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, p. 538-542, 1997.

SELEGHIM, M. R. *et al.* Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 165-173, 2012.

SINGER, M. *et al.* Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*, [s. l.], v. 389, p. 941-950, 2017.

VALE, A. F. C. *O vôo da beleza: travestilidade e devir minoritário*. 2005. 307 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

VALLE, C. G. O. Apropriações, conflitos e negociações de gênero, sexualidade e sorologia: etnografando situações e performances no mundo social do HIV/AIDS (Rio de Janeiro). *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 51, p. 200-236, 2008.

VIEIRA, F. C. Alcances (im)previstos de um estado de bem-estar social: cruzamentos entre transexualidade, ascensão social e parentesco na capital potiguar. *NORUS: Novos Rumos Sociológicos*, Pelotas, v. 5, n. 8, p. 261-290, 2018.

VIEIRA, F. C. *A segurança biológica na transição de gênero: uma etnografia das políticas da vida no campo social da saúde trans*. 400 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

VIEIRA, F. C.; BARROS, T. V. Antropólogos/as e etnografias diante de processos de adoecimento e medicalização no Brasil – por uma reflexão prática em defesa do SUS. *Equatorial*, Natal, v. 4, n. 7, p. 8-23, 2018.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (covid-19) pandemic. *World Health Organization*, [s. l.], [2025]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 30 set. 2020.

# Impactos para a saúde mental de profissionais da saúde no enfrentamento à pandemia em Santa Catarina

Priscila Pavan Detoni  
Eliana E. Diehl  
Marcia Grisotti  
Maria Conceição de Oliveira  
Daniel Granada

A pandemia de covid-19 se inscreve nos registros político, social, econômico, cultural, médico, científico e ético. Foi um período que produziu incertezas nos processos de subjetivação, acelerando efeitos de mal-estar, precarização das relações, imediatismo, ressentimento social, político e científico. Isso teve desdobramentos psíquicos inquestionáveis (Birman, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) já anunciava que 2020 seria o ano marcado pela depressão e que esta seria a doença que geraria maior afastamento do trabalho. Contudo, o índice de desemprego e o desalento causado pela pandemia nem possibilitaram que esse número fosse registrado de forma fidedigna, principalmente no Brasil, onde os institutos de pesquisa foram desinvestidos pelo Governo Federal de então.

Nesse cenário, apresentamos parte de um estudo que analisou o impacto da pandemia do coronavírus nos/nas profissionais de saúde no estado de Santa Catarina, com foco na saúde mental.<sup>114</sup> A saúde mental

---

<sup>114</sup> Esta pesquisa integrou a Rede Covid-19 Humanidades, a partir de encomenda do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (Convênio Ref. 0464/20 FINEP/UFRGS), e tem por objetivo avaliar o impacto e produzir respostas à epidemia do coronavírus (SARS-CoV-2) entre profissionais de saúde, grupos vulneráveis e a população em situação de isolamento social, visando a subsidiar ações no enfrentamento da doença e considerando as implicações científicas, sociais, políticas, históricas e culturais da pandemia. A pesquisa trabalhou com abordagens de diferentes áreas das ciências sociais e humanas, envolvendo

é aqui entendida a partir de um conceito complexo e historicamente influenciado por contextos sociopolíticos e pela evolução de práticas em saúde. O termo “bem-estar”, presente na definição da OMS, é componente fundamental do conceito de saúde mental, o qual é entendido como um constructo de natureza subjetiva, fortemente influenciado pela cultura, delimitado pelo que se considera uma capacidade de lidar com os fatores estressores do cotidiano, de poder trabalhar produtivamente e de contribuir para sua comunidade. Apesar de a definição de saúde mental ser objeto de diversos saberes, prevalece ainda um discurso psiquiátrico normativo, que a define em oposição à loucura e a partir de diagnósticos de transtornos mentais nos manuais vigentes.

Baseamo-nos, aqui, no paradigma da Reforma Psiquiátrica, em que o sujeito pode ter saúde mental e bem-estar mesmo sendo portador de sofrimentos psíquicos, uma vez que recebe cuidado e pode exercer sua cidadania. Esse paradigma é seguido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que concebe um conceito ampliado de saúde e inclui em suas prioridades o cuidado à saúde mental, levando em consideração as condições de vida, ambientais, relacionais e de trabalho dos sujeitos (Gaino *et al.*, 2018).

Apesar de a pandemia de covid-19 se tratar de um fenômeno de escala global, é nas conjunturas locais e regionais que o vírus se propaga. Profissionais de saúde vivenciaram e ainda vivenciam fatores estressores ao longo dos quase três anos de pandemia: aumento súbito das demandas e da periculosidade do trabalho, associado com o risco expressivo de ser infectado/a e reinfectado/a, de adoecer e/ou de morrer; possibilidade de infectar pessoas próximas; sobrecarga de trabalho e fadiga; exposição a mortes em larga escala; frustração por não conseguir salvar vidas e atender todas as pessoas que necessitavam; afastamento de família e amigos/as (Schmidt *et al.*, 2020). Além disso, a disponibilidade ou não de equipamentos de proteção individual (EPI), o sofrimento dos/as infectados/as, entre eles/as os/as próprios/as colegas de trabalho, bem como as incertezas relacionadas com os tratamentos, tornaram o advento da pandemia um evento traumático para essas pessoas, especialmente antes do processo de vacinação.

Mesmo sendo profissionais de saúde que atuam nas rotinas dos hospitais, essas pessoas não foram treinadas e preparadas para lidar com esse tipo de evento. Entre os relatos coletados, muitos/as profissionais

---

institutos e universidades de diversas regiões do Brasil, com o objetivo de produzir conhecimentos que permitam compreender os impactos da pandemia no nosso país.

destacaram a longa duração das internações, o sofrimento das famílias, os protocolos sanitários que desumanizam o cuidado dos/as infectados/as, as incertezas e mudanças dos protocolos e prescrições de prevenção e tratamento ao longo do decorrer pandêmico. Esses fatores foram vistos como estressores no ambiente de trabalho.

Esse contexto desencadeou sintomas de ansiedade, depressão e estresse, relatados também em outros países (Bao *et al.*, 2020), especialmente quando se tratava daqueles/as que trabalhavam na chamada “linha de frente”, ou seja, em contato direto com pessoas que foram infectadas pelo vírus, principalmente nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e nos acolhimentos de diversas demandas na Atenção Primária à Saúde (APS). Apesar de os relatos dessas experiências serem individuais, eles refletem uma situação de estresse coletivo gerado por mudanças abruptas impostas pelas normas de segurança sanitária que buscavam conter a propagação do contágio pelo vírus. Assim, apesar da singularidade das experiências individuais, podemos afirmar que estamos diante de um “fato social total”, de um fenômeno que se impôs a nós com uma força coercitiva da qual não pudemos escapar.

Em estudo realizado na China, país em que o vírus teve suas primeiras manifestações, uma proporção significativa de profissionais relatou sofrimento psíquico (70%), envolvendo sintomas como insônia, depressão e ansiedade. Destacaram-se entre profissionais da saúde os sentimentos de vulnerabilidade ou perda de controle, preocupação com a própria saúde, da família e de outras pessoas, disseminação do vírus, mudanças no trabalho e isolamento social decorrente das medidas de prevenção (Lai *et al.*, 2020).

Outro estudo, realizado com enfermeiros/as que atuaram na pandemia, identificou que houve o desenvolvimento de estresse pós-traumático, má prestação dos serviços, ideação suicida e suicídio (Chidiebere; Tibali; La Torre, 2020). Machado e colegas (2023) destacam que o impacto da pandemia na força de trabalho em saúde em todo o mundo demanda analisar as condições de trabalho e saúde mental dos/as profissionais no contexto da covid-19 no Brasil. O impacto na saúde mental não aconteceu exclusivamente para os/as trabalhadores/as que atuaram em ambientes hospitalares. Em estudo que buscou conhecer esses impactos em médicos/as que realizam residência em medicina da família e comunidade, foi identificado que 50% dos/as profissionais passaram a apresentar algum sintoma de sofrimento psicológico, como

ansiedade e depressão, correlacionado com o medo da covid-19 (Lobo; Almeida; Cabral, 2022).

A partir de narrativas, nosso objetivo é descrever os impactos causados pela pandemia na saúde mental e nas relações sociais de profissionais de saúde, bem como as estratégias de enfrentamento aos seus sofrimentos. Nos anos de 2020 e 2021, foram realizadas 29 entrevistas aprofundadas, com um total de 23 participantes (alguns/umas foram entrevistados/as em dois momentos), por meio virtual, em diferentes períodos da pandemia, com interlocutores/as-chave – gestores/as, profissionais de saúde (médicos/as, fisioterapeutas, enfermeiros/as, técnicos/as de enfermagem, psicólogos/as, farmacêuticos/as) – da capital e do interior de Santa Catarina (SC).<sup>115</sup> No município de Florianópolis, foram entrevistados/as 11 profissionais do serviço (nove mulheres e dois homens) e cinco da gestão (duas mulheres e três homens). Entre os/as profissionais do serviço, quatro atuavam na APS, e os/as demais, no nível hospitalar; na gestão, os/as cinco profissionais desenvolviam suas atividades no nível municipal. Em dois municípios do interior de Santa Catarina, oito profissionais estavam no serviço hospitalar (cinco mulheres e três homens), e três, na gestão municipal (todas mulheres).

Pesquisar durante a pandemia possibilitou identificar situações que, em momentos de estabilidade, provavelmente não seriam possíveis. Nesse sentido, a pandemia de covid-19 foi um desafio para os/as pesquisadores/as que se dedicaram durante o desenrolar dos acontecimentos. Dentro das possibilidades apresentadas no contexto dessa crise, principalmente na primeira parte, entre os anos de 2020 e 2022, as reuniões da equipe, a metodologia de campo e a realização de entrevistas acabaram tendo como único cenário os espaços virtuais. As restrições de contato físico, oficialmente impostas ou recomendadas durante certo período, associadas ao medo e ao perigo de um eventual contágio, tiveram como consequência principal a impossibilidade de um deslocamento a campo, da forma habitual. Durante as entrevistas com profissionais, coletávamos as narrativas, trabalhadores/as confiaram suas próprias experiências refletidas, através de um ambiente virtual, após a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido com

---

<sup>115</sup> As entrevistas foram realizadas por pelo menos dois(duas) pesquisadores/as da equipe, através da plataforma Jitsi. Todas foram gravadas em áudio e transcritas pela equipe de bolsistas do projeto.

todos os detalhes sobre a pesquisa.<sup>116</sup> Ao mesmo tempo, esse espaço da entrevista permitia um acolhimento dos/as participantes por uma equipe interdisciplinar de pesquisadores/as – psicóloga, farmacêutica, médica, socióloga e antropólogo (Granada *et al.*, 2024).

## Os/as trabalhadores/as na linha de frente: falando sobre impactos na saúde mental

Além das preocupações quanto à saúde física, o sofrimento psicológico pode ser experienciado pela população geral e pelos/as profissionais da saúde envolvidos/as na linha de frente (Schmidt *et al.*, 2020). No caso dos últimos, o enfrentamento à pandemia provocou mudança radical nas suas rotinas de trabalho.

Segundo os relatos, as primeiras capacitações dos/as profissionais ocorreram de forma rápida, havendo novas pactuações de protocolos à medida que conhecimentos sobre a doença eram gerados – processo permeado por incertezas e medos em relação aos riscos, especialmente no primeiro ano da pandemia, como relata um profissional:

[...] nós trabalhamos, quando eu tava na direção, o que fizemos foi um estudo conjunto entre os profissionais que trabalham na direção. Então, cada núcleo de conhecimento da diretoria com evidências clínicas na ponta da atenção primária. Então esse é o modo de trabalho. A gente trabalhou através dos núcleos técnicos, institucionais, né? OMS, sociedades científicas. Procurou material já consolidado, para escrever notas técnicas sobre funções específicas. Como lá é dividido em saúde da mulher, da criança, do idoso, das condições crônicas, da saúde mental, da odonto, dos grupos vulneráveis – população de rua, indígenas, quilombolas – e da própria equipe da saúde da família. Então uma das ações poderia se realizar através desses materiais que estavam institucionalizados: OMS, Ministério da Saúde [MS] e sociedade científica. Então a partir disso a gente elaborou notas técnicas, e essas notas técnicas foram publicizadas e divulgadas para as regionais de saúde e os municípios. Além disso, como as coisas estavam mudando muito rápido, muito dinâmicas as mudanças, a gente instituiu um comitê emergencial para facilitar a comunicação entre as regionais de saúde e os municípios.

---

<sup>116</sup> Essa pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética, sob Parecer Número: 5.709.376.

Toda mudança que ocorria, a gente notificava rapidamente as regionais e os municípios através do comitê e com fóruns. Estabelecemos um cronograma de fóruns, via *web*, quinzenais, para tirar dúvidas, informar novidades a cada 15 dias.<sup>117</sup>

A experiência subjetiva desse processo foi vivenciada em diferentes momentos, em geral carregados de incertezas: desde a preparação de UTI covid, a falta inicial de pacientes e o medo da equipe de haver superdimensionado o problema, passando pela chegada dos picos de atendimento com a superlotação do serviço, o aumento do número de leitos, até a vacinação em massa e as dificuldades do enfrentamento à doença, e, por fim, a naturalização dos casos e cuidados. No primeiro momento, a capacitação começada em março de 2020 não fez sentido no interior de SC, porque os casos demoraram uns dois meses para precisarem da intervenção, o que permitiu maior preparo da equipe e novas contratações (a maioria de profissionais mais jovens e recém-formados/as, visto que trabalhadores/as com morbidades precisaram ser afastados/as). Este relato de 2020 traz os sentimentos de estresse e sobrecarga no momento em que as UTIs estiveram lotadas:

Então é muito complicado, a gente mudou um pouquinho a nossa linha de cuidado que a gente era acostumado, na UTI adulto e agora na UTI da covid. Então os pacientes são nossos, só tem a gente ali, é um ambiente estressante, que a gente tenta não deixar junto, por exemplo, o paciente que tá lúcido, orientado, e que tá fora do tubo, no meio dos pacientes que estão entubando e que estão em mau estado geral. Mas nem sempre a gente consegue fazer essa separação. Infelizmente, a gente não tem muita estrutura física pra separar esses pacientes. Então às vezes tem que acabar, a gente acaba deixando junto, a gente sabe que os pacientes ficam um pouco mais tensos, mais preocupados, não é fácil. Não é fácil, não está sendo fácil psicologicamente pra gente trabalhar, muito difícil. Sem falar das mortes, a gente teve muito paciente jovem, né, que... que... é, que faleceu, que ficou muito instável, que está ruim. Então a gente tem um profissional da saúde que está internado, que era um colega de todo mundo. Então isso também gera uma certa pressão que a gente tá tendo de melhorar, salvar, de fazer tudo, e não tá conseguindo. Então o pessoal tá bem estressado, né.<sup>118</sup>

<sup>117</sup> Profissional 1 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2020.

<sup>118</sup> Profissional 2 da saúde, do interior de SC, entrevistado em 2020.

Naquele momento, em 2020, ou seja, no início da pandemia e antes do processo de vacinação, profissionais relataram o descaso e o negacionismo da população em relação ao distanciamento físico. Um exemplo dado foram as tentativas de comunicar a família de um paciente que havia falecido por covid-19: depois de algum tempo, descobriram que eles/as estavam na praia. Na perspectiva desse profissional, os/as familiares desse paciente negavam a gravidade da doença ao se exporem em ambientes públicos. E a necessidade de “conscientizar” a população aconteceu na capital via APS, ao retomarem os hábitos básicos de higiene, estabelecendo, dessa forma, maior segurança no ambiente de trabalho dos/as profissionais de saúde, como evidencia-se no trecho a seguir. O receio de que algum/uma colega se infectasse e, por isso, tivesse que permanecer por duas semanas em afastamento (que era a primeira prescrição para a não propagação viral) suscitava sentimentos de medo e de sobrecarga de trabalho. Essa situação, somada à falta de profissionais, implicou a reorganização dos serviços, principalmente antes da fase de vacinação, iniciada em 2021, para os/as profissionais. Vejamos o relato a seguir:

Eu era profissional de saúde há quase dez anos já... não, mais de dez anos, eu já era formada, e eu mal tinha usado máscara, nunca tinha usado uma N95. A gente teve que ensinar todo mundo de novo a lavar as mãos, como usar máscara, como usar os EPIs. E também daí aos poucos a gente foi tomando a segurança de que o centro de saúde era um lugar seguro. Eu acho que até chegar esse momento de a gente reconhecer que o nosso trabalho era seguro, aí ali foi uma mudança pra gente conseguir seguir, né, e saber que a gente enquanto trabalhadores estávamos ali atendendo a população de uma maneira segura, que a população poderia vir, né, e que em especial nós não levávamos riscos pra nossas famílias, né? Acho que uma coisa a destacar é importante, é que nós reduzimos nosso horário de atendimento, do centro de saúde. A gente tomou essa decisão, a gente funcionava das 7 da manhã às 7 da noite, a gente tomou a decisão com apoio da secretaria de trabalhar das 8 às 5, porque estaríamos todos no mesmo horário, e se alguém se afastasse rapidamente a gente daria conta de ter alguém. Um afastamento de covid leva de 10 a 14 dias, eu teria alguém pra dar conta dessa demanda.<sup>119</sup>

---

<sup>119</sup> Profissional 23 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

Os/as profissionais relataram que a morte de pessoas internadas por covid-19 combinou sentimentos de abandono e solidão em razão dos protocolos que restringiam o contato tanto dos/as familiares quanto da equipe de saúde com o/a paciente, bem como da permanência prolongada daqueles/as que necessitavam de ventilação mecânica em UTI. O MS elaborou vários protocolos com a finalidade de guiar as ações de cuidado e manejo dos corpos de pacientes com covid-19 (Brasil, 2020). No documento que reúne esses protocolos, o MS alerta que a transmissão de doenças infecciosas também pode ocorrer na manipulação dos corpos, em especial em equipamentos de saúde, e que a ausência ou o uso inadequado de EPIs poderia agravar o risco de transmissão e contágio, expondo os/as profissionais a riscos de infecção (Grisotti *et al.*, 2022). Nas entrevistas realizadas, os/as profissionais corroboraram que, em relação às normas de biossegurança na capital de SC, entre março de 2020 e dezembro de 2021 receberam 11 protocolos diferentes para seguir.

Ao enfrentarem esse contexto, profissionais se infectaram com o vírus, outros/as foram afastados/as por serem grupo de risco com comorbidades e/ou tiveram sua saúde mental afetada, o que sobrecarregou o grupo que se manteve atuando nos serviços. Além disso, houve os casos de mortalidade de profissionais, que agravaram o medo entre os/as entrevistados/as ao longo dessa pesquisa.

A OMS estima que 115 mil profissionais da saúde morreram vítimas da covid-19 em todo o mundo, número que deve estar subestimado em face da tendência de subnotificação, conforme apontam diversos estudos até 2023, momento em que realizamos essa investigação (Machado *et al.*, 2023). No Brasil, não houve uma sistematização da quantidade de contaminações e de óbitos entre os/as trabalhadores/as da saúde, uma vez que somente os Conselhos Profissionais Federais de Medicina e de Enfermagem contabilizaram o número de profissionais mortos/as pela covid-19. As profissões mais acometidas, segundo registros e revisão do mesmo estudo, foram: auxiliares e técnicos/as de enfermagem (62.633, 34,8%), enfermeiros/as (26.555, 14,7%), médicos/as (19.858, 11,02%), agentes comunitários/as de saúde, ou ACS (8.362, 4,6%) e recepcionistas de unidades de saúde (7.856, 4,3%).

O afastamento e a diminuição dos quadros profissionais geraram conflitos internos entre as equipes. A sobrecarga de trabalho e o medo de contaminação foram preocupações constantes entre os/as participantes da pesquisa, bem como a possibilidade de infectarem familiares, o que

fez com que muitos/as se mantivessem por um longo período afastados de familiares e parentes, inclusive pais e filhos/as, quando ainda não se tinha certeza sobre os protocolos de biossegurança:

A covid trouxe impactos sociais pro serviço de... [...] Às vezes tinha que aumentar a jornada de trabalho. Houve caso aí de estresse, depressão, ansiedade, entre os colegas de trabalho, né, que você viu nos outros, né, questão do risco que você [pausa na fala] comentou em algum momento, né, dificuldade de ter informação atualizada sobre como lidar [pausa na fala] com a doença ou imunidade.<sup>120</sup>

No começo era muito medo, muito pânico de toda a equipe [pausa na fala], é... [pausa longa] depois a gente foi se unindo assim e a gente foi tentando disseminar um pouco esse medo pra que a gente pudesse atender de uma melhor forma, não é? É... aí a gente foi conseguindo, graças à Deus [pausa na fala], vencendo um pouco o medo da gente também porque não é só como profissional, mas a gente tá lidando com algo desconhecido [pausa na fala], a gente também [pausa na fala] tem família [pausa na fala]. Então é muito difícil, foi muito difícil no início isso [ruído]. Hoje a gente tem um pouquinho mais de tranquilidade, claro, não baixando a guarda de todos [pausa na fala], a segurança que a gente tem que ter aqui dentro, né... [pausa na fala] mas, assim, a gente hoje consegue lidar com um pouquinho mais de tranquilidade do que a gente lidou no início, né, que foi muito difícil pra gente; reaprender a se trabalhar foi muito difícil, né?<sup>121</sup>

Além disso, a gestão teve receio da falta de EPIs para trabalhadores/as, o que precisou de uma organização coletiva nos âmbitos municipal e estadual. Apesar do racionamento de álcool gel e máscaras nos locais dos/as trabalhadores/as que entrevistamos, não faltaram EPIs, conforme evidenciado na fala de um entrevistado: “Mas para o profissional em si não teve nenhum desabastecimento que levou à necessidade de parar o atendimento por falta de EPI”<sup>122</sup>

Outro fator adverso e causador dos agravos quanto à sobrecarga de trabalho foram: o afastamento e o adoecimento de colegas de serviço;

<sup>120</sup> Profissional 3 da saúde, interior de SC, entrevistado em 2020.

<sup>121</sup> Profissional 3 da saúde, interior de SC, entrevistado em 2021.

<sup>122</sup> Profissional 5 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

e a substituição das equipes por profissionais com pouca experiência profissional ou recém-formados/as, em razão da idade, visto que a maior mortalidade do vírus esteve associada à população mais idosa ou com doenças crônicas:

Toda a problemática dos profissionais que tinham se afastado, e que daí tinha também as pessoas mais idosas, ou comorbidades com maior risco, né? Como que também houve uma sobrecarga pros profissionais, mas como é que foi, vamos dizer assim, essa articulação também? A prefeitura contratou profissionais por um tempo curto porque também ao contratar muitas vezes essas pessoas não tinham uma experiência prévia em saúde da família, pertencimento de equipes, e tal; então elas tiveram que ir aprendendo meio tudo junto assim, teve um número expressivo assim de profissionais que começaram a fazer parte das equipes em função da pandemia.<sup>123</sup>

Nesse contexto, apareceram relatos sobre as falhas na formação profissional na área da saúde, para o trabalho de promoção, prevenção e principalmente vigilância em saúde na APS, além das especificidades da atuação na UTI ou nas UPAs, que demandaram capacitações, como pode ser analisado na sequência:

Quando eu falo da deficiência da formação profissional, eu falo com relação àquele profissional que é egresso, e aí eu falo da minha formação como profissional de saúde. Quando a gente sai da graduação, a gente não sabe o que é vigilância muito bem, a gente ouviu falar em algum momento. Então é uma carreira que exige uma especialização, acaba sendo uma especialização posterior, e dentro do setor público não tem ainda uma carreira instituída para algumas áreas de vigilância, então a pessoa tem que aprender fazendo e estudando durante o processo de fazer também. Você não sai [um profissional de saúde] formado da faculdade sabendo atuar em vigilância epidemiológica, você precisa aprender depois, você precisa se especializar ou precisa aprender fazendo, é nesse sentido que eu falo que ainda falta um pouquinho de entender de vigilância. As pessoas saem muito preparadas para fazer a atenção ao paciente, atenção à saúde, e aí a vigilância fica lá naquela caixinha que ninguém sabe muito bem o que faz.<sup>124</sup>

<sup>123</sup> Profissional 5 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

<sup>124</sup> Profissional 23 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

Agora entraram mais três porque não tem condição, né, tá muito lotado lá, né; então a gente tá trabalhando em quatro enfermeiros, e tem dez técnicos no período do dia. Não, 12 técnicos no período do dia e oito, nove técnicos no período da noite. Então é um enfermeiro por horário e cinco técnicos durante o dia na assistência, um circulante, né, que é o que sai do setor, e à noite são quatro técnicos. É, é mais um que fica até a uma da manhã. [...] Mas em fevereiro a gente começou a estudar muito, então a partir dali a gente decidiu criar essa clínica, é, a gente tinha um setor que era pouco utilizado ali no hospital, né.<sup>125</sup>

Muitos/as profissionais recém-formados/as ou com pouca experiência foram contratados/as por demanda recorrente no interior e na capital de SC; em duas entrevistas, profissionais recém-formadas perceberam esse recrutamento como uma possibilidade de emprego, ao mesmo tempo que como uma responsabilidade com que talvez não tivessem repertório e histórico profissional para lidar. Um estudo que problematizou os registros de óbitos em equipes de enfermagem e medicina na pandemia identificou maiores números de trabalhadores/as vitimados/as fatalmente no início da vida profissional (a qual abarca os primeiros 12 anos de profissão) e no auge da vida profissional produtiva (em média entre os 35 e os 50 anos de idade) (Machado *et al.*, 2023).

Além das demandas do uso de EPI e as adaptações de protocolos, existem também a questão da notificação compulsória e a necessidade desses/as profissionais lidarem com sistemas de informação, para o que nem sempre foram preparados/as durante a sua formação. As tecnologias da informação, inclusive as redes sociais, foram utilizadas no campo do trabalho, o que foi visto como positivo em um primeiro momento, por favorecer a troca de informações. Já em um segundo momento, entenderam-nas como um fator que potencializou o cansaço, em razão das demandas de reuniões, atendimentos e acompanhamentos de familiares via redes sociais, inclusive pelos próprios *smartphones* de uso pessoal dos/as profissionais.

Começamos a entrar muito em contato com essas famílias por telefone, para acolher um tanto a angústia, porque outra situação também é a dificuldade de eles conversarem com a equipe médica. Já que eles não tão podendo entrar no hospital pra visitar, eles acabam ficando também sem essas informações.

---

<sup>125</sup> Profissional 4 da saúde, interior de SC, entrevistado em 2020.

Quando é um paciente mais lúcido, né, mais orientado, o próprio paciente vai comunicando a família: “ah, um médico me contou isso, me contou aquilo”; mas às vezes são pacientes assim que são mais vulneráveis, não sabem fazer as perguntas para os médicos, não têm tanto conhecimento ali nessas situações... E aí também foi criado um sistema que eles chamam de um *call center* da medicina... então as famílias têm um número que eles ligam e eles conversam com médicos, mas não são médicos diretos da assistência do paciente. Na verdade, são médicos que fazem um trabalho remoto de dentro, digamos assim, só que de dentro do [hospital]. Por alguma questão de saúde, eles conseguiram não estar na assistência direta aos pacientes, pelo risco da infecção da covid, então eles recebem essas ligações da família e eles leem o prontuário do paciente e vão tentando explicar para as famílias o que tá acontecendo. [...] A gente começou assim a utilizar mais essas tecnologias da comunicação agora nesse momento. Então a gente descobriu o WhatsApp Business, né? No qual a gente cadastra o número do hospital ou num aparelho, num *tablet*, ou até mesmo no nosso próprio celular. Mas aí a gente conseguia de alguma forma manter o nosso número pessoal para as nossas coisas pessoais e manter um número extra pra falar exclusivamente com os pacientes. E o WhatsApp, ele tem isso, né, as pessoas nos acessam muito fácil, muito rápido, coisa que até ele já tinha nosso acesso; eles já têm o nosso número, da nossa sala, mas não ligavam; e ali, com o Whatsapp, quando você vê sempre tem uma mensagenzinha, né.<sup>126</sup>

WhatsApp foi uma tecnologia muito importante, eu vou dar um destaque, sim. Começando pela questão dos protocolos, né, Floripa adota um protocolo que chama PACK [*Practical Approach to Care Kit*]. O PACK é um protocolo em inglês que é uma lógica de tomada de decisão rápida na atenção primária. Floripa fez uma parceria com uma universidade britânica e adaptou pra cá esse protocolo, que a gente já tinha esse protocolo feito. Então nesse protocolo você atende as principais condições que a gente encontra na atenção primária, e também ele é organizado tanto por condições quanto por sintomas. Então os médicos e enfermeiros estão todos capacitados, da equipe, os que entraram até então, pra usar esses protocolos, que é uma tomada de decisão. Ele é feito, então o paciente chega: “eu vou verificar se ele tá com tal condições, se ele atende esse critério eu vou fazer esse exame...”. E daí a Secretaria, quando surgiu, rapidamente

---

<sup>126</sup> Profissional 7 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2020, grifo nosso.

desenvolveu o protocolo do PACK covid, então ele chega nessa mesma lógica, desse fluxograma de tomada de decisão.<sup>127</sup>

A pandemia acelerou o rompimento com as estruturas sociotemporais, importantes para alguns processos psíquicos (Birman, 2020), como a questão da intensificação do teletrabalho, inclusive no campo da saúde, o que promoveu cuidado em saúde para pacientes e familiares, mas por vezes sobrecarga para profissionais de saúde, que utilizaram em vários momentos seus *smartphones* particulares em horários fora do trabalho para realizar acompanhamentos diante da demanda e das incertezas da doença. Para Byung-Chul Han (2015), o *smartphone* pode ser considerado um lugar de trabalho digital, como um “confessionário digital”, ou seja, um artigo de culto à dominação virtual; como aparelho de subjugação, age como um rosário e suas contas. É assim que mantemos o celular constantemente nas mãos, outra forma de confissão, a nossa coleira por decisão própria, onde somos localizados a qualquer tempo. Han (2015) denominou de “sociedade do cansaço” o esgotamento vivenciado pelas inapeláveis exigências da existência, pela autocobrança e pela falta de limite entre os âmbitos profissional e pessoal, o que foi agravado com o uso das tecnologias da comunicação e informação pelos/as trabalhadores/as da saúde, que ainda viam em 2020 somente o lado positivo dessas ferramentas, e em 2021, quando entrevistados/as novamente, naturalizavam essas formas precarizadas de trabalho, apesar de um cansaço físico e mental crescente.

As equipes dos hospitais e das UPAs no interior do estado de SC mantinham acompanhamento e comunicação direta por meio de celulares pessoais dos/as trabalhadores/as com os/as familiares dos/as pacientes mais graves, bem como por meio do/a profissional que estava no acompanhamento, em especial das áreas da enfermagem, psicologia e assistência social. Na capital do estado, as informações diárias dos/as pacientes eram fornecidas por profissionais diferentes, via WhatsApp, geralmente médicos/as, ficando responsável aquele/a que estava de plantão no momento.

Todas as equipes de profissionais entrevistados/as contavam, nos espaços hospitalares, com profissionais da psicologia e do serviço social, mas essas trabalhadoras centravam suas intervenções de cuidado junto às famílias dos/as pacientes graves por covid-19. Enquanto isso, o suporte às demandas de saúde mental dos/as profissionais foi mantido

---

<sup>127</sup> Profissional 23 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021, grifo nosso.

quase exclusivamente pelas relações entre as equipes, pelo apoio familiar e pelas diferentes formas de “espiritualidade” que emergiram em contextos e locais de trabalho (aspecto que merece ser aprofundado em outra pesquisa). Contatos remotos nas plataformas *online* foram abertos exclusivamente para atendimentos psicológicos dos/as profissionais de saúde por psicólogos/as voluntários/as, obtidos nos cadastros dos Conselhos Regionais e Federal de Psicologia. Contudo, os/as profissionais entrevistados/as nessa pesquisa não aderiram de forma individual ao cuidado, usando somente suportes grupais para compartilhar informações entre colegas e possibilitar a interação que o momento dificultava.

Além do medo da contaminação, a saúde mental desses/as trabalhadores/as foi negativamente afetada, principalmente devido ao sentimento de impotência diante da aceleração e das constantes modificações dos processos de trabalho, que já estavam na época se encaminhando para as crescentes precarização e rotatividade, como perda de direitos trabalhistas e de adicionais de insalubridade em determinados espaços, o que agravou os adoecimentos entre profissionais. Foi relatada a perda de adicionais de insalubridade de profissionais não médicos/as nos espaços das UTIs e UPAs durante a pandemia, sem uma argumentação suficiente por parte da gestão. Vale mencionar que existe uma divisão importante nas formas de remuneração e valorização do trabalho entre as categorias médica e de outros/as profissionais de saúde, beneficiando mais a primeira.

Foi possível constatar que esses/as trabalhadores/as se depararam com situações danosas à própria saúde, com o uso de estratégias coletivas de defesa que iam desde negação até táticas complexas para o enfrentamento do problema, como o distanciamento que assumiam frente à morte e à superlotação nos momentos críticos da pandemia. Também observamos a despersonalização pelo uso dos EPIs, que dificulta o reconhecimento das expressões faciais, além de atitudes que produzem dissociação e/ou negação,<sup>128</sup> como forma de proteção ao

---

<sup>128</sup> Assim como existem fraturas corporais, as dissociações, enquanto mecanismos de defesa individuais e coletivos no trabalho, operam como quebras com partes importantes da realidade e da conexão com sistemas para a compreensão e o funcionamento das dinâmicas vivenciadas no ambiente, como forma de proteger o aparelho psíquico de traumas e sofrimentos. Essa foi uma defesa recorrente nas minimizações e fragmentações dos acontecimentos da crise pandêmica. Contudo, esse mecanismo, bem como o de negação, não é eficaz para enfrentar a problemática vivida, porque apresenta uma forma que fere a capacidade de consciência,

sofrimento que o trabalho na linha de frente pode causar. No contexto de urgência e emergência, existe a necessidade de agir de forma imediata, conduzida pela lógica dos procedimentos técnicos, como a intubação. Então a tentativa de não envolvimento com a situação vivida é uma característica utilizável como defesa diante do contato com o indivíduo doente.

A proximidade da morte gera a necessidade de distanciar-se do ser humano que está morrendo, como forma de proteção contra o sofrimento, somada ao desamparo diante das fragilidades do sistema público de saúde. Do mesmo modo, o não envolvimento com o trabalho ou o envolvimento excessivo podem causar adoecimento psíquico nos/as trabalhadores/as, o que se agravou durante os momentos críticos da pandemia e reverberou posteriormente.

Para lidar com a complexidade desse trabalho árduo na linha de frente, cabe destacar que as estratégias de enfrentamento da covid-19, bem como a preservação da saúde desses grupos essenciais e de outros que trabalharam por circunstâncias socioeconômicas, foram fundamentais para controlar a disseminação da doença e para manter as pessoas em isolamento, confinamento ou quarentena, assim como para a atuação do próprio serviço de saúde e das demais atividades essenciais (Filho *et al.*, 2020). Nesse contexto, portanto, existiram estratégias individuais, coletivas e de gestão para a manutenção da linha de frente.

## Estratégias dos/as trabalhadores/as para enfrentar as adversidades

Algumas estratégias foram desenvolvidas pelas equipes para a manutenção da saúde mental nos momentos mais críticos, como a questão da espiritualidade, do trabalho em equipe e da busca de coesão na tomada de decisões:

É que o que impactou mais assim é a formação das equipes, né?  
Tivemos uma formação de equipes com alguns colegas que já

---

funcionalidade e tomada de decisão. A negação é a primeira defesa diante de uma grande adversidade, e a mais primitiva. Segundo a psicodinâmica, ela não admite a existência da crise ou problema, ignora e naturaliza como estratégia de autoproteção inconsciente, o que permite que muitos/as trabalhadores/as, em certa medida, mantenham-se em ambientes de trabalho hostis (Dejourns, 2004).

trabalhavam há tempo com pacientes graves, com funcionários novos, né. Isso impactou bastante assim, foi mais trabalhoso. Então, era mais sobrecarregado, funcionários, colegas que não tinham trabalhado ainda, né? Chegaram agora, foram recém-contratados. E a parte da ansiedade da medicação. Alguns médicos, assim, tratando paciente... duma forma, daqui a pouco muda o médico. O médico, como é que eu vou dizer, essa ansiedade de tentar tratar pra melhorar pra não perder esse paciente, né?<sup>129</sup>

A manutenção da saúde mental não pode ser entendida apenas no âmbito individual. Por isso, é necessário desenvolver práticas que recuperem as perspectivas de humanização do trabalho interdisciplinar nos serviços de saúde e garantir suporte de forma contínua. Assim, outro aspecto ressaltado por alguns/umas profissionais se refere a uma certa resignificação do processo de trabalho e à empatia no cuidado:

Então acho que essa pandemia trouxe essa reflexão de praticar a empatia, que acho que todo profissional da saúde deveria ter, né, todas as pessoas [risos]; mas praticar a empatia, de tu se colocar no lugar do outro, olhar a situação de como aquele paciente tá, e ele não tem contato com ninguém. A nossa psicóloga, que é maravilhosa, faz chamada de vídeo, e eu sempre fico chorando com as chamadas de vídeo. Eu me emociono porque é a única possibilidade que ele tem de ter contato com a família. Então eu acho que isso de repente vai ser, né? O profissional vai levar essa sementinha assim, sabe, de possibilitar esse contato maior com a família e ter empatia também no cuidado.<sup>130</sup>

Os/as profissionais de saúde são sempre os/as primeiros/as a comporem a linha de frente no processo de controle de uma pandemia. Portanto, é fundamental uma revisão das garantias trabalhistas, assim como a necessária presença de temas centrais e sensíveis na formação de profissionais de saúde, para que continuem enfrentando os desafios em saúde com o fortalecimento de suas redes produtoras de cuidados, como evidenciamos na seguinte narrativa, que traz as demandas de saúde mental como uma avalanche:

---

<sup>129</sup> Profissional 4 da saúde, interior de SC, entrevistado em 2020.

<sup>130</sup> Profissional 21 da saúde, Florianópolis, entrevistada em 2021.

A questão epidemiológica é que a gente tá vendo doenças mais crônicas. Mas, enfim, no eixo sul a gente ainda tem, não vencemos as doenças infecciosas e as doenças por violências, seja elas suicídio; e a gente meio que ganhou essa tetra carga que é a covid, né, que ela vem não carregada só da questão [pausa na fala] da doença infecciosa em si, mas todas as *consequências dessa avalanche que vem, especialmente na saúde mental*. Na saúde física também as pessoas pararam, né, tratamentos, pararam de fazer exercícios, pararam hábitos positivos por medo, o luto que a gente vai ter que lidar por um bom período ainda nessa estrutura. Então as consequências dos órfãos, as consequências da renda. Então tudo isso sobrecarga de certa maneira o modelo de saúde que a gente [pausa na fala] tem, né, não vai durar só o tempo da transmissibilidade, né. Não é só a taxa de transmissibilidade que vai ter, ela vai ter consequências pro futuro, e aí são o pedaço que eu, talvez o desafio que a gente vem tentando organizar. Então, enfim, eu sei que eu falo bastante, mas [risos] essa é um pouco a inquietude que a gente dorme assim, com o desafio que vai chegar pra frente, das coisas que a gente vai ter que lidar.<sup>131</sup>

A gestão do trabalho também foi um fator fundamental para a saúde mental estar ou não afetada. Percebe-se que Florianópolis investiu na atenção primária e cancelou alguns serviços especializados entre 2020 e 2021, mas não deixou de realizar reuniões de equipe, mesmo que através de redes sociais, e isso serviu para que os/as profissionais de saúde fossem compartilhando as mudanças de protocolos e as técnicas diárias para lidarem com as demandas. No interior de SC, a atenção aos casos de covid-19 foi centralizada, e não se fortaleceram as estratégias da atenção básica, o que obrigou à circulação de pessoas infectadas para a realização de testagens e a busca por tratamentos. Além disso, nessa região, conforme entrevistas realizadas com os/as trabalhadores/as, percebeu-se uma menor aderência ao isolamento da população e à manutenção do distanciamento físico, o que causou períodos de lotação nos serviços de urgência, emergência e hospitalar.

Vários/as profissionais também relataram e identificaram um desmonte no campo da saúde pública, especialmente na saúde mental, com o desinvestimento nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), o que repercutiu na população e também no suporte que eles/as tinham no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):

---

<sup>131</sup> Profissional 5, Florianópolis, entrevistado em 2021, grifo nosso.

Ah, a questão da saúde mental, ela é uma fragilidade da rede de [cita o nome do município]. A gente tem uma rede muito frágil assim. Então a gente tem poucos CAPS, o NASF – tem uma psicóloga, por exemplo, que vai no centro de saúde três vezes na semana, um período, e ela passou a pandemia toda em teletrabalho e ela retornou semana passada, presencial, né. Então mesmo os casos que chegavam, as equipes de saúde da família fazem o manejo, né, acompanham esses casos, garantindo presencial quando era preciso. Então saúde mental às vezes se aciona a rede pra fora da rede de saúde, a gente tem problema pra acessar psiquiatra, problemas pra acessar psicólogo, e isso, os problemas que isso traz, né.<sup>132</sup>

Identificou-se o aumento das demandas em saúde mental dos/ as profissionais e também da população geral. Pela falta de recursos econômicos e o empobrecimento vertiginoso, muitas famílias não puderam mais bancar seus planos de saúde privados e passaram a recorrer exclusivamente ao SUS. A classe média foi marcada pelo empobrecimento, e, mesmo com os auxílios temporários, o quadro abarcou a precarização do emprego e do trabalho, a miserabilidade, a morte social e a morte biológica (Birman, 2020). Houve ampliação da demanda para profissionais do SUS, conforme nossos/as entrevistados/as, que identificaram colegas que experienciaram níveis de sofrimento severos relacionados à pandemia, situação que exigiria intervenções psicológicas, reafirmando a relevância de cuidado especializado.

Contudo, o fio condutor necropolítico, o extremismo banalizador da violência – principalmente no nível do Governo Federal – e a falta de uma política orientadora mais consistente pelo Ministério da Saúde foram acentuados pelo efeito do discurso negacionista, que impactou diretamente as realidades hospitalares e do SUS como um todo, nos ataques vivenciados, nas normas de distanciamento físico não cumpridas, nos discursos ambivalentes que ainda circundam a vacinação e o uso de medicamentos. Esse processo, descrito por Joel Birman (2020), apresenta o quadro de trauma agudizado, ou seja, recorrente para a maioria das pessoas que trabalham com atendimentos diariamente. No caso do Brasil, a cruzada moral de cunho racista, classista e sexista vulnerabilizou ainda mais algumas populações, como mulheres com jornadas triplas (Muller Castro *et al.*, 2020), a exemplo

---

<sup>132</sup> Profissional 6, Florianópolis, entrevistada em 2021.

das técnicas de enfermagem, enfermeiras e outras populações que não puderam fazer distanciamento físico.

Afinal, a pandemia não aconteceu de modo uniforme para esses/as profissionais de saúde, mesmo que os sentimentos de impotência e fragilidade se apresentassem mais nas entrevistas do período em que os serviços estavam lotados e não havia a vacinação em massa. A partir do momento em que alguns/umas profissionais se sentiram mais seguros/as com a primeira dose de vacinação, viram que podiam manejar os protocolos de biossegurança, almoçar com colegas, tomar café, gozar das férias viajando ou visitando pessoas que não viam por conta do isolamento. Por vezes, se expuseram a um risco calculado de se infectar com o vírus, buscando manter a saúde mental por meio da sociabilidade, que pode ser entendida como uma prática de autoatenção (Menéndez, 2005).

Cabe destacar que esses/as profissionais e suas equipes também produziram estratégias de enfrentamento e de defesa das adversidades locais e foram se adaptando à crise, em alguns momentos burlando os protocolos, por exemplo. Identificamos comportamentos e atitudes de cooperação entre as equipes, ou seja, modos particulares e coletivos de conviver no trabalho, e formas de proteção contra o sofrimento oriundo das exigências da função. Dejours (1992) ao construir a teoria da psicodinâmica do trabalho, considerou a ambivalente relação entre o sofrimento e o prazer nesse âmbito, o que auxilia para o entendimento dos processos de manutenção subjetiva da saúde do/a trabalhador/a e das estratégias de defesas individuais e coletivas para enfrentamento de situações adversas no labor ou nas organizações.

Portanto, a psicodinâmica entende o trabalho como um fator identitário, assim como é o gênero na nomeação de um sujeito, sendo um resultado da dinâmica entre indivíduo e organização do trabalho, que influencia diretamente na subjetividade, podendo gerar tanto prazer como sofrimento (Conde; Cardoso; Klipan, 2019). A partir da influência da psicanálise sobre os mecanismos de defesa para a manutenção da saúde mental frente aos traumas individuais, Dejours e colegas (1994), tais como Conde, Cardoso e Klipan (2019), observam que cada indivíduo, a depender da sua história, estabelece uma forma de manter sua normalidade, reorganizar seu ambiente e relações laborais com base no que o desestabiliza no contexto profissional. Assim, muitos/as trabalhadores/as, de forma consciente e inconsciente, criaram estratégias de defesa para “suportar” as adversidades do trabalho (Dejours; Abdoucheli; Jayet, 1994).

Entre essas defesas, podemos abordar a questão da negação como primeira estratégia frente a uma crise, seguida, por exemplo, de estratégias cooperativas e colaborativas que aconteceram nas linhas de frente da pandemia. Inclusive, a burla é considerada uma das táticas de defesa que busca fazer o trabalho da melhor forma possível em menor tempo, com menor investimento de energia psíquica, não cumprindo normas rígidas e prescritas pelas instituições (Dejours; Abdoucheli; Jayet, 1994). Isso passa a ser problemático frente aos protocolos de biossegurança e às restrições de convivência coletiva, considerados importantes para a saúde mental do/a trabalhador/a, como a manutenção de reuniões de equipe:

Os processos de trabalho interno da unidade, ele foi construído, porque uma das coisas que a Secretaria determinou era o fim das reuniões. Acho que isso é importante pontuar. Ah... o que nós fizemos lá no [bairro X] foi não fazer tantas reuniões. *Muito pelo contrário, a gente manteve as reuniões*, eu não fechei mais o centro de saúde pro atendimento, como a gente fecha uma vez por mês, uma tarde pra uma reunião geral, né? Eu mantinha o centro de saúde aberto e fazia reuniões do colegiado gestor. Então eu comecei com aquelas reuniões diárias e depois passei a recuperar as reuniões do colegiado, que eram semanais. Essas reuniões foram fundamentais para organizar o processo de trabalho, então ali a pauta da covid era a pauta do dia, né; então toda quarta-feira a gente se reunia e organizava o processo de trabalho. Então, ah, “vai trocar de médico, qual é a sala, quem vai ficar na porta, qual é o afastamento”; então o afastamento, ele tem que continuar. Suspender reunião é uma besteira, tem que reorganizar a reunião porque precisa pensar e planejar nesses processos.<sup>133</sup>

A negação do risco de contaminação e de morte também apareceu mais flexibilizada por alguns/umas profissionais, como no caso de uma profissional que não sabe onde se contaminou, mas acredita ter sido no período de férias, porque já não aguentava mais todos os protocolos e restrições do distanciamento social. Ainda, houve outros relatos de que a contaminação aconteceu durante o almoço ou café, o que impediu momentos mais informais de trocas para a organização dos processos de trabalho.

---

<sup>133</sup> Profissional 27 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021, grifo nosso.

Para a psicodinâmica, apesar de a negação ser uma estratégia individual e coletiva pouco eficaz de enfrentamento às adversidades no trabalho, pode ajudar a suportar momentaneamente repentinas mudanças de rotina, crises e ambientes insalubres. Este relato elucida essa dinâmica:

Mudanças importantes na rotina: mas a cozinha e os espaços de confraternização, que antes era o lanche das equipes etc., isso tudo teve que ser suspenso. Isso a equipe aderiu, entendeu. Agora só nesse ano que a gente foi retomar cafés, alguma confraternização; mas, assim, fica o café numa mesa, a equipe toda de máscara, vai alguém, pega, volta e fica num cantinho... Então, inclusive a própria questão social da equipe, acho que isso pegou muito, a gente tá aprendendo a voltar a fazer. [...] Que três trabalhadores fizeram um lanche numa sala fechada, bem contrariando as normas; um deles tava assintomático e passou pro outro, mas por desrespeito à regra que tava estabelecida. Então enquanto a gente segue as regras a gente conseguiu transformar o ambiente seguro, né?<sup>134</sup>

Consoantes a isso, as estratégias de defesa podem se tornar um fim em si mesmas, levando a uma alienação e, por conseguinte, a nenhuma mudança na organização do trabalho. Apesar disso, essas estratégias beneficiam os indivíduos por certificar a manutenção da normalidade, em decorrência da realidade patogênica presente na organização laboral (Conde; Cardoso; Klipan, 2019; Dejours; Abdoucheli; Jayet, 1994). Elas possibilitam a ressignificação da profissão e a manutenção da saúde ao proporcionar que o/a trabalhador/a, apesar dos desgastes físicos e emocionais, possa retornar no dia seguinte às atividades laborais, seja por propósitos individuais, pela ética profissional ou por compromisso com usuários/as ou colegas, o que ficou explicitado neste relato:

Um futuro de desafios gigantescos pra juntar os cacos e conseguir encontrar inovação pras novas respostas que a gente vai ter. A covid-19 foi um meteoro na Terra, ela foi mudar o jeito com que a gente vai ter que enxergar.<sup>135</sup>

As estratégias mais utilizadas e mais eficazes para a manutenção da saúde mental, segundo os/as entrevistados/as, foram: a coalizão

<sup>134</sup> Profissional 23 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

<sup>135</sup> Profissional 23 da saúde, Florianópolis, entrevistado em 2021.

em equipes interdisciplinares através de reuniões *online*; capacitação e revezamento entre profissionais para evitar o esgotamento e suportar a rotina; o apoio da família, mesmo que de forma remota, antes do período de vacinação em massa; e principalmente a espiritualidade/religiosidade como fonte para buscar a estabilização em situações críticas e de luto cotidianas. Nesse particular, os/as profissionais puderam dar uma maior abertura e desenvolver um olhar mais aprofundado sobre a questão das “crenças” e da espiritualidade dos/as pacientes e familiares, que se tornou um fator fundamental:

Porque eles saem assim: “eu estou com muita vontade de viver, eu estou com muito...”, pensando de “como que agora eu vou levar minha vida de um modo diferente”, né; “ah, eu acho que eu estava me dedicando muito ao trabalho, deixando a família de lado, eu acho que agora eu quero fazer as coisas de forma diferente”. E vem também essa questão da espiritualidade, de agradecido pela crença que acredita e a diferença também da espiritualidade na forma de enfrentamento do luto. A gente vê assim que determinadas crenças ajudam eles a lidarem de uma forma mais branda assim, que eu não vou ficar toda hora me perguntando “por que que isso aconteceu exatamente comigo?”, mas vou um pouco assim: “aconteceu, mas consegui conviver com aquela pessoa, a gente fez coisas positivas, eu vou guardar lembrança dela, vou substituir essa dor por um sentimento agora de saudade”.<sup>136</sup>

## Algumas considerações para finalizar este e abrir outros debates

Heróis/heroínas e protagonistas na linha de frente, os/as profissionais de saúde receberam destaque na mídia durante a pandemia e aplausos da população, mas seu cotidiano de sobrecarga, insalubridade, diferenças nas valorizações e hierarquias profissionais pouco foi problematizado ou (re)avaliado, o que fragilizou as equipes no campo da saúde diante de situações de impessoalização e precarizações do mundo do trabalho. É necessário fortalecer os espaços para estratégias coletivas dos/as próprios/as trabalhadores/as, valorizando todas as categorias

---

<sup>136</sup> Profissional 8 da saúde, interior de SC, entrevistado em 2020.

profissionais, permitindo, assim, maior integração interdisciplinar. Além disso, deve-se incentivar o apoio familiar e de amigos/as, favorecendo redes de (auto)atenção, incluindo espaços de lazer e restaurativos, sem perder a dimensão da espiritualidade/religiosidade.

Inicialmente, houve uma suposição de que, entre as hierarquias profissionais e luta por direitos trabalhistas, a pandemia poderia ter produzido maiores coalizões entre as pessoas (profissionais e pacientes) no sentido de enfrentamento e valorização da ciência, considerando a vulnerabilidade humana. Contudo, a experiência da pandemia não permitiu que todas as vidas fossem choradas e que os lutos fossem vividos da mesma forma, no rol de que ainda temos vidas que valem mais e outras que valem menos (Butler, 2015). As diferenças entre as categorias profissionais, bem como as desigualdades nas relações de gênero, reiteraram estigmas antigos, os quais ordenam práticas e saberes. Apesar de as profissionais mulheres serem a maioria no quadro do enfrentamento à pandemia, nem sempre são valorizadas da mesma forma que os homens brancos, o que caracteriza uma feminização e uma racialização do cuidado, que merecem uma análise qualificada em outro momento.

A linha de frente da pandemia pode ser comparada a um quadro de guerra, em que as questões éticas ficaram no limite entre o cuidado de si e o cuidado integral do outro. Cabe, portanto, questionar: o que é e como manter a saúde mental durante crises sanitárias, que levam trabalhadores/as da saúde a extrapolar seus limites? Para Mattos e colegas (2022), é fundamental reconhecer a legitimidade dos saberes, valores e desejos que movimentam os/as trabalhadores/as e usuários/as dos serviços públicos, compreendendo a saúde mental como um campo relacional e dinâmico.

Através das entrevistas, houve uma possibilidade de escuta, em que a palavra foi via de acesso à realidade do/a trabalhador/a, permitindo chegar à inteligibilidade. Entretanto, não se pode tomá-la como tradução da realidade subjetiva, mas como um meio de pensar na realidade vivida (Dejours, 2004) para transformá-la. Essas histórias, além de contadas, precisam de registro no tempo, e urge uma revisão nas perspectivas de formação profissional, nas instituições e nos processos de trabalho no campo da saúde no enfrentamento às condições sanitárias críticas, como foi a covid-19.

## Referências

- BAO, Y. *et al.* 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, [s. l.], v. 395, n. 10224, e37-e38, 2020.
- BIRMAN, J. *O trauma na pandemia do coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. *Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 – covid-19*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BUTLER, J. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- CHIDIEBERE, O. E.; TIBALDI, L.; LA TORRE, G. The impact of covid-19 pandemic on mental health of nurses. *Clin Ter*, [s. l.], v. 171, n. 5, p. e399-e400, set./out. 2020. DOI: 10.7417/CT.2020.2247. PMID: 32901781.
- CONDE, A. F. C.; CARDOSO, J. M. M.; KLIPAN, M. L. Panorama da psicodinâmica do trabalho no Brasil entre os anos de 2005 e 2015. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 19-36, 2019.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.
- DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2004. p. 56-67.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- FILHO, J. M. J. *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da covid-19. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, n. 45, e14, 2020.
- GAINO, L. V. *et al.* O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. Edição em português.
- GRANADA, D. *et al.* Um ensaio sobre a observação flutuante e os impactos da pandemia no cotidiano: visões de perto e de dentro do campo da saúde. In: GRISOTTI, M.; FERRARI, I. W. (org.). *Ambiente, saúde e sociedade: interdependências e diálogos*. São Leopoldo: Oikos, 2024. p. 112-120.
- GRISOTTI, M. *et al.* A morte contaminada: a experiência da morte por covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde. In: PORTELA, M. C.;

REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (ed.). *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022. p. 309-319.

HAN, B.-C. *Sociedade do cansaço*. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 2015. 80 p.

LAI, J. *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, [s. l.], v. 3, n. 3, e203976, 2020.

LOBO, B. L. V.; ALMEIDA P. C. de; CABRAL, M. Covid-19 e a saúde mental de médicos residentes na atenção primária: medo, ansiedade e depressão. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 31-63, 2022.

MACHADO, M. H. *et al.* Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por covid-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 405-419, 2023.

MATTOS, M. P.; PEREIRA, B. M.; GOMES, D. R. Um ensaio sobre a cegueira: saúde mental na atenção básica e as disputas diante da pandemia da covid-19. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 1-9, 2022.

MENÉNDEZ, E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, [s. l.], v. 14, p. 33-69, 2005.

MULLER CASTRO, T. C. *et al.* Em tempos de coronavírus: home office e o trabalho feminino. *Norus: Novos Rumos Sociológicos*, [s. l.], v. 8, p. 40-64, 2020.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (covid-19). *Estudos de Psicologia*, [s. l.], v. 37, 200063, 2020.

VARGAS, D. de *et al.* Estratégias preventivas ao suicídio para equipe de enfermagem na covid-19: uma revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 36, p. eAPE00682, 2023.

# Volta à escola com a covid-19: tensões em torno da ideia de “geração perdida”

Juliane Bazzo

Como se delimita o fim de uma pandemia? A articulista Gina Kolata (2020), do *The New York Times*, buscou o auxílio de historiadoras para responder a essa pergunta em um texto publicado no primeiro ano da emergência da covid-19. Segundo essas pesquisadoras, uma crise sanitária global tradicionalmente registra dois tipos de término, não necessariamente simultâneos e convergentes.

Um é “medicinal”, quando regride consideravelmente o volume de infectados e mortes. A outra conclusão tem natureza “social”, quando o que decresce é o temor da enfermidade. Nesse segundo tipo de fim, aprende-se a viver com uma doença conhecida, escapando preventivamente dela tanto quanto possível ou simplesmente vivendo a despeito dela, negando-a de modo mais ou menos veemente (*id.*).

Como sublinham as historiadoras entrevistadas, certo mesmo é que finais de pandemias se revelam processos compridos, confusos e difíceis. No caso do Brasil, a confusão e a dificuldade, junto com a negligência, marcaram profunda e fatalmente toda a trajetória do novo coronavírus no país, encontrando algum respiro apenas com o avanço da vacinação, desde 2021. Propagada por altas autoridades, essa conduta desidiosa contabiliza 688 mil brasileiras e brasileiros mortos no momento em que estas linhas são escritas (The Johns Hopkins University, 2022).

Em decorrência disso, conforme dados da campanha *EmLuta* (2022), o país já ultrapassou a marca de mais de 200 mil crianças e adolescentes que perderam familiares para a doença. Foi esse contingente de pessoas em vulnerabilidade, emocional e material, que as escolas passaram a receber quando reabriram, nos meses derradeiros de 2021. Após meses de interrupção, em prol do distanciamento social como medida preventiva, a retomada de atividades presenciais de ensino

refletiu uma atmosfera de fim “social” da pandemia no Brasil, diante de um relativo controle “medicinal”, que prossegue em observação por epidemiologistas.

Foi nessa volta à escola – *com e não pós-covid-19* – que a expressão “geração perdida” começou a ventilar na esfera pública. Neste capítulo, procuro mapear tensões sociais em torno da emergência dessa ideia, a partir de um empreendimento a um só tempo de pesquisa e extensão, que passo a expor a seguir.

## Escola em quarentena

Acompanhei desde abril de 2020 os impactos da covid-19 sobre a educação formal por intermédio do projeto *Escola em quarentena: um registro antropológico de memórias educacionais*. Coordenada por mim em parceria com outras duas colegas investigadoras, essa iniciativa independente se desenrolou em um grupo virtual de aprendizagem coletiva, que reuniu cinco centenas de membras, alocado na rede social Facebook.<sup>137</sup>

O projeto nasceu vinculado ao *blog* de divulgação científica *Primavera nos Dentes: Antropologia, Educação & Curadoria*, por mim gerenciado autonomamente desde janeiro de 2020.<sup>138</sup> Entre outros objetivos, essa plataforma pretende visibilizar e enriquecer debates em antropologia da educação, enquanto subcampo disciplinar em expansão (Bazzo; Scheliga, 2020).

Originado nesse contexto, o *Escola em quarentena* se propôs a reunir, em um espaço único e compartilhado, relatos que não cessaram de emergir na *internet* desde o início do período pandêmico. Assinadas por docentes, estudantes e familiares, tais narrativas trataram de dilemas, adaptações e aspirações na tarefa de ensinar e aprender em

---

<sup>137</sup> Partilhei a concepção e a administração do *Escola em quarentena* com a professora da rede estadual de ensino do Ceará Kelli Schmiguel e com a contadora de histórias Mana Lucena Suarez. A página oficial do projeto é [www.facebook.com/groups/escolaemquarentena](https://www.facebook.com/groups/escolaemquarentena). Em consonância com o público majoritário engajado nessa iniciativa, bem como com a identidade pela qual me reconheço, emprego ao longo deste texto prioritariamente a marcação de gênero feminina.

<sup>138</sup> Cf. <https://blogprimaveranosdentes.wordpress.com/>. Para um panorama do *Escola em quarentena* no espaço do *blog*, ver <https://blogprimaveranosdentes.wordpress.com/2020/05/30/projeto-faz-registro-antropologico-memorias-educacionais-durante-a-pandemia/>.

um panorama que fugia completamente ao ordinário. Essa conjuntura incluiu como grande fato uma migração massiva, rápida e turbulenta ao ensino remoto de caráter emergencial.

O projeto buscou assim se configurar como um mosaico e também um observatório de percepções de agentes das comunidades escolares, para conferir a elas uma espécie de perenidade, assim como impulsionar o conhecimento a partir de anseios, afetos e devires de tais atores, diante da pandemia como um evento divisor de águas neste século. Esse esforço envolveu, inclusive, considerar problemáticas econômicas, políticas e sociais de se utilizar uma plataforma como o Facebook para a empreitada de acervo.<sup>139</sup>

O *Escola em quarentena* recepcionou 55 “narrativas originais”, como foram chamados os relatos enviados exclusivamente ao grupo por suas membras sobre o cotidiano educacional na pandemia. Além disso, agregou mais de uma centena de “narrativas viralizadas”, assim denominadas por abrangerem conteúdos com esse mesmo perfil temático em alta circulação em redes virtuais e, logo, de interesse das participantes.

Entre outros desdobramentos, o *Escola em quarentena* passou a integrar a base de dados *Coronarquivo*, capitaneada pelo Centro de Humanidades Digitais da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), construída sob o propósito de mapear e compreender a ascensão e as implicações dos arquivos virtualizados de memória da covid-19 no Brasil e no mundo.<sup>140</sup>

Conforme palavras de Marino (2021), um dos idealizadores dessa iniciativa, a preocupação do *Coronarquivo* reside em como contar uma “história justa” de uma catástrofe que é multifacetada – a um só tempo sanitária, geopolítica, econômica e sociológica. Esse propósito relembra ensinamentos, inspiradores do *Escola em quarentena*, de pensadores como Pollak (1989), o qual assinala que toda e qualquer memória não é dada, mas sim elaborada por um intenso jogo social de forças, capaz de projetar certas lembranças em detrimento de outras, com efeitos concretos sobre a realidade e o destino das pessoas.

---

<sup>139</sup> Sobre esse debate, ver Lopes (2021).

<sup>140</sup> Cf. <https://www.chd.ifch.unicamp.br/node/9>.

## Approach etnográfico

Desde a identificação da covid-19, em fins de 2019, na China, mas especialmente com a decretação de sua natureza pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), nos primeiros meses de 2020, o volume de pesquisas a esse respeito evoluiu de modo avassalador em todo o planeta, nas mais diversas frentes (WHO, 2020). Para tanto, mostrou-se necessário repensar o próprio modo de conduzir essas investigações, de maneira a assegurar, o mais rigorosamente possível, o distanciamento social exigido perante uma mazela infecciosa ainda sem remédio, demandante de vacinas inéditas, apenas mais tarde desenvolvidas.

Nesse decurso, estudos das ciências naturais e humanas a envolver pessoas como sujeitos de pesquisa, sob uma miríade de temas, migraram em peso para plataformas digitais. Entre seus instrumentos mais recorrentes, observou-se a difusão, nas redes sociais virtuais, de questionários fechados ou abertos, gerenciados sob apoio de ferramentas como o Google Forms.

O projeto *Escola em quarentena* situa-se como fruto desse movimento massivo de pesquisas, embora sua inspiração metodológica provenha do modo etnográfico de produzir conhecimento, típico da antropologia enquanto campo do saber. Uma etnografia, para se constituir, pode contemplar a aplicação de perguntas como aquelas reunidas em questionários, mas aprendemos que não se restringe a isso. Inclui especialmente a observação sistemática, a escuta atenta, bem como interlocuções mais fluidas e contingentes com sujeitos de pesquisa, nos modos *off-line* ou *on-line* (Miller, 2020).

Sob essa luz, o *Escola em quarentena* não consistiu em uma etnografia em si mesmo, mas lançou mão de seus pressupostos, a fim de gerar *insights* de potencial etnográfico, capazes de se desdobrar em outros estudos e intervenções, na tarefa de refletir sobre desafios do presente e, além disso, de angariar elementos profícuos ao laborioso processo de imaginar coletivamente um futuro pós-pandemia para a educação brasileira. Logo, vê-se essa iniciativa não só como um esforço de pesquisa, mas também de extensão, inspirado por princípios da ciência aberta e cidadã, na medida em que se propôs a partilhar publicamente dados qualitativos de pesquisa no compasso em que estes foram gerados, via engajamento de agentes das comunidades escolares (Amaral, 2021).

## Narrar a aflição

Os relatos coletados pelo *Escola em quarentena* derivam de contextos de vida bastante diversificados da realidade brasileira. São vozes ecoadas de redes de ensino públicas e privadas, de diferentes regiões geográficas, reflexos de um país plural, mas também muito desigual socioeconomicamente, perante a empreitada de lidar com a educação remota emergencial. Mesmo em meio a um dia a dia turbulento, defronte às drásticas transformações colocadas pela pandemia, os sujeitos das comunidades escolares evidenciaram assim o papel de agentes, criando tempo para ofertar minuciosas impressões, merecedoras de serem preservadas e mobilizadas enquanto memória e conhecimento.

Tematicamente, as narrativas reunidas pelo projeto contemplaram uma série de dificuldades de adaptação ao ensino remoto, tanto de estudantes e familiares como de docentes e técnicas educacionais, seja no que diz respeito ao manejo da tecnologia, à reformulação de conteúdos a distância, à criação de vínculos afetivos via plataformas digitais ou ainda ao equilíbrio com as rotinas domésticas e profissionais dos adultos. Não obstante, chegaram também relatos reveladores de como tais personagens procuraram contornar obstáculos diários, com maior ou menor êxito, em um cenário excepcional.<sup>141</sup>

Com o intuito de sistematização, houve o delineamento de tópicos classificatórios para as narrativas, relatados a seus contextos e agentes escolares. Dessa forma, verificou-se que a maior parte das narrativas veio da escola pública, com assinatura de professoras e mães (cinco dezenas de relatos na primeira categoria e três na segunda). Em seguida, apareceram mães com crianças no ensino privado (com cerca de duas dezenas). Esses resultados reafirmam estatísticas ofertadas pelo Facebook, indicadoras de que 80% do grupo se compuseram de mulheres. Esses números ainda assinalaram que 50% do total de participantes provinham das regiões Sul e Sudeste.

Tais dados combinados reverberam desigualdades no exercício do cuidado de crianças e adolescentes, relativas a gênero e, muito provavelmente, classe, raça e região, as quais se mostram deveras

---

<sup>141</sup> Excertos de uma variedade de narrativas podem ser conferidos no portfólio *on-line* do projeto. Disponível em: <https://rolls.bublup.com/julianebazzo/escolaemquarentena>. Acesso em: 15 jul. 2025.

profundas na realidade brasileira e, não raro, operam de modo interseccional (Crenshaw, 2022; Souza, 2009). Essas iniquidades ainda se conectam a índices de exclusão digital, consideradas aí problemáticas tanto de acesso pleno às tecnologias da informação e comunicação quanto de necessário letramento para delas usufruir (Spyer, 2017).

Assim, embora seja emblemático no *Escola em quarentena* o volume de narrativas oriundas da rede pública de ensino, tem-se claro que uma considerável fatia de vivências de segmentos mais desfavorecidos da população brasileira não foi totalmente captada pelo modo *on-line* operado na pesquisa-extensão. Certamente, essa constatação ecoa um problema grave que perpassou a educação remota emergencial no Brasil: diante da suspensão das atividades presenciais, muitas famílias se encontraram em severas dificuldades para continuar nutrindo vínculos com suas comunidades escolares, as quais constituem elos fundamentais na corrente de proteção social, a despeito de todas as precariedades estruturais bem conhecidas da educação estatal no país (Parreiras; Macedo, 2020).

## Liminaridade e *communitas*

Como mencionado, o *Escola em quarentena* figurou como um entre outros projetos que conformaram uma paisagem de iniciativas de memória do cotidiano durante a pandemia de covid-19 (Marino, 2021). Em meio a elas, esteve também o *Pandemia de narrativas*, ação “antropoética” hospedada na plataforma Instagram. Esse projeto reuniu um conjunto de fotografias, desenhos, colagens, vídeos, ambiências sonoras e poesias, enquanto artefatos confeccionados e enviados por quaisquer pessoas que, dessa maneira, atuaram ao conferir representação à vida durante a emergência sanitária (Bezerra, 2020).<sup>142</sup>

Em abordagem sobre esse projeto, Claudia Turra Magni, uma de suas coordenadoras, tomou de empréstimo ferramentas conceituais de Turner (2008 [1974]) para assinalar que, ao agregar uma gama de registros estéticos, o *Pandemia de narrativas* serviu ao propósito de conferir vazão a “rituais de aflição” durante a pandemia (Experimentações, 2020). Argumento que o *Escola em quarentena* atuou nessa mesma

---

<sup>142</sup> Cf. <https://www.instagram.com/pandemiadenarrativas/>. O *Pandemia de narrativas* despontou a partir do Laboratório de Ensino, Pesquisa e Produção em Antropologia da Imagem e do Som, da Universidade Federal de Pelotas (Leppais/UFPel).

direção. Nessa perspectiva, tais espaços virtuais teriam delimitado uma espécie de “*communitas*”, a lidar com uma situação de “liminaridade” agônica, no âmbito do “drama social” colocado pela covid-19 (Turner, 2008 [1974]).

Sob a ótica de Magni, esses territórios digitais estariam assim alicerçados em uma “antropologia sensível”, trabalhando por auxiliar na diluição de barreiras do isolamento, permitindo um pensar sobre a crise e ajudando a tecer laços de resistência, em um cenário no qual se desnudam fragilidades e esgarçamentos, antigos e recentes, em torno de vínculos e proteções sociais, no Brasil e no mundo (Experimentações, 2020). Dessa forma, se a pandemia surgiu como algo completamente novo para a maioria da população, paradoxalmente foi também uma intensificação de questões já presentes. Com as comunidades escolares, não indicou ser diferente.

Turner (2008 [1974]), contudo, adverte que uma “*communitas*” tende a se mover até que sua condição de “antiestrutura” encontre uma acomodação em relação à “estrutura” que a precedia, típica de um certo *status quo*. Desse modo, há transformação e manutenção de elementos simultaneamente. Assistiu-se a algo nesses moldes quando uma certa rotinização da pandemia no dia a dia das pessoas, com seus prós e contras, veio a se delinear.

Por um lado, passados meses da decretação da emergência sanitária, alcançou-se certo conhecimento sobre como se proteger da covid-19, o que possibilitou seguir com algum tipo de cotidiano. De outro, porém, registrou-se uma negação dos malefícios mais amplos da pandemia por certos estratos populacionais, no Brasil em muito favorecida pela inexistência de políticas públicas de concertação nacional em torno desse evento (Safatle, 2020).

## Geração perdida

O movimento referido, de acomodação entre “*communitas*” e “estrutura”, se fez sentir no interior do *Escola em quarentena*. A contar de meados de outubro de 2020, cerca de seis meses após o lançamento do projeto, foi se verificando um calar paulatino de vozes no espaço do grupo, com o envio cada vez mais espaçado de narrativas originais. Esse silenciamento compassado recordou-me a observação da etnógrafa em educação Ariana Mangual Figueroa (2017), de que o silêncio é agente

nas rotinas da vida, inclusas as escolares. Ou seja, o silêncio fala da realidade, como também a molda.

Foi, portanto, nesse cenário de menos barulho aos poucos aprofundado, já prenunciando um fim “social” da pandemia mesmo sem o término “medicinal” (Kolata, 2020), que se sobressaiu na cena pública a expressão “geração perdida”. Capturado pela coleta de narrativas viralizadas, esse termo se mostrava a serviço de designar crianças e adolescentes sob ameaça de insucesso educacional definitivo, devido à longa suspensão da escola em modo presencial pela crise da covid-19.

A expressão surgiu logo no título de um relatório da Organização das Nações Unidas, que obteve destaque midiático no final do primeiro ano de pandemia: *Evitando uma geração perdida para a covid*, traduzido para o português (Unicef, 2020). Rapidamente essa ideia de “geração perdida” serviu de lastro ao *Escolas abertas*, um movimento que passou a ocupar os noticiários na mesma época, encabeçado por mães da elite paulistana que reivindicavam o retorno imediato às aulas presenciais, em redes pública e privada, sob medidas de proteção sanitária, como uso de máscaras e álcool antisséptico, porém ainda sem vacinação.

Seria possível respaldar algo nesse sentido se, desde o início da pandemia, as comunidades escolares tivessem ocupado o centro de uma estratégia integrada de saúde coletiva para o país. Mas, sabe-se, isso esteve longe de acontecer. De modo que, na esteira da análise do membro do comitê diretivo da Campanha Nacional pelo Direito à Educação, Fernando Cássio, junto de coautoras (Cássio; Ribeiro; Corti, 2021), conclui-se que o *Escolas abertas* configurou mais uma investida em prol de interesses financeiros e negacionistas de classes dominantes brasileiras.

O mesmo Fernando Cássio (2021) recuperou o termo em foco aqui noutra reflexão, chamada “Geração perdida? A culpa não é da pandemia”. Nesse artigo, Cássio assinala a torção que reclamamos como aquele encampado pelo *Escolas abertas* faziam com as considerações documentadas da Organização das Nações Unidas. Pontua ele: “A relatora da ONU [para o direito à educação, Koumbou Boly Barry] defende a reabertura das escolas, mas no marco do fim de um Estado austericida que já matava pessoas antes da pandemia e que criava ‘gerações perdidas’ com escolas abertas” (Cássio, 2021, s. p.).

Com base no exercício de pesquisa conduzido por meio do *Escola em quarentena*, endosso a posição de Cássio sobre a necessidade de empregarmos a noção de “geração perdida” com enorme

responsabilidade. Esse estudioso nos alerta para o perigo de uso dessa expressão em favor de processos iníquos de financeirização da vida.

Não fora desse contexto, quero chamar a atenção mais detidamente ao risco de utilização leviana desse termo no que diz respeito à sua repercussão sobre disposições existenciais e de saúde mental em meio a crianças e jovens, especialmente – mas não somente – entre aquelas(es) que encontram maiores obstáculos em seus percursos formais de educação, devido a desigualdades de classe, raça, gênero e outras (Freitas, 2009).

## Existir depois do horror

Para isso, volto no tempo e relembro que se atribui à escritora estadunidense Gertrude Stein a criação da alcunha de “geração perdida”, com a qual ela denominou literatos dos anos 1920 que experienciaram os horrores da Primeira Guerra Mundial e as mazelas do pós-conflito. Nessa conjuntura, não raro essa expressão surgia conectada à perda enquanto celebração plena de uma vida fugidia, tal como esboça o título *Paris é uma festa*, do livro póstumo de memórias do célebre Ernest Hemingway, publicado em 1964 (Deschain, 2013, 2014).

Essa percepção não é de maneira alguma errônea, porém, como sublinham reflexões sobre o espírito dos escritos do período, perda naquele momento também abarcava uma busca ansiosa de sentido para a vida e de alguma esperança a um profundo desalento humano depois do inacreditável bélico. O suicídio de Hemingway, em 1961, após ainda ter atuado como correspondente durante a Guerra Civil Espanhola, parece digno de ser mencionado, não enquanto diretamente causado – o que seria simplista –, mas como acontecimento envolto por tais dilemas existenciais (*id.*).

Esse conflito armado é pano de fundo de outro clássico do autor norte-americano – *Por quem os sinos dobram*, de 1940. O famoso título do romance toca em cheio a questão da existência perante circunstâncias-limite. A expressão deriva de meditações do reverendo e poeta inglês John Donne, quando acamado à beira da morte. Escreveu Donne em 1624, portanto, bem antes do romance de Hemingway: “Nenhum homem é uma ilha [...]; todo homem é [...] uma parte da terra; [...] a morte de todo homem me diminui, porque sou parte na humanidade; [...] então nunca pergunte por quem os sinos dobram; eles dobram por ti” (Jardim, 2020).

Se saltamos, por sua vez, à Segunda Guerra Mundial, encontramos em mesma linha as cirúrgicas ponderações de Camus (2019 [1942], p. 17) em seu *O mito de Sísifo*: “Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à pergunta fundamental da filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, vem depois”. Logo, quero argumentar que é com esse gênero de problemática que se lida, ainda que indiretamente, quando se lança mão do termo “geração perdida” como possível qualificador a crianças e jovens sobreviventes à covid-19.

Sobre isso, conto uma história. Como fruto do projeto *Escola em quarentena*, fui convidada a colaborar em uma entrevista para as gravações de um documentário sobre educação a distância e o agravamento de desigualdades escolares na pandemia. O audiovisual era parte de um trabalho desenvolvido por estudantes de ensino médio, no âmbito de uma escola da região Sudeste. Embora privada, essa entidade operava com um amplo programa de bolsas de estudos para jovens de baixa renda.

Em dada altura da conversa, feita via *internet*, mencionei à estudante que me entrevistava justamente a questão que abordo aqui: o quanto era irrefletido e injusto atribuir a crianças e adolescentes em idade escolar na pandemia a acepção de “geração perdida” como se fosse uma fatalidade, diante da qual nada ou não muito havia a ser feito. Foi quando marejaram os olhos do tão jovem rosto de minha entrevistadora. Naquele momento, nossos papéis na cena de diálogo como que se inverteram, e fui eu quem a aguardou em silêncio. Ao restabelecer a fala, ela me disse algo como: “Me dói fundo essa coisa de geração perdida”.

## Pensar a geração

No debate antropológico, conforme relembra Motta (2010), a geração é conceitualmente relacionada a grupos etários, que dizem respeito tanto a um *status* de filiação familiar quanto a uma posição social no interior de uma coletividade mais ampla. As contribuições etnográficas da disciplina demonstram que essa noção alcança significações para além da cronologia tipicamente ocidental, conectando-se a lugares e papéis cultural e historicamente delimitados. O trabalho de Mead (2015[1928]) configura um marco nessa discussão, ampliada por estudos subsequentes – Debert (1997), Pires (2007), Barros (2010), Toren (2010) e Cohn (2013), para ficar em alguns exemplos.

Marcadores de diferença tais como a geração se delineiam, portanto, “[...] como efeito da operação de complexos sistemas de conhecimento e de relações sociais” (Almeida *et al.*, 2018, p. 19). Delimitados coletivamente, esses marcadores não são naturais, mas podem surgir naturalizados e, muitas vezes, interseccionados para encampar exclusões e violações em contextos como o brasileiro, atravessados por múltiplas e profundas iniquidades (Collins; Bilge, 2020). Ao mesmo tempo, essas alteridades e suas articulações mobilizam, na contramão, agências dos sujeitos que as corporificam, impulsionando abundantes processos de subjetivação, negociação e ação política, pela dissolução de cenários de desigualdade e pela afirmação da justiça social.

No que diz respeito à abordagem da geração conectada a dinâmicas sociais de poder, Motta (2010) assinala que tal marcador tradicionalmente recebeu menor atenção acadêmica e ativista que gênero, raça e classe no universo dos diacríticos de alteridade. A autora pontua que esse estado de coisas reverbera a “polissemia do termo” no tempo, conferindo-lhe uma volatilidade de sentido vista como um desafio à sua apreensão. A despeito disso, Motta defende a necessidade, que aqui compartilho, de articular a geração mais enfaticamente em reflexões antropológicas, junto de outros marcadores sociais.

Eckert e Steil (2010) advogam em direção semelhante, recordando que os “ciclos de vida”, embora remetam a um “contínuo” – infância, juventude, adultez e velhice –, surgem pensados historicamente de maneira fragmentada nas investigações antropológicas, evidenciando nesses moldes uma presença desde as teorias clássicas, especialmente em abordagens das relações de parentesco, bem como sobre a transmissão de saberes e práticas.

A dupla defende que as “idades” funcionam justamente como meios de acesso ímpares a uma “rítmica do tempo”, este compreendido, sob as perspectivas durkheimiana e maussiana, enquanto uma categoria universal do entendimento humano. Também assinalam a força dos “ciclos de vida” para a elucidação de “dramas sociais” como processos de transmutação social, numa referência à obra de Turner (2008 [1974]), com a qual neste capítulo venho dialogando (*id.*).

## Claustro e risco

Hugo M. Ferreira (2022) captou esse vigor analítico da geração em um estudo no campo da educação, centrado na análise de aspectos

de saúde mental e emocional entre estudantes no Brasil. Para construí-la, o autor aplicou questionários e efetuou entrevistas, em meio a um universo de 3.115 crianças e adolescentes, de 11 a 18 anos, de escolas públicas e privadas, bem como entre responsáveis que selecionou, em cinco capitais brasileiras – Recife, Maceió, Natal, Rio de Janeiro e Belo Horizonte.

Nesse esforço, ele descobriu o que denomina de “geração do quarto”: crianças e jovens que passam grande parte do dia em isolamento e, nessa condição, se dedicam a uma intensa socialidade digital. As vivências virtuais não são problemáticas em si mesmas, aponta Ferreira (2022, p. 18), mas constituem elemento comum em meio a um grupo infanto-juvenil marcado principalmente por “comportamentos adoecidos, perigosos e frágeis emocional e mentalmente”.

Segundo ele, sua ideia de “geração do quarto” não se confunde com “geração Z” – termo que, volta e meia, aparece na mídia para designar pessoas nascidas a partir da primeira década do século XXI, já numa atmosfera totalmente *on-line*. Também não é o mesmo que “geração nem-nem”, que não estuda nem trabalha, outra expressão de circulação comum. Ainda explica o autor que a palavra “quarto” configura uma metáfora para marcar uma condição de retirada da vida *off-line*, capaz de acontecer num recinto fechado, mas não necessariamente, haja vista que, a depender de condições socioeconômicas, muitas crianças e adolescentes não usufruem em suas casas de dependências privativas (*id.*).

A “geração do quarto” abarca, por conseguinte, aquela que é boa em aparentar que tudo está bem no cotidiano, porém, por detrás desse verniz convive com uma “dor existencial profunda” e uma enorme “ausência de sentido” no dia a dia. Está em jogo, dessa maneira, um conjunto massivo de afetos que difere das frustrações mais conhecidas historicamente no Ocidente registradas na infância e adolescência (*id.*).

Afirma Ferreira (2022) que a “geração do quarto” parece não ver meios de encarar a vida e suas contingências sem pensar necessariamente na “hipótese da morte”. Tal ideiação, não raramente, se manifesta em marcações no corpo que podem ser fatais. É quase uma obviedade assinalar que os distanciamentos, as angústias e as perdas determinadas pela pandemia de covid-19 operaram como agravantes nesse cenário.

Automutilação, sexo inseguro, velocidade no trânsito, violências escolares, transtornos alimentares, dependência química, suicídio. São todas “condutas de risco” analisadas por Le Breton (2012) e que, segundo ele, vêm afetando com intensidade digna de nota na contemporaneidade

estratos infanto-juvenis de todas as camadas sociais, embora de diferentes modos, conforme acessos socioeconômicos aos meios para tais comportamentos. Veem-se aí pessoas em percursos de construção identitária que, uma vez em sofrimento, recrutam o corpo no lugar da palavra, ainda “informulável” nesse estágio de amadurecimento. O corpo se torna, dessa forma, ferramenta de comunicação por excelência, diante da sua materialidade insistente no processo de ser e estar no mundo.

De acordo com o autor, as condutas arriscadas sinalizam “tentativas dolorosas de ritualizar a passagem para a idade adulta” e, especialmente, “um movimento de resistência contra uma violência silenciosa” (*id.*, p. 34-35), que emana de uma sociedade capitalista avançada, na qual estruturas estatais de bem-estar se precarizam, o meio ambiente é dilapidado, a concentração de riquezas aumenta, as desigualdades se aprofundam, a competição entre indivíduos se intensifica, o comprometimento recíproco se dilui e a exclusão socioeconômica está sempre à espreita.

Diante disso, constata Le Breton (2012, p. 36-43, grifo do autor):

[...] a sociedade falha em sua função antropológica de dizer por que vale a pena viver, por que o ser é melhor do que o *nada*.  
[...] A primeira tarefa é a de convencer esses jovens de que sua existência é preciosa e tentar desviá-los destes “jogos de morte” para conduzi-los ao “jogo da vida”.

Logo, tentar levar a cabo essa tarefa mantendo como recurso discursivo a ideia de “geração perdida” indica ser, portanto, algo inconciliável e deletério.

## Geração roubada

Os Estados Unidos, país também com severas desigualdades sociais e que igualmente viveu a pandemia sob um governo de extrema direita, tiveram suas aulas em modo presencial retomadas um pouco antes que o Brasil e, logo na sequência disso, viram-se às voltas com crescentes índices de violência escolar, que historicamente já se revelavam altos. Criminologistas consultados acerca desse quadro advertiram que nele havia uma combinação perversa de pandemia, ausência de confiança institucional, divisão política tóxica e aumento da circulação de armas (Sawchuk, 2021).

A exemplo do que ocorreu no mandato de Donald Trump, no Brasil, desde que Jair Bolsonaro assumiu o Poder Executivo, a aquisição de armamento pela população civil alcançou índices recordes (Schreiber, 2021). Esse panorama acende um alerta vermelho, visto que, conforme analisei em outro lugar, tanto lá quanto aqui ataques armados fatais a escolas não são tragédias incomuns (Bazzo, 2020).<sup>143</sup>

Assim, pensar as chances de recrudescimento da violência infanto-juvenil extrema e fatal – contra si ou outrem – junto de questões existenciais e de saúde mental me parece algo imprescindível quando se volta às salas de aula em um Brasil sangrado pelo genocídio, pelo desemprego, pela fome, com mais armas em circulação e com um processo eleitoral truculento vivenciado em 2022. O valor e o propósito da vida, a vida que vale a pena viver ou por qual futuro vale a pena viver são tautologismos inevitáveis em um processo de luto sério, exigente e desafiador com crianças e jovens, o qual, a meu ver, iniciou-se atropeladamente, com pressões questionáveis para o retorno da programação escolar normal.

Ao refletir sobre a crise educacional no pós-Segunda Grande Guerra, a filósofa Hannah Arendt (2007 [1954]) escreveu que autoridade não deveria se confundir com totalitarismo ou terrorismo, mas sim contemplar a “responsabilidade pelo curso das coisas no mundo”. Afirma ela que, se os adultos refutam essa autoridade, “[...] se recusam a assumir a responsabilidade pelo mundo ao qual trouxeram as crianças” (*id.*, p. 240).

Falar de “geração perdida” como um rótulo simplesmente – e não como ameaça a ser evitada a todo custo – significa furtar-se a esse compromisso. E, dessa omissão, o que se pode tristemente alcançar é, em verdade, uma “geração roubada”. Esse termo historicamente tem se referido a milhares de crianças retiradas à força de povos originários, entre 1910 e 1970, para contemplar projetos assimilacionistas do governo australiano, crime para o qual reparações formais vieram somente em 2021 (RFI, 2021).

---

<sup>143</sup> Adicionalmente à referência indicada, recomendo a nota da Comissão de Direitos Humanos, a qual integrei na gestão 2021-2022, da Associação Brasileira de Antropologia (ABA, 2022), em atenção à recorrência de ataques armados a escolas brasileiras, manifestação esta motivada por um episódio trágico nesses termos ocorrido na cidade de Aracruz (ES) em novembro de 2022, no período em que eu preparava o presente texto.

Deslocar o debate da iminência de uma “geração perdida” para o perigo de uma “geração roubada” amplia, portanto, a mirada das coisas em curso, em planos objetivo e subjetivo, material e existencial. Enquanto em “geração perdida” o sujeito da ação está oculto, ao se dizer “geração roubada” imediatamente é preciso se questionar por quem.<sup>144</sup>

## Referências

- ABA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. Comissão de Direitos Humanos. *Nota sobre a recorrência de ataques armados a escolas brasileiras*. Brasília: ABA, 7 dez. 2022. Disponível em: <https://portal.abant.org.br/nota-sobre-a-recorrencia-de-ataques-armados-a-escolas-brasileiras/>. Acesso em: 17 jul. 2025.
- ALMEIDA, H. B. de *et al.* Numas, 10 anos: um exercício de memória coletiva. In: SAGGESE, G. S. R. *et al.* (org.). *Marcadores sociais da diferença: gênero, sexualidade, raça e classe em perspectiva antropológica*. São Paulo: Terceiro Nome; Gramma, 2018. p. 9-30.
- AMARAL, O. *Guia de boas práticas em ciência aberta e reprodutível*. [S. l.]: Serrapilheira, 2021. Disponível em: <https://serrapilheira.org/wp-content/uploads/2019/11/serrapilheira-guia-ciencia-aberta-e-reprodutivel.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2021.
- ARENDT, H. A crise na educação. In: ARENDT, H. *Entre o passado e o futuro*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007 [1954]. p. 221-247.
- BARROS, M. M. L. de. Trajetórias de jovens adultos: ciclo de vida e mobilidade social. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 16, n. 34, p. 71-92, jul./dez. 2010.
- BAZZO, J. O amanhã no “chão da escola”: lidando com afetos. *Le Monde Diplomatique Brasil*, [s. l.], 6 jul. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/o-amanha-no-chao-da-escola-lidando-com-afetos/#:~:text=Cuidar%20dos%20afetos%20constitui%20tarefa,equipes%20multidisciplinares%20mostrar%C3%A3o%20sua%20necessidade>. Acesso em: 17 jul. 2025.
- BAZZO, J.; SCHELIGA, E. Etnografias em contextos pedagógicos: alteridades, agências e insurgências. *Campus*, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 11-27, 2020.
- BEZERRA, D. B. *et al.* “Pandemia de narrativas”: experiências compartilhadas no Instagram. *Áltera*, João Pessoa, v. 2, n. 10 (Especial), p. 203-214, out. 2020.

---

<sup>144</sup> Uma primeira versão deste texto foi publicada como artigo de divulgação científica no portal *Outras palavras*. Disponível em: <https://outraspalavras.net/crise-civilizatoria/a-volta-as-aulas-e-a-suposta-geracao-perdida/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

CAMUS, A. *O mito de Sísifo*. Rio de Janeiro: Record, 2019 [1942].

CÁSSIO, F. Geração perdida? A culpa não é da pandemia. *Campanha Nacional pelo Direito à Educação*, São Paulo, 12 jan. 2021. Disponível em: <https://campanha.org.br/analises/fernando-cassio/geracao-perdida-culpa-nao-e-da-pandemia/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

CÁSSIO F.; RIBEIRO, I.; CORTI, A. P. Escolas Abertas, o movimento “social” que quer reabrir escolas públicas. *Carta Capital*, [s. l.], 20 jan. 2021. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniaio/escolas-abertas-o-movimento-social-que-quer-reabrir-escolas-publicas/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

COHN, C. Concepções de infância e infâncias: um estado da arte da antropologia da criança no Brasil. *Civitas*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 221-244, maio/ago. 2013.

COLLINS, P.; BILGE, S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo, 2020.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

DEBERT, G. G. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 12, n. 34, p. 39-56, 1997.

DESCHAIN, L. O flâneur da “geração perdida”. *Posfácio*, [s. l.], 14 maio 2013. Disponível em: <https://www.posfacio.com.br/2013/05/14/resenha-o-sol-tambem-se-levanta-ernest-hemingway/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

DESCHAIN, L. Os sinos dobram por ti, Hemingway. *Posfácio*, [s. l.], 28 fev. 2014. Disponível em: <https://www.posfacio.com.br/2014/02/28/resenha-por-quem-os-sinos-dobram-ernest-hemingway/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

ECKERT, C.; STEIL, C. A. Apresentação. Dossiê Antropologia e ciclos de vida. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 16, n. 34, p. 9-15, jul./dez. 2010.

EM LUTA. Disponível em: [www.emluta.org.br](http://www.emluta.org.br). Acesso em: 26 jul. 2022.

EXPERIMENTAÇÕES de antropologia (áudio)visual na rede. [s. l.]: ABA, 3 set. 2020. Live com A. L. da Rocha, C. Eckert, D. Machado e C. Turra Magni; moderação de L. Coradini. Publicado pelo canal TV ABA. Disponível em: [https://youtu.be/aCn\\_FvJXyFw?list=PLobe-LHB675-lkfUjU4gWaFDIpTsq5FbS](https://youtu.be/aCn_FvJXyFw?list=PLobe-LHB675-lkfUjU4gWaFDIpTsq5FbS). Acesso em: 17 jul. 2025.

FERREIRA, H. M. *Geração do quarto*: quando crianças e adolescentes nos ensinam a amar. Rio de Janeiro: Record, 2022.

FIGUEROA, A. M. Speech or silence: undocumented students’ decisions to disclose or disguise their citizenship status in school. *American Educational Research Journal*, [s. l.], v. 54, n. 3, p. 485-523, 2017.

FREITAS, L. A instituição do fracasso: a educação da ralé. In: SOUZA, J. (org.). *Ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2009. p. 281-304.

JARDIM, I. Por quem os sinos dobram. *Outras palavras*, São Paulo, 21 maio 2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/movimentoserebeldias/por-que-os-sinos-dobram/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

KOLATA, G. Como termina uma pandemia? *The New York Times*, [s. l.], 10 maio 2020. Tradução de R. Pincelli. Disponível em: <https://rntpincelli.medium.com/como-termina-uma-pandemia-6b08088a3bcc>. Acesso em: 17 jul. 2025.

LE BRETON, D. O risco deliberado: sobre o sofrimento dos adolescentes. *Política & Trabalho*, João Pessoa, n. 37, p. 33-44, out. 2012.

LOPES, L. M. N. Crônica sobre o ataque do Spotify à liberdade de criar. *Outras palavras*, São Paulo, 18 ago. 2021. Disponível em: <https://outraspalavras.net/descolonizacoes/cronica-sobre-o-ataque-do-spotify-a-liberdade-de-criar/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

MARINO, I. K. Arquivos digitais da pandemia: como construir uma história justa da catástrofe? *Le Monde Diplomatique Brasil*, [s. l.], 14 set. 2021. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/arquivos-digitais-da-pandemia-como-construir-uma-historia-justa-da-catastrofe/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

MEAD, M. A adolescência em Samoa. In: CASTRO, C. *Cultura e personalidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2015 [1928]. p. 17-65.

MILLER, D. Como conduzir uma etnografia durante o isolamento social. Tradução de C. Balsa e J. Bazzo. *Blog do Sociófilo* [atual Blog do Labemus], [s. l.], 23 maio 2020. Disponível em: <https://blogdolabemus.com/2020/05/23/notas-sobre-a-pandemia-como-conduzir-uma-etnografia-durante-o-isolamento-social-por-daniel-miller/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

MOTTA, A. B. da. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 225-250, maio/ago. 2010.

PARREIRAS, C.; MACEDO, R. M. Desigualdades digitais e educação: breves inquietações pandêmicas. *Boletim Cientistas Sociais e o Coronavírus*, São Paulo, n. 36, s. p., 8 maio 2020. Disponível em: [https://anpocs.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Boletim\\_n36.pdf](https://anpocs.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Boletim_n36.pdf). Acesso em: 17 jul. 2025.

PIRES, F. Ser adulta e pesquisar crianças: explorando possibilidades metodológicas na pesquisa antropológica. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 225-270, 2007.

POLLAK, M. Memória, esquecimento e silêncio. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3-15, 1989.

RFI – RÁDIO FRANÇA INTERNACIONAL. Austrália indenizará indígenas retirados de suas famílias em R\$ 390 mil. *UOL: Internacional*, [s. l.], 5 ago. 2021. Com informações da Agence France-Presse. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/rfi/2021/08/05/australia-governo-vai-indenizar-geracao-roubada-de-aborigenes.htm>. Acesso em: 17 jul. 2025.

SAFATLE, V. “Bolsonaro se acha capaz de esconder os corpos”. Entrevista a Marina Amaral. *Agência Pública*, [s. l.], 6 abr. 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/04/safatle-bolsonaro-se-acha-capaz-de-esconder-os-corpos/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

SAWCHUK, S. Violence in schools seems to be increasing. *Why? Education Week*, [s. l.], 1 nov. 2021. Disponível em: <https://www.edweek.org/leadership/violence-seems-to-be-increasing-in-schools-why/2021/11>. Acesso em: 17 jul. 2025.

SCHREIBER, M. Com acesso facilitado, Brasil fecha 2020 com recorde de 180 mil novas armas de fogo registradas na PF, um aumento de 91%. *BBC News Brasil*, [s. l.], 8 jan. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55590649#:~:text=Segundo%20dados%20obtidos%20pela%20BBC,institui%C3%A7%C3%A3o%2C%20que%20come%C3%A7a%20em%202009>. Acesso em: 17 jul. 2025.

SOUZA, J. (org.). *Ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2009.

SPYER, J. *Social media in emergent Brazil*. Londres: UCLPress, 2017.

THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. *Coronavirus Resource Center*. 2022. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/>. Acesso em: 26 jul. 2022.

TOREN, C. A matéria da imaginação: o que podemos aprender com as ideias das crianças fijianas sobre suas vidas como adultos. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 16, n. 34, p. 19-48, jul./dez. 2010.

TURNER, V. *Dramas, campos e metáforas: ação simbólica na sociedade humana*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2008 [1974].

UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Unicef faz apelo urgente para evitar uma “geração perdida”, enquanto a covid-19 ameaça causar danos irreversíveis à educação, à nutrição e ao bem-estar de crianças e adolescentes. *UNICEF Guiné-Bissau*, Bissau, 19 nov. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/guineabissau/pt/comunicados-de-imprensa/unicef-faz-apelo-urgente-para-evitar-uma-geracao-perdida-enquanto-covid-19>. Acesso em: 17 jul. 2025.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global research on coronavirus disease (covid-19). *World Health Organization*, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>. Acesso em: 19 out. 2020.

# Prevenção do suicídio e políticas públicas entre o contexto de pandemia e pós-pandemia de covid-19: reflexões de uma pesquisadora implicada

Heloisa Wanick

## Apresentação

Dado o cenário nebuloso de uma específica sindemia,<sup>145</sup> aquele que mescla a não findada pandemia de covid-19, aguda nos anos de 2020 e 2021 no Brasil, e a pandemia crônica de adoecimento mental, que se alonga no “pós-pandemia”, este texto<sup>146</sup> se origina de uma reflexão elaborada a partir de minha participação na 33ª Reunião Brasileira de Antropologia (RBA), ocorrida entre 28 de agosto e 3 de setembro de 2022.

Em agosto de 2019, comecei o curso de doutorado em antropologia do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB) e, sob a orientação da professora

---

<sup>145</sup> O termo “foi cunhado pelo antropólogo médico americano Merrill Singer na década de 1990 para explicar uma situação em que ‘duas ou mais doenças interagem de tal forma que causam danos maiores do que a mera soma dessas duas doenças’”. Disponível em: [https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264#:~:text=O%20termo%20sindemia%20\(um%20neologismo,mera%20soma%20dessas%20duas%20doen%C3%A7as%E2%80%9D](https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264#:~:text=O%20termo%20sindemia%20(um%20neologismo,mera%20soma%20dessas%20duas%20doen%C3%A7as%E2%80%9D). Acesso em: 20 ago. 2022.

<sup>146</sup> Agradeço à minha orientadora, professora Dra. Ednalva Maciel Neves; ao PPGA/UFPB; à Rede de Pesquisas Antropo-Covid; à 33ª Reunião Brasileira de Antropologia e às coordenadoras do Grupo de Trabalho 58 (GT 58), “Pandemia silenciosa: o impacto do novo coronavírus na saúde mental em tempos de pandemia e pós-pandemia de covid-19”, Érica Quinaglia Silva e Sônia Weidner Maluf, que me receberam e incentivaram a redação deste texto.

Dra. Ednalva Maciel Neves,<sup>147</sup> desenvolvi uma pesquisa sobre políticas públicas de prevenção ao suicídio. Escrevo este artigo como parte da pesquisa de campo realizada e trabalho com temáticas que integram a tese de doutoramento (suicídio, prevenção ao suicídio e políticas públicas), contextualizadas no e em torno dos anos pandêmicos.

Com o atravessamento da pandemia, novas demandas e caminhos de investigação emergem. A pesquisa, antes vinculada apenas ao Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (Grupessc),<sup>148</sup> passou a ser ancorada pelo guarda-chuva do projeto “Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de covid-19 da Rede Antropo-Covid”<sup>149</sup>

O projeto supracitado dialoga com o propósito do GT 58 da 33ª RBA, do qual se origina este texto; e com o respectivo projeto de doutoramento, no que diz respeito às políticas públicas, serviços e ações do Estado no campo da saúde mental, particularmente do sofrimento mental em torno do suicídio.

Ainda, ressalto a potência do apoio, da colaboração e de possibilidades de trocas dialógicas oportunizadas através da participação em uma rede de pesquisa. Antes mesmo de sermos impactados pela pandemia de covid-19, Neves e Nascimento (2018, p. 25) chamavam a atenção para o efeito positivo de “estar em casa”, ou seja, entre os “nossos” e fazer antropologia com o acolhimento de uma rede de pesquisa, tal qual se deu com a participação do Grupessc na Rede Antropo-Covid e com a minha através desta.

Neste artigo, apresento ponderações a partir de três tópicos. No primeiro, “Entre uma pesquisadora observante participante e uma

---

<sup>147</sup> Doutora em antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/IFCH/UFRGS). Professora titular aposentada, docente permanente do PPGA/UFPB.

<sup>148</sup> Grupo vinculado ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA) da UFPB e inscrito no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Para saber mais, conferir: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/7349665315680733>. Acesso em: 18 jul. 2025.

<sup>149</sup> Projeto de pesquisa *Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de covid-19: análise social e diretrizes de ação e intervenção não farmacológica em populações em situação de vulnerabilidade e precariedade social*, aprovado no Sistema de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 44876821.7.1001.5540.

pesquisadora implicada: a ‘saia justa’ de pesquisar um campo de atuação profissional”, trago elementos contextuais e teóricos sobre o entrar e estar num campo de pesquisa onde se dá o exercício profissional. No segundo, “O compartilhar de uma micro-história na busca de elementos para construir uma macropolítica”, exponho o contexto disparador de minha pesquisa, o Grupo de Trabalho de Prevenção do Suicídio, discorro sobre a observação participante junto ao respectivo grupo e o circunscrevo como o espaço da micro-história de onde desenvolvo as tessituras antropológicas expostas aqui. Para o terceiro, “O impulso para a construção de uma macropolítica”, reservo questões antropológicas socializadas no GT da 33ª RBA que impulsionaram a elaboração de uma macropolítica para o município de João Pessoa, a Linha de Cuidado Integral de Prevenção às Violências Autoprovocadas (tentativas de suicídio e automutilação), e discorro sobre ela. Nesse tópico, ainda compartilho questões sobre o silêncio/silenciamento do GT de Prevenção do Suicídio nos tempos pandêmicos. Para finalizar este texto, aponto considerações de uma pesquisadora implicada relativas a como a sensibilidade antropológica possibilitou olhar uma micro-história e impulsionar a construção e a apresentação de uma proposta de macropolítica de prevenção ao suicídio.

## Entre uma pesquisadora observante participante e uma pesquisadora implicada: a “saia justa”<sup>150</sup> de pesquisar um campo de atuação profissional

Desde 2012, estou na função de sanitarista da Seção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), vinculada à Vigilância Epidemiológica (VIEP) da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP), uma servidora pública em atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse lugar, tenho a responsabilidade pelo monitoramento epidemiológico dos óbitos por suicídio e das violências interpessoal e autoprovocada, entre estas, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2016), as assim também consideradas tentativas de suicídio.

---

<sup>150</sup> Termo tomado para subtítulo e redação de “Entre saias-justas e jogos de cintura: gênero e etnografia na antropologia brasileira recente”, organizada por Bonetti e Fleischer (2006).

Tendo as políticas de prevenção ao suicídio como objeto de pesquisa para o doutoramento, enxerguei os locais de trabalho e de trânsito em seu entorno como um espaço de campo promissor para desenvolvimento de pesquisa. A escolha estava dada, e eu, em uma “saia justa”: como pesquisar em um campo do qual sou membro enquanto representante institucional?

Devido ao conteúdo deste texto, situo minha posição de pesquisadora: doutoranda em antropologia e sanitarista em exercício, na mistura entre o espaço acadêmico-científico e o de cotidiano profissional; em outros termos, sou uma pesquisadora implicada profissionalmente no campo investigado; além de observá-lo, vivo o dia a dia pesquisado; tanto sou implicada e convocada por ele como o implicado, na busca política de mobilizá-lo.

Como pesquisadora implicada, busco aportes teóricos e reflexivos que colaborem para compreender a questão metodológica sobre estar em um campo de pesquisa enquanto pesquisadora observadora, no qual tenho funções técnicas, próprias de uma profissional de saúde, com produção de narrativa e posicionamento político, impulsionada pelas demandas, sejam as relacionadas às disputas próprias do dia a dia na gestão pública ou as do compromisso, como sujeito social, de enfrentamento aos incômodos rotineiros do fazer profissional.

Na busca de compreender a antropologia implicada e ajustar a saia para dar continuidade à pesquisa, a revisão primorosa da literatura realizada por Nunes (2014) me faz vislumbrar um horizonte ampliado; possibilidades de a pesquisa de doutoramento gerar elementos e debates sobre as políticas públicas no Brasil, “para dentro e para fora” (Nunes, 2014, p. 417), especificamente aquelas relacionadas à prevenção ao suicídio. Com Martins Filho e Narvai (2013), ganho incentivo para pensar o cenário próximo; alimento-me de reflexões sobre produção de conhecimento na condição de sujeito implicado do primeiro autor à época de seu doutoramento, o que guarda semelhança com a minha condição de pesquisadora implicada. De Magnani (2002), tomo de empréstimo a ideia de “estar de perto e de dentro” (Magnani, 2002, p. 14) para me acompanhar nesta escrita.

Com Magnani (2002), retomo uma questão cara à antropologia contemporânea, a do distanciamento em relação ao objeto pesquisado. O contexto em que se desenrola a pesquisa de doutoramento desenha, talvez, a primeira saia a ser ajustada no viver o campo: como alcançar distância do objeto quando se está próxima a ele no cotidiano laboral? Busco espaços distantes, físicos ou virtuais, como na escrita deste texto,

ora em momentos física ou artificialmente solitários, arquitetados com aparatos tecnológicos que possibilitam o isolamento em um ambiente de entorno movimentado.

Aciono Strathern (2014) para pensar tanto a “saia justa” de fazer antropologia em espaço de trabalho – ou seja, “em casa” – quanto estratégias que permitam ajustar a saia pela via da tomada de distanciamento no processo de escrita etnográfica, enquanto um “segundo campo” na produção de “sentido à experiência de campo”. Esse procedimento possibilita “rearranjar” o material de pesquisa “para fazer sentido no contexto de argumentos e de análises dirigidos a outro público” (Strathern, 2014, p. 346), seja para o público da antropologia ou o público da área da saúde, a quem o produto da respectiva pesquisa também, e principalmente, se destina.

De qualquer forma, destaco a característica do duplo posicionamento e a importância da busca por uma terceira posição, a de alcance de um deslocamento, no exercício antropológico, para refletir sobre o(s) desencontro(s) e encontro(s) com o(s) estranhamento(s) disparador(es) da pesquisa e comigo mesma enquanto sujeito social.

No dia a dia de trabalho afim à prevenção do suicídio, enfrento limitações e entraves que causam incômodos e me impactam tanto como profissional quanto como sujeito social. Com a chegada da pandemia, tais angústias se intensificaram. Entre estas, elenco o fato de os retratos epidemiológicos (boletins epidemiológicos) sobre as tentativas de suicídio e mortes por suicídio, bem como a sinalização de alteração no cenário epidemiológico, com o aumento das ocorrências entre adolescentes de 10 a 14 anos, demonstrarem que os caminhos de prevenção ao suicídio que precisa(va)m ser trilhados eram e são pouco valorizados pelos gestores locais das políticas públicas. Tal fato era algumas vezes expressado pelo silêncio diante dos retratos; outras, através da eleição de prioridades pela gestão local que não incluíam o suicídio.

Como sanitaria, percebo que não dar às propostas de intervenção para a prevenção a mesma importância dada ao suicídio é um problema de saúde pública; ou seja; embora construídas, apresentadas e recebidas administrativamente pela gestão municipal, não se desdobram em decisões e avanços.

A perseguição a compreender os incômodos que me afligiam levou-me ao reencontro com a pesquisa acadêmica<sup>151</sup> e a indagações

---

<sup>151</sup> Marco como reencontro devido ao intervalo de 15 anos entre o fim do curso de mestrado e o início do movimento para ingresso no curso de doutorado, em 2018.

sobre o porquê do estranhamento desse conjunto de fatores. Enxerguei aí a potência teórica das ciências sociais para compreender tanto as limitações do fazer profissional e dos incômodos emersos deste quanto as formas de construir iniciativas para enfrentar problemas complexos de saúde pública, como o suicídio. Foi assim que, na continuidade da caminhada, me submeti à seleção para o curso de doutorado em antropologia e ingressei no PPGA/UFPB.

Em minha pesquisa, entre outros, procurei responder por que os retratos epidemiológicos sobre o aumento das tentativas de suicídio na última década – bem como a tendência de sua continuidade durante a pandemia, na mão dos alertas sanitários do advento de uma pandemia de sofrimento mental paralela à de covid-19 – geraram pouca ou nenhuma mobilização para a construção de medidas preventivas voltadas ao cenário anunciado. Trago aqui alguns resultados de tal investigação.

Em síntese, de lá para cá, fortaleço minha posição de uma pesquisadora implicada. Nesse lugar, lido com desafios, a exemplo do fato de a condição de sanitarista dificilmente se descolar da de doutoranda. Nesse ínterim, deparo-me com tensões éticas envolvendo o acesso a informações epidemiológicas privilegiadas e o jogo político de priorização de problemas de saúde que menospreza o suicídio.

## O compartilhar de uma micro-história na busca de elementos para construir uma macropolítica<sup>152</sup>

Na posição de servidora da SMS-JP, sou (fui) membro de um GT de Prevenção do Suicídio, do qual participo(ei) desde 2018. Trata-se de um GT coordenado por uma instituição estatal (Ministério Público Estadual da Paraíba), no seu Núcleo de Políticas Públicas e Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos da Saúde. Ressalto o pertencimento ao grupo no tempo passado devido à suspensão “temporária” de suas atividades presenciais no início de 2020, dadas as recomendações de distanciamento social como medida de contenção da pandemia de covid-19 e, até o momento de escrita deste texto, em virtude da não retomada de suas atividades.

---

<sup>152</sup> Subtítulo adotado a partir de “Micro-histórias para pensar macropolíticas” (Marques *et al.*, 2021).

O GT de Prevenção do Suicídio é (era) composto de representantes da referida SMS (entre estes, eu) e das instituições interinstitucionais parceiras, tidas como referências focais da rede local (municipal e estadual) de prevenção ao suicídio. O grupo se reúne (reunia) com um objetivo comum, o de pensar intervenções e políticas públicas afins à prevenção do suicídio. Além da coordenadora do grupo, uma promotora de justiça do Ministério Público da Paraíba, compõem (compunham) o GT representantes de instituições: da saúde; de segurança pública; de conselhos profissionais; de ensino e do terceiro setor. Todos atuavam em trabalho próximo à temática do suicídio, pelas vias de monitoramento e cumprimento de políticas públicas afins; regulação; ensino/pesquisa, elaboração propositiva de intervenções de prevenção ao suicídio ou de acolhimento e cuidado de pessoas que tentam suicídio.

## Grupo de Trabalho de prevenção do suicídio: um espaço circunscrito de micro-história

Por ocasião da definição de campo para a pesquisa de doutoramento, vislumbrei o GT de Prevenção do Suicídio enquanto um espaço ideal como campo de partida. Nessa época, havia um cenário de morosidade e ruídos frente a posicionamentos controversos dos participantes do GT no que se refere a meios para conter suicídios. Foi esse o contexto que acionou minha desconfiança de que ali estavam as explicações sobre os incômodos que levaram uma então pesquisadora implicada a começar a pesquisar.

Naquela ocasião, por um lado, a constância da agenda de reuniões do GT de Prevenção do Suicídio fortalecia a escolha do espaço como campo profícuo de pesquisa, uma vez que, a princípio, permitiria um ritmo adequado de estada em campo. Por outro lado, ainda que restrita ao olhar de sanitarista, os debates correntes não me convenciam de que chegaríamos à construção de políticas e intervenções frutíferas para a prevenção do suicídio. O conjunto mantinha minha percepção sobre o GT como um potente espaço de pesquisa. Com essa convicção, continuei a caminhada.

À época, percebia uma disputa latente que brecava o progresso do grupo frente ao seu objetivo comum, a prevenção ao suicídio. De fato, como um desses membros, acreditava na capacidade desse GT para pensar e propor intervenções e políticas factíveis de prevenção

ao suicídio. Entre a crença, sua configuração e sua atuação real havia algo, ininteligível para mim, que o impedia de ir além das discussões de pauta. Até então, atribuía esse “algo” às controvérsias teóricas e técnicas dos participantes.

Com a chegada da pandemia de covid-19, o GT migra suas atividades presenciais para atividades remotas, sobretudo as reuniões de trabalho. Durante algum tempo, os membros do grupo mantiveram alguma troca de mensagens através da rede social WhatsApp até cessarem as reuniões e se estabelecer apenas o silêncio no grupo da rede. Hoje, digamos no pós-pandemia, o grupo não se decompôs, mas segue sem retorno às reuniões e sem troca de mensagens na rede social.

O GT “morto-vivo” de prevenção do suicídio, como costume adjetivar seu *status* da pandemia ao momento, carimbou a necessidade de rumar por outros caminhos de pesquisa para entender o contexto político de entraves à efetivação histórica das políticas de prevenção ao suicídio. Esses entraves dizem respeito, sobretudo, à articulação entre os três níveis de atenção à saúde (atenção básica, especializada e de urgência e emergência) e destes com outros setores e instituições ligados à temática, tais como os representados no GT de Prevenção do Suicídio.

A essa altura, por um lado, a perspectiva de que esse GT fosse um parceiro político para a efetivação de intervenções e das políticas de prevenção ao suicídio começava a minar. Por outro lado, a paralisação das reuniões, no lugar de estagnar a pesquisa, despertou-me para a riqueza do campo no qual eu estava. Aos poucos, crescia a convicção de que o GT se constituía como um espaço de produção política (ainda que morto-vivo), e passei a pensá-lo como a micro-história de uma política, em diálogo ou em silêncio com suas cercanias. Era a surpresa no percurso de pesquisa a apontar desdobramentos, uma possibilidade, como Strathern (2014) nos alerta.

De maneira simplificada, a leitura dessa experiência etnográfica como uma micro-história se inspirou na ideia de que o GT de Prevenção do Suicídio “pode se revelar representativo, seja negativamente – porque ajuda a precisar o que se deva entender, numa situação dada [...] –, seja positivamente – porque permite circunscrever as possibilidades latentes de algo [...]” (Ginzburg, 2006, p. 21). Essa é também a leitura de Fleischer (2011), quando traz Dona Dorca para pensar a singularidade da experiência etnográfica no Melgaço. Na minha compreensão, o GT me reportava a uma possibilidade de debates políticos acerca da prevenção ao suicídio e, ao mesmo tempo, se constituiu como um espaço de não atuação quando não manteve seu objetivo na pandemia.

Aos incômodos iniciais da sanitarista, nessa altura compreendidos como estranhamentos de uma antropóloga diante de seu campo de pesquisa, somou-se outro: qual era a explicação sobre a inércia da gestão em saúde pública frente às evidências do curso de uma sindemia, a emergência de adoecimento mental paralela à de covid-19?

Neste artigo, objetivo dialogar sobre os hiatos e vazios entre a normativa e a implementação da política pública de prevenção ao suicídio e as disputas ideológicas e de poder, imersas no processo de negociação de propostas no âmbito do referido GT. Para tal, procurei apontar como esses mecanismos se deram entre o tempo imediatamente anterior, o curso e o pós-pandemia de covid-19, à semelhança dos espaços temporais apontados por Sônia Maluf durante sua comunicação oral no III Seminário da Rede Antropo-Covid,<sup>153</sup> os “tempos 1, 2 e 3 da pandemia”.

Na falta de anotações detalhadas daquele dia de GT no seminário, arrisco-me a tomar emprestadas tais caracterizações temporais, de tempos marcados pela evolução da pandemia, independentes de uma ordem cronológica medida por datas, e, ainda que incorrendo em fazê-lo de forma insuficiente<sup>154</sup> e certamente reduzida, traduzo-os da seguinte forma:

Lembrando-me da fala de Sônia Maluf, retomo o tempo 1 da pandemia: vivíamos um período de incerteza, de nebulosidade frente à pandemia que nos atingia a todos (mesmo que de maneira diferenciada). Fomos chamados ao isolamento social (“Fica em casa”) e à recomendação de quarentena, caso estivéssemos contaminados; mais uma vez, de maneira desigual, algumas pessoas conseguiam cumprir essa diretriz, e muitas outras, classificadas como trabalhadores essenciais, circulavam pela cidade ou, em suas casas, cuidavam de pessoas contaminadas. Ademais, trabalhadores e moradores das e nas ruas continuavam a tocar suas vidas. A chamada “Fica em casa” nada tinha de democrática, impossibilitando o cumprimento das recomendações por toda a população. De “casa”, acompanhávamos as curvas ascendentes das internações, dos leitos ocupados, das mortes.

---

<sup>153</sup> O seminário ocorreu nos dias 26 e 27 de setembro de 2022, na UFPB, em João Pessoa (PB).

<sup>154</sup> Sobre o tema, encontrei o dossiê: “Cronotopos e Covid-19: aproximações e leituras antropológicas sobre tempo, espaço durante e após pandemia”, organizado por Mônica Franch, Rosamaria Giatti Carneiro e Sônia Weidner Maluf, na *Ilha – Revista de Antropologia*, vol. 26, n. 3, 2024.

O adoecimento por covid-19 chegava próximo ou nos atingia em cheio. Com ele, a possibilidade de morte era iminente. Outros adoecimentos não tinham lugar entre as prioridades, nem mesmo de profissionais de saúde, sobrecarregados e exaustos. Solidão, aflição, medo, tristeza e luto estavam ali. Era o tempo das urgências (Maluf, 2022); de urgência no fazer ciência e também de esperar que aquilo tudo passasse, inclusive o então presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, e seu negacionismo<sup>155</sup> à ciência.

Na contramão do desgoverno negacionista e da avalanche de *fake news* circulantes, a corrida dos cientistas para aprender a enfrentar e conter a pandemia e evitar mortes era inevitável. Ainda que insuficiente para lidar com toda a desigualdade de impactos, as vacinas contra a covid-19 começaram a ser disponibilizadas, e, aos poucos, ainda que com muitos lutos e seguindo como sobreviventes, retomávamos vidas, trabalhos e afetos estancados. Outras doenças e aflições de saúde continuavam à margem de nossos cuidados e dos cuidados dessa área – entre essas, para o que interessa aqui, as aflições relacionadas à saúde mental. Estávamos no tempo 2 da pandemia.

Foi nesse tempo 2 que vivemos o evento do qual tento compartilhar, se não a fala de Sônia Maluf, sua ideia à época. Apelidado de “novo normal”, seguíamos com um pouco mais de segurança diante das descobertas científicas afins à covid-19, ainda que com muitas incertezas e com os primeiros indícios sobre a ocorrência de inúmeras consequências negativas – fossem físicas, biológicas, de saúde mental etc. ou todas juntas – e também sobre os desdobramentos por sofrimento individual e coletivo. De formas diferenciadas, continuávamos a caminhada enquanto sobreviventes e esperando, renovando formas de solidariedade e de resistência, bem expressadas por *slogans* que viralizaram nas redes sociais durante a pandemia, a exemplo de “ninguém solta a mão de ninguém”<sup>156</sup> e “ano passado morri, mas esse ano eu não morro”.<sup>157</sup>

---

<sup>155</sup> Sobre o assunto, conferir Maluf (2024), no texto “Ciência com aspas: os dilemas do campo científico em tempos de pandemia”.

<sup>156</sup> “Ninguém solta a mão de ninguém” é resultado do trabalho da tatuadora Thereza Nardelli. O *slogan*, compartilhado através de sua rede social após as eleições de 2018, se tornou capa e inspirou o título do livro *Ninguém solta a mão de ninguém: manifesto afetivo de resistência e pelas liberdades*, organizado por Tainá Bispo e publicado pela Editora Claraboia em 2019.

<sup>157</sup> Para saber mais sobre a história do verso consagrado na voz de Belchior, ler matéria de Phelipe Caldas (2021). Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/>

Sobre o tempo 3, poucas certezas tínhamos à época da fala de Sônia Maluf, mas vislumbrávamos a descendência das curvas de morte e adoecimento por covid-19 e, com isso, de fato, a volta aos tempos de “normalidade” – que, sabíamos, jamais retomaria a vida anterior ao tempo 1. Foi quando a Organização Mundial da Saúde decretou o fim da emergência sanitária de covid-19, porém seguimos, enquanto cientistas, já mais distantes do calor da hora, a busca de compreender tanto o vírus quanto os meandros políticos, sociais e culturais do rastro que a enfermidade deixou e que marca a vida na Terra, a exemplo da pandemia de adoecimento mental enquanto herança da de covid-19.

Ao escrever este artigo, penso que o tempo 3 passou, mas não ficou para trás; ele convive com o atual, carregamos os tempos 1 e 2 na memória, no afeto, no corpo e nas vidas individual e coletiva e mantemos incertezas sobre o amanhã.

Primeiro retorno ao tempo pré-pandemia. Naquela ocasião, minhas inquietudes frente às reuniões do GT de Prevenção do Suicídio giravam em torno das disputas que emergiam, por um lado, a partir de discursos defensores de ações e intervenções medicalizantes, reducionistas, marcadas pela lógica biomédica patologizante, e, por outro, de discursos defensores de uma rede de atenção e cuidado ampliada.

Com o ingresso no doutorado e minha (re)apresentação ao GT de Prevenção do Suicídio, na condição de também pesquisadora, meu olhar empírico de trabalhadora do SUS somado ao de recém-doutoranda, com sede de ver o oculto, ganhou amplitude. Passei a perceber os incômodos como relacionados aos limites de universalidade e resolutividade das ações do grupo. Já no tempo 1 da pandemia de covid-19 e nos seus tempos subsequentes, estranhei o silêncio ou o silenciamento no/do referido GT durante e entre as reuniões de 2020, que ocorriam de forma remota e irregular, até sua paralisação em setembro do mesmo ano, na fase aguda da pandemia, quando justamente se falava sobre a ocorrência paralela de uma pandemia de adoecimento mental.

Apesar da presença de disputas por modos de fazer e pensar antagônicos entre os membros do GT de Prevenção do Suicídio – a exemplo da defesa por uns da eletroconvulsoterapia no SUS (“bastam cinco minutinhos, e a pessoa não tenta mais”)<sup>158</sup> *versus* a defesa por

---

noticia/2021/01/31/ano-passado-eu-morri-mas-esse-ano-eu-nao-morro-verso-absurdo-une-paraibanos-a-novas-geracoes.ghtml. Acesso em: 18 jul. 2025.

<sup>158</sup> Fala recorrente de um dos membros do GT de Prevenção do Suicídio.

outros de uma rede de cuidado e acolhimento ampliada – e, ainda, dos não ditos em relação a iniciativas de grupos de apoio mútuo como uma via de cuidado “alternativa ao SUS”, há momentos em que o GT se apresenta como protagonista coeso na construção e proposição de ações e de intervenções públicas de forma coletiva. Um exemplo disso foi a elaboração da Nota Técnica Conjunta nº 01/2019,<sup>159</sup> que orienta os gestores e demais profissionais sobre as diretrizes para ações de prevenção, assistência e posvenção em situações que envolvam suicídio e tentativa de suicídio na Paraíba, um documento construído com a participação da maioria dos membros do GT.

Com a chegada da pandemia de covid-19, o posterior silêncio do grupo e, em consequência, o meu distanciamento (no caso não como estratégia metodológica, mas como necessidade sanitária), para além de estar atenta às disputas entre os membros do GT de Prevenção do Suicídio, suspeito da existência de “um sujeito” responsável pelo silenciamento do grupo. A meu ver, a suspeita procede e evidencia a disputa entre os componentes do grupo, na medida em que se alteram os sujeitos ocupantes de posições de poder estatal, como por ocasião da(s) mudança(s) de governo municipal e nomeações de novos cargos de confiança após as eleições de 2020. Do cenário, penso as seguintes questões: o que teria provocado o silenciamento do GT? Seriam os novos arranjos políticos municipais e a consequente rotatividade de pessoas da gestão?

Em 2021, uma gestão posicionada mais “à esquerda” sai da cena política da SMS-JP e entra uma gestão marcadamente de centro-direita, com claros interesses na indústria da saúde, encabeçada pelo seu representante hierárquico mais alto, o secretário de saúde, empresário no mercado da indústria de saúde privada. Estávamos no tempo 2 da pandemia de covid-19.

Ainda que o negacionismo não fosse explícito, o cenário e os fazeres de intervenção pragmática, de caráter marcadamente biomédico, patologizante e de muito “oba-oba” midiático da nova gestão mostravam

---

<sup>159</sup> Sobre a Nota Técnica Conjunta nº 01/2019, ver: <https://www.mppb.mp.br/index.php/pt/comunicacao/noticias/22-saude/21345-mppb-divulga-nota-tecnica-conjunta-sobre-as-aco-es-de-prevencao-assistencia-e-posvencao-em-suicidios-e-tentativas> ou <https://www.mppb.mp.br/index.php/pt/comunicacao/noticias/22-saude/21520-nota-tecnica-sobre-suicidio-entra-em-vigor-e-deve-orientar-atuacao-de-servicos-de-saude-e-orgaos-como-ipc>. Acesso em: 10 maio 2023.

interesses dissonantes dos princípios e diretrizes do SUS.<sup>160</sup> Acendiam, portanto, algum alerta.

Por outro lado, na ocasião, via com bons olhos e esperançosa a atuação da, então e recentemente composta, equipe técnica de saúde mental da SMS-JP, lotada na Diretoria de Atenção à Saúde da secretaria. A equipe trabalhava e construía planos de forma horizontal, em parceria com outras áreas técnicas, entre estas com a Seção de DANT/VIEP, onde atuou. Eram profissionais, sobretudo, comprometidos com os sujeitos em sofrimento social, até começarem a “aparecer demais”. Entre outras ocasiões, destaco a de organização da campanha “Setembro Amarelo”<sup>161</sup> de 2021, levada a cabo através da parceria entre as duas áreas técnicas<sup>162</sup> e das reuniões e conferências locais preparatórias para a IV Conferência Municipal de Saúde Mental, em 28 de abril de 2022, e para sua Etapa Complementar, em 19 de maio de 2022, necessária devido ao episódio brevemente descrito a seguir.

No íterim da finalização da IV Conferência Municipal de Saúde Mental, coordenada pela equipe da Área Técnica de Saúde Mental da SMS-JP, um representante da gestão financeira da SMS-JP adentrou as salas da maioria dos diferentes grupos de eixos de trabalho (que se estendiam além do horário programado para término) e, em alto e ríspido tom, ordenou a finalização imediata do trabalho em andamento: “Vocês ficam moendo aí. Eu não vou pagar mais nenhum centavo por essas salas”.<sup>163</sup> O fato se deu diante de todos, inclusive de pessoas com transtornos mentais usuárias de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), participantes como ouvintes ou delegadas que durante horas haviam contribuído para a formulação de propostas e participavam das discussões para a votação em plenária.

---

<sup>160</sup> Sobre os princípios e diretrizes do SUS, sugiro Paim (2018). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Ver também Matta (2007). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em: 15 abr. 2023.

<sup>161</sup> Sobre a campanha Setembro Amarelo, cf.: <https://setembroamarelo.org.br/>. Acesso em: 10 set. 2022.

<sup>162</sup> A exemplo das atividades, ver: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/secretaria-de-saude-promove-nesta-quinta-feira-live-sobre-prevencao-ao-suicidio/>.

<sup>163</sup> O episódio resultou em Nota de Repúdio, lida ao final da conferência, cujo relatório não foi disponibilizado até o momento, bem como em outra Nota de Repúdio, publicada pelo Coletivo de Residentes de Saúde Mental. Disponível em: <https://cresspb.org.br/noticias/coletivo-de-residentes-de-saude-mental-de-joao-pessoa-publica-nota-de-repudio-ao-cms-jp/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

Ainda no curso da conferência, o ocorrido descrito e outros que omito por razões éticas resultaram no desmonte da então Área Técnica de Saúde Mental, a começar pela exoneração de seu coordenador, seguida, aos poucos, dos demais colaboradores. Tratava-se de uma equipe alinhada com a temática de saúde mental; de forma bastante explícita, com a luta antimanicomial e, sobretudo, pragmática politicamente no dia a dia dos serviços.

O conjunto dos acontecimentos levou à paralisação da conferência em curso no dia 28 de abril e à ocorrência de uma Etapa Complementar 21 dias após – no entanto, não mais sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental da SMS-JP, e sim sob a coordenação do Conselho Municipal de Saúde (CMS-JP). Manteve-se o local, porém com a duração de um único turno e o objetivo exclusivo de votação e encaminhamento para plenária final, sem discussão. Com um número reduzido de pessoas, as coordenações dos eixos de trabalho foram assumidas por representantes do CMS-JP.

Sentia minha esperança de sanitarista – de ter um produto positivo de propostas de intervenções no campo da saúde mental saindo daquela conferência – se esvair. De qualquer forma, meu olhar de pesquisadora captava os episódios descritos como mais um momento em que o campo real se sobrepõe ao ideal: era o campo se desenhando durante meu caminhar. Segui.

Entre as tantas questões discutidas no âmbito da Conferência de Saúde Mental, a temática do suicídio foi uma delas. Assim como eu estava presente enquanto representante da VIEP/SMS-JP e, portanto, do GT de Prevenção do Suicídio, outros membros do GT estavam lá. No entanto, não houve manifestação, a não ser indiretamente, quando a moção elaborada por mim foi aprovada por unanimidade – primeiro, na conferência distrital preparatória para a IV Conferência Municipal de Saúde Mental e, em seguida, nesta. A moção propunha:

Criar e instituir normativa que estabeleça o fluxo de notificação, monitoramento, acompanhamento, referência e contrarreferência das pessoas tentantes de suicídio e, ou, com ideação suicida com e entre vigilância epidemiológica, distritos sanitários, atenção básica, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e regulação.<sup>164</sup>

---

<sup>164</sup> Observação pessoal da autora durante a conferência.

Abro três parênteses: primeiro, com a moção, intentava fomentar a importância da Linha de Cuidado de Prevenção do Suicídio (LIVITS) e reunir argumentos para seu *advocacy* no futuro.

Segundo, da Conferência Municipal de Saúde saí eleita delegada suplente para a conferência estadual. Porém, ao solicitar autorização para participar na respectiva conferência, obtive resposta negativa (“Você não precisa ir. ‘Fulana de tal’ já vai nos representar”). O veto veio ainda que eu tenha noticiado à gestão o resultado da votação para delegada e a aprovação da moção – diga-se, de importância para o serviço de vigilância epidemiológica e para a prevenção do suicídio. A justificativa não convenceu. Como resultado, desconheço se a moção proposta por mim e aprovada obteve o mesmo sucesso na Conferência Estadual e mesmo se seguiu para a 17ª Conferência Nacional de Saúde. Questionei “Fulana de tal”. Ela não soube responder.

Terceiro, sobre a situação relatada, considero que, além do prejuízo institucional, dada a “perda” de proposição elaborada por uma servidora pública, tive meu direito de cidadã rechaçado. Fora o motivo relativo às vaidades, comuns no dia a dia dos pequenos poderes de chefia, fica a impressão da presença do exercício de poder para controle sobre a exposição da temática do suicídio. Anoto como mais uma surpresa de campo, um pontinho do mosaico sobre os estranhamentos mencionados. Fecho os parênteses.

Retorno ao contexto da IV Conferência Municipal de Saúde Mental. Depreendo do constrangimento descrito e do debate sobre suicídio que as considerações trocadas durante o evento seriam suficientes para impulsionar a retomada dos encontros do GT de Prevenção do Suicídio. Passados dois anos, já no tempo pandêmico 3, o GT segue em silêncio no momento de finalização deste artigo (maio de 2024).

Para facilitar o entendimento da sucessão dos tempos propostos, estruturei um quadro contextual político temporal à medida que destaco questões afins. Ainda que eu marque 2019 como ponto inicial em que fixo meu olhar para a pesquisa, ressalto que, com o Golpe de 2016 no Brasil, houve, no nível do Ministério da Saúde, o desmonte da então Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, formada por uma equipe comprometida com a prevenção do suicídio. Na ocasião, saíram da cena ministerial pessoas ímpares que teceram a história da construção e da proposição da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001), na qual em consequência se inserem a

formulação e a implementação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006).

Em abril de 2019, teve-se a aprovação da Lei nº 13.819, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019). Caracterizada como a “Lei que Salva Vidas”, o fato foi amplamente comemorado pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Brasileira de Psiquiatria.<sup>165</sup> A lei destaca a notificação como a primeira etapa para a prevenção do suicídio.

Fruto do trabalho da mencionada equipe do MS, golpeada juntamente com a ex-presidenta Dilma Rousseff, a notificação já fazia parte da política do Ministério da Saúde desde 2012, inclusive recebendo o *status* de compulsória através da Portaria MS nº 1.271/2014 (Brasil, 2014). É de se destacar que a mesma equipe procedeu com um movimento para pactuação interministerial e para os desencadeamentos dos procedimentos burocráticos em 2015 e 2016, na finalidade de ampliação de sua obrigatoriedade para estabelecimentos de educação, assistência social e conselhos tutelares. A não concretude da pactuação, traduzida como “retrocesso” por Marta Maria Alves da Silva, informante desta pesquisa e à frente do dito movimento à época, deixa o sentimento de “decepção”, que “tem nome e lugar”:

consequimos pactuar com oito ministérios, e só não foi lançada a ficha [...], infelizmente, porque foi interna, no setor saúde, e aí tem nome: Conass e Conasems, por motivos distintos. Então, ela não passou na tripartite, porque tudo que é política tem que ser aprovada na tripartite, quando você tem um governo democrático. Agora é um atropelo. A posição era diferente dos dois conselhos, e os dois foram contrários. E foi uma grande decepção.<sup>166</sup>

A despeito de todo um desprezo ao arcabouço teórico-político construído anteriormente, a aprovação da Lei nº 13.819 (Brasil, 2019) é, a meu ver, uma das evidências do descompasso acerca da construção da política de prevenção ao suicídio e da ausência de sua convergência com as iniciativas de prevenção; em síntese, houve entraves e chancelas oficiais. Ressalto que a aprovação da lei, com aplausos do CFM, põe em relevo a articulação da deslegitimação do conjunto de políticas e

---

<sup>165</sup> Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/lei-que-salva-vidas>. Acesso em: 20 jun. 2019.

<sup>166</sup> Entrevista realizada de forma remota com Marta Maria no dia 20 de janeiro de 2022.

normativas construídas por uma equipe de *expertise* reconhecida nacional e internacionalmente, o que foi acatado pelo GT de Prevenção do Suicídio sem problematização.

O menosprezo e a não valorização da temática do suicídio enquanto problema de saúde pública a ser encarado no curso da pandemia de covid-19, apesar dos alertas de órgãos internacionais – como a Organização Mundial de Saúde (OMS) – e nacionais – como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) –, reverberou nas instâncias institucionais locais. Em 2020, com a presença de poucos membros, ocorreram a última reunião presencial e a última reunião remota do GT de Prevenção do Suicídio. Em ambas, apresentei dados epidemiológicos e chamei a atenção para o aumento das tentativas de suicídio nos últimos anos e, sobretudo, para as alterações do perfil de ocorrências entre crianças e adolescentes. No entanto, o GT permaneceu em silêncio.

Entre 2020 e 2021, todas as forças da saúde se voltaram para a pandemia de covid-19. Positivamente, talvez contra a corrente negacionista, o novo governo local investiu nas testagens e no olhar sobre os aparatos biomédicos de intervenção.

Por outro lado, apesar dos alertas para a ocorrência de uma onda de adoecimento mental paralela às ondas da pandemia de covid-19, o problema, quando valorizado, o era (e continua sendo) pela ótica biomédica, principalmente como consequência de depressão. Se, com a socialização dos retratos epidemiológicos, indicando aumento das ocorrências, eu me alimentava da esperança de que a temática do suicídio fosse trabalhada paralelamente à corrida contra a covid-19, abraçada por um olhar de grupo, aos poucos isso tanto não se efetivou como ganhou distância, até se afastar completamente com o episódio do desmonte da Área Técnica de Saúde Mental da SMS-JP.

Embora a Nota Técnica Conjunta nº 01/2019, elaborada pelo GT de Prevenção do Suicídio, orientasse para a intervenção ampliada, e a IV Conferência Municipal de Saúde Mental apontasse para a necessidade da não exclusividade de medicalização do suicídio e, de forma convergente, para a prerrogativa de um cuidado ampliado em saúde, em todos os níveis do território o governo local investe na institucionalização do sofrimento mental e inaugura um Centro de Referência do Cuidado à Vida.<sup>167</sup>

<sup>167</sup> Inaugurado em junho de 2022, o centro segue disponível, segundo noticiário veiculado pela SMS-JP. Nota-se a alteração da chamada inicial. A chamada atual apresenta o centro como um “serviço de promoção ao bem-estar e saúde mental”.

Divulgado como um “novo equipamento”, disponibilizado a partir de “um gesto de sensibilidade”, o centro propõe a oferta de um serviço especializado, por demanda espontânea, para tratamento de depressão e de pessoas que tentam tirar suas próprias vidas. A despeito da “boa intenção”, torna-se notório o desprezo ou desconhecimento da temática e, a reboque, de toda a lógica histórica de construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), a qual prevê a integração dos serviços do território com a qualificação do cuidado, e não pontos isolados de atenção e acolhimento.<sup>168</sup>

No tempo 3 da pandemia, o silêncio do GT de Prevenção do Suicídio permanece. Apenas dois membros se desligaram; um, por passar a não representar sua instituição de origem, e outro, coincidentemente, logo após a Conferência Municipal de Saúde Mental.

Como dito, tomei o GT de Prevenção do Suicídio (e suas cercanias) como uma micro-história. Durante a escrita deste texto, me reabasteço de esperar e, assim, vislumbro o alcance de elementos que permitam compor a construção de uma macropolítica de prevenção do suicídio, ainda que diante de tantas saias justas.

## O impulso para a construção de uma macropolítica

Os vazios e hiatos entre a política de prevenção do suicídio, suas diretrizes e as práticas no cotidiano dos serviços de saúde não se explicam apenas pela disputa por intervenções díspares como as que aparecem no GT de Prevenção do Suicídio. Na margem de outros agravos de saúde, a temática é desvalorizada como um problema de

---

Para acesso às notícias veiculadas, *cf.*: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/prefeitura-de-joao-pessoa-inaugura-centro-de-referencia-do-cuidado-a-vida/>. Acesso em: 17 jun. 2022; e <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/prefeitura-de-joao-pessoa-oferece-servicos-de-promocao-ao-bem-estar-e-saude-mental/>. Acesso em: 5 jan. 2023.

<sup>168</sup> Com o registro sobre a inauguração do centro, intenciono apenas socializar mais um estranhamento advindo do contexto de pesquisa. Ressalto que, dados a ausência de convite à colaboração/participação na empreitada, enquanto membro do GT de Prevenção do Suicídio ou da Área Técnica afim à temática, e o fato de informações e notícias sobre suas atividades chegarem tão somente através da mídia e dos bastidores por onde passo enquanto pesquisadora implicada, não possuo condições empíricas de realizar qualquer tipo de avaliação sobre o serviço.

saúde pública. Inspirada na ideia de fato social de Marcel Mauss (2003) – em que o social só é real na medida em que esteja integrado em um sistema – e nas considerações de Claude Lévi-Strauss na “Introdução” da obra *Sociologia e antropologia* (Lévi-Strauss, 2003, p. 11-46), penso que o que vejo no contexto de minha pesquisa diz menos sobre a disputa entre legisladores e executores de políticas públicas e mais sobre o que está por trás da complexidade do suicídio.

Inegavelmente, a causalidade multifatorial do suicídio é complexa, inclusive porque traz consigo fatores sociais dificilmente indissociáveis, diferentemente de outros “agravos” também impactados por fatores sociais, para os quais são valorizados, de modo preponderante, os fatores biológicos e/ou fisiológicos, pronta e artificialmente isoláveis pela via farmacológica de forma minimamente segura e eficaz, como na hipertensão e no diabetes. Deixo a discussão sobre essa observação para outro texto.

Meu objetivo com a rasa comparação é somente ressaltar a contradição quando o corpo social da farmacologização insiste em incluir os suicídios (e suas tentativas) no rol de anomalias biológicas ou fisiológicas, para as quais, com certeza, os tratamentos farmacológicos seriam bem-vindos. Com isso não quero dizer que medicamentos como ansiolíticos e antidepressivos – apenas para citar dois tipos – não possam ser opções terapêuticas nos casos de tentativas de suicídio e na prevenção do desfecho de suicídio. Apenas quero registrar dois pontos de vista: um, contrário a tal insistência – a meu ver, as estratégias medicamentosas não devem ser a medida mágica de proteção às ocorrências de suicídio; e outro, na direção de apontar o “alargamento dos campos do patológico e da medicamentação no contexto das políticas de saúde mental”, conforme observado por Maluf (2018, p. 16) diante das pesquisas coordenadas pela autora.<sup>169</sup>

Ainda que a discussão sobre modos de intervenção direcionados a alguns tipos de “agravos” seja interessante, atendo-me ao suicídio e ao fato de sua reconhecida complexidade, pelo menos para os cientistas sociais, a exemplo da defesa clássica primeira de Durkheim (2004). O suicídio traz consigo um emaranhado de fatores sociais, culturais,

---

<sup>169</sup> Na tese, debruço-me sobre a discussão de Maluf (2018, p. 15-22) para, a partir desta e das suas referências, refletir sobre como a presença do biopoder enquanto dispositivo de biogitimidade impacta a construção de políticas públicas de prevenção do suicídio com a marca de sua patologização.

econômicos, religiosos, morais e outros na configuração de um fato social total, insuficientemente valorizado como tal.

Na saúde, quando a complexidade do suicídio é teoricamente aceita, na prática prevalece uma justificativa unicausal e individualista. No dia a dia dos serviços e setores diversos da saúde, inclusive no âmbito da vigilância epidemiológica (onde está, também, a vigilância do óbito), é comum escutar explicações referentes às ocorrências de tentativas de suicídio e mortes por suicídio: “terminou com o namorado”, “estava devendo”, “a mãe não dava atenção”, “era *gay*”, “não tinha a palavra [Deus/Jesus] no coração”, entre tantas outras (re)imposições causais, provenientes de moralidades individuais ou coletivas reduzidas, somadas a racismo, sexismo, discriminações de gênero e religião, explicações tecidas a partir de julgamentos morais.

Contraditoriamente, diante das causalidades morais, religiosas, econômicas etc., a estabilização da normalidade do sujeito é buscada pela via farmacológica, embora a origem dessas “outras” atribuições seja correntemente transferida para os sujeitos tentantes de suicídio e suas famílias, adjetivando-os como “culpados”.

Se, no cotidiano, explicações causais reduzidas afetam de forma negativa a vida das pessoas e das famílias de pessoas tentantes de suicídio, seu impacto é ainda maior quando carregadas para a atuação profissional nas áreas da saúde, da educação, da justiça, da segurança e outras instâncias que lidam com a temática, bem como quando chegam às entrelinhas do planejamento e da construção, desconstrução ou não construção das intervenções e políticas de prevenção do suicídio.

Para um(a) dos(as) interlocutores(as) de minha pesquisa, a respeito do acolhimento recebido nos dias de internação após uma tentativa de suicídio:

[...] situação que é muito comum é o funcionário do hospital... Eu fiquei internad[o(a)], [...] e tinha um funcionário [...]. Todo santo dia esse homem ia pregar a palavra do senhor pra mim. Todo santo dia! [...] tá bem-intencionado, mas não vem me falar de Deus quando eu tô em ideação suicida, porque a primeira coisa que eu vou pensar é [que] Deus não vai me perdoar e eu vou pro inferno, porque é um pecado que não tem, não tem perdão.<sup>170</sup>

---

<sup>170</sup> Entrevista realizada de forma remota com interlocutor(a) de pesquisa, tentante de suicídio, no dia 25 de outubro de 2021.

Com essas reflexões, retomo dois cenários: 1) o da pesquisadora implicada, no contexto de produção de dados epidemiológicos e da elaboração e apresentação da proposta de uma Linha de Cuidado de Prevenção do Suicídio; e 2) o do silêncio do GT de Prevenção do Suicídio à medida que a pandemia de covid-19 se agudizava.

## A construção e a apresentação de uma linha de cuidado e prevenção do suicídio

Com algum tom de denúncia, próprio do fazer antropologia em tempos “extremos”, da condição de pesquisadora implicada e do convite para redigir este texto, vi uma oportunidade de socializar a construção de uma proposta de operacionalização de política de prevenção ao suicídio, a LIVITS. Com o objetivo de institucionalizar a proposta junto à SMS-JP e, conseqüentemente, de que viesse a se tornar uma macropolítica local, durante o tempo 3 da pandemia a elaborei e a apresentei à gestão em exercício à época, conforme narro a seguir.

Faço questão de registrar o não ineditismo da proposta. Tomei como referência a LIVITS original, construída em Goiânia (GO) pela equipe de *experts* atuantes no MS até 2016, desmontada por ocasião do *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff. Conheci a LIVITS através de Marta Silva, interlocutora de minha pesquisa e uma das protagonistas da Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001), a quem acompanho há cerca de uma década.

A LIVITS original, para além de considerar a organização do cuidado e do acolhimento nos serviços, traz a prerrogativa da importância do olhar ampliado para o contexto local e das suas diferenças sociais e culturais diante da temática do suicídio. Embora tenha me apoiado em sua excelência técnica, foi sua amplitude quanto ao tema o que impulsionou a construção de uma linha à sua semelhança.

Inspirada nesses “mestres” da vida macro e de vida miudinha, que me antecedem intelectual e produtivamente com o assunto, diante do GT morto-vivo, do fim dos tempos agudos da pandemia de covid-19 e das suas demandas específicas, pensei estar frente a um momento contextual ímpar para sugerir intervenções à gestão local.

Para embasar a propositiva da LIVITS, me debrucei sobre o levantamento e a análise de dados para a construção de uma linha temporal de dez anos sobre as notificações de tentativas de suicídio

e suicídios de residentes em João Pessoa (2011-2021). Em agosto de 2022, submeti o produto da análise aos gestores da SMS-JP. De forma pragmática, ressaltai o aumento do número de notificações de lesões autoprovocadas entre os anos de 2011 e 2021, na ordem de 833,33% e de 365,52%, respectivamente, referentes a pessoas dos sexos feminino e masculino;<sup>171</sup> nesse contexto, elaborei, justifiquei e apresentei a proposta.

Sucintamente, a LIVITS deve ser disparada pela notificação da tentativa de suicídio ocorrida em qualquer espaço do território, com imediata comunicação à DANT/VIEP e encaminhamento da pessoa tentante para a Rede de Atenção à Saúde. A conformação da linha se dá para além desses trâmites comuns aos serviços de vigilância epidemiológica. A proposta segue as recomendações da *Agenda Estratégica para Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde: 2017 a 2020* (Brasil, 2017) e o guia *Live life*,<sup>172</sup> da Organização Mundial da Saúde, para a implementação de prevenção do suicídio, seus pilares e sugestões de intervenções-“chave” (WHO, 2021). Prevê a construção paulatina de uma estratégia local de prevenção ao suicídio articulada inter e intrassetorialmente que considere e trabalhe os elementos sugeridos pelo respectivo guia. A proposta inclui duas frentes intersetoriais, articuladas entres si – a LIVITS e o Núcleo de Prevenção às Violências<sup>173</sup> –, a serem implantadas de forma paralela, de maneira a se apoiarem e contribuir, juntas, para a efetividade do cuidado e da atenção à prevenção do suicídio. Na Figura 10, apresento uma síntese esquemática da proposta resumidamente descrita.

Até o momento da submissão deste texto, aguardo o posicionamento da gestão.

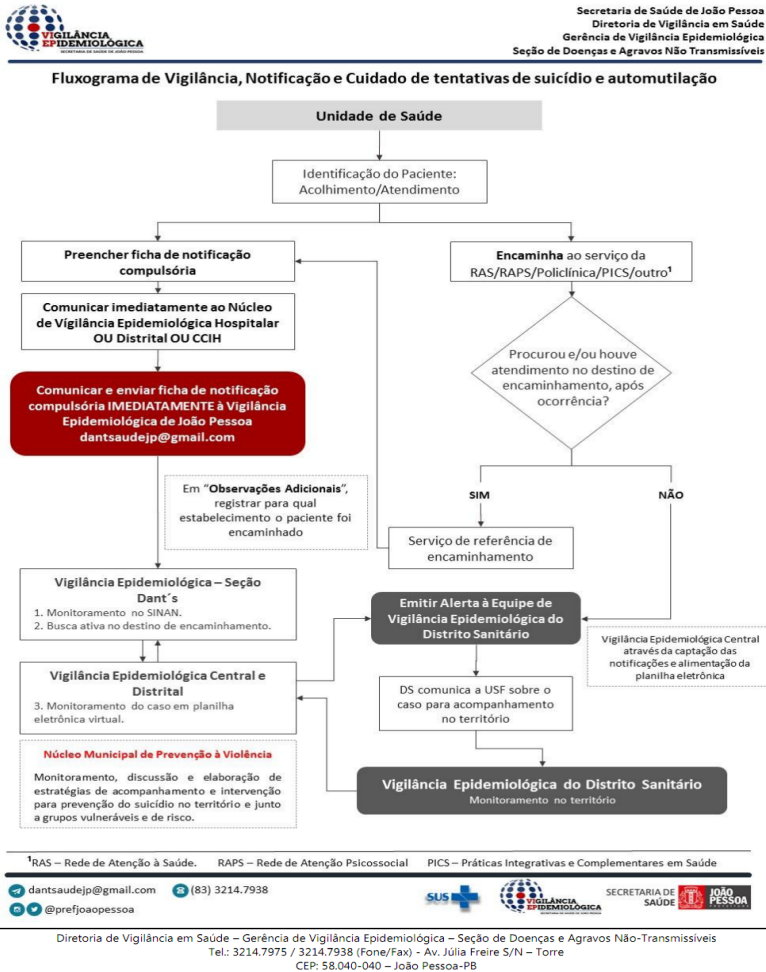
---

<sup>171</sup> Para a série histórica (2011 a 2021), ainda sujeita a alterações, o número de notificações é ascendente. De 10 a 69 anos, todas as faixas etárias apresentam aumento percentual maior de 100% para as tentativas de suicídio. Chama a atenção o crescimento das tentativas de suicídio na ordem de 733% na faixa etária de 10 a 14 anos; de 1.283% entre 15 e 19 anos; de 500% entre 20 e 29 anos; e de 550% entre 50 e 59 anos. Uma análise mais detalhada poderá ser consultada em Wanick e Neves (2024).

<sup>172</sup> WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Genebra: WHO, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 mar. 2022.

<sup>173</sup> Embora inexistente no município de João Pessoa, os Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios estão previstos pela Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004, que dispõe sobre a sua implantação e implementação em estados e municípios.

Figura 10 – Proposta de fluxograma de vigilância, notificação e cuidado de tentativas de suicídio e automutilação para uma LIVITS, João Pessoa (PB)



Fonte: elaborado pela autora enquanto sanitária da Secretaria de Saúde de João Pessoa (2022)

## Sobre o silêncio/silenciamento do GT de Prevenção do Suicídio

Anteriormente, coloquei em questão se, na paralisação das atividades do GT de Prevenção do Suicídio, a política estaria silenciando

o grupo. Minhas reflexões levam-me a acreditar que sim. Há uma política silenciadora, concebida por pessoas atreladas às suas esferas sociais e aos seus cargos de atuação na política; dito de outro modo, uma política construída por pessoas que a elaboram, a recebem para executá-la, e ainda por aquelas que acompanham a execução da política, na defesa da legitimação de interesses sociais. O conjunto me conduz a crer na instalação de um vácuo entre o GT de Prevenção do Suicídio e a SMS-JP, a exemplo do não posicionamento do grupo frente à proposta e à inauguração de um Centro de Referência do Cuidado à Vida.

Nessa micro-história, além do objeto comum, o suicídio, há pessoas em exercício posicionadas em diferentes espaços de atuação e poder, seja devido ao capital político, intelectual, cultural ou social. Embora essa questão seja importante, concentro-me no todo, isto é, no conjunto formado pelo objeto (a política de prevenção do suicídio) e pelas pessoas de seu entorno, o universo de minha pesquisa. Retomo a ideia de “fato social total” de Mauss (2003) para apoiar o raciocínio.

Ao tentar compreender os fatos inerentes à dinâmica desse espaço, me deparo com uma política resultante de fatores sociais, culturais, religiosos, políticos, normativos, reguladores, morais e outros, explícitos ou não, que objetiva regulamentar o Estado brasileiro no que compete à prevenção de suicídios e ao tratamento de seus condicionantes (Brasil, 2019), com as pessoas executoras, as conhecedoras técnicas (ou não) e todas aquelas que lidam direta ou indiretamente, ativa ou passivamente, profissionalmente ou não com a prevenção do suicídio.

Citei apenas alguns fatos sobre o tecido do conjunto do respectivo espaço para justificar por que o fato social total explica o oculto, aquilo por trás do silêncio/silenciamento do GT de Prevenção do Suicídio por ocasião da chegada da pandemia de covid-19, a marginalização da temática do suicídio (e da sua prevenção). Enfim, meu argumento se ancora na evidência da presença de um sistema simbólico construído e operado coletivamente, direta ou indiretamente, mas que, “despercebido ou não”, circula no cotidiano da sociedade. Como descreve Lévi-Strauss (2003, p. 17, grifo do autor):

É da natureza da sociedade que ela se exprima simbolicamente em seus costumes e em suas instituições; ao contrário, as condutas individuais normais *jamaís são simbólicas por elas mesmas*: elas são os elementos a partir dos quais um sistema simbólico, que só pode ser coletivo, se constrói.

Penso que o “abandono do suicídio” estampa a opção do GT de Prevenção do Suicídio, enquanto grupo, por caracterizá-lo exclusivamente como uma patologia na sua concepção biomédica. Embora o grupo se disponha a discutir contrapontos relativos à compreensão das ocorrências do suicídio, ele admite uma posição de sujeito indeterminado e sua dificuldade de sujeito na práxis do (não) enfrentamento à complexidade do suicídio enquanto questão de pauta da saúde pública, contexto mais notabilizado na pandemia.

O resultado é o eco da batida surda de um martelo no bastidor de um grupo, a princípio tido como um espaço democrático, mas que demonstra uma democracia longe de ser para todos. O silêncio se instala, propostas não são apresentadas, os serviços de saúde também se silenciam, priorizando os desfechos “quase” finais, de emergência, e alguns casos “crônicos”. Nos tempos 1, 2 ou 3, a pandemia de covid-19 segue impactando a saúde mental das pessoas e tornando presentes as ocorrências de tentativas de suicídio.

Frente à tomada pela via do silêncio, a complexidade do fato social suicídio é inferiorizada pela sua condição de conduta individual, para a qual a medicalização é justificável e a única que resta. Se meu raciocínio procede, colocá-lo nas caixinhas do patológico permite que a temática ocupe o social, mas na esfera das doenças, como uma patologia classificável, comum às desordens mentais. Provavelmente, advém daí parte da dificuldade de lidar com esse tópico na prática dos serviços de saúde e em outros espaços férteis para o trabalho de prevenção do suicídio, quando se argumenta sobre este como um fato complexo. Por trás da disputa sobre condutas interventivas, sobressaem-se as centradas no modelo biomédico e um sistema simbólico que as aprova.

## Considerações finais

Mesmo que enxergue desdobramentos reflexivos, teóricos e práticos, oportunizados pela condição de pesquisadora implicada – e tenha me apoiado em outros autores –, isso não elimina o ajuste de saias no caminho, o desafio de fazer pesquisa “de perto e de dentro”, retomando Magnani (2002, p. 14); pelo contrário, por vezes, exige costuras finamente acabadas para alcançar um produto, digamos, final.

Chegado o término desta escrita, apego-me à memória dos momentos após o GT da 33ª RBA, a de retomada do esperar. Não se trata *ipsis litteris* de um texto de autoria coletiva com a vivência e a

história das pessoas que, conosco, constroem nossas pesquisas, como as micro-histórias (re)contadas na coletânea de Marques *et al.* (2021), mas sim de uma micro-história, pinçada de um trabalho de campo de doutorado, a qual se soma à potência ativista e teórica impulsionada pela Rede de Pesquisas Antropo-Covid.

Ao selecionar e compartilhar alguns pontinhos da referida micro-história, busquei socializar reflexões sobre os estranhamentos e as angústias a partir da vivência como pesquisadora implicada em um espaço de atuação na saúde pública frente à temática do suicídio e às reflexões e práticas a partir daí.

Classifico a LIVITS como um pragmatismo esperançado advindo da pesquisadora implicada; e, diante do silêncio da gestão em exercício à época da elaboração e da apresentação da proposta, assim como da permanência do silêncio da gestão em exercício no momento em que escrevo estas linhas, penso que, apertada uma das saias justas – no caso, a de publicizar a proposta neste texto –, é possível vislumbrar desdobramentos profícuos, se não locais, em outros espaços.

Ainda que o campo tenha me surpreendido com o silêncio do GT de Prevenção do Suicídio, almejo renovação dos ciclos políticos de nível macro, a exemplo da nomeação, no terceiro governo Lula, de uma mulher tecnicamente capacitada como ministra da saúde, Nísia Trindade Lima, doutora em sociologia e mestre em ciências políticas, e sua reverberação em níveis micro, nos territórios onde a vida se dá.

Atenho-me à perspectiva da inclusão de uma abordagem antropológica no pensar a gestão do cuidado e da prevenção do suicídio, para o que, a meu ver, é bem-vinda, de forma macro, a tessitura da cultura de paz; de forma micro, a fomentação ao Núcleo Municipal de Prevenção da Violência (elemento da LIVITS), a participação de conselheiros de saúde e educação no Núcleo de Prevenção das Violências/Suicídio e a educação permanente com participação dos agentes comunitários de saúde como via de aumentar a sensibilidade dos protagonistas, profissionais das equipes de Saúde da Família, no cotidiano dos territórios onde as pessoas vivem, adoecem e morrem; perspectivas em alinhavo que, quiçá, poderei descrever nos próximos textos.

Intento que a micro-história compartilhada possa tanto apontar elementos que tragam fôlego para a continuidade da discussão pela comunidade acadêmica quanto emplacar a implementação da LIVITS como uma macropolítica local e fomentar o pragmatismo político

implicado de pesquisadores (especialmente o coletivo) com propostas de intervenção de prevenção ao suicídio e implantação de macropolíticas.

Como pesquisadora implicada, à medida que pesquiso, aumenta minha convicção de que a micro-história descrita comunica uma macroquestão; diz sobre como, na prática, a política pública de prevenção do suicídio ocorre.

## Referências

BONETTI, A.; FLEISCHER, S. (org.). *Entre saias-justas e jogos de cintura: gênero e etnografia na antropologia brasileira recente*. Porto Alegre: EDUNISC, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001*. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 18 maio 2001. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737\\_16\\_05\\_2001.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html). Acesso em: 8 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006*. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html). Acesso em: 8 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. *Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014*. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 8 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2017/17-0522-cartilha-agenda-estrategica-publicada-pdf/view>. Acesso em: 2 jun. 2022.

BRASIL. *Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019*. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Brasília: Presidência da República, 29 abr. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/conselhos-e-comites/cgpnas/atos-normativos/lei-no-13-819-de-26-de-abril-de-2019.pdf/view>. Acesso em: 8 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 26 mar. 2023.

DURKHEIM, É. *O suicídio*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FLEISCHER, S. *Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará*. Belém: Paka-Tatu; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

GINZBURG, C. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 11-46.

MAGNANI, J. G. C. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 11-29, jun. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092002000200002>.

MALUF, S. W. Biogitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. In: MALUF, S. W.; QUINAGLIA SILVA, É. (org.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. Florianópolis: EdUFSC, 2018. v. 1, p. 14-43.

MALUF, S. W. Antropologia em tempo real: urgências etnográficas na pandemia. In: RAMIRO, P.; FRANCH, M.; AMORIM, N. *Ciências sociais em debate: crise e crítica social em tempos da covid-19*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2022. v. 1, p. 181-197.

MALUF, S. W. Ciência com aspas: os dilemas do campo científico em tempos de pandemia. In: MALUF, S. W. et al. (org.). *Antropologia de uma pandemia: políticas locais, Estado, saberes e ciência na covid-19*. Florianópolis: Edições do Bosque, 2024. p. 213-237. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/254302>. Acesso em: 5 maio 2024.

MARQUES, B. et al. (org.). *Micro-histórias para pensar macropolíticas*. São Carlos: Áporo Editorial, 2021. Disponível em: [https://mundareu.labjor.unicamp.br/wp-content/uploads/2023/05/2021\\_MARQUES\\_et\\_al\\_Orgs.\\_Micro-historias.pdf](https://mundareu.labjor.unicamp.br/wp-content/uploads/2023/05/2021_MARQUES_et_al_Orgs._Micro-historias.pdf). Acesso em: 13 maio 2023.

MARTINS FILHO, M. T.; NARVAI, P. C. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 646-654, out./dez. 2013.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (org.). *Políticas de saúde: organização*

e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 61-80. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em: 10 maio 2023.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

NEVES, E. M.; NASCIMENTO, P. Sobre o Grupessc: de uma perspectiva crítica sobre saúde, gênero e geração. *Áltera: Revista de Antropologia*, João Pessoa, v. 1, n. 6, p. 24-36, jan./jun. 2018.

NUNES, M. de O. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 403-420, abr./jun. 2014.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

STRATHERN, M. Os limites da autoantropologia. In: STRATHERN, M. *O efeito etnográfico e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify, 2014. p. 133-157.

WANICK, H.; NEVES, E. M. Das informações epidemiológicas às políticas, ou da ausência delas, no enfrentamento às situações de suicídio: anotações arriscadas sobre suicídios a partir da pandemia em João Pessoa/PB, Brasil. In: MALUF, S. W. et al. (org.). *Antropologia de uma pandemia: políticas locais, Estado, saberes e ciência na covid-19*. Florianópolis: Edições do Bosque, 2024. p. 213-237. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/254302>. Acesso em: 4 maio 2024.

WHO. *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. Genebra: World Health Organization, 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>. Acesso em: 29 mar. 2022.

# “A preocupação é maior em tudo”: reflexões com as mulheres que vivem e/ou convivem com a anemia falciforme na pandemia de covid-19

Durvalina Rodrigues Lima de Paula e Silva – Autora  
Uliana Gomes da Silva – Coautora

Com a pandemia de covid-19, além do alto índice de vidas interrompidas, ocorreu no Brasil um aumento das desigualdades sociais e das iniquidades em saúde com a não efetivação das políticas públicas, impactando diretamente a vida de pessoas, aumentando o sofrimento social, biológico e psíquico, a exemplo das mulheres com a anemia/traço falciforme (TF). Face ao exposto, este trabalho busca fazer uma reflexão acerca dos prejuízos do contexto pandêmico na vida de mulheres que vivem e/ou convivem com a anemia falciforme (AF) e o agravamento devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Tomamos como campo empírico os contextos vivenciados pelas mulheres com AF/TF que participaram da pesquisa, dando origem à dissertação de mestrado intitulada *Corpos traçados: um estudo antropológico sobre experiências de mulheres com traço falciforme no estado da Paraíba*, defendida em 2021, e à pesquisa de doutorado (em andamento) com o título *Uma etnografia dos itinerários de cuidado de pessoas acometidas por doença falciforme na Paraíba*, ambas desenvolvidas – respectivamente, por Durvalina Rodrigues Lima de Paula e Silva e Uliana Gomes da Silva – junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB). É importante salientar que as pesquisas foram realizadas no âmbito do projeto *Antropo-Covid: Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de covid-19: análise social e diretrizes de ação e intervenção não farmacológica em populações em situação de vulnerabilidade e precariedade social*.

Pela junção dos dados das pesquisas, especificamente para este artigo, optamos por trabalhar com a categoria “vivem e/ou convivem”, para identificar, respectivamente, as mulheres acometidas pela AF, bem como as mulheres com o TF que são mães de filhas ou filhos com a AF.

É relevante destacar que as pesquisas foram realizadas no contexto crítico da pandemia de covid-19, e, atendendo à orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) referente ao distanciamento social, ambas ocorreram de forma híbrida, com o deslocamento do campo presencial para o virtual, considerando o que é apontado por Segata e Rifiotis (2016, p. 2):

[...] mudanças significativas estão acontecendo atualmente, tanto na natureza da tecnologia como na maneira como as entendemos. A informação computadorizada e as biotecnologias estão produzindo uma transformação fundamental na estrutura e no significado da cultura e da sociedade moderna.

Assim, incorporou-se a etnografia no campo virtual com base em autores que discutem esse método (Leitão; Gomes, 2011; Segata; Rifiotis, 2016) para compreender como desenvolver essa etapa da pesquisa, já que as técnicas, ferramentas e métodos utilizados na etnografia corporificada também podem ser aplicados na versão mediada pelas tecnologias da informação e da comunicação.

Para tanto, utilizamos entrevista semiestruturada com roteiro; os diálogos com as interlocutoras foram mediados pelo aparelho celular por meio do aplicativo WhatsApp, respeitando e se adequando à realidade do acesso às tecnologias das interlocutoras e entendendo esse espaço como um “território contíguo ao *off-line*” (Amaral; Natal; Viana, 2008). Destaca-se que, na pesquisa de doutorado, também foi utilizada a plataforma Google Meet para a realização das entrevistas, considerando-a mais uma possibilidade de acesso às mulheres.

A identificação das interlocutoras foi feita mediante acordos sobre como desejavam que seus nomes fossem apresentados no texto. Na primeira pesquisa, optou-se por usar as iniciais de seus nomes próprios, com letras maiúsculas, seguidas de uma meia-risca e de nomes de rainhas e guerreiras africanas, formando um nome composto. Já na segunda pesquisa, as mulheres expressaram o desejo de que seus nomes fossem identificados no texto. Essa escolha se deu no sentido de afirmar suas colaborações com a produção de conhecimento e informação acerca da realidade das pessoas acometidas pela AF.

É importante destacar que, mesmo dialogando com diferentes interlocutoras, as experiências com o processo de adoecimento e as barreiras de acesso na busca por cuidados e tratamentos são similares em ambas as pesquisas, já que as mulheres que vivem e/ou convivem com a AF estão inseridas em cenários marcados por desigualdade de raça, gênero e classe no estado da Paraíba.

A saber, a primeira pesquisa foi realizada com oito mulheres de cinco cidades diferentes da Paraíba. Dessas, seis se autodeclararam negras; uma, branca; e outra, indígena. Todas são mães na faixa etária entre 28 e 46 anos, com ocupação de donas de casa, dependentes da renda dos salários de seus companheiros/maridos e/ou do Benefício de Prestação Continuada (BPC) das crianças que têm a AF.

Na segunda, foram entrevistadas dez mulheres de seis cidades paraibanas. Dessas, duas se autodeclararam brancas, e as demais, negras, na faixa etária entre 23 e 38 anos, com ocupações de estudantes universitárias e donas de casa, renda advinda do seu BPC ou do salário dos pais. Enfatizamos que todas as mulheres de ambas as pesquisas são integrantes da Associação Paraibana de Pessoas com Anemia Hereditária (ASPPAH).

Especificamente, a AF é uma doença advinda do continente africano, chegando ao Brasil com a diáspora africana (Aragão, 2010), sendo prevalente na população negra, ou seja, uma doença com um histórico marcado por estereótipos, invisibilizada, atravessada pelo racismo. Essa informação é pertinente para compreendermos por que, historicamente, essa doença não recebe a devida atenção dos poderes públicos na efetivação dos cuidados que ela requer.

Em uma perspectiva biomédica, a AF tem características severas devido a uma modificação genética que causa uma má-formação das hemácias, conferindo-lhes forma de foice ou meia-lua. Com isso, elas tornam-se rígidas e, pelo afoiçamento, ficam presas nos vasos sanguíneos, provocando a "obstrução da microcirculação" (Lobo; Marra; Silva, 2007).

A obstrução provoca a vasoclusão (inchaço devido à ausência de oxigenação no sangue), desencadeando dor severa, levando a hospitalizações sucessivas. Essa situação, quando não há cuidados adequados, segundo os protocolos clínicos, pode acarretar a morte. É uma das doenças genéticas hereditárias monogênicas mais comuns no mundo (Aragão, 2010) e que mais acomete a população brasileira (Araújo, 2007).

Já o TF está correlacionado à AF. É uma característica hereditária herdada de um dos genitores, e, mesmo sendo “assintomático”, de acordo com a biomedicina, as pessoas que o apresentam necessitam de um diagnóstico prévio, orientação e aconselhamento genético quanto ao planejamento familiar e aos direitos reprodutivos (Silva, 2021).

Ao longo da vida, as pessoas acometidas pela doença falciforme (DF) constroem experiências cotidianas no processo de enfrentamento do adoecimento, como a busca por informações sobre a doença e as idas aos espaços médicos, para dar alguns exemplos. De acordo com Silva (2018, p. 70), “[...] o indivíduo vai construindo suas experiências frente ao adoecimento através dos elementos, dos tratamentos, das condições sociais, culturais, econômicas e do cuidado que lhes é oferecido e cobrado”. Nessa perspectiva, é possível perceber que o dia a dia das pessoas com a DF é permeado por desafios e condições complexas que perpassam suas vidas, aqui com destaque às mulheres que vivem e/ou convivem com a AF.

Jessica Rosa (2015) aponta que a AF tem influência significativa, múltipla e intensa no dia a dia das pessoas e, conseqüentemente, no modo de vida. A autora afirma:

Esta influência é constatada ao longo de toda a vida dos sujeitos, e afeta o exercício das atividades principais – aquelas consideradas mais importantes para o desenvolvimento do psiquismo em um determinado período da vida – em diferentes momentos e de diferentes formas. Na infância, os portadores da doença não têm plenas condições de brincar como as demais crianças; quando iniciam as atividades escolares, o cotidiano e as vivências estudantis estão sujeitos a frequentes e às vezes prolongadas rupturas, que desorganizam e em alguns casos atrasam o processo de aprendizagem. Esta fragmentação das experiências, das possibilidades de apropriação e de objetivação através das atividades continua a se acumular até a idade adulta, na qual se expressa na forma de precária formação profissional, dificuldades de colocação no mercado de trabalho, frequentes mudanças de emprego e demissões, e aposentadoria precoce (Rosa, 2015, p. 168-169).

Em linhas gerais, a autora aponta como a AF provoca modificações em todas as etapas da vida e quão difícil é lidar com a complexidade desse tipo de anemia numa perspectiva biológica, psíquica e social.

Diante de inúmeras complicações do viver e/ou conviver com a AF, pessoas vêm ao longo dos anos mobilizando diversas formas de organização e articulação política com os movimentos sociais, entre eles o de mulheres negras para a efetivação das políticas públicas direcionadas às pessoas com a DF, construindo também estratégias de luta contra as estruturas racistas na sociedade brasileira.

## Mulheres que vivem e/ou convivem com a AF no contexto pandêmico de covid-19

A pandemia de covid-19 impactou de forma contundente as vidas das pessoas. No Brasil, esses impactos e suas repercussões foram acrescidos do contexto político pelo qual o país passou devido às práticas negacionistas e antidemocráticas do então governo brasileiro,<sup>174</sup> contribuindo para o aumento das desigualdades socio raciais, catapultando a população mais empobrecida, leia-se negra, a viver a esmo na vala do descaso.

No início da pandemia, o medo, a insegurança, a falta de informação sobre o vírus, o sucateamento e o colapso do Sistema Único de Saúde (SUS) foram intensificados pela Emenda Constitucional nº 95/16, conhecida como a *PEC da morte*,<sup>175</sup> que consistiu no congelamento dos gastos públicos da saúde, educação, assistência social, entre outras políticas públicas, por 20 anos, intensificando os sofrimentos sociais, biológicos e psíquicos.

Mesmo com o desenvolvimento da vacina contra o coronavírus, indivíduos influenciados pela onda do negacionismo e das *fake news*, da desvalorização e dos ataques à ciência<sup>176</sup> insistiram/insistem em não ser vacinados, o que chega a ser impensável, pois, embora se trate de uma decisão pessoal, atinge o coletivo.

<sup>174</sup> Jair Messias Bolsonaro foi presidente de 2018 a 2022.

<sup>175</sup> Para saber mais, acesse: REINHOLZ, F. Emenda 95, o enfraquecimento do pacto social. *Brasil de Fato*, [s. l.], 3 out. 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/10/03/emenda-95-o-enfraquecimento-do-pacto-social>. Acesso em: 26 jan. 2023.

<sup>176</sup> Para saber mais, acesse: MACIEL, E. Como o negacionismo científico dificultou a campanha de vacinação contra a covid-19 no Brasil. *Abrasco*, Rio de Janeiro, 15 jun. 2021. Disponível em: <https://abrasco.org.br/como-o-negacionismo-cientifico-dificultou-a-campanha-de-vacinacao-contra-a-covid-19-no-brasil-artigo-de-ethel-maciel/>. Acesso em: 19 jan. 2023.

De acordo com a Fiocruz (2022, s. p.),

[...] com óbitos que chegam a 5,71 milhões em todo o mundo, o Brasil representa 11% (mais de 630 mil mortes) desse número. Além de impactar na saúde da população e sobrecarregar os sistemas de saúde, resultou em uma combinação de efeitos sociais e econômicos que agravam as desigualdades estruturais da sociedade. A pandemia não atingiu todos os grupos sociais e territórios uniformemente.<sup>177</sup>

Segundo dados do Ministério da Saúde,<sup>178</sup> o país ultrapassou o quantitativo de 712 mil casos de óbitos acumulados por covid-19, o que corresponde à taxa de mortalidade média de 1,75 por 100 mil habitantes. Tanto o Boletim do Observatório de Covid-19 da Fiocruz quanto os dados do Ministério da Saúde provocam reflexões importantes sobre o contexto pandêmico e seus impactos sociais, econômicos, biológicos e psíquicos que foram intensificados no período crítico da pandemia e se estendem até o tempo atual.

Nessa mesma linha de pensamento, imaginemos todos esses impactos interseccionalizados com o racismo e seu agravamento no sofrimento psíquico. O que queremos ressaltar é que, de modo geral, todos esses pontos atravessam intrinsecamente as vidas das mulheres que vivem e/ou convivem com a DF, já que, em sua maioria, são mulheres negras.

De acordo com Kabengele Munanga (2003, p. 36), “o racismo é uma ideologia essencialista que postula a divisão da humanidade”. Sua atuação é perversa, cruel e nefasta, ao ponto de retirar a sensibilidade dos seres humanos, provocando a banalização e a naturalização do sofrimento da pessoa negra (Moore, 2007). O apontamento dos dois autores supracitados provoca reflexões sobre a crueldade do “pensamento de uma supremacia racial” (Munanga, 2004) que corrobora a total

---

<sup>177</sup> Para saber mais, acesse: FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Covid-19: balanço de dois anos da pandemia aponta vacinação como prioridade. *Fiocruz Brasília*, Brasília, 9 fev. 2022. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/covid-19-balanco-de-dois-anos-da-pandemia-aponta-vacinacao-como-prioridade/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

<sup>178</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Covid-19 no Brasil. Atualização do painel em 6/6/2024 com dados contidos. *Ministério da Saúde*, [s. l.], [2024]. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html). Acesso em: 13 jun. 2024.

desconsideração da singularidade, da subjetividade, dimensionando os sofrimentos das pessoas negras, lançando-as a um lugar de menos valia (Fanon, 2008), sob a égide das tramas do racismo estrutural posto na sociedade brasileira (Almeida, 2019). Por todas essas analogias, podemos refletir sobre o que influenciou o perecer da população negra no contexto pandêmico, sendo a que mais morreu por covid-19 e a que menos recebeu a vacina no Brasil.<sup>179</sup>

No estado da Paraíba, os dados não se diferenciaram da realidade nacional. Nos 223 municípios, foi aberto apenas um hospital de campanha para vítimas de covid-19, o Hospital Solidário, na cidade de Santa Rita. Ocorreu superlotação nos hospitais, e serviços de atenção básica e de média complexidade, em sua maioria, foram fechados para os atendimentos exclusivos às pessoas com covid-19, deixando de atender pessoas com doenças que necessitavam de cuidados integrais e permanentes, como é o caso da AF.

Pessoas com a AF estavam entre os grupos de risco devido à gravidade de uma de suas manifestações, a síndrome torácica aguda (STA), sendo a principal causa de hospitalização e a maior causa de internação e mortalidade precoce. Essa condição ocasiona dor torácica, tosse, dispneia, hipoxemia e infiltração pulmonar, podendo resultar em vasoclusão, microcirculação pulmonar, embolia/infarto pulmonar ou infecção pulmonar (Brunetta *et al.*, 2010).

A junção desses sintomas com os do SARS-CoV-2<sup>180</sup> e a desinformação e a ausência de acesso aos serviços de saúde, somadas a todas as mazelas do racismo e aos agravamentos na saúde mental das referidas mulheres, complicam a sua situação. Mesmo a inserção da AF no grupo de risco, pela possibilidade de desenvolver o quadro mais grave da covid-19, não garantiu o acesso aos serviços de saúde.

<sup>179</sup> EPSJV – ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Negros são os que mais morrem por covid-19 e os que menos recebem vacinas no Brasil. *EPSJV*, Rio de Janeiro, [2022]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/negros-sao-os-que-mais-morrem-por-covid-19-e-os-que-menos-recebem-vacinas-no-brasil>. Acesso em: 12 dez. 2022.

<sup>180</sup> O SARS-CoV-2, também conhecido como novo coronavírus, é uma cepa identificada em 2019 que, infelizmente, tem algumas características genéticas que a tornam mais transmissível e capaz de causar quadros clínicos mais graves. Para saber mais, acesse: SBIM – SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÃO. O vírus SARS-CoV-2 e a covid-19. *Sociedade Brasileira de Imunização*, São Paulo, 9 fev. 2021. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/negros-sao-os-que-mais-morrem-por-covid-19-e-os-que-menos-recebem-vacinas-no-brasil>. Acesso em: 13 dez. 2022.

As pessoas com DF entraram no rol das prioritárias para serem vacinadas pelo Ministério da Saúde (MS), porém não receberam atenção<sup>181</sup> nas agendas de saúde para a condução da vacinação.

As narrativas de algumas das interlocutoras com AF, como ilustração de tal descaso, revelaram situações de constrangimento e revolta por terem ido aos locais de vacinação e não serem vacinadas, pois havia um desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a determinação do MS. Além disso, em algumas situações, foram exigidos laudos de especialistas, mesmo sendo apresentados exames que comprovavam a doença.

Abaixo, algumas narrativas das interlocutoras sobre o contexto pandêmico apontam a complexidade dos seus cotidianos:

[...] É, mudou a rotina. A preocupação é maior em tudo. Aí, eu fico muito preocupada com ela [a filha com a AF], ela tem crise de dor, eu já não posso mais levar muito direto pro hospital, eu tenho que passar mais de 24 horas com ela com dor, porque se não passar piora, e eu tenho que levar... Aqui em casa ela tava desde sexta-feira com crise de dor, eu levei no médico, levei tudo... dá a medicação e tudo... aí, como ela passou de 24 horas, tem que fazer exame de sangue pra saber como é que tá a hemoglobina, hematócritos, essas coisas, entendeu? Eu tive que levar aqui pro hospital, só é crise mesmo de dor... na crise de dor é bastante hidratação e medicação na veia. Mas tô com medo dela pegar alguma coisa, sabe?<sup>182</sup>

É, desde a covid eu só fui uma vez no Hemocentro.<sup>183</sup> E eu não fui mais para hospital nenhum. Não podia arriscar, né?... [silêncio; a interlocutora baixa a cabeça, respira fundo e com um ar de tristeza volta a falar:] Foi difícil... tá sendo muito difícil, ficar em casa com dor, não ir para igreja é muito triste, visse? Dói meu

<sup>181</sup> Para saber mais, acesse: LIRA, A.; MOTA, C.; ALVES, M. Doença falciforme e covid-19: negligências históricas e novas ameaças à vida. *Abrasco*, Rio de Janeiro, 19 jun. 2021. Disponível em: <https://abrasco.org.br/doenca-falciforme-e-covid-19-negligencias-historicas-e-novas-ameacas-a-vida/#:~:text=A%20DF%20n%C3%A3o%20comp%C3%B5e%20o,intensifica%20neste%20momento%20de%20pandemia>. Acesso em: 26 jan. 2023. Produção do GT Racismo/Abrasco com apoio institucional da UNFPA, o Fundo de População das Nações Unidas no Brasil.

<sup>182</sup> Entrevista realizada de forma remota com EPN-Nzinga no dia 13 de abril de 2020.

<sup>183</sup> GOVERNO DA PARAÍBA. Hemocentros. [201-?]. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/institucional/hemocentros>. Acesso em: 25 jan. 2023.

corpo, meus ossos e o coração, a gente fica só pensando coisa ruim, não gosto nem de falar, só Jesus, só Jesus...<sup>184</sup>

[...] Eu tenho medo! Só eu e ela, né? Saio só pra ir ao mercado, pra uma farmácia. Tenho muito medo dela ter o covid. Ela tá totalmente isolada.<sup>185</sup>

É importante destacar que a crise de dor da AF é intensa. Quando a mãe indica que “é só uma crise de dor”, na primeira citação, não é porque a dor é pequena, moderada ou está sendo desconsiderada, e sim por não envolver outras complicações da doença, como é o caso da STA. Ainda na mesma citação, a expressão “alguma coisa” refere-se à covid-19, o que, para a interlocutora, seria o caos, considerando que, no início da pandemia, contrair o coronavírus era praticamente uma sentença de morte.

É possível perceber que, nas três narrativas acima, Nzinga, Janaina e Nefertiti reorganizaram seus cotidianos e construíram estratégias para evitar a contaminação pelo vírus da covid-19. Também se mostraram preocupadas com o contexto, pois uma simples ida à farmácia ou ao hospital tornou-se um evento envolto de medo, tensões, dúvidas, angústia, estresse, risco, pela condição real de se tornarem possíveis vetores de transmissão do vírus para seus familiares com AF (Silva, 2021). Já em relação às mulheres que vivem com a AF, a preocupação voltava-se para o risco de elas serem contaminadas e ficarem expostas aos efeitos mais drásticos do SARS-CoV-2.

No contexto mais crítico da pandemia de covid-19, quando aconteceram os primeiros casos da doença com índices elevados de mortes, poucas informações circulando sobre o vírus e a inexistência de vacinas, as recomendações para as pessoas com AF foram de manterem-se em suas residências em isolamento social total e redobrar os cuidados, o que, conseqüentemente, postergou as idas ao atendimento médico. Porém, essas recomendações não condizem com a realidade das interlocutoras das pesquisas, pois era necessário sair para trabalhar, fazer compras em supermercados e feiras, ir à farmácia e aos hospitais (quando as crises de dores não eram suportáveis). Cabe lembrar que ter acesso aos cuidados em saúde é imprescindível para as pessoas que vivem e/ou convivem com AF.

<sup>184</sup> Entrevista realizada de forma remota com Janaina no dia 15 de março de 2022.

<sup>185</sup> Entrevista realizada de forma remota com MRS-Nefertiti no dia 27 de março de 2020.

Enquanto as mulheres com a AF, em alguns momentos, tiveram que suportar as crises de dor em casa, as mães de filhos ou filhas que têm a doença tiveram que esconder/omitir suas emoções, mantendo-se firmes para dar suporte aos seus ou às suas. O medo da contaminação pelo vírus da covid-19 ou de se tornar um vetor de transmissão era maior em tudo, pois todos os espaços hospitalares estavam voltados para o atendimento às pessoas contaminadas, o que, inclusive, modificou os modos de socialização e sociabilidade das pessoas com os serviços médicos.

Tendo como base as narrativas das interlocutoras, uma das dificuldades apontadas foi a obtenção de medicamentos cedidos pelo poder público e distribuídos pelo Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais (CEMEX), devido à falta de transporte público, assim como o fechamento desses locais em alguns períodos, o que incidiu em compras de medicamentos pelas mulheres, gerando mais um gasto a ser incluso em sua organização financeira.

Outra questão citada foi a de que as mulheres se sentiam sozinhas no dia a dia, e, com o enfrentamento do processo de adoecimento na pandemia, esse sentimento se intensificou. É importante destacar que as mulheres negras têm um histórico de solidão imposto por uma sociedade cujo racismo estrutural regula normas e preterimentos afetivos, o que resulta em deixá-las em condição de subalternidade e marginalidade socioafetiva. Segundo bell hooks (2010), a realidade de mulheres negras que sentem que, em suas vidas, existe pouco ou nenhum amor é tão pungente que raramente se fala sobre isso, situação que nos ajuda a entender as experiências narradas pelas interlocutoras em questão.

## Sofrimento social e psíquico: impactos das tramas do racismo e variações

Ser mulher negra na sociedade brasileira é um constante desafio. O Brasil possui uma organização social forjada nas concepções colonialista, racista, patriarcal, sexista, lesbofóbica, que insistem em diminuir, marginalizar e excluir essas mulheres, levando-as a pensar, muitas vezes, que são indignas, incapazes; por falta de oportunidades, ficam largadas ao descaso, condenadas a sobreviver e permanecer no que lhes foi “determinado”. Esses fatores promovem um cenário de desigualdades de raça, gênero e classe, que, interseccionalizadas, contribuem para o sofrimento social e psíquico.

O sofrimento social experienciado pelas mulheres negras que vivem e/ou convivem com a AF provém das várias situações de violência social – naturalizadas no âmbito da sociedade – que compõem o cotidiano dessas mulheres (Das, 2020). A violência social, problematizada por Veena Das, é perpassada pelas experiências do dia a dia, pelas emoções, pelas percepções das pessoas, um componente importante de suas narrativas.

Ainda com relação ao sofrimento social, Werlang e Mendes (2013, p. 766) afirmam:

O sofrimento social não é apenas “um sofrimento”, mas um sofrimento que se instala/esconde nas zonas de precariedade, nas zonas sociais de fragilidade e cuja ação implica na perda ou possibilidade de perda dos objetos sociais: saúde, trabalho, desejos, sonhos, vínculos sociais, ou seja, o todo da vida composto pelo concreto e pelo subjetivo que permite viver a cada dia, a vida psíquica, a vida interior composta pela subjetividade.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que o sofrimento social surge das diversas precarizações produzidas pela estrutura social, ocasionando impactos na forma como as pessoas vivenciam o dia a dia. Também pode ser pensado como a somatização do sofrimento psíquico, resultado das inseguranças geradas gradativa ou bruscamente pela estrutura social que fragiliza a forma do sentido e do vivido das pessoas, aqui em destaque das mulheres negras que vivem e/ou convivem com a AF.

De acordo com Jurema Werneck (2016, s. p.), “ser mulher negra é uma experiência compacta, inteira e singular que traz vários reflexos em nossas vidas”, isso porque, segundo a autora, “a gente é mulher negra e não mulher e negra”.

Refletir acerca da afirmação de Werneck (2016) nos leva a pensar sobre a trajetória das mulheres negras com a intersecção do racismo como resquício de um processo histórico que nega a sua ancestralidade, cultura rica em tradições, fazendo com que desconheçam sua força e resistência. Esse processo as vulnerabiliza, atingindo a sua subjetividade por fatores determinantes e condicionantes de saúde, incidindo na perda da autoestima. Somadas a esses fatores estão as dificuldades de lidar com a DF, uma situação que altera o sentido e a vivência das mulheres.

Estamos nos referindo às mulheres que, em sua maioria, são expostas às mais variadas situações de constrangimento, a desigualdades

decorrentes do racismo institucional<sup>186</sup> (Werneck, 2016) e que sofrem com a falta de atendimento adequado, a fragilidade de acesso aos serviços de saúde, bem como a não efetivação das políticas públicas, como pode ser confirmado pelas narrativas a seguir:

[...] Quando eu soube... eu não sabia nada sobre a doença, não sabia a gravidade, não sabia nada. Quando eu internei meu filho, a médica suspeitou de calazar [leishmaniose visceral].<sup>187</sup>

[...] Passei uma experiência com a minha filha de um médico passar medicação errada, caso ocorrido no começo do tratamento dela. Não sabia o que era a falciforme; então, assim, mesmo diante de todos os exames, ou quando não tinha os exames, mas, diante de tantas transfusões seguidas, então... se o médico tem o conhecimento da doença, ele saberia que não poderia tratar ela assim, dessa maneira. Mas eles faziam o tratamento errado porque eles desconheciam o que é a anemia. Termina passando medicação errada e vai agravar muito mais o paciente que já é tão sofrido, né? Porque, quando o paciente chega no hospital, é com muita dor, a dor é grande, maior que a do traço [TF], é muito sofrimento porque é dor, né?<sup>188</sup>

No hospital da minha cidade, logo no começo foi bem difícil. Tinha que ir direto pra Campina [cidade da PB], então a gente era muito humilhado... Quando a gente dizia “Dr., senti isso”, a gente era humilhado, os médicos não tava nem aí. Porque muitas vezes a gente dizia, a gente tem assim, então era pra ele dizer, tem que fazer assim, assim... Porque às vezes a gente chegava e eles nem aí. Hoje, não. Hoje é diferente, mas no começo os médicos não sabiam nem o que era a doença.<sup>189</sup>

Com base nas duas primeiras narrativas, ambas descrevem o impacto do desconhecimento médico sobre a AF, levando ao tratamento inadequado e ao agravamento de seus sofrimentos. Esses relatos evidenciam a falta de capacitação de profissionais de saúde em

<sup>186</sup> “O racismo institucional é um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que o primeiro inexistia ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação deste último” (Werneck, 2013, p. 18).

<sup>187</sup> Entrevista realizada de forma remota com MLS-Yaá-Asantewa no dia 17 de maio de 2020.

<sup>188</sup> Entrevista realizada de forma remota com MRS-Nefertiti no dia 11 de abril de 2020.

<sup>189</sup> Entrevista realizada de forma com TLSS-Tiyé no dia 27 de março de 2020.

condições específicas, resultando em consequências graves para as pessoas que precisam do serviço de saúde.

Logo, pode-se configurar tais práticas no sentido da perpetuação do racismo institucional que negligencia a vida de uma pessoa por meio de práticas e comportamentos discriminatórios adotados no trabalho cotidiano em detrimento de determinados grupos étnicos – aqui em questão, mulheres que vivem/e ou convivem com a AF.

Por consequência, as três narrativas das interlocutoras revelam como as mulheres que vivem e/ou convivem com a AF são perpassadas por situações constrangedoras que causam sofrimentos biopsíquicos e sociais. A intersecção dessas situações com práticas racistas, a hegemonia do saber médico, a desvalorização da subjetividade e o silenciamento, no caso das mulheres negras e de classe econômica desfavorecida que vivem/e ou convivem com uma doença estigmatizada, como a DF, pesam para que se sintam diminuídas, desvalorizadas, desprotegidas e desrespeitadas pelas diversas ausências, pelas negligências com elas e com o protocolo de atendimento à doença em questão no Brasil.

## Considerações finais

Neste artigo, descrevemos os impactos da pandemia de covid-19 na vida de mulheres que vivem e/ou convivem com AF/TE, as dificuldades enfrentadas por elas no acesso aos serviços de saúde no contexto pandêmico, com a intersecção das opressões de raça, gênero e classe, ocasionando sofrimentos sociais e biopsíquicos.

Para tanto, tivemos como base duas pesquisas que foram realizadas no referido contexto, e, mesmo sendo com grupos diferentes, foi possível perceber similaridades, tanto dos impactos da pandemia de covid-19 em suas vidas como dos sofrimentos sociais e biopsíquicos, por meio das narrativas das interlocutoras, que, em sua maioria, autodeclararam-se negras.

Com a pandemia de covid-19 no Brasil, os diversos problemas de ordem social, política e econômica foram escancarados, exigindo do poder público estratégias e ações emergenciais, o que nem sempre aconteceu devido às políticas negacionistas do governo brasileiro.

Assim, as dificuldades percebidas decorreram, sobretudo, do esvaziamento e do sucateamento do SUS devido à *PEC da morte*, do fechamento de alguns serviços de saúde que ficaram especificamente

voltados aos atendimentos às pessoas com suspeita ou com a covid-19 e das barreiras ao acesso aos medicamentos necessários.

Os dados apresentados demonstram as intersecções do racismo e suas diversas manifestações como eixo de opressão, que, imbricados, culminam na pouca atenção às mulheres que vivem e/ou convivem com a AF, em sua maioria pessoas negras e de classe econômica desfavorecida.

Com base nas narrativas, pode-se perceber que a forma como as mulheres experienciam a situação de viver e/ou conviver com a DF está intrinsecamente ligada às teias do seu contexto sócio-histórico, de raça, gênero e classe, atingindo a sua individualidade e subjetividade.

Assim, considerando a complexidade da AF e o quanto as pessoas que têm essa doença precisam de cuidados integrais, percebemos as inúmeras dificuldades enfrentadas pelas mulheres, ocasionando diversas mudanças no seu cotidiano.

Destacamos que, mesmo tendo passado o período “mais crítico” da pandemia de covid-19, os agravamentos sociais, políticos e econômicos continuam afetando as pessoas de forma contundente, e com as mulheres que vivem e/ou convivem com AF não é diferente. É necessário continuar investindo na percepção antropológica sobre a AF e sua interface com o racismo e sobre as experiências das mulheres negras.

## Referências

ALMEIDA, S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

AMARAL, A.; NATAL, G.; VIANA, L. Etnografia como aporte metodológico da pesquisa em comunicação digital. *Sessões do Imaginário*, [s. l.], v. 1, n. 20, p. 34-40, 2008/2008.

ARAGÃO, J. *Doença falciforme no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

ARAÚJO, P. I. C. O autocuidado na doença falciforme. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, São José do Rio Preto, v. 29, p. 239-246, 2007.

BRUNETTA, D. M. *et al.* Manejo das complicações agudas da doença falciforme. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p. 231-237, 2010.

DAS, V. The act of witnessing: violence, knowledge, and subjectivity. *In: DAS, V. et al. (org.). Violence and subjectivity*. Berkeley: University of California Press, 2000. p. 205-225.

DAS, V. *Vida e palavras: a violência e sua descida ao ordinário*. São Paulo: Editora Unifesp, 2020

FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

hooks, b. Vivendo de amor. *Portal Geledés*, [s. l.], 2010. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/vivendo-de-amor/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

LEITÃO, D. K.; GOMES, L. G. Estar e não estar lá, eis a questão: pesquisa etnográfica no Second Life. *Cronos*: UFRN, Natal, v. 12, n. 2, p. 25-40, jul./dez. 2011.

LOBO, C.; MARRA, V. N.; SILVA, R. M. G. Crises dolorosas na doença falciforme. *Revista Brasileira de Hematologia e Hematoterapia*, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 247-258, 2007.

MOORE, C. *Racismo & Sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: SEMINÁRIO NACIONAL RELAÇÕES RACIAIS E EDUCAÇÃO-PENESB-RJ, 3., 2003, Niterói. *Anais [...]*. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2003. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-noco-es-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>. Acesso em: 16 set. 2025.

MUNANGA, K. *Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia*. Niterói: EDUFF, 2004.

MUNANGA, K. *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra*. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

ROSA, J. R. *O sofrimento gera luta: o impacto da anemia falciforme e da vivência do adoecimento no desenvolvimento psíquico de portadores da doença*. 2015. 169 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2015.

ROSA, J. R.; MARTINS, S. T. F. Desenvolvimento do psiquismo e anemia falciforme: o impacto do adoecimento no exercício das atividades vitais. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 114-124, ago. 2019.

SEGATA, J.; RIFIOTIS, T. *Políticas etnográficas no campo da cibercultura*. Brasília: ABA Publicações, 2016.

SILVA, A. K. A experiência de viver com doença falciforme na Amazônia: discussões sobre assistência, racismo institucional e identidade social no estado do Pará. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 30., 2016, João Pessoa. *Anais [...]*. João Pessoa: RBA, 2016. p. 1-20.

SILVA, D. R. L. de P. *Corpos traçados: um estudo antropológico sobre experiências de mulheres com traço falciforme no estado da Paraíba*.

2021. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/32139/1/DurvalinaRodriguesLimaDePaulaESilva\\_Dissert.pdf](https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/32139/1/DurvalinaRodriguesLimaDePaulaESilva_Dissert.pdf). Acesso em: 10 jan. 2023.

SILVA, U. G. da. “Doença que não tem cura, é pro resto da vida”: etnografando a experiência de mulheres mães de crianças com doença falciforme no estado da Paraíba. 2018. 119 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

WERLANG, R.; MENDES, J. M. R. Sofrimento social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 116, p. 743-768, dez. 2013.

WERNECK, J. *Racismo institucional: uma abordagem conceitual*. [S. l.]: Geledés; Cfemea, 2013.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WERNECK, J. Somos herdeiras de mulheres que construíram a própria força. *Brasil de Fato*, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/02/01/jurema-werneck-somos-herdeiras-de-mulheres-que-construiram-a-propria-forca/>. Acesso em: 22 jan. 2023.

# Eventos críticos e saberes oníricos: apanhadores de sonhos, saúde mental e a pandemia de covid-19 no Brasil

Felipe Magaldi

## Introdução

*“Os brancos não sonham tão longe quanto nós.  
Dormem muito, mas só sonham consigo mesmos”*  
(Kopenawa; Albert, 2015, p. 390).

Em *A queda do céu*, o xamã Yanomami Davi Kopenawa e o antropólogo francês Bruce Albert (2015) apontam para o contraste entre o modo de vida ameríndio e o que consideram o pensamento curto e obscuro dos brancos – os *napëpë*, que na língua Yanomami pode significar estrangeiro ou inimigo. Viveiros de Castro (2015, p. 37) descreve essa sentença a propósito da vida onírica como “o juízo mais cruel e preciso até hoje sobre a característica central do povo da mercadoria”. Trata-se aqui da desvalorização epistêmica do sonho, que iria ao encontro da autofascinação solipsista e da avareza fetichista dos modernos. Se no mundo xamânico o sonho seria a via régia do conhecimento dos fundamentos invisíveis do cosmos, no mundo dos brancos seria apenas um palco de reflexos e simulacros obsedantes deles mesmos.

De fato, as pretensões purificadoras e os grandes divisores do projeto moderno (Latour, 2009) contribuíram para encerrar o sonho na zona do erro, do engano e da ilusão, deixando-o em afinidade com a inspiração artística, mas em oposição à razão científica. No final do século XIX, o surgimento da psicanálise e sua disposição singular de combinar o modelo hegemônico de conhecimento à filosofia romântica (Duarte, 2007) foi decisivo, pois permitiu que o sonho fosse

assumido como objeto de escrutínio privilegiado no marco de um saber pretensamente científico. A possibilidade de uma interpretação dos sonhos não somente levou a múltiplos desdobramentos, como também a muitas críticas, dentro e fora dos saberes *psi*. Embora a obra de Freud tenha se estabelecido como marco teórico privilegiado para o exame dos conteúdos oníricos no pensamento ocidental, convive com outros saberes científicos, como a neurociência, e com uma plethora de práticas artísticas e espirituais, além de saberes não ocidentais.

Neste artigo, sem tomar partido por uma ou outra linha, mas assumindo suas tensões e contradições, penso na possibilidade de conjunturas ocasionais de revalorização epistêmica do sonho. Trato aqui de mapear situações *sui generis*, nas quais saberes modernos e não modernos, bem como práticas científicas e artísticas, podem entrar em relativa confluência, e o tradicional binômio indivíduo/sociedade pode ser de alguma forma tensionado.

Esse fenômeno encontra um cenário privilegiado de ocorrência nos chamados *eventos críticos*. Consiste em acontecimentos que, se bem pressupõem uma ruptura na continuidade temporal da situação da vida, impõem também a necessidade de criação de novos modelos de entendimento, tal como sugerido por Veena Das (2020). Embora haja evidentes limites para o surgimento do novo, é preciso prestar atenção aos aspectos inventivos surgidos no momento de ruptura das expectativas cotidianas de linearidade.

Mais concretamente, exploro como se deu uma proliferação de saberes sobre os sonhos nos dois primeiros anos da pandemia de covid-19 no Brasil. O cenário de um evento crítico, que promoveu uma descotidianização do mundo (Lins Ribeiro, 2021), teve como consequência a colocação do sonho em discurso na esfera pública. Para tanto, não proponho uma reconstrução histórica ou uma revisão exaustiva ou completa, mas tomo como ponto de partida minha experiência etnográfica com alguns desses modos de conhecimento e seus respectivos estilos e coletivos de pensamento (Fleck, 2012). Dita experimentação, visto o contexto de isolamento social, se deu integralmente de forma virtual, seja por participação em pesquisas, cursos ou acompanhamento de *lives* a propósito da temática onírica.

Ao passar por essas situações, não tinha consciência plena ou intenção explícita de estar fazendo uma pesquisa sobre sonhos, que não é exatamente meu tema principal de pesquisa. Na verdade, foi a força do hábito de etnógrafo que me fez tomar nota de quase tudo. Se uma parte de mim já acreditava que isso poderia se tornar um artigo, era

uma parte pequena e tímida. O fato de eu ser um antropólogo da saúde mental – com ênfase no estudo dos saberes e práticas *psi* – certamente contribuiu para que, depois, transformasse essa vivência em pesquisa e tivesse recursos para discuti-la, mas foi sobretudo de uma elaboração *a posteriori*.

Essa distância temporal também consistiu em uma condição *sine qua non* para a escrita e a reflexividade do trabalho, dada a paralisia ensejada pela dor dos acontecimentos de 2020 e 2021 – perdas, isolamento, desesperança. Apesar de a seleção dos casos ser irremediavelmente pessoal, por conta de sua heterogeneidade eles são fortemente representativos das discussões divulgadas naquele momento na *internet*, especificamente no contexto brasileiro.

Esses fatos têm consequências com respeito aos aspectos éticos da escrita deste artigo. Optei por nomear explicitamente personagens cujas atividades etnografadas tinham caráter público e gratuito. Porém, preferi não nomear aqueles cujas ações eram cursos pagos, que exigiam inscrição prévia de seus participantes. Isso porque em nenhum momento compartilhei com seus coordenadores o fato de estar “fazendo pesquisa” ali – na verdade, como dito, eu me via como um “nativo” naquele momento, interessado nas quimeras noturnas durante o período do isolamento social. A diluição dessas identidades não prejudica o artigo, na medida em que seu objetivo não é nem as divulgar nem as avaliar positiva ou negativamente.

Antes, busco demonstrar como se desdobraram diferentes abordagens oníricas no momento histórico aqui delineado, levando-as igualmente a sério, em suas variadas significações antropológicas. Gostaria, a princípio, de chamá-las de hermenêuticas oníricas, porém, como será visto, algumas dessas se assentam justamente na crítica à ideia de interpretação, na direção de noções como assimilação ou experiência. Prefiro então chamar de *apanhadores de sonhos* esses especialistas, sendo a etnografia de como apanhar sonhos durante a pandemia o objeto da pesquisa.

O artigo mostra que a psicanálise se destaca nesse cenário em suas várias vertentes, seja como discurso autorizado a falar sobre sonhos, seja como objeto de crítica. Ao mesmo tempo, experimentações criativas desatadas pelo evento crítico também se tornaram possíveis, convocando outros saberes reconhecidos ou não como científicos e tensionando o aspecto supostamente privado e pessoal do sonho.

## Sonhar, acordar, anotar

Comecei a anotar meus sonhos em junho de 2020. Todos os dias, ao acordar, escrevia sucintamente o episódio noturno em um caderninho, embora sem saber exatamente o que fazer com a informação. Nem sempre conseguia lembrar da experiência e, para ser sincero, nunca me interessara pela prática anteriormente. Porém, quanto mais mantinha o hábito, mais detalhado e vívido se tornava o registro. 6 de junho: “Estou atrasado para a aula. Peço um Uber, e a motorista é a própria professora, A”. 10 de junho: “Estou no metrô, desviando de velhos amigos, para que não me reconheçam”. 15 de junho: “Entro no mar sujo, de chinelos, e perco um dos pés ao sair. Depois, por sorte, o encontro de volta na areia, devolvido pela onda”.

O roteiro onírico poderia variar bastante. Às vezes, sabia onde e com quem estava; às vezes, não; e às vezes, se bem que lugar e companhia me fossem familiares, estavam alterados de alguma forma. Frequentemente, os sonhos apresentavam algum tipo de incômodo, mesmo que exibidos em cenários prazerosos. Na verdade, o fio que se tecia entre essas anotações era o fato de elas registrarem cenas simplesmente impossíveis naquele momento. Nos primeiros meses da pandemia de covid-19, e muito antes do surgimento de qualquer vacina, a principal possibilidade de reduzir o risco de contágio – sobretudo para os que, como eu, bolsistas, pesquisadores ou profissionais liberais, tinham o privilégio de poder trabalhar de forma remota, confiando nas medidas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – era o isolamento social. Portanto, nem aula, nem transporte, nem praia faziam parte da vida cotidiana.

Ao contrário, ao menos dentro desse recorte de classe, visão de mundo e condição laboral, era o imperativo de ficar em casa que se anunciava e que ganhava significações particulares no espectro político. Pois, nos primeiros meses da pandemia no Brasil, o isolamento constituiu não só uma medida de proteção sanitária, mas também um enfrentamento – à esquerda – de um presidente da República negacionista, que ficaria conhecido por diminuir a gravidade da doença, se posicionar contra a quarentena e defender métodos de tratamento controversos, expondo a população à morte. Atividades caseiras – cozinhar, ver filmes, acompanhar *lives*, fazer videochamadas, se exercitar, beber, ou mesmo dormir – se constituíram, assim, em uma das formas de resiliência coletiva, apesar de sua suposta natureza privada e

individual. Os acontecimentos disruptivos foram entranhados de forma tentacular na ordem do cotidiano, e a vida passou a ser reconstruída ordinariamente, como também sugerido por Das (2020).

Sonhar entrou igualmente nessa lista de atividades ordinárias, evocando uma provocadora passagem de Walter Benjamin, escrita no estuor do entreguerras. Naquela época em que, segundo o autor, a transmissão das experiências narráveis se encontrava comprometida após o horror das trincheiras, da fome, da inflação, das complicações infinitas da vida diária, a vida onírica se anunciava como possibilidade compensatória: “ao cansaço segue-se o sonho, e não é raro que o sonho compense a tristeza e o desânimo do dia, realizando a existência inteiramente simples e absolutamente grandiosa que não pode ser realizada durante o dia, por falta de forças” (Benjamin, 2012a [1933], p. 114). Benjamin ensina que a relação entre sonho e sonhador é dada pela configuração social mais ampla, ganhando uma possível aceção compensatória diante de um evento crítico.

Dessa forma, compreende-se como o interesse pela temática onírica naqueles primeiros meses de pandemia poderia consistir em um fenômeno maior e mais difuso, que aos poucos ganhava seus contornos no grupo social do qual eu mesmo fazia parte. Afinal, se as conversas e conteúdos interativos nas redes sociais eram perpassados pelas atividades da quarentena, estas incluíam tanto o momento da vigília quanto o do sono. Se as situações-limite podem ser marcadas pelo silêncio – como forma de proteção, produto da vergonha ou da necessidade de levar a vida adiante –, também frequentemente contam com aquelas testemunhas que não podem evitar a experiência de narrá-las (Pollak, 1989).

Inicialmente, grupos de amigos, via WhatsApp, relatavam não somente estar sonhando mais do que o normal, mas a recorrência de sonhos estranhos: intensos, vívidos. Usando a ferramenta de busca dessa rede, encontrei relatos como este, datados de 2020, de autoria de uma amiga: “Sonhei com um monte de larvas. L. varria tudo para mim”. O mesmo acontecia com conteúdos que, concomitantemente, passavam a ser compartilhados em outras redes sociais, inclusive de fora do Brasil. No Instagram, um perfil francês, *Rêves en Confinement*, justamente se propunha a publicar imagens com narrativas aleatórias de sonhos, sem necessariamente analisá-las. “Nós estamos depois do confinamento. Eu retomei o trabalho na loja. Saio para comprar o café da manhã com minha colega. Na hora de voltar, a loja desapareceu”, diz uma das publicações, datada de junho de 2020. Essas descrições não

possuíam um marco interpretativo fechado, mas adquiriam um caráter mais espontâneo, tal como minha própria prática de registrar sonhos, e surgiam no contexto específico da experiência da quarentena.

Seria para além desses colóquios cotidianos que ficaria mais evidente o papel da psicanálise na interpretação dos sonhos pandêmicos. Não muito tempo depois dessas trocas de relatos oníricos entre amigos ou desconhecidos nas redes sociais, me deparei com um questionário sobre a temática, também disponível *online*. Tratava-se da pesquisa “Sonhos em tempos de pandemia”, uma iniciativa de psicólogos e psicanalistas de várias universidades brasileiras,<sup>190</sup> que chegara a mim pelo Facebook. A investigação incluía um termo de consentimento livre e esclarecido, em que anunciava seu objetivo: “coletar relatos de sonhos produzidos durante o período de pandemia de COVID-19, bem como outros elementos a eles relacionados, sejam materiais escritos ou orais, a fim de compreender consequências psíquicas do momento atual”. O estudo não tinha nenhuma compensação financeira, mas pressupunha a criação de um banco de dados que incluiria a descrição do sonho e observações sobre o perfil social do sonhador. Vi nessa pesquisa uma oportunidade de dar vazão ao meu próprio interesse, já que a princípio não sabia muito bem o que fazer com minhas próprias anotações.

## O maior estudo sobre sonhos na pandemia

Não era uma casualidade que a pesquisa sobre sonhos fosse empreendida por profissionais do campo *psi*. Afinal, foram esses saberes – em particular a psicanálise – que, ao longo do século XX, se estabeleceram como conhecimento legítimo sobre a vida onírica. Em *A interpretação dos sonhos*, livro seminal da teoria psicanalítica publicado na virada do século XIX para o XX, Freud (2001) concebia tanto os sonhos quanto os pesadelos como guardiães do sono e manifestações de desejos inconscientes reprimidos. Depois, com base na experiência dos soldados sobreviventes da Primeira Guerra – a mesma que levara Walter Benjamin a citar os sonhos como compensações diante da fraqueza cotidiana –, ele reformularia sua teoria para incluir os sonhos traumáticos, que descreveria como repetições de traumas vividos e não elaborados (Freud, 2010).

---

<sup>190</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade de São Paulo (USP).

Nos vários desdobramentos da teoria psicanalítica, autores como Bion, Winnicott, Jung e Lacan, entre outros, deram continuidade a essas teorias, sempre mantendo a reflexão sobre a relação entre sonho e inconsciente. Suas ideias ganharam grande difusão não somente no meio intelectual, mas também popular e artístico. Não há melhor exemplo que as pinturas surrealistas de Salvador Dalí, que plasmaram a ideia freudiana do sonho como via régia de acesso ao inconsciente e, portanto, a uma inspiração artística livre de amarras (Rivera, 2002).

Posteriormente, também se destacaram severas críticas ao pensamento freudiano. Deleuze e Guattari (2010) problematizaram o fato de os conteúdos do inconsciente – e por derivação do sonho – nunca significarem eles mesmos, mas sim outra coisa, em uma espécie de teatro da representação do eu. Esses questionamentos, porém, serviram menos para enterrar de vez as interpretações psicanalíticas seminais e mais para ensejar sua difusão e multiplicação, incluindo o surgimento de novas práticas de cura, como a esquizoanálise.

A legitimidade e vigor das interpretações psicanalíticas sobre o sonho se confirmavam naquele momento pandêmico, mais de um século depois dos escritos originais de Freud, mesmo em um contexto marcado pelo relativo declínio da noção de pessoa psicanalítica e pelo crescente fisicalismo, seja nas neurociências ou nas terapias alternativas (Russo, 2001). Isso se dava por meio de uma proliferação de *lives* de divulgação científica e debates sobre sonhos e(m) pandemia protagonizados por especialistas desse campo. Buscando no YouTube, onde essas transmissões se encontram disponíveis até hoje, confirma-se essa hipótese ao reconhecer sua promoção por diferentes sociedades brasileiras de psicanálise ou por departamentos universitários afins ao saber psicanalítico. Em continuidade com esses conteúdos, a especificidade daquele questionário de pesquisa que recebi era abrir espaço para uma participação maior do público.

Relate seu sonho. Tente contar o que se lembra. Escreva à vontade.

*Sonhei que, num passado distante, havia assassinado sete homens. Mas vivia a vida normalmente, e a própria memória sobre o crime era turva. Somente na véspera do julgamento começava a elaborar a recordação. Porém, duvidava da própria realidade do acontecimento dentro do próprio sonho: era real, ou era um sonho? E, se fosse real, eu seria realmente imputável? Em algum momento, minha mãe me consolava, dizendo que iria ficar tudo bem, me desresponsabilizando pelo crime. Acordo antes do julgamento.*

Esse foi o meu registro inserido no questionário da pesquisa “Sonhos em tempos de pandemia”. Na época, como já dito, eu não sabia que estava fazendo pesquisa sobre o tema. Ao contrário, estava sendo pesquisado. Foi a força do hábito de etnógrafo que me fez copiar o conteúdo da resposta no bloco de notas. Ler a anotação dois anos depois me causa certa surpresa, não só pelo conteúdo perturbador do sonho, mas também pelo nível de detalhamento – muito maior, se comparado ao das minhas primeiríssimas anotações pandêmicas, que eram simplesmente frases curtas.

Mas não foi somente o conteúdo do sonho aquele a figurar no estudo. Uma série de perguntas circunstanciais também se imprimia no formulário. “Você se lembra de alguma coisa que pensou, viu, ouviu, leu e/ou vivenciou no(s) dia(s) anterior(es) à noite do sonho que queira relatar?”. No caso, eu havia visto uma série israelense, *Fauda*, em que um militar judeu assassinava um conacional. Talvez tenha sido influenciado pela cena, embora, ao vê-la, não sentisse nenhuma proximidade. Em termos psicanalíticos, provavelmente seria possível inferir que havia uma identificação inconsciente com o personagem, mesclada a fatores internos, como minhas relações familiares, em particular com minha mãe. A pesquisa, porém, não dava nenhuma interpretação naquele momento. Diversamente, era eu o convidado a fazê-lo: “Como você entende, interpreta ou explica esse sonho?”. A meu ver, o sonho falava sobre responsabilizar-se pelos atos – mas a questão ficava aberta, com mais enigmas do que respostas.

Até que ponto aquele sonho se relacionava ou não com as condições existenciais estabelecidas pela pandemia? Por um lado, falava sobre morte, mas não causada por um vírus, e sim sobre assassinato. Aparentemente, poderia sonhá-lo da mesma maneira, antes ou depois do isolamento. Por outro, tinha como uma das personagens minha mãe, uma pessoa idosa com quem eu passava a quarentena naquele primeiro momento, e havia clara influência de uma série televisiva também vista na mesma condição de quarentena. Justamente a esse propósito se dava uma das perguntas: “Você tem sonhado diferente de como sonhava antes da pandemia? Se sim, que diferenças você percebe?”. Respondi que, embora acreditasse que nem todos os sonhos falassem tão literalmente da pandemia, sua lucidez parecia cada vez maior. O sonho era pandêmico, mesmo quando não parecia ser.

O questionário chamava a atenção pelo detalhamento das questões, que incluíam também o perfil social – idade, gênero, cor/raça, ocupação, escolaridade, origem geográfica etc. A frequente acusação de

individualismo associada aos saberes *psi* não encontrava pertinência ali, pois havia toda uma atenção às características sociais e relacionais do sonho. Ao final, uma sessão mais “qualitativa” solicitava saber “um pouco mais sobre você”. Nessa parte, os campos permitiam descrever como a pandemia afetara a rotina, se havia sido contaminado ou perdido entes queridos para o vírus. Por fim, pedia para escrever de três a cinco palavras “que melhor descrevem seus pensamentos ou sentimentos diante da pandemia”.

Aquelas dúvidas iniciais foram se esclarecendo conforme acompanhava o andamento da pesquisa nas redes sociais. Embora nunca tenha recebido uma resposta personalizada sobre meu sonho, algumas transmissões ao vivo com os coordenadores da pesquisa contribuíram para contextualizar os resultados da pesquisa. É o caso de uma entrevista realizada com Christian Dunker, psicanalista da USP, intitulada “Sonhos confinados” (Sonhos..., 2021). Nela, o pesquisador explicou como a chegada da covid-19 provocou espontaneamente uma proliferação de relatos sobre os sonhos, na medida em que as pessoas estavam “sonhando mais” – algo que eu próprio vivenciara e confirmara na experiência cotidiana.

Foi a partir dessa percepção que se deu uma associação entre laboratórios oriundos de universidades de todo o país. A tarefa era “pegar os sonhos, no momento em que estavam aparecendo” e lhes dar algum ordenamento segundo cortes específicos. Isso gerou um banco de dados de mais de 2 mil sonhos. A primeira análise da amostragem foi computacional: quais termos se repetem? Quais são os nós mais importantes? Posteriormente, também fizeram análise qualitativa, buscando avaliar sua significação.

Segundo Dunker, os pesquisadores identificaram três momentos de frequência dos sonhos durante a pandemia. O primeiro foi marcado por sonhos vívidos, realísticos, com cores, texturas. Sua qualidade formal era inabitual, assim como sua extensão: “sonhos que eram novelas” (Magaldi [caderno de campo], 2021). Esses sonhos também eram transformativos. Ao acordar, os sonhadores se sentiam diferentes, com uma espécie de “dar-se conta” ou a conclusão de um processo de luto. É interessante a referência do psicanalista à recorrência de sonhos “xamânicos”, que respondiam não só ao indivíduo, mas ao contexto de sofrimento social. Embora o adjetivo seja obviamente metafórico, vê-se aqui alguma abertura para pensar o sonho para além dos cânones ocidentais. Logo, porém, retorna-se à abordagem psicanalítica. As palavras-chave de análise escolhidas para esse momento foram “mãe”

e “casa”, sendo a mãe, por excelência, o símbolo da casa, diante da experiência de infamiliaridade, do *Unheimlich* freudiano, imposta pela pandemia.

De acordo com o apresentador, a segunda foi a fase da monotonia. Os sonhos, antes vivos, passaram a ser esquecidos. Também surgiram sonhos “evacuativos”, que imprimiam uma continuidade com o trabalho cotidiano, incluindo o crescimento da angústia. Finalmente, começaram a surgir pesadelos, como cenas do vírus entrando na casa. Foi o momento dos sonhos de perseguição, paranoia; sonhos em que a pessoa anda sem rumo numa praia ou deserto.

No terceiro momento, já próximo a 2021, apareceram os de violência e batalha, no contexto social definido pela emergência da questão da vacina. Foi quando a percepção social do número de mortes – e de sua responsabilidade política – aumentou. Houve então uma “transformação agonística dos sonhos” (Magaldi [caderno de campo], 2021). Segundo Dunker, a figura do pai passou a ganhar proeminência em relação à da mãe, fosse na figura do pai aterrorizador, fosse na do protetor. Como o vírus não tem imagem, havia a necessidade de lhe dar forma. Os rostos dos políticos acabaram figurando mais intensamente, enquanto intelectuais, professores e artistas apareciam como contraponto. Também as mulheres, nessa altura, passaram a sonhar mais com vulnerabilidade, abandono e violência de gênero. Vê-se aqui a preocupação do autor em abordar os marcadores sociais e políticos da análise.

Dunker concluiu que os sonhos são “sismógrafos sociais”. Capturam nossos desejos, assim como projetam imagens possíveis de nosso futuro. Aqui, fez referência a um trabalho inspirador para sua pesquisa: *Sonhos no Terceiro Reich*, de Charlotte Beradt (2017). Trata-se de uma jornalista alemã que coletou sonhos na década de 1930, antes da instalação completa do nazismo. Esses sonhos antecipavam fenômenos que ainda não existiam, mas que existiriam em breve, como as deportações para os campos de concentração e extermínio. Beradt, assim como Benjamin e Freud, é mais uma autora a evidenciar o nexo privilegiado entre evento crítico e saber onírico.

Não cabe aqui analisar a pertinência ou não dessa análise feita por Dunker, que teve variados desdobramentos e, posteriormente, deu origem ao livro *Sonhos confinados: o que sonham os brasileiros em tempos de pandemia?* (Dunker et al., 2021). O que sim gostaria de sublinhar é sua especificidade, que reside na combinação entre: a) procedimentos típicos do pensamento científico moderno – coleta, ordenamento

e classificação; b) a linguagem “familista”, característica do saber psicanalítico: as figuras do pai e da mãe ganham, assim, proeminência; c) a referência a temáticas sociais e políticas. Conjuntamente, esses atributos constroem um estilo de pensamento sobre o sonho que o entende como um tema de saúde mental, capaz de refletir e ao mesmo tempo dar uma resposta ao sofrimento social, em especial aquele gerado pela pandemia. Esse modo de apanhar sonhos se diferencia de outras variedades etnografadas, que descrevo a seguir.

## Assimilações oníricas

Em agosto de 2020, recebi na caixa de entrada do *e-mail* um convite para o curso *Os sonhos e a vida*. Diferentemente da experiência anterior, não se tratava de uma pesquisa acadêmica, mas de um curso de formação via Zoom, que instruíra seus alunos em conteúdos relativos à história e à antropologia dos sonhos. Embora M., o professor, fosse psicólogo de formação, trazia uma abordagem que não se propunha somente a interpretar sonhos, mas a “assimilá-los” através de exercícios, incluindo meditação. A atividade, embora paga, era aberta ao público mais amplo, sem exigir qualquer tipo de graduação prévia. Entre meus colegas, havia naturalmente profissionais da área *psi*, mas também artistas, médicos ou simplesmente curiosos – como eu mesmo era, naquele momento. Eu já havia tido contato com o professor, pois, antes mesmo da pandemia, participara de uma palestra sobre a filosofia spinozista em um de seus espaços educativos. Abaixo, segue uma etnografia de seu curso sobre sonhos, incluindo tanto suas práticas quanto teorias interpretativas, que operam principalmente a partir de controvérsias. O objetivo, como nas outras sessões, é sobretudo descritivo.

M. dedicou a primeira aula a explicar como os modos de conceber e experimentar os sonhos passaram por grandes transformações com as pretensões transcendentais dos saberes modernos. As interpretações oraculares, presentes em diversas tradições antigas – hindu, taoísta, budista, egípcia, grega, romana, entre outras – se chocaram, em primeiro lugar, contra a própria tradição cristã, que perseguiu intérpretes oníricos e contribuiu para a demonização do sonho na Europa pré-moderna e em suas regiões de predomínio. Concomitantemente, se construiu o triunfo das filosofias dualistas – platônica, escolástica, cartesiana, kantiana, entre outras –, que instauraram um grande divisor entre realidade e representação. Como consequência disso, sonho e

vigília puderam ser imaginados como termos radicalmente distintos, o primeiro correspondendo à fantasia e ao erro, e o segundo, à realidade e à razão.

Embora dominante, esse processo não impediu a permanência e vigor de toda uma vasta linhagem de saberes que viram no sonho uma matéria-prima de interesse. Heráclito, os estoicos, os bruxos herméticos, Spinoza, Hume, Leibniz, Whitehead, Bergson e Deleuze seriam alguns dos pensadores a “desarmar a bomba dualista” (Magaldi [caderno de campo], 2020), abrindo caminho para uma visão imanente do sonho. Referências antropológicas também ganhavam importância, como a compilação *Dream cultures* (Shulman; Stroumsa, 1999), que traz material histórico e etnográfico da China, da Índia e das Américas, bem como das Antiguidades Clássicas grega e romana, do cristianismo primitivo, do islã e do judaísmo medieval; ou o trabalho de Barbara Glowczewski (2015), focado no contexto etnológico dos Warlpiri da Austrália. M. incluía também referências literárias, como Kafka, Borges e H. P. Lovecraft, e filmes, como *Inception*. Em comum, o que essas referências propunham era propriamente uma revalorização epistêmica do sonho, em detrimento do que seria um certo lugar comum do pensamento ocidental.

Na segunda aula, M. aprofundou a crítica à psicanálise. Segundo o professor, a cosmovisão cristã alimentou Freud. Daí a ideia de que o sonho guarda uma espécie de segredo oculto, possivelmente pecaminoso e disparador de sentimento de culpa. A tentativa de resolver o dualismo entre corpo e alma seria analisada no pensamento freudiano por meio da ideia de *Trieb* (pulsão), sem, no entanto, conseguir subverter os termos da polaridade. A consequência disso para a concepção do sonho é a de que este estaria em uma parte transcendental da mente: seria como o líquido que escapa de uma represa furada, e não um elemento constitutivo de uma totalidade integrada. M. também criticou a terminologia sexual com a qual Freud interpretou os sonhos, particularmente a propósito dos complexos de Édipo e Electra. Como resultado disso, o sonho não teria uma existência em si, significaria sempre alguma outra coisa. “O poste não é um poste, mas um pênis”, exemplificou. “A psicologia sequestrou o sonho, que se torna um indicador de coisas reprimidas”.

M., em seguida, citou também a visão junguiana. Carl Gustav Jung – discípulo suíço de Freud que posteriormente criou sua própria escola, a psicologia analítica ou complexa – teria tido o mérito de

deslocar a ênfase da interpretação sexual de seu mestre. Além disso, teria se destacado por valorizar diversas formas de conhecimento, da física quântica à gnose e à *vedanta*. Porém, o problema de sua interpretação seria a ideia de arquétipos, que pressupunham matrizes imagéticas universais, depositadas ao longo da história humana em uma camada mais profunda do inconsciente pessoal, o inconsciente coletivo. Para o professor, essa ideia seguiria num lastro kantiano, em que “a coisa em si” é inacessível, e o mundo, mediado por categorias. Permanece-se, assim, em uma visão dualista.

Nesse sentido, M. explicitou sua preferência pela esquizoanálise, que pressupõe um encontro analítico sem uma teoria interpretativa *a priori*, tal como proposto por autores como Deleuze e Guattari. Nessa abordagem, o sonho não tem um significado fixo, nem significa outra coisa: antes, é matéria-prima de ressonâncias com a vida do sonhador. Essa ideia ficou mais clara quando, ao final da aula, os alunos foram convidados a relatar um sonho para o público. Este foi relatado por um dos participantes do curso:

Sonhei que estava numa guerra e eu fazia parte de um grupo que era meio humano, meio felino. Tínhamos poderes da natureza, conseguia mover pedras, fazer florescer uma flor, controlar a terra. Vencíamos os inimigos assim. Até que eu e mais um companheiro entramos em terras inimigas para resgatar uma amiga e um bebê. Os inimigos viram que entramos no território deles e fecharam todos os portões. O muro era muito alto, mas do outro lado havia árvores igualmente altas. Com a mente, fiz uma árvore curvar seu galho para dentro do território inimigo, subimos nela, e ela nos levou para o outro lado. E então corremos muito e encontramos o resto da “tribo”, tinham muitas pessoas do jardim do beija-flor [fraternidade de *ayahuasca* que frequentei por um tempo]. Nos abraçamos e vencemos a guerra (Magaldi [caderno de campo], ago. 2020).

Após o relato, o professor não entregou uma interpretação pronta para o aluno. Primeiramente, fez perguntas: “O que, desse sonho, você pode trazer para sua vida?”. Ou então: “Que devires podem passar aqui na potência do sonho?”. Com essas perguntas, M. buscava deslocar a ênfase excessiva nas interpretações para o que chamava de potência assimilativa. Não seria a temática animal um chamado para o aspecto mais selvagem e instintivo? O que aqueles devires felinos poderiam trazer para o corpo? Assim como o *tao* do taoísmo, o sonho poderia ser

assimilado como um conhecimento intuitivo da “vida” que não pode ser apreendido completamente – ou tão somente – como um conceito, mas é conhecível através da experiência de vida real, cotidiana.

Nesse momento, me lembrei de um dos sonhos que havia tido naquela semana. Nele, eu estava em uma livraria, sem conseguir escolher entre várias edições lindas do livro de uma autora argentina que conheço, mas que nunca li em vigília (Alejandra Pizarnik). A partir disso, comecei a procurar (desperto) sobre a autora. Pensei, na hora, que isso seria assimilar o sonho – e não simplesmente interpretá-lo – no sentido preconizado por M. “E se isso que eu sonhei acontecesse aqui e agora?”, costumava dizer o professor em suas aulas. O sonho, nessa leitura, não era uma representação de um inconsciente oculto, mas uma ocorrência a ser levada a sério e posta em prática.

Nas aulas seguintes, M. procedeu com sua própria teoria, que, além da esquizoanálise, se baseava em alguns pressupostos da física quântica. Se as coisas materiais não são estáticas, mas sim vibrações densas, o sonho seria uma espécie de vibração sutil. O sonho seria, assim, um aspecto da realidade, um estímulo para a vida e uma forma de ir além dos limites estabelecidos pelo sensorio motor. Seria nesse sentido que as práticas regulares de meditação – sobretudo realizadas antes de dormir – teriam o potencial de despertar a potência do sonho para a vida. Isso seria válido tanto no contexto pandêmico – que ficava subentendido nas aulas, mas não era nomeado explicitamente, diferentemente do caso anterior – quanto fora da emergência sanitária, na vida comum.

## Reaprendendo a língua do sonho

Passamos a vida, noite após noite, sucumbindo ao poder do cosmos enquanto nosso planeta gira em um ritmo circular, nos jogando para dentro de um estado de consciência que sabemos muito pouco. A humanidade já andou mais próxima dessa força noturna que foi se apagando em nome de um mundo mais idêntico em si mesmo, mais racionalista. Mas nosso corpo é uma tecnologia viva, um imaginário pulsante e segue resistindo a linearidade que nos é imposta. Eu sigo com esse desejo profundo de reunir pessoas para reaprendermos juntos a língua do sonho (que é infinita e fala diferente em cada corpo). Serão 4 encontros (o sonho e o simbolismo, o sonho e o tempo, o sonho e o si

mesmo, e o sonho e portal criativo) onde reúno conteúdos e práticas de aprofundamento no universo onírico.<sup>191</sup>

Achei essa chamada em uma conta do Instagram, que apareceu para mim por via dos algoritmos. Já havia se passado um ano desde o início da pandemia. Meu interesse sobre sonhos – e, conseqüentemente, minha prática de anotá-los – já arrefecera diante da crescente quantidade de trabalho remoto e da longa espera com relação à vacina, que então chegava lentamente aos braços de poucos, depois dos atrasos do Governo Federal. Porém, naquele mesmo período, tive um sonho bastante explícito sobre o tema, que retratava a ansiedade do momento:

Sonhei que era vacinado num hospital privado com o que seria a “vacina de Israel”. O enfermeiro fazia mistério sobre o nome da vacina – que aplicava com uma furadeira, no meu braço direito, durante largos minutos. Procurando depois no Google a partir do comprovante, as informações eram ambíguas: em algumas páginas, a eficácia comprovada era de apenas 40 por cento; em outras, dizia-se que seria no futuro a vacina mais eficaz. Ficava na dúvida: esse certificado seria aceito no aeroporto? No final, eu estava em Jerusalém, completamente vazia, e encontrava Jesus (Magaldi [caderno de campo], maio 2021).

Talvez seguindo os ensinamentos do professor M., não procurei interpretar exaustivamente o sonho, que possuía referências religiosas que não eram tão constantes na minha vida – pelo menos na vigília. Mas sim reativei meu interesse pelos sonhos, e assim resolvi dar uma chance e participar da *A gira dos sonhos*, que se anunciava naquela chamada do Instagram, porém foi realizada também pela plataforma Zoom.

Diferentemente dos outros apanhadores de sonhos aqui descritos, K., a coordenadora da atividade, não possuía formação psicológica. Diversamente, era uma atriz interessada na temática onírica, e particularmente, nas práticas criativas e expressivas possibilitadas pelos sonhos. Seu trabalho começara em 2018, quando sonhou que era capaz de descobrir o que as pessoas do mundo sonhavam. A partir de então, teve a ideia de criar espaços de convívio através dos sonhos. Seu público era majoritariamente composto de artistas, como atores, cineastas, artistas visuais e *performers*.

---

<sup>191</sup> Texto de maio de 2021 encontrado em *post* do Instagram.

Seu curso não prescindia de uma digressão histórica e antropológica a propósito do assunto. Em sua primeira aula, ela se dedicou a explicar como sonho era uma tecnologia do corpo, relacionada com as forças da natureza, os rituais antigos e o surgimento dos deuses e da mitologia. Seu propósito, no curso, seria resgatar nossa capacidade de sonhar, diante do crescente distanciamento do sonho que teria se dado na história moderna. Justamente nesse ponto, fez uma referência a Davi Kopenawa e às cosmovisões ameríndias, que teriam o potencial de nos devolver esse ensinamento.

Segundo a professora, o período da pandemia, inclusive, seria propício para falar do tema. Se houve um *boom* de literatura do testemunho após a Segunda Guerra, agora, diante das mortes e do isolamento, seria o momento de olhar para dentro. Se também na Segunda Guerra os sonhos funcionaram como usinas de futuro, incluindo premonições (aqui, de novo a referência ao trabalho de Beradt, citado também por Dunker), seria o caso de aproveitar a oportunidade no presente.

Sua linha de pensamento não diferia da do professor M., no sentido de que ambos apontavam para um progressivo descrédito do sonho no pensamento ocidental. K., porém, se inspirava menos na esquizoanálise e na filosofia da diferença e mais em outras referências, como a psicologia junguiana, que se assentava na já referida ideia dos arquétipos e do inconsciente coletivo.

Veja-se um exemplo dessa abordagem oferecido pela professora. Ela relatou um sonho no qual estava em Paris, com sua companheira, em um jantar com generais. Sentia, contudo, que não era bem-vinda. Uma mulher mais velha a olhava e dizia que aconteceria um golpe de Estado, que tinham que sair imediatamente e deveriam alertar as pessoas para ir embora. Ela foi para um jardim, pensar em um plano de fuga. Nesse momento, viu uma senhorinha caminhando lentamente e sentiu que sabia o que era necessário saber. Nesse ponto, acordou. Em seguida, explicou que os arquétipos nos visitam nos sonhos. No caso em questão, tratava-se da visita do arquétipo da velha sábia, que indicava o conhecimento feminino.

Além da leitura arquetípica, K. propunha uma série de exercícios. Um deles era o de fazer uma retrospectiva do dia de marcha a ré, logo antes de dormir. Como sugeriu, revisitar o dia durante a noite é o mesmo que lembrar do sonho pela manhã. Também recomendava pedir um sonho de cura, escrevendo a solicitação em um papel e colocando-o debaixo do travesseiro. Outra prática era, através da imaginação ativa,

dar continuidade ao sonho durante uma sessão de meditação e abrir caminho para seu desdobrar em vigília. Por fim, durante a aula, realizava práticas de fluxo de escrita, em que um poema era desdobrado a partir da memória do sonho.

Uma vez, uma aluna contou um sonho segundo o qual, em um dia vago de seu trabalho, faria uma *performance*. O nome desta seria Casulo. Ela se penduraria pelos pés e enrolaria uma corda ao redor do corpo inteiro, exatamente como um casulo. Iniciaria uma chamada no Zoom e, quando as pessoas entrassem, soltaria a corda: tudo se desenrolaria, inclusive a angústia de estar pendurada. Em seguida, K. fez diversas perguntas para a aluna. A seguir, as perguntas e respostas dela:

QUE TÍTULO VOCÊ DARIA PRA ESSE SONHO?

O Casulo.

O QUE ESTÁ ACONTECENDO?

Estou pendurada, saindo, girando.

COMO SE SENTE?

Sinto adrenalina.

O QUE PRECISA?

Entregar.

QUE SERVIÇO O SONHO TE PRESTA?

Vontade de voar.

EM QUE SENTIDO? TRABALHO? VIDA?

Na minha expressão.

QUE FENÔMENOS ESTÃO SURGINDO?

Sinto vergonha, sinto empolgação. Uma liberdade, talvez.

CONSEGUE FAZER ALGUMA ASSOCIAÇÃO?

Casulo tem a ver com a transformação. Sair de um andar fechado para um lugar aberto. Saindo de processo de paranoia, medo, pânico. Me sinto mais coerente com quem eu sou.

TEM ALGUM SIGNIFICADO PRA VOCÊ?

Entrega. Conexão. Não medo (Magaldi [caderno de campo], maio 2021).

A partir desse questionário, K. sugeriu a escrita de um poema eliminando as perguntas e utilizando as palavras-chave das respostas. Vê-se que, embora os sonhos possam corresponder a algum significado

arquetípico, o foco residia em colocá-lo em prática – tendendo para as ações artísticas e expressivas. Assim como no caso anterior, o curso não dedicou as aulas a uma elucubração explícita sobre os sonhos durante a quarentena, mas o contexto ficava subentendido, dada a virtualidade das aulas e o próprio conteúdo dos sonhos, que lidavam com situações de isolamento e angústia. Se as aulas não falavam somente de sonhos *da* pandemia, elas se davam claramente *na* pandemia e propunham exercícios artísticos e meditativos para lidar com ela.

## Suspendendo o céu

Como mais um exemplo desse manancial de referências, vale citar o encontro entre o pensador indígena Ailton Krenak e o neurocientista Sidarta Ribeiro (Mesa 6..., 2020). O primeiro é um líder indígena, ambientalista, filósofo, poeta e escritor brasileiro, atuante na esfera pública desde os anos 1980, na conjuntura da redemocratização. Em seus livros, como *Ideias para adiar o fim do mundo* (Krenak, 2019), ele critica a noção de uma humanidade separada da natureza e descreve algumas ideias ameríndias de sonho, intrinsecamente relacionadas ao cotidiano. O segundo, um dos maiores especialistas sobre sonhos no Brasil, é professor titular e vice-diretor do Instituto do Cérebro da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e autor de livros como *O oráculo da noite: a história e a ciência do sonho* (Ribeiro, 2019). Longe de apresentar em sua obra uma espécie de reducionismo biológico, Ribeiro mostra como os sonhos eram importantes às civilizações antigas, bem como ainda o são nas culturas ameríndias. Mobiliza, a propósito do tema, os principais debates da psicanálise, da medicina, da biologia molecular e da neurofisiologia, além de referências literárias e biográficas.

Realizada em uma *live* no canal do YouTube da Companhia das Letras em maio de 2020, a conversa se deu justamente a propósito da temática onírica, misturando-a, porém, aos temas do momento: a pandemia e a política sanitária adotada pelo governo. “Sonhos para adiar o fim do mundo” colocou em diálogo – pela primeira vez – esses dois reconhecidos apanhadores de sonhos, enfatizando suas afinidades, a despeito de sua evidente origem social distinta.

Na introdução do evento, Ribeiro sugeriu uma aproximação entre seu mundo e o mundo de Krenak. Porém, acrescentou que, no final das contas, “estamos no mesmo mundo”, como a própria pandemia acabara de denunciar. Uma tentativa de acionar os vários saberes acumulados

sobre o sonho deveria, nesse sentido, evitar os caminhos extremos, fosse do absolutismo de tal ou qual disciplina, fosse do relativismo paralisante. Deveria também incluir uma consideração histórica, já que foi no momento em que a civilização ocidental abraçou a técnica que se abandonou a arte de sonhar. Se a reclusão é presente em diversos povos indígenas como período de reflexão e iniciação, o momento da pandemia poderia ser aproveitado para a junção de saberes, em um alinhamento respeitoso e tolerante.

No início da conversa, a jornalista e roteirista Carol Pires, mediadora da mesa, indagou seus interlocutores sobre a importância de compartilhar sonhos dentro de casa, entre família e amigos, durante o período da quarentena. Seria possível criar uma nova cultura a partir do hábito de contar sonhos? Para Krenak, não havia dúvida. Pois “o sonho é uma instituição que admite sonhadores”, e, assim, sempre conseguimos trazer histórias do mundo do sonho para a vigília.

O pensador indígena deu como exemplo a história de um pajé Xavante que vivia perto do Xingu, na serra do Roncador. O ancião chamou os jovens da geração de Krenak e disse: “Tive um sonho em que o espírito da caça veio muito bravo e me convocou, dizendo que eu era um irresponsável e que os brancos estavam devastando o mundo, a caça ia acabar”. Os caçadores, então, se mobilizaram, compartilhando a situação com a comunidade. Para Krenak, a ciência daquele pajé alertando a próxima geração se cumpriu, mostrando que o sonho nos prepara para a relação com o cotidiano. O pensador lembrou que em contextos indígenas, no geral, as pessoas comunicam os sonhos pelas manhãs, não necessariamente em praça pública, mas em suas dimensões íntimas. Pois, afinal, o sonho é um veículo de afetos, no vasto sentido da palavra: ele afeta o mundo sensível, subjetivo, das comunicações.

Em seguida, passou-se ao tema da pandemia. Ribeiro descreveu a situação do governo ocupado por negacionistas como dantesca, infelizmente com o apoio de parte da população. Considerou os traumas não resolvidos da história brasileira – o genocídio indígena, a escravização dos povos africanos, a anistia durante a ditadura militar – um dos principais fatores a determinar a conjuntura. Krenak também enxergou um assalto à ideia de cidadania e de República, lembrando sua participação ativa na Constituinte, e recordou as mortes crescentes pela covid-19, a exemplo daquelas ocorridas em Manaus. Admitiu o luto pela tragédia sanitária e a falta de humanidade dos que ocupam cargos públicos. “Se te dão um chiqueiro, tem que prever que lá dentro tem porcos – e não pássaros”, ironizou.

Ambos os autores, entretanto, reconheceram que o problema extrapolava a realidade brasileira. Para Krenak, “o *Homo sapiens*, o humano como espécie, é o único endereço do vírus”, enquanto as borboletas continuam voando livremente. Para exemplificar, contou um antigo mito de seu povo, segundo o qual o criador deixou a humanidade na Terra e foi para algum outro lugar no cosmos. Um dia, o criador se lembrou de sua criação e decidiu voltar para ver o que as criaturas se tornaram. Por conta desse questionamento, decidiu não ter um encontro pessoal, mas num truque se transformou em um tamanduá. Quando se colocou nas paisagens, porém, os caçadores o prenderam. Duas crianças gêmeas deram instruções para que conseguisse fugir. Na colina, as crianças, ciente de que o tamanduá era o criador, perguntaram: “Avô, o que achou da gente?”. O tamanduá fez um sinal de “mais ou menos”. Krenak concluiu: o humano é precário, não tem certificado, ou seja, pode dar errado.

Nesse sentido, completou: “Nós não somos a humanidade que pensamos que somos”. Segundo o autor, seria exatamente o pensamento de unanimidade da humanidade que justificaria a destruição das florestas. Outra consequência disso seriam as desgraças do século XX, como guerras mundiais e genocídios, e as técnicas que, em seu suposto avanço, criaram barris de pólvora. A tragédia, portanto, é global, pois o capitalismo é uma metástase que alcançou o mundo inteiro.

Ribeiro, então, retomou o tema dos sonhos para abordar essa mesma temática, citando a epígrafe deste artigo: “Os brancos às vezes até conseguem sonhar, mas sempre sonham com o próprio umbigo”, como disse Davi Kopenawa. A partir dessa lembrança, reconheceu a dificuldade de pensar em um coletivo planetário, pois o individualismo é muito grande e não há um sonho coletivo, diferentemente do que ocorre entre os povos ameríndios. Acrescentou que, no mundo industrializado, as pessoas mal lembram o que sonham, quem dirá sonhar junto. Observou, porém, que sonhos coletivos estavam acontecendo na pandemia: “As pessoas têm sonhado de forma semelhante, pois a situação é parecida para todos. Estamos todos no mesmo barco”. Tratava-se da emergência sanitária em um jogo capitalista que não parecia querer parar. “A covid-19 é uma oportunidade para que a gente acorde desse sonho-pesadelo do Deus dinheiro”, arrematou.

Ribeiro disse que ele mesmo não sonhava recorrentemente nos últimos tempos, mas via uma grande retomada dos sonhos, especialmente dos épicos, epopeias, nos primeiros meses da pandemia. Isso porque o sonho tem a ver com o que está acontecendo, o que tem

sido investigado por vários pesquisadores – como o próprio Christian Dunker, citado anteriormente neste texto. Sugeriu que, para recobrar a capacidade de sonhar, era preciso tornar o sonho um assunto importante: narrando-o para si mesmo e para os outros com quem se tem laços afetivos; transformando-o em objeto de atenção ao longo do dia e antes de dormir. Ao despertar, Ribeiro sugeriu ficar imóvel e tentar registrar o sonho – fazer um áudio ou escrever. Com a prática, e também com o cuidado do próprio corpo, as lembranças poderiam ficar mais vívidas. “Sonhar é tão natural e espontâneo como se respirar e alimentar, mas muita gente não se lembra disso”, concluiu.

Krenak finalizou o debate com a ideia de “suspender o céu”, referência a uma tradição ameríndia que prevê uma comunhão entre o céu e a Terra. A teia da vida, que relaciona todos os corpos, teria a potência de suspender o céu quando a Terra se sentisse pressionada. Entre os Krenak, a pressão do céu sobre a terra é sazonal, acontece com a primavera. Seria preciso, então, cantar e dançar para suspender o céu, ou seja, para que a saúde da Terra pudesse acontecer nessa passagem.

Nesse modo de apanhar sonhos, a conjuntura pandêmica e a situação do governo foram o tempo todo relacionadas aos materiais oníricos. Em continuidade com os dois casos anteriores, um neurocientista e um pensador indígena concordaram com a necessidade de acionar o sonho na vida cotidiana. Imprimiram nisso, todavia, uma função profundamente política, relacionada ao enfrentamento da devastação capitalista, da separação natureza/cultura e, especificamente, do negacionismo bolsonarista.

## Considerações oníricas

Neste trabalho, procurei demonstrar alguns modos diferenciados de apanhar sonhos durante os dois primeiros anos da pandemia, quando a quarentena e a ansiedade pela chegada da vacina em um contexto de negacionismo marcavam a tônica do momento. Destaquei que, não à toa, “o maior estudo sobre sonhos na pandemia” – e também o que teve maior divulgação pública na *web* – foi realizado por profissionais *psi* que, embora heterogêneos em seus interesses, tinham como ponto nodal a inspiração na teoria psicanalítica e o interesse de aplicá-la no campo da “saúde mental”. Essa característica confirmou a longa legitimidade desse saber sobre a questão dos sonhos, reafirmando o vigor da linguagem do inconsciente nessa seara. Destaquei que essa

linguagem não somente não arrefeceu diante do triunfo do fisicalismo e do reducionismo biológico, como tampouco consiste em uma simples coincidência com a ideologia do individualismo, na medida em que também se abre para pensar o sofrimento social, os marcadores sociais da diferença e a política.

Além disso, destaquei que essa ênfase “*psi*” não impediu a existência de outros saberes oníricos, inclusive críticos da psicanálise, com inspiração na filosofia, nas artes, nas práticas de meditação, nas neurociências, no xamanismo e nas tradições indígenas. O momento foi caracterizado menos pela imposição de um saber doutrinário e mais pela coexistência de saberes e práticas em sua heterogeneidade e diversidade. Pois, em comum, o que todos esses métodos pressupunham era uma maneira de lidar com a situação-limite desatada pela pandemia através da compreensão e do acionamento dos sonhos. Assim, se há limites para a criação de novos modelos de entendimento a partir do evento crítico, não significa que possibilidades criativas não possam ocorrer.

Antes de terminar, gostaria de pontuar algumas limitações e questões abertas deste artigo, que poderão ser trabalhadas futuramente. Será importante refletir não somente sobre essas diferentes abordagens sobre o sonho, feitas *a posteriori*, mas sobre a própria coprodução entre sonho, saber e evento crítico. Em outras palavras, em que medida a difusão e circulação dessas práticas – sejam elas psicanalíticas, esquizoanalíticas, artísticas, neurocientíficas ou xamânicas – em diferentes contextos sociais interferem no próprio ato de sonhar, fabricando os próprios sonhadores – e não somente suas interpretações ou assimilações? Além disso, que potenciais de diálogo são abertos para as próprias antropologias que incorporam o sonho como parte integrante ou central da etnografia?

Escrevo este trabalho em dezembro de 2022, com as quatro doses da vacina no braço. Apesar do retorno do crescimento dos casos de covid-19, o isolamento social não é mais praticado como principal forma de prevenção do vírus. As atividades presenciais regressaram em sua totalidade. Se bem me lembro do que sonhei hoje, e continuo interessado no tema, deixei de fazer anotações oníricas pela manhã – mas não deixei de me interessar por escrever este artigo. Sugestão de que, a qualquer momento, os sonhos podem sair novamente de seu simples lugar de reflexos e simulacros. Pois, assim como a imagem do passado pisca em um momento de perigo (Benjamin, 2012b), o mesmo ocorre com as imagens oníricas.

## Referências

- BENJAMIN, W. Experiência e pobreza. In: BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 2012a [1933]. p. 114-119.
- BENJAMIN, W. Sobre o conceito de história. In: BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 2012b. p. 241-252.
- BERADT, C. *Sonhos no Terceiro Reich: como sonhavam os alemães depois da ascensão de Hitler*. São Paulo: Três Estrelas, 2017.
- DAS, V. *Vida e palavras: a violência e sua descida ao ordinário*. São Paulo: Editora da Unifesp, 2020.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2010.
- DUARTE, L. F. D. A circulação dos saberes e práticas psicanalíticas nas ciências sociais. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 33-50, 2017.
- DUNKER, C. et al. *Sonhos confinados: o que sonham os brasileiros em tempos de pandemia*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.
- FLECK, L. *Estilos de pensamento na ciência*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2012.
- FREUD, S. *A interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2001.
- FREUD, S. *Além do princípio do prazer*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- GLOWCZEWSKI, B. *Devires totêmicos: cosmopolítica do sonho*. São Paulo: n-1 edições, 2015.
- KOPENAWA, D.; ALBERT, B. *A queda do céu: palavras de um xamã Yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- KRENAK, A. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- LATOUR, B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2009.
- LINS RIBEIRO, G. “Descotidianizar” el mundo. La pandemia como evento crítico, sus revelaciones y (re)interpretaciones. *Desacatos*, Cidade do México, n. 65, p. 106-123, jan./abr. 2021.
- MAGALDI, F. *Caderno de campo*. [S. l.], ago. 2020/maio 2021.
- MESA 6: Sonhos para adiar o fim do mundo, com Ailton Krenak e Sidarta Ribeiro | #NaJanelaFestival. [S. l.]: Companhia das Letras, 2020. 1 vídeo

(1h16min). Publicado pelo canal Companhia das Letras. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=95tOtpk4Bnw&t=70s>. Acesso em: 29 jan. 2023.

POLLAK, M. Memória, esquecimento, silêncio. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3-15, 1989.

RIBEIRO, S. *O oráculo da noite: a história e a ciência do sonho*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

RIVERA, T. *Arte e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

RUSSO, J. A pós-psicanálise: entre Prozac e florais de Bach. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (org.). *Clio-Psyche hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001. p. 219-234.

SHULMAN, D; STROUMSA, G. G. (org.). *Dream cultures: explorations in the comparative history of dreaming*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

SONHOS confinados – Entrevista com Christian Dunker. [S. l.]: Metrôpoles, 2021. 1 vídeo (19 min). Publicado pelo canal Metrôpoles. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VJETOdbMiFY>. Acesso em: 29 jan. 2023.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Introdução. In: KOPENAWA, D.; ALBERT, B. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. p. 11-34.

## Sobre os/as autores/as

### Ana Paula Müller de Andrade

Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro). Psicóloga e doutora em ciências humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pós-doutora em ciências pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pesquisadora do Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (TRANSES/UFSC), do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural (INCT-IBP) e do grupo de pesquisa Processos Institucionais, Saúde e Subjetividade (Unicentro). Coordenadora do Núcleo Maria da Penha (NUMAPE/Unicentro) – *campus* Irati (PR). Áreas de interesse: processos de subjetivação, políticas públicas, gênero, processos de desinstitucionalização, antropologia da saúde e da saúde mental.

### Daniel Granada

Doutor em etnologia e história pela Universidade de Paris Ouest Nanterre La Défense e pela University of Essex. Professor adjunto no Departamento de Ciências Sociais e Naturais da Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Pesquisador do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural – PROMIGRAS/Observatório das Migrações (SC). Contato: [daniel.granada@ufsc.br](mailto:daniel.granada@ufsc.br).

### Durvalina Rodrigues de Lima de Paula e Silva

Doutoranda e mestra em antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especializada em gestão de políticas públicas em gênero e raça (UFPB) e políticas e gestão do cuidado com ênfase no apoio matricial (UFPB). Graduada em psicologia clínica pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC/UFPB) e do Ojú Obá – Núcleo de Estudos e Pesquisa de Antropologia Negra (NEAN). Mulher de axé, ativista no movimento de mulheres negras local, regional e nacionalmente. É fundadora e compõe a coordenação da Abayomi – Coletiva de Mulheres Negras na Paraíba, bem como integra a Rede de Mulheres Negras do Nordeste e a Articulação de Mulheres Negras Brasileira (AMNB). Atualmente, está diretora da Divisão de Psicologia da Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba.

### Eliana Elisabeth Diehl

Professora titular aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e atualmente voluntária na mesma universidade. Graduada em

farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestra em ciências farmacêuticas pela UFRGS (1992) e doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (2001), com estágio sênior em antropologia médica – bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela Universidad Rovira i Virgili (URV), Espanha (2013). É membra do comitê gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural (INCT-IBP), pesquisadora da rede “Saúde: práticas locais, experiências e políticas públicas” do mesmo instituto ([brasilplural.paginas.ufsc.br](http://brasilplural.paginas.ufsc.br)) e membra da coordenação colegiada do grupo temático “Saúde Indígena” da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Contato: [elianadiehl@hotmail.com](mailto:elianadiehl@hotmail.com).

### Érica Quinaglia Silva

Professora associada no curso de graduação em saúde coletiva e no Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania da Universidade de Brasília. Doutora em sociologia, demografia e antropologia social pela Université Paris Descartes (Sorbonne) e pela Universidade Federal de Santa Catarina, com pós-doutorado em bioética, ética aplicada e saúde coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense. Líder do grupo de pesquisa Bioética, Saúde Mental e Direitos Humanos, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, do qual é bolsista de produtividade em pesquisa. Pesquisadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural e editora-chefe da revista *Ética na Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. Atua nas seguintes áreas: antropologia (da) política, antropologia da saúde, políticas públicas, saúde pública, saúde mental, bioética e direitos humanos.

### Eunice Nakamura

Graduada em ciências sociais, com mestrado e doutorado em antropologia social pela Universidade de São Paulo (USP) e pós-doutorado junto ao Centre de Recherche Médecine, Santé, Santé Mentale et Société (CERMES 3 – Université Paris Cité), sob a supervisão de Alain Ehrenberg. Professora associada aposentada, vinculada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). É líder do grupo de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Laboratório Interdisciplinar Ciências Humanas, Sociais e Saúde (LICHSS). Suas áreas de interesse se concentram na interface entre antropologia e saúde coletiva, em especial na área de ciências sociais e humanas em saúde, destacando-se: aspectos socioculturais da saúde, saúde mental, sofrimento, crianças e cuidados.

### Felipe Magaldi

Possui graduação em ciências sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2012), mestrado em Antropologia pela Universidade Federal Fluminense (2014) e doutorado em antropologia social (2018) pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) do Museu Nacional, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Realizou pós-doutorados na Universidad Nacional de Córdoba/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (UNC/CONICET, 2018-2020), no PPGAS/Museu Nacional em parceria com a Comissão da Memória e da Verdade da UFRJ (2020-2021), no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) e na Università degli Studi Roma Tre, com projeto apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e premiado pelo Arquivo Nacional (2024). É autor de *Mania de liberdade: Nise da Silveira e a humanização da saúde mental no Brasil* (Ed. Fiocruz, 2020), vencedor do Prêmio CAPES de Teses em Antropologia/Arqueologia (2019), e coorganizador de *Memória, movimentos sociais e direitos humanos* (Ed. UFRJ, 2024). É pesquisador do Núcleo de Memória e Direitos Humanos (UFRJ), do grupo Corpo e Violência: Formas de Expressão (Unifesp), além de colaborar com a Fondazione Basso (Roma, Itália) e de integrar projetos internacionais na Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales, da Universidad Nacional de San Martín (IDAES/UNSAM, Buenos Aires, Argentina). Atualmente é bolsista pós-doutoral extraordinário no Instituto de Antropología de Córdoba (IDACOR/UNC/CONICET, Córdoba, Argentina). Seus interesses incluem antropologia urbana, memória social, artes e formas expressivas, saúde mental, migrações e deslocamentos forçados, assim com direitos humanos.

### Fernando José Ciello

Licenciado em ciências sociais (2009) pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), mestre em antropologia social (2013) pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e doutor em antropologia social (2019) pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor adjunto da Universidade Federal de Roraima (UFRR), no Instituto de Antropologia e no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGANTS). Pesquisador efetivo do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural (INCT-IBP) e afiliado do Center for Global Mental Health (UC San Diego). Integrante do Núcleo de Estudos sobre Saúde e Saberes Indígenas (NESSI/UFSC) e do grupo de pesquisa Saúde, Educação e Ambiente: Populações Indígenas em Roraima (UFRR). Interessa-se pelas áreas de antropologia da saúde, antropologia da religião e antropologias do contemporâneo, atuando principalmente em temas como saúde mental, formação de profissionais de saúde, etnografias de serviços de saúde e saúde indígena.

### Francisco Cleiton Vieira

Professor adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), na Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, bem como docente permanente no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN. Graduado em ciências sociais pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e mestre e doutor em antropologia social pela UFRN, realizou pós-doutorado em antropologia social pela Universidade de São Paulo (USP). Tem interesse em antropologia da saúde e da doença, especificamente no tocante às práticas e aos saberes profissionais em saúde e medicina; ciência e saúde; adoecimento de longa duração; cirurgia e noção de pessoa; mobilizações sociais e biossocialidades; sexualidade, corpo e saúde; e Sistema Único de Saúde.

### Heloisa Wanick

Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB), mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e nutricionista pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC), com interesse na temática de políticas públicas de saúde, em especial as de prevenção às violências, entre estas as violências autoprovocadas e os suicídios, e nas políticas públicas de segurança alimentar. Como servidora pública atuante, é sanitarista vinculada à Seção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de João Pessoa.

### Juliane Bazzo

Doutora em antropologia social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Analista de políticas públicas e gestão governamental do estado do Rio Grande do Sul, na especialidade de antropologia. Assessora do Programa de Oportunidades e Direitos (POD) da Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SJCDH-RS). Gestora de projetos, consultora e docente, com atuação em pesquisa aplicada, planejamento organizacional e ensino, nos setores privado, público, acadêmico e da sociedade civil.

### Marcia Grisotti

Professora titular do Departamento de Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Possui graduação em ciências sociais pela UFSC (1987), mestrado em sociologia política pela USP (1992), doutorado em sociologia (2003) pela Universidade de São Paulo (USP) e pós-doutorado realizado na École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) e no Laboratoire d'Anthropologie Sociale do Collège de France (2015). Foi professora visitante (curto período) na Michigan State University em 2016

e professora visitante na University of Amsterdam (2023/2024), no âmbito do Programa CAPES-Print. Exerceu a função de chefe de Departamento de Sociologia e Ciência Política (2009-2013) e de coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UFSC (2016-2018), de sub-coordenadora do Doutorado Interdisciplinar da UFSC e de coordenadora científica do Programa Erasmus Fellow Mundus, financiado pela União Européia (2013-2017). É coordenadora do Núcleo de Pesquisa Ecologia Humana e Sociologia da Saúde, da UFSC. Contato: marcia.grisotti@ufsc.br.

### Maria Conceição de Oliveira

Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestre em antropologia social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e doutora em ciências humanas pela UFSC, pós-doutora no Programa de Pós-Graduação de Antropologia Social da UFRGS. Professora adjunta no Departamento de Biociências e Saúde Única na UFSC, *campus* Curitibanos (SC), supervisora do Programa Mais Médicos para o Brasil. Contato: mcoliveira14@gmail.com.

### Martinho Braga Batista e Silva

Graduado em psicologia pela Universidade de Brasília, especialista em saúde mental em nível de residência pela Fundação Oswaldo Cruz, mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e doutor em antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. É professor do IMS/UERJ. Fez parte do colegiado gestor do Comitê de Antropologia e Saúde da Associação Brasileira de Antropologia e coordenou a Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Compõe o Núcleo de Pesquisa em Psicoativos e Cultura, da Universidade Federal Fluminense, e desenvolve pesquisas sobre drogas, saúde mental e saúde prisional.

### Natália Yolanda de Carvalho Araújo

Mestra em antropologia social e licenciada em ciências sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Foi bolsista de Iniciação à Docência (PIBID) na graduação e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) durante o mestrado. Possui experiência em antropologia social, com particular interesse em corpo, juventude, saúde, gênero, raça e interseccionalidades, violência doméstica e familiar contra mulheres e educação urbana. Atua atualmente como servidora técnica-administrativa da UFRN.

### Priscila Pavan Detoni

Psicóloga, mestra e doutora em psicologia social e institucional; pós-doutora em antropologia social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS);

professora adjunta na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo (RS), na área de saúde coletiva, na graduação em medicina e no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – área de concentração: Atenção Básica – Saúde da Família e Comunidade. Pesquisadora nos seguintes projetos: “Rede Covid Humanidades” (UFRGS) e “Efeitos psicossociais da pandemia de covid-19 em municípios no interior do sul do Brasil”, uma parceria entre a Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro) e a UFFS. É coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Saúde, Mulher e Gênero (UFFS). Contato: priscila.detoni@uffs.edu.br.

### Rozeli Maria Porto

Antropóloga, mestre e doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com pós-doutorado pela Universidad de Sevilla, Espanha. É professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), vinculada ao Departamento de Antropologia e ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Faz parte do grupo Gênero, Corpo e Sexualidades (GCS/UFRN), da Red del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistorico de las Sexualidades/Espanha [RED LIESS], do Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades (NIGS/UFSC), da Rede de Antropologia e Saúde (RAS), do Laboratório dos Estudos da Violência (LEVIS/UFSC) e da Red Latina de Investigadores em Biotecnología Reproductiva (REDLIBRE/Universidad Complutense de Madrid-ES e USP-SP). Sócia efetiva, membra do Conselho Científico e do Comitê de Saúde da Associação Brasileira de Antropologia (ABA). Secretária Adjunta da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS) – 2025/2026. Bolsista em produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

### Sandra Caponi

Professora titular do Departamento de Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Possui graduação em filosofia pela Universidad Nacional de Rosario (Argentina), mestrado e doutorado em lógica e filosofia da ciência pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), pós-doutorados na Universidade de Paris-7 e na École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS, Paris). Coordenadora do projeto de parceria entre a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e o Comitê Francês de Avaliação da Cooperação Universitária com o Brasil (CAPES/Cofecub) com a Universidade Paris VIII, de 2019 a 2023. Bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nível 1D. É professora permanente do Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UFSC. Coordena o grupo de pesquisa cadastrado no CNPq Sociologia, Filosofia e História das Ciências da Saúde

(NESFHIS). Foi contemplada com um Grant Maria Zambraano, da União Europeia, na Universidade Rovira e Virgili (Espanha, 2023 e 2024). Recebeu o Prêmio Mulheres na Ciência (UFSC, 2023), na categoria Sênior. É catedrática adjunta da Cátedra UNESCO, implementada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, denominada “Bioética, Direitos Humanos e Saúde Coletiva”.

### Sônia Weidner Maluf

Professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) desde 1986. Docente permanente no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS/UFSC). Mestre em antropologia social pela UFSC (1989) e doutora em antropologia social e etnologia (1996) pela École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS, França). Pesquisadora 1B do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foi pesquisadora visitante na Nottingham Trent University (NTU) em 2004-2005, na The London School of Economics and Political Sciences (LSE) em 2005, na EHESS em 2011-2012, e Diretora de Estudos Associada na Fondations Maison des Sciences de l’Homme (FMSH) em 2015. Atua nas linhas de antropologia da saúde e saúde mental; impactos sociais da pandemia de covid-19; antropologia política, Estado e políticas públicas; gênero e teorias feministas; teorias da pessoa, indivíduo e sujeito; antropologias da crise e da urgência. Coordenadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural (INCT-IBP), vinculado ao CNPq, e do Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (TRANSES/UFSC).

### Rosamaria Giatti Carneiro

Doutora em ciências sociais pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pós-doutora em antropologia social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente da Universidade de Brasília (UnB) no Departamento de Saúde Coletiva e no Programa de Estudos Comparados sobre as Américas. Coordena o Coletivo de Antropologia e Saúde Coletiva (CASCA) junto com Soraya Fleischer, do Departamento de Antropologia da UnB. Temas e áreas de atuação: gênero, geração, direitos sexuais e reprodutivos, estudos sobre o cuidado, políticas públicas, maternagens e antropologia visual.

### Uliana Gomes da Silva

Doutora e mestra em antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB), ligada à linha de pesquisa “Corpo, Saúde, Gênero e Geração”. Licenciada em ciências sociais (UFPB), em história e também em pedagogia (Centro Universitário Internacional). Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC/UFPB); do grupo de pesquisa ProjetAH – história das mulheres, gênero, imagens, sertões; Oju Obá – Núcleo de Estudos e Pesquisa de

Antropologia Negra (NEAN). Ativista negra, integrante da Abayomi – Coletiva de Mulheres Negras na Paraíba. Possui experiência e interesse nas seguintes áreas: antropologia da saúde; antropologia negra; antropologia da morte; educação e direitos humanos; educação étnico-racial; e saúde da população negra.

Este livro foi editorado com as fontes Minion  
Pro e Roboto. Publicado on-line em:  
[editora.ufsc.br/estante-aberta](http://editora.ufsc.br/estante-aberta)

A Coleção Brasil Plural tem como objetivo dar visibilidade às pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural (INCT-IBP/CNPq). Busca retratar as diferentes realidades brasileiras em toda a sua complexidade e contribuir para a elaboração de políticas sociais que levem em consideração as perspectivas das populações e comunidades estudadas. Além disso, visa formar pesquisadores e profissionais que atuem com essas populações.



Instituto Nacional de Pesquisa  
**BRASIL PLURAL**

