

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.¹ 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).²

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

¹ 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.

² 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 coletivas³ e compõem diferentes formas de sofrimento social⁴ – 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.⁵ 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”⁶ – 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

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

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

⁵ Ver Tornquist, Andrade e Monteiro (2010) e Maluf (2010).

⁶ 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.⁷

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,

⁷ 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).⁸

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).⁹ 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 medicamentação¹⁰ da experiência subjetiva.

⁸ Ver Maluf (no prelo) e Relatório (2018).

⁹ Ver Foucault (2008).

¹⁰ 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.¹¹ 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

¹¹ 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”.¹²

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

¹² 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,¹³ 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.¹⁴

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

¹³ 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.

¹⁴ 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.¹⁵

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”.¹⁶ Para o filósofo Vladimir

¹⁵ 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).

¹⁶ 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.