

SUBJETIVAÇÕES NEOLIBERAIS E SOFRIMENTO SOCIAL: políticas globais de saúde mental em tempos de neoliberalismo

*Sônia Weidner Maluf**

O objetivo deste artigo é analisar as políticas globais de saúde mental no contexto pós-pandemia e no quadro mais amplo de hegemonia neoliberal. Para isso, serão analisados documentos de balanço das primeiras décadas da Organização Mundial de Saúde e dois documentos recentes sobre as políticas e ações em saúde mental e o relatório saúde mental mundial. A abordagem será a da leitura etnográfica de documentos. A leitura desses documentos busca entender como um determinado modo hegemônico de apreensão do sofrimento se reflete (seja como reprodução, seja como resistência) nas políticas de saúde mental e, em especial, nas políticas globais de saúde. A proposta parte da constatação de que a forma específica das subjetivações neoliberais remete a formas específicas de produzir e lidar com o sofrimento e as aflições. A pergunta de fundo, na perspectiva da abordagem antropológica da saúde, é como uma experiência social de sofrimento é produzida como problema psicológico, psiquiátrico ou biomédico em geral e o quanto essa matriz de apreensão do sujeito responde a uma razão neoliberal.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental global. Subjetivações neoliberais. Organização Mundial de Saúde. Etnografia de Documentos.

Este artigo traz reflexões advindas de uma pesquisa em andamento sobre as políticas globais de saúde mental no contexto pós-pandemia e no quadro mais amplo de hegemonia neoliberal. Para isso, serão analisados alguns documentos de balanço das primeiras décadas da fundação da Organização Mundial de Saúde (OMS), buscando entender o percurso da saúde mental desde então. Além destes, são analisados dois documentos recentes da OMS, específicos sobre as políticas e ações em saúde mental.

A abordagem será a da leitura etnográfica de documentos, buscando “interrogar” essa documentação como um “espaço privilegiado” (Lowenkron; Ferreira, 2014) de análise das proposições e políticas da OMS em saúde mental; as relações entre centro e periferia, conhecimentos científicos e locais/tradicionais contidas nessas políticas; a configuração de valores predominantes nessas proposições; o modo como conflitos e disputas no campo das

políticas globais de saúde mental estão representados; as estratégias retóricas e o vocabulário empregado, entre outros aspectos (Maluf, 2015; no prelo 2).

Uma questão geral dessa leitura das políticas globais de saúde mental é sobre como um determinado modo hegemônico de apreensão do sofrimento se reflete – seja como reprodução, seja como resistência – nas políticas de saúde mental e, em especial, nas políticas globais de saúde, que são o foco desta reflexão.

Tal questão, na perspectiva da abordagem antropológica da saúde, se desdobra em dois pontos: 1) buscar entender como uma experiência social de sofrimento é produzida como problema psicológico, psiquiátrico ou neuropsiquiátrico; 2) o quanto a matriz de apreensão do sujeito nessas políticas e nas ações previstas nesses documentos responde – ou pelo contrário, resiste – a uma razão neoliberal. Esses pontos dialogam com a abordagem antropológica da saúde e da saúde mental, que enfatiza a necessidade de se considerar a diversidade de experiências, práticas e concepções socioculturais sobre saúde e adoecimento. Nessa abordagem, as próprias concepções biomé-

* Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/CFH. Campus Trindade. Cep: 88.040-970. Florianópolis – Santa Catarina – Brasil. soniawmaluf@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-9222-4348>

cas e psicológicas do sofrimento são abordadas também como modos social, cultural e historicamente determinados. Entender como determinados valores culturais são reproduzidos em compreensões psico-biomédicas do sofrimento e da aflição, e se desdobram, por sua vez, em políticas de saúde, é um dos empreendimentos e desafios da abordagem antropológica.

O ponto de partida da análise aqui empreendida é a observação de que diferentes configurações específicas de subjetividade ou de regimes de subjetivação remetem a modos específicos de produzir e lidar com o sofrimento e as aflições, assim como a modos específicos de apreensão desses sofrimentos por parte dos campos das psicologias e da biomedicina, produzindo, assim, políticas e gramáticas do sofrimento peculiares a cada contexto histórico-social.

De modo geral, o que parte da literatura sobre o contemporâneo tem trazido é que se na concepção liberal o sofrimento psíquico e moral deve ser eliminado ou contido porque retira o sujeito do processo produtivo, sendo necessário criar dispositivos que garantam a permanência do sujeito e de sua força de trabalho na esfera da produção, no neoliberalismo o sofrimento acaba se tornando ele próprio financeiramente produtivo¹.

As políticas de saúde mental sempre foram um campo de disputas e conflitos e o próprio processo da Reforma Psiquiátrica brasileira não foi diferente. A Reforma Psiquiátrica brasileira instituiu a desmanicomialização e o fechamento dos hospitais psiquiátricos, a formação de uma rede psicossocial com diferentes serviços, de baixa a média e alta complexidades, o tratamento ambulatorial dos pacientes psiquiátricos, a desinstitucionalização dos pacientes internos em hospitais psiquiátricos, entre outros programas. Nessas disputas, visões hegemônicas dentro do campo psiquiátrico defenderam a manutenção do hospital psiquiátrico, a lógica de internação e a hierar-

quia de saberes em que o médico psiquiatra é o centro da política de saúde mental e a última palavra em relação a diagnóstico, receita de psicofármacos, internações, desinternações, entre outras ações.

Por outro lado, mesmo no campo dos que defendiam a Reforma Psiquiátrica, havia debates sobre a centralidade dada aos psicofármacos na atenção à saúde mental, sobre a aplicação mecânica dos manuais de diagnóstico, à exemplo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), sobre a medicalização excessiva dos pacientes, sobre o não reconhecimento das dimensões sociais do sofrimento e da aflição, sobre políticas e ações voltadas ao indivíduo, sem reconhecer as dimensões coletivas de alguns fenômenos – como as altas taxas de suicídio em grupos indígenas.

Após o golpe de Estado de 2016, os governos Temer e Bolsonaro, através de várias portarias, resoluções e medidas provisórias, impuseram uma inversão nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, desmontando as redes psicossociais, retornando à lógica manicomial da internação – inclusive compulsória e involuntária – de usuários de drogas e pessoas em situação de rua e destinando grande parte dos recursos públicos para instituições privadas, como as comunidades terapêuticas. Esses eventos recentes podem ajudar a entender o quanto o campo das políticas de saúde mental é também um campo em disputas, por um lado extremamente permeável às hegemonias neoliberais e de condução prioritária do mercado em relação ao Estado – que envolve desde clínicas e instituições privadas à indústria farmacêutica –, por outro suscetível às políticas de direitos humanos e aos princípios de universalidade, integralidade e democracia – em uma breve síntese – que marcam, por exemplo, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o próprio processo da Reforma Psiquiátrica, que muito lentamente foi sendo retomada pelo governo federal empossado em janeiro de 2023.²

² Mas não sem contradições e disputas, na medida em que as comunidades terapêuticas permanecem no escopo das

¹ Vladimir Safatle (2021, p. 10) tem feito essa reflexão, mostrando que, no liberalismo, o sofrimento atrapalha, porque retira o sujeito da produção. Já no neoliberalismo, seria possível extrair mais produção e mais gozo do sofrimento. Em outras palavras: no neoliberalismo, o sofrimento é economicamente produtivo.

No âmbito das políticas globais, essas disputas e confrontos se tornam ainda mais complexos, pois, além de mobilizarem atores econômicos poderosos, como a indústria farmacêutica e os grandes laboratórios de psicofármacos, envolvem disputas no campo científico, conflitos (geo)políticos, e modos distintos e contraditórios de lidar com diferenças culturais e de concepção sobre adoecimento, sofrimento e aflição.

Uma antropologia política da saúde tem problematizado as múltiplas dimensões dos processos de saúde, adoecimento, cura, que incluem: 1) as condições sociais, culturais, políticas e econômicas da saúde e da doença, que produzem desigualdades e violências; 2) a produção social de subjetividades e corporalidades; 3) a produção social e circulação dos objetos de saúde, como doença, diagnóstico, medicamentos, protocolos, manuais técnicas e tecnologias, agentes humanos e não humanos, vetores de doença (vírus, mosquito, agrotóxico); 4) os saberes envolvidos nos processos de saúde e doença: dos saberes científicos e da ciência como campo de disputas, aos saberes tradicionais, resistentes e dissidentes.

Esse campo da antropologia – assim como a antropologia médica, mais desenvolvida nos EUA e em alguns países da América Latina, e a Psiquiatria Cultural, entre outras disciplinas – tem questionado a aplicação de sistemas classificatórios de doenças, etiologias e nosologias ocidentais a outras sociedades com seus próprios sistemas e compreensões sobre adoecimento, cura, sofrimento e aflição. Questões como existência ou não de invariantes em relação a doenças – mesmo com nomes, significados e modelos explanatórios diferenciados –, de comensurabilidade ou incomensurabilidade cultural de experiências de adoecimento ou afetações nos planos físico e mental – e consequente comparabilidade –, entre outras, têm sido longamente debatidas por esse campo antropológico. Não se trata de um debate apenas especulativo ou filosófico. Ele

políticas governamentais, agora não mais vinculadas ao Ministério da Saúde, mas ao Ministério do Desenvolvimento Social.

incide sobre políticas de saúde, como é o caso no Brasil das políticas de atenção diferenciada na saúde indígena, que teriam como princípio não apenas levar em consideração especificidades e diferenças culturais das populações indígenas em relação aos processos de adoecimento e cura, mas também levar em consideração seus conhecimentos e práticas.³

Na análise específica da atuação do campo biomédico e dos conhecimentos psiquiátricos e psicológicos, a pergunta de fundo, que sintetiza os aspectos descritos anteriormente sobre as múltiplas dimensões de uma antropologia política da saúde, é sobre como experiências de sofrimento, aflição e/ou perturbação são produzidas como um problema de saúde e, no caso específico da saúde mental, como as diferentes experiências de sofrimento são produzidas como um problema dos campos psiquiátrico e psicológico.

Essa questão se torna ainda mais importante quando estamos abordando experiências coletivas de sofrimento, aflição e adoecimento que se transpõem para políticas globais de saúde, o que leva à necessidade de se refletir sobre as dimensões históricas, sociais, políticas e epistêmicas da produção de subjetividades.

INDIVIDUALISMO, SOFRIMENTO SOCIAL E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Uma das contribuições que a abordagem antropológica de Pessoa, Indivíduo e Subjetividade/Subjetivação traz para esta discussão é a de levar em consideração as diferenças sócio-históricas de concepção e de produção de sujeitos e subjetividades. Já existe uma longa trajetória de pesquisas e reflexões na antropologia sobre a construção sociocultural de pessoas e corporalidades, que localiza, na modernidade, a especificidade da emergência do indivíduo e do indivi-

³ Para uma discussão e crítica sobre os limites na aplicação desses princípios nas políticas de saúde indígena no Brasil, ver Langdon (2004, 2016).

dualismo como valores fundantes das estruturas e dos discursos e práticas sociais hegemônicas.

Para o antropólogo francês Louis Dumont, essa predominância da configuração individualista de valores nas sociedades ocidentais moderno-contemporâneas se produziu num longo processo de inversão hierárquica em que o Indivíduo, de um valor segregado a pequenas comunidades e ideologias religiosas em meio a sociedades fundadas em valores holistas e hierárquicos, se torna gradativamente o valor hegemônico e estruturador da sociedade (Dumont, 1985). Quando utiliza Indivíduo com “I” maiúsculo, Dumont não está se referindo aos sujeitos ou indivíduos empíricos, mas a uma categoria estruturadora do pensamento social e das estruturas sociais da modernidade – a forma moderna da Pessoa. Essa predominância do valor Indivíduo se deposita nas várias dimensões da organização e da vida social: na ideologia econômica, no direito e nas leis, nas instituições e suas finalidades, nas formas de pensamento e nas teorias sociais, nas formas da arte e da literatura. Dumont se debruçou sobre as grandes instituições e os grandes movimentos da história, envolvendo as relações entre Igreja e Estado, economia, filosofia e literatura (Dumont, 2000, 1991).

Outras produções nos campos da antropologia e da historiografia buscaram demonstrar a dimensão micropolítica desse processo gradativo de hegemonia dos valores do Individualismo, debruçando-se sobre os modos específicos de produção de subjetividade individualista, através de práticas e discursos sociais. Entre essas, destaco os trabalhos de Georg Simmel, Norbert Elias, Karl Polanyi, Michel Foucault, Lynn Hunt, entre outros, que se, por um lado, mostram o processo gradativo de produção de sensibilidades, corporalidades e percepções individuais e individualizadoras, por outro, mostram também as contradições e complexidades desse processo.⁴

⁴ Em relação às políticas médicas e à atuação da biomedicina, por exemplo, poderia se dizer, a partir de Foucault, que o individualismo seria apenas uma das dimensões, na medida em que o alvo da política pública em saúde é a população e

Pesquisas etnográficas contemporâneas têm apresentado duas vertentes de análise sobre a produção social de pessoas e corporalidades. A primeira delas está centrada na abordagem das representações sociais, buscando entender como Corpo e Pessoa são representados em diferentes cosmologias e culturas específicas. A outra abordagem privilegia experiências e práticas sociais, micropolíticas, aprendizados, técnicas e tecnologias do corpo e do sujeito voltadas à produção de pessoas e corporalidades. Especificamente nas pesquisas antropológicas sobre saúde, e em especial sobre saúde mental, ganha relevância o modo com que tecnologias biomédicas e psiquiátricas, do diagnóstico às terapêuticas, estão voltadas ao indivíduo particular, mesmo quanto se trata de fenômenos identificados como coletivos – ou mesmo globais. Tal como em outros campos sociais, a configuração de valores hegemônica no campo médico e no campo das psicologias é a individualista, centrada na ideia do sujeito individual apreendido como universal. É sobre esse sujeito individual universal que o sistema hegemônico das ciências biomédicas do encadeamento sintoma-diagnóstico-tratamento atua – mesmo em situações identificadas como coletivas, globais ou de sofrimento social que extrapole o diagnóstico localizado no indivíduo. Para essas experiências, o sistema sintoma-diagnóstico-tratamento tem se mostrado limitado por não reconhecer a dimensão social e coletiva do sofrimento e das aflições.

Um exemplo de pesquisas que tenho coordenado e orientado nos últimos anos, em um projeto de pesquisa mais abrangente na linha de antropologia da saúde e da saúde mental, é dado pelo aumento exponencial dos diagnósticos psiquiátricos e consumo de psicofármacos

grande parte das medidas tomadas nessas políticas são coletivas (como isolamento social em situações de epidemias e risco de contágio, políticas de vacinação etc.). Ver Foucault (1979). Não há espaço aqui para desenvolver essa questão da política de saúde voltada para a população e aquela que tem o indivíduo como centro da ação, mas uma reflexão possível sobre esse debate feito por Foucault, quando analisa o surgimento da medicina social, é a margem possível para outras perspectivas para além do sistema sintoma-diagnóstico-tratamento, que abordarei mais adiante.

por mulheres das periferias urbanas no sul do Brasil. Situações de sofrimento provocado por experiências de violência, exploração no trabalho, contextos extenuantes de tarefas e responsabilidades ligadas ao trabalho doméstico, de cuidado e de reprodução social são reduzidas a um diagnóstico psiquiátrico e à medicalização com psicofármacos – processo que acaba servindo como instrumento auxiliar de manutenção dessas situações opressivas⁵. Tudo isso agravado pelo fato de que qualquer diagnóstico e mesmo tratamento em saúde mental deveria necessariamente levar em consideração aspectos da experiência individual e coletiva, dimensões econômicas, sociais, culturais e históricas.

Nessas pesquisas, situações sociais de sofrimento e aflição são capturadas pelo paradigma individualista do diagnóstico e da medicalização, deixando de enfrentar a dimensão da experiência social dessas mulheres e sua própria percepção dessa experiência e de suas aflições e sofrimentos. Trata-se de um paradigma que também não considera os contextos sócio-históricos de opressão social, exploração, ausência de direitos, destruição dos meios de vida em que os sujeitos “sintomáticos”, “diagnosticados” e “medicalizados” estão inseridos.

Outra questão é que, para além das políticas de saúde mental e de suas disputas internas e externas, de modo geral, o campo da saúde mental, no Brasil ou em nível global, vem sendo cada vez mais hegemonizado por dois grandes movimentos complementares, um intrínseco ao próprio campo da saúde mental e outro mais amplo ligado às novas formas de subjetividade impostas pela racionalidade neoliberal. De um lado, o processo acelerado de psiquiatrização e, mais recentemente, de neuropsiquiatrização da experiência subjetiva e de sofrimento, com a generalização dos diagnósticos e dos modos de tratamento psicofarmacológicos – e que servem como o fundamento central na elaboração das políticas públicas em

saúde mental. De outro, a hegemonia de uma configuração individualista neoliberal, que reduz políticas sociais e atribui ao indivíduo a responsabilidade absoluta sobre si – situação bastante visível no discurso público do empreendedorismo de si, ao mesmo tempo em que reduz o indivíduo à forma do capital – capital humano, que funciona como um tipo de *commodity*, à qual é necessário permanentemente agregar valor.

Um terceiro movimento, associado a esses, é a predominância de um discurso e de políticas voltadas às novidades e inovações tecnológicas no campo da psiquiatria e das neurociências, agregados muito recentemente às promessas do desenvolvimento da Inteligência Artificial e seus usos no campo biomédico. Todas essas tecnologias, como medicamentos, procedimentos diagnósticos altamente padronizados, entre outras, fazem parte do que defini como *dispositivo tecnológico contemporâneo*, composto por uma rede de conhecimentos, técnicas, discursos, medidas, enunciados científicos e morais que se constitui em um regime de subjetivação, ou seja, que produz subjetividades ou efeitos de subjetivação.

Foucault (2008) retoma o argumento do economista Joseph Schumpeter sobre a inovação tecnológica como um dos elementos centrais na reprodução do capitalismo (e de reverter o mecanismo intrínseco a este de “baixa tendencial da taxa média de lucro” – que, para a interpretação marxista, é uma das questões centrais para se entender o fenômeno do imperialismo). Para Schumpeter, é o recurso à inovação tecnológica que permitirá a reversão dessa tendência. Foucault mostra como essa dinâmica atinge a própria produção de sujeitos e subjetividades, através da noção de capital humano, que estende a ideia de forma-empresa para a de sujeito-empresa – ou sujeito empresário de si.

Mas essa hegemonia no discurso público dos valores e ideologia neoliberais não significa que o processo de produção de políticas públicas no campo da saúde aconteça sem

⁵ Sobre essas pesquisas ver Maluf (2010, 2015); Tornquist, Andrade e Monteiro (2010).

conflitos e disputas. É nesse contexto que as políticas globais de saúde mental também são produzidas, reproduzindo em seu interior o campo de disputas em torno de questões como sofrimento, aflição, modos de vida, bem-estar, direitos humanos, saúde e adoecimento.

POLÍTICAS GLOBAIS DE SAÚDE MENTAL – UM BREVE PERCURSO HISTÓRICO

O tema da saúde mental foi mencionado já na carta de fundação da OMS,⁶ que entrou em vigor em 1948, como um dos aspectos importantes a serem considerados na saúde global. Para alguns autores, é apenas nos anos 1970 que o tema entra na pauta da organização, mas ainda de forma incipiente. Na Declaração do Milênio da ONU, de 2000, a saúde mental também não teria ocupado um espaço importante, situação que irá mudar alguns anos após, com o *Mental Health Gap Action Program*, de 2010 (Kohrt; Mendelhall; Brown, 2015) e com o impacto causado nessa discussão pela série de artigos publicados na revista *The Lancet* em 2007, denunciando a ausência do tema da saúde mental nas agendas globais de saúde e lançando o Movimento pela Saúde Mental Global (MGMH) (Coutinho *et al.*, 2020; Kohrt; Mendelhall; Brown, 2015).

No entanto, uma incursão pelos balanços da década publicados entre 1958 e 2008, que versam sobre as quatro primeiras décadas de funcionamento da OMS, nos ajuda a entender como essa relevância da saúde mental anunciada em sua Constituição de 1948 se desdobrou em compreensões, políticas e

ações já no início de seu funcionamento.⁷ De certo modo, esses balanços de década, os dois primeiros publicados logo após o término da década correspondente e os dois últimos publicados a partir da comemoração dos 60 anos da OMS, mostram como a organização tem refletido sobre o lugar da saúde mental em sua própria trajetória.

No balanço da primeira década, de 1948 a 1958, a saúde mental, além de ter um capítulo específico, aparece como uma das cinco prioridades definidas pela Primeira Assembleia da OMS. Esse primeiro relatório da atuação da OMS enfatiza alguns aspectos da saúde mental, a saber: a necessidade de que esteja presente nas políticas de saúde pública; a priorização da infância e da juventude nas políticas de prevenção de problemas de saúde mental, incluindo uma extensa argumentação sobre a importância da relação mãe-filho e dos cuidados maternos como preventivos de saúde mental; a centralidade do hospital psiquiátrico no tratamento, inclusive em sua dimensão de contenção dos sujeitos perigosos e a necessidade de aumento dos leitos psiquiátricos; a necessidade de aumentar a estatística da relação entre número de psiquiatras e o contingente demográfico; a necessidade de serviços com atendimento psiquiátrico profissional – questões que vão estar presentes na assistência prestada pela OMS na criação de serviços psiquiátricos em diversos países do mundo, incluindo a criação de hospitais psiquiátricos e a formação de profissionais em psiquiatria. Também nesse primeiro relato das atividades da OMS, alguns medicamentos pesquisados a partir de 1955 são mencionados como podendo atuar como auxiliares no tratamento de problemas psiquiátricos (WHO, 1958).

No relatório da segunda década da OMS, publicado em 1967, não há um capítulo específico para a saúde mental, mas esta aparece no capítulo mais amplo de enfermidades não transmissíveis. O foco do relatório são as mu-

⁶ Em seu primeiro parágrafo, a Constituição da OMS define, entre seus princípios, a saúde como bem-estar físico, mental e social: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” e, ainda na descrição de seus princípios: “A extensão a todos os povos dos benefícios da assistência médica, psicológica e o conhecimento relacionado é essencial para a plena obtenção da saúde” (WHO, 1948, p. 1). A saúde mental é citada ainda no artigo 2º, em que define, no item (m), como uma das funções da OMS: “fomentar atividades no campo da saúde mental, especialmente aquelas que afetam a harmonia das relações humanas” (WHO, 1948, p. 3).

⁷ São os seguintes balanços da década: WHO (1958, 1968, 2008, 2011).

danças nas terapêuticas em saúde mental, incluindo a psicofarmacologia⁸ e a psiquiatria social, que estariam permitindo passagens mais curtas pelos hospitais psiquiátricos e o retorno mais rápido às comunidades de origem. Há uma ênfase na formação de profissionais e na transmissão de métodos bem-sucedidos para países “em desenvolvimento”.

Dois temas são introduzidos nesse segundo relatório: a saúde mental dos idosos, com o crescimento da institucionalização destes em função dos processos de urbanização e industrialização e da diminuição das possibilidades de cuidado em casa; e a questão do suicídio, apontado como uma das dez primeiras causas de morte em muitos países. Uma ênfase especial é dada à formação de profissionais de saúde, a partir do reconhecimento de que “o trabalho em saúde mental não é uma tarefa do psiquiatra sozinho” (WHO, 1967, p. 219), mas também pela necessidade de incluir psiquiatria nos currículos dos cursos de medicina e saúde pública e no aumento do número de psiquiatras per capita em cada país.

No subitem de pesquisa em saúde mental, o tratamento psiquiátrico é definido como “largamente empírico”, dado que são poucas as certezas sobre etiologia, patofisiologia e psicopatologia dos distúrbios mentais. No entanto, aponta-se a necessidade de padronização, classificação e estatística dos diagnósticos. Também se aponta a necessidade de que as definições e os critérios para uma doença em particular sejam testados em diferentes cenários culturais de diferentes países. Um exemplo dado é o de um estudo piloto sobre esquizofrenia, desenvolvido a partir de 1966, envolvendo oito países. Neste, ao mesmo tempo, buscou-se explorar questões como genética psiquiátrica, psicofarmacologia e neurofisiologia, buscando compreender, por exemplo, situações de formas familiares de esquizofrenia e sua relação com determinações genéticas. Uma questão

que emerge da leitura dessa parte do relatório é a falta de uma definição clara do que seria cenário cultural e o quanto, mesmo reconhecendo a existência de diferentes culturas e a necessidade de “testar o diagnóstico e as classificações etiológicas”, essas diferenças são reduzidas a fatores genéticos. Outra questão importante se refere a necessidade de se buscar padrões definidos para os diagnósticos e sua classificação. O programa de pesquisa da OMS no período inclui uma epidemiologia das desordens mentais e a determinação de critérios diagnósticos (WHO, 1967, p. 315).

Os dois relatórios seguintes, referentes à terceira (1968-1977) e à quarta (1978-1987) décadas, foram feitos 40 anos após a publicação do segundo relatório, na ocasião de comemoração dos 60 anos da OMS em 2008.⁹ Mais do que um sentido de relatório de atividades, eles buscam resgatar o papel histórico da OMS, e fazer quase que uma história da saúde pública global, tendo como fonte o conjunto dos documentos e textos produzidos pela OMS em cada uma dessas décadas, mas já avaliando seus efeitos futuros. A introdução do balanço referente à terceira década (OMS, 2008) sintetiza alguns aspectos centrais da história narrada: a necessidade de se repensar o uso das tecnologias atentando para o que seria a tecnologia apropriada a cada contexto e uma abordagem participativa – a partir da importância do conhecimento informal, de Paulo Freire; da relevância da crítica da modernização e de suas instituições, de Ivan Illich; e da necessidade de atender necessidade locais com recursos locais, do economista E. F. Schumacher.

De certo modo, a ideia de um respeito às diversidades culturais aparece com mais ênfase, a começar pela indagação sobre o “deserviço prestado pelos países desenvolvidos ao Terceiro Mundo, ao exportar seu sistema de mão de obra de saúde” (WHO, 2008, p. 2). Essa ênfase nas especificidades culturais apa-

⁸ Não por acaso, esse é justamente o momento em que os psicofármacos, produzidos pelos grandes laboratórios, ganham espaço no campo psiquiátrico.

⁹ “Não está claro porque a história da terceira década não foi escrita em 1978 ou logo depois”, explica a introdução do volume (WHO, 2008, p. 1).

rece também na referência às políticas de saúde pública na República Popular da China e aos médicos pés descalços, agentes populares treinados para atividades de saúde pública, educação em saúde, imunização, primeiros socorros e, mesmo, atenção primária e cuidados pós-doença. Segundo esse terceiro relatório, foi baseado nessa experiência fundamentalmente que a OMS formulou a proposta de atenção primária à saúde. Na análise do período (1968-1977), aponta-se para uma virada do paradigma de saúde, de uma abordagem técnica de doenças específicas, como malária, para uma abordagem mais abrangente de serviços de saúde para todos. Mesmo o conceito de saúde formulado na Carta de Constituição da OMS, em 1948, foi redefinido para um conceito mais “próximo à realidade”: de “saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” para “saúde como o que permite a cada um levar uma vida socialmente e economicamente produtiva” (WHO, 2008, p. 2).

Também nesse terceiro volume de análise da década, o tópico específico sobre saúde mental está dentro do capítulo denominado “Doenças não-transmissíveis”, não constituindo um capítulo a parte. O tópico destaca a ênfase dada no período aos novos tratamentos psicofarmacológicos e psicoterapêuticos; à falta de profissionais no campo da saúde mental, a ser enfrentada com o treinamento de trabalhadores em serviços de atenção básica à saúde para atuar na saúde mental; a inclusão de treinamento psiquiátrico como parte integral do currículo médico e o envolvimento de outros agentes nos serviços de atenção e saúde mental. Todas essas medidas são sugeridas como modo de mitigar a falta de psiquiatras e de profissionais especializados em psiquiatria. Dados estatísticos são trazidos para sustentar a alta prevalência de desordens mentais pelo mundo. A ênfase é produzir uma base sólida de medidas em saúde mental, com abordagens padronizadas de diagnóstico, classificações e estatísticas e a recomendação de elaborar ins-

trumentos de educação, como glossários, relatórios, e manuais e realizar pesquisas voltadas à produção de novos modelos de classificação, parametrização de procedimentos e de processos diagnósticos e produção de registros estatísticos (WHO, 2008).

Durante o período (1968-1977), foram criadas redes de monitoramento dos avanços na epidemiologia psiquiátrica, na parametrização e na classificação dos diagnósticos e foram feitas pesquisas piloto em diferentes países, envolvendo distúrbios psiquiátricos específicos, explorando a influência de fatores socioculturais na ocorrência dessas desordens. De certo modo, duas perspectivas distintas aparecem no relato das ações e dos debates sobre a saúde mental na OMS. De um lado, o reconhecimento de fatores sociais, econômicos e culturais do adoecimento mental. De outro, a produção de políticas concretas, a ênfase na estatística, na padronização dos procedimentos, diagnósticos e terapêuticas, que acaba sendo a prioridade cada vez mais explicitada na sucessão de documentos reportados nos sucessivos balanços de cada década.

Em 2011, foi publicado o balanço da quarta década da OMS (1978-1987). A própria organização do documento denota uma preocupação em descrever os instrumentos de governança da saúde pública global, suas metodologias de gestão e avaliação e definir terminologias comuns a serem utilizadas globalmente. Entre esses, um instrumento internacional de diagnóstico e um dicionário de termos comuns em saúde mental, que reduza a diversidade terminológica. As neurociências emergem com destaque nesse período, segundo o relatório, dividindo espaço com a psiquiatria. Também os psicofármacos e o rastreamento das bases biológicas das desordens mentais e a definição de marcadores biológicos para as esquizofrenias e psicoses são priorizados nos programas de pesquisas envolvendo diferentes países, e nas estratégias de ação, assim como a definição de grupos de risco.

Os fatores psicossociais são definidos a

partir do conceito de comportamento, com a priorização de estudos epidemiológicos e comportamentais, sobretudo, em torno da psicose e das desordens depressivas. Mesmo reconhecendo os aspectos ambientais do comportamento (família, comunidade), o documento reduz bastante a dimensão psicossocial da saúde mental às ciências comportamentais. A própria ideia de respostas comunitárias à saúde mental apresentada no documento está associada à ideia de criar um meio social favorável a mudanças comportamentais – em relação ao consumo de álcool e drogas, por exemplo. Álcool e drogas também têm um espaço importante no relatório, assim como doenças neurológicas, que vão de demências senis a epilepsias. O relatório também ressalta a necessidade de ajustar as definições de critérios diagnósticos precisos à cronologia de publicação da décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Esses relatórios das quatro primeiras décadas de funcionamento da OMS buscam mostrar a importância e a atuação da organização nos cenários mais abrangentes da saúde mundial e nos cenários específicos de cada região do planeta e de países específicos. Em relação a saúde mental, percebe-se dois tipos de preocupação: uma voltada ao reconhecimento das diversidades locais e das dimensões sociais da saúde mental, da necessidade de incluir outros profissionais nas ações da OMS nesse campo e a adoção de procedimentos mais participativos das populações alvos dessas políticas; e outra voltada à adoção de padrões classificatórios comuns, procedimentos standardizados, dados estatísticos. Essa segunda vertente irá se aprofundar no decorrer das décadas seguintes, com ênfase nas inovações farmacológicas, nas terapias medicamentosas e na especialização cada vez maior dos diagnósticos em saúde mental.

De certo modo, as questões trazidas pelo programa do Mental Health Gap Action (mhGAP) (2010), e pelo conjunto dos artigos publicados na *The Lancet* (2007), que lançaram o movimento pela saúde mental global, aprofun-

dam alguns pontos trazidos nos dois últimos relatórios de década e que foram gradativamente ganhando força no percurso da saúde mental na OMS. O mhGAP, segundo a análise de Kohrt, Mendellhall e Brown (2015, p. 24), “toma as categorias biomédicas psiquiátricas como o ponto de partida para a compreensão do sofrimento que afeta emoções, comportamento, cognição e relações sociais”.

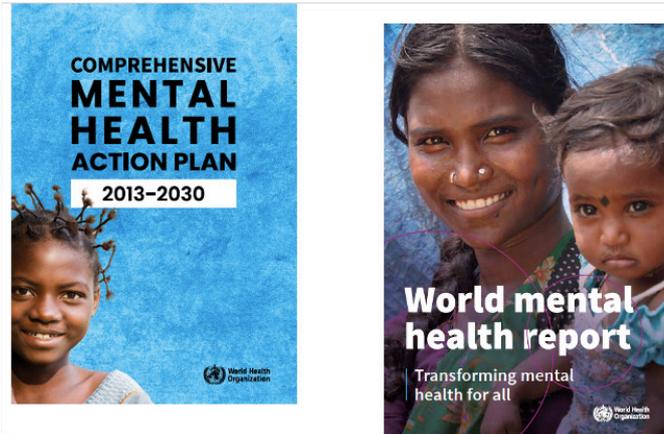
O processo gradativo de padronização e codificação das doenças e desordens mentais resultou nas várias edições do DSM, sobretudo na sua quinta versão, e na 10^a e 11^a versões do CID (CID-10 e CID-11, que entrou em vigor em janeiro de 2022). Um dos dois documentos analisados a seguir de modo mais detalhado considera o CID (na época era ainda o CID-10) a “ferramenta global padrão-ouro para codificar doenças, causas de morte, injúrias e condições de saúde, informada por uma extensa revisão das evidências” (WHO, 2022, p. 113). Esse é um ponto de partida importante para contextualizar e calibrar as questões e mesmo contradições internas perceptíveis nesses documentos e no modo como os instrumentos de comunicação da OMS informam sobre suas políticas globais de saúde mental.

DOIS DOCUMENTOS: um relatório e um plano global

Os dois documentos analisados a seguir são o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030 (*Comprehensive mental health action plan 2013–2030*) (WHO, 2021) e o Relatório Mundial de Saúde Mental (*World mental health report: transforming mental health for all – 2022*) (WHO, 2022).

O Plano de Ação Integral de Saúde Mental é um documento importante porque traz princípios gerais da abordagem da saúde mental e estabelece metas até 2030 (a serem cumpridas tanto pela OMS quanto pelos países signatários – no caso a totalidade dos países membros), definindo indicadores para avaliar

Figura 1 – Capas de dois documentos que buscam representar a diversidade étnico-cultural-geográfica da atuação da OMS



Fonte: WHO (2021, 2022, capas).

o cumprimento dessas metas.

Ele tem uma primeira parte em que se descreve o contexto e a situação global, a estrutura do plano e as ações propostas. A segunda parte apresenta dois anexos contendo indicadores de avaliação e opções de implementação do plano de ação. Da leitura e abordagem do documento, emergiram algumas questões.

A primeira delas é uma concepção de saúde mental como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade” (WHO, 2021, p. 1). De certo modo, essa concepção de saúde mental retoma definições anteriores, como o conceito de saúde expresso na Constituição da OMS, de 1948, e sua versão mais “realista”, que define saúde como a capacidade de permanecer produtivo. Essa última versão mantém a produtividade como critério de saúde, mas retoma a ideia de bem-estar e inclui a de autopercepção e a de contribuição para a comunidade.

O documento também dá ênfase aos grupos vulneráveis e/ou em condições de vulnerabilidade:

membros de famílias que vivem na pobreza, pessoas com problemas de saúde crônicos, bebês e crianças expostas a maus-tratos e negligência, adolescentes expostos pela primeira vez ao uso de substâncias,

grupos minoritários, populações indígenas, idosos, pessoas que vivenciam discriminação e violações dos direitos humanos, lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, prisioneiros e pessoas expostas a conflitos, catástrofes naturais ou outras emergências humanitárias (WHO, 2021, p. 2).

Questões de diversidade cultural, nacional, regional e étnica que apareciam já em documentos anteriores da OMS são agora qualificadas a partir de marcadores sociais mais específicos, dando ênfase também a diferenças e desigualdades no interior de cada país e das próprias sociedades ocidentais.

Outra ênfase é o destaque à depressão e ao suicídio – descrito como a segunda maior causa de morte de jovens no mundo. Como colocado antes, o suicídio já havia aparecido no relatório da segunda década (1958-1967) como uma das dez primeiras causas de mortalidade em diversos países. Mas se naquele momento ele aparecia como uma causa de mortalidade ao lado de outras, no Plano de Ação Integral de Saúde Mental essa constatação se desdobra em ações de prevenção, definição de grupos mais vulneráveis – que incluem lésbicas, gays, bissexuais, pessoas transgênero, jovens e outros grupos de idade –, metas a serem alcançadas – diminuição do índice de suicídio em um terço até 2030 – e em plano de apoio técnico e especializado aos países.

O documento enfatiza alguns princípios gerais como fundamento das ações em saúde mental: universalidade, direitos humanos, práticas baseadas em evidências, abordagem multissetorial, empoderamento das pessoas com distúrbios mentais ou problemas psicossociais. Também destaca a dimensão comunitária da abordagem (*Community based mental health*) e a abordagem não farmacológica e não institucionalizante, tanto nos objetivos gerais como nos princípios de ação.

Por outro lado, quando esses princípios são traduzidos em metas, indicadores e meios

de verificação, a existência de hospitais específicos, além dos gerais e dos serviços comunitários, e a abordagem farmacológica ganham um peso bem maior, evidenciando uma defasagem entre percepção e avaliação global e modos de enfrentamento e ação.

O segundo documento, o Relatório Mundial de Saúde Mental (*World mental health report: transforming mental health for all – 2022*), é considerada a maior revisão mundial sobre saúde mental desde a virada do século. Ele faz um diagnóstico global da situação em saúde mental, e destaca algumas questões: os transtornos mentais como a principal causa de incapacidade; a morte precoce de pessoas com transtornos mentais (de 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral); o contexto da pandemia – a depressão e a ansiedade tendo aumentado mais de 25% apenas no primeiro ano de pandemia; destaca, assim como o Plano de Ação, o fenômeno do suicídio, em especial, entre jovens.

Como modos de enfrentamento, ações e metas, tal como o Plano de Ação, destaca as redes comunitárias de serviços, em contraposição aos hospitais psiquiátricos. E outro aspecto interessante é a ênfase no uso de tecnologias digitais – tanto para recorrer a apoios, ajuda de profissionais, atendimento remoto etc., quanto de auto-ajuda.

Nesse documento, o tratamento farmacológico entra como um instrumento central – ao contrário do Plano de Ação, não há nenhuma referência à expressão não farmacológica, mas sim a atenção psicológica. O medicamento aparece como o dispositivo central da Cobertura Universal de Saúde (UHC - Universal Health Coverage), consolidando a tendência observada na documentação anterior sobre as políticas de saúde mental na OMS.

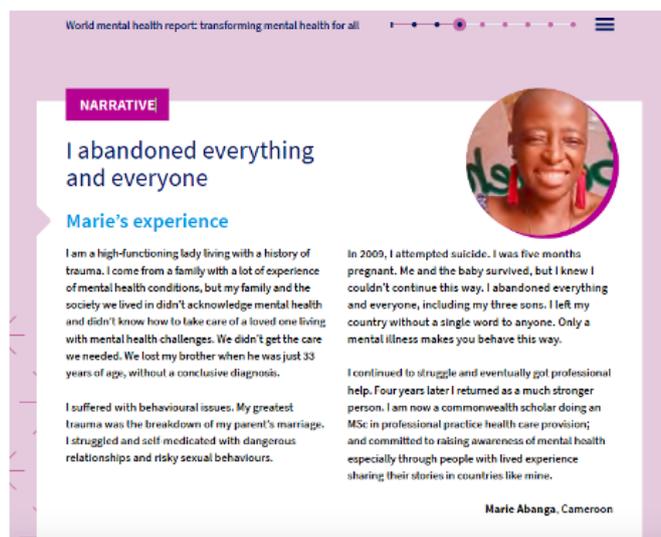
O Programa de Ação para Lacunas de Saúde Mental (mh-GAP), considerado um instru-

mento fundamental na atuação da OMS, por exemplo, tem como uma de suas premissas “expandir significativamente a cobertura de intervenções baseadas em evidências para uma série de condições prioritárias, com foco em atenção primária à saúde e outros cuidados não especializados de saúde em LMICs” (países vivendo com renda baixa ou média) (WHO, 2022).

Um dos aspectos interessantes na estrutura do texto do relatório e nas suas estratégias retóricas é a inclusão de narrativas de doença e sofrimento de pessoas de diferentes países que sofrem algum transtorno. Essas narrativas também estão na página da OMS sobre o relatório e ganham destaque com a reprodução de trechos e fotos dos narradores.

Uma metodologia cara à antropologia da saúde, que é o trabalho com narrativas de experiências de adoecimento e itinerários terapêuticos passa a ser utilizada nos documentos da OMS como evidências empíricas qualitativas e não estatísticas. Mas essas evidências não necessariamente se traduzem em ações concretas que efetivamente levem em consideração as dimensões sociais do sofrimento e do adoecimento, para além da clínica individual e do tratamento farmacológico.

Figura 2 – Narrativas em primeira pessoa de sujeitos em situação de vulnerabilidade



Fonte: WHO (2022, p. 48).

ALGUMAS CONCLUSÕES BREVES E AINDA INICIAIS

A leitura dos documentos mostrou que as políticas globais de saúde mental são um campo de disputas, em que, por um lado, se anunciam princípios voltados ao entendimento dos fatores sociais e mesmo políticos, a atenção às diversidades culturais e regionais, as situações de vulnerabilidade social, a necessidade de intervenções não apenas não manicomialistas como também não farmacológicas, a importância de que os pacientes participem das decisões sobre tratamento e sejam ouvidos, o desenvolvimento de dispositivos de autoajuda ou autocuidado. Por outro lado, a manutenção do CID-10 (no seu capítulo sobre saúde mental) como o padrão-ouro reenfaz a abordagem sintoma-diagnóstico-tratamento como a abordagem universal de questões percebidas e construídas como “questões de saúde mental”.

Mesmo reconhecendo as dimensões sociais e mesmo coletivas do sofrimento apreendido como problema psicossocial, os modos de tratamento e ações propostas ainda são permeados pela apreensão individualista e universalista do sofrimento e da doença, em que os transtornos e classificações diagnósticas aparecem como invariantes. Os sujeitos das narrativas incluídas no Relatório da Saúde Mental Mundial são provenientes de diversas regiões e países, todos eles unificados pelo diagnóstico psiquiátrico, que se sobrepõe como o universal que transcende e se impõe sobre as diferenças.

Como colocado no início deste texto, aquela que aparece como uma concepção universal de saúde e adoecimento, sintetizada e materializada nas tentativas de padronização do vocabulário da doença, na classificação dos diagnósticos, na padronização dos procedimentos terapêuticos, é a versão de uma concepção histórica e culturalmente delimitada por uma configuração hegemônica de valores. No caso, é a configuração individualista moderna e contemporânea que marca a biomedicina e o sistema sintoma-diagnóstico-tratamento. Ao

buscar nos documentos da OMS o percurso desta em relação à saúde mental, percebemos alguns determinantes sócio-históricos que mostram diferentes apreensões sobre a saúde e a doença e sobre o normal e o patológico no campo da saúde mental, e, conseqüentemente, sobre sofrimento, emoções, subjetividades.

Perguntarmos sobre esses sujeitos cujas narrativas e fotografias aparecem no *site* da OMS implica em indagarmos também sobre o que não está ali representado, seus modos próprios e culturalmente marcados de vivenciar o sofrimento e dar significado a essa experiência, transcendendo a grade diagnóstica e a captura farmacológica. Nessa indagação, o comunitário deixa de aparecer como simples espaço de vulnerabilidade e falta, e passa a ser reconhecido como território em que outras compreensões, práticas e mesmo respostas diferentes podem aparecer, para além da mera e restrita individualização de uma vivência subjetiva que é fundamentalmente social.

Percebemos que os documentos da OMS sobre saúde mental, e suas diretrizes, evidenciam um campo de disputas, marcado pela hegemonia da redução psiquiátrica, fisicalista e individualista da experiência social. Apesar da ampliação do conceito de saúde e saúde mental expresso já em sua carta fundacional e presente na maioria dos documentos subsequentes, da referência à diversidade cultural como um dado relevante na elaboração das políticas e ações globais, na autocrítica sobre os equívocos de impor aos países de baixa renda modelos de prática em saúde das sociedades ocidentais urbanizadas, entre outras ponderações reflexivas sobre sua atuação, no desdobramento dessas análises e princípios em ações concretas, é a visão hegemônica e individualizada de saúde que predomina. Na descrição dos diferentes níveis do sistema de saúde, aparecem em primeiro lugar os especialistas em saúde mental, logo depois os trabalhadores gerais em saúde, em terceiro, os colaboradores locais ou comunitários e, no final, o indivíduo e sua capacidade de evitar exposição a situações de risco, gerenciar

stress e problemas de saúde mental quando eles emergem e buscar ajuda quando precisa.

O indivíduo aparece como a dimensão irredutível das políticas de saúde mental e da atuação das ciências psis, mas ele perde em singularidade e diversidade e acaba sendo apreendido em uma ideia de universalidade que não é mais do que a reprodução do modelo vigente da subjetividade neoliberal.

Recebido para publicação em 16 de junho de 2024
 Aceito para publicação em 15 de outubro de 2024

REFERÊNCIAS

- COUTINHO, Maria Fernanda Cruz *et al.* Articulações entre o projeto de Saúde Mental Global e os aspectos culturais do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 2020.
- DUMONT, Louis. *Homo aequalis: gênese e plenitude da ideologia econômica*. Bauru: Edusc, 2000.
- DUMONT, Louis. *Homo aequalis II: l'idéologie allemande*. Paris: Gallimard, 1991.
- DUMONT, Louis. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98.
- FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- KOVRT, Brandon; MENDELHALL, Emily; BROWN, Peter J. Historical background: medical anthropology and global mental health. In: KOVRT, Brandon; MENDENHAL, Emily (ed.). *Global mental health: anthropological perspectives*. New York: Routledge, 2015. p. 19-35.
- SAFATLE, Vladimir. Introdução. In: SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 9-13.
- LANGDON, Esther Jean. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 33-51.
- LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas em saúde indígena. In: LANGDON, Esther Jean; GRISOTTI, Márcia (org.). *Políticas públicas: reflexões antropológicas*. Florianópolis: Editora UFSC, 2016. p. 17-42.
- LOWENKRON, Laura, FERREIRA, Letícia. Anthropological perspectives on documents: ethnographic dialogues on the trail of police papers. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 75-111, 2014.
- MALUF, Sônia Weidner. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: Sônia Maluf & Carmen Tornquist (org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-67.
- MALUF, Sônia Weidner. Biogitimacy, rights and social policies: New biopolitical regimes in mental healthcare in Brazil. *VIBRANT*, [s. l.], v. 12, p. 321-350, 2015.
- MALUF, Sônia Weidner. Subjetivações (pós)pandêmicas: individualismo e sofrimento social. In: MALUF, Sônia Weidner; ANDRADE, Ana Paula Müller de; SILVA, Érica Quinaglia (org.). *Políticas do sofrimento e subjetivações em tempos de pandemia*. (No prelo1).
- MALUF, Sônia Weidner. A “nova” política nacional de drogas e o desmonte neoliberal das políticas de saúde mental no Brasil. In: *Saúde, movimentos sociais e direitos*. (No prelo2).
- TORNQUIST, Carmen Susana; ANDRADE, Ana Paula Müller de; MONTEIRO, Marina. Velhas histórias, novas esperanças. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana (org.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas 2010. p. 69-131.
- WHO. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. Geneva: WHO, 2021.
- WHO. *Les dix premières années de l'Organisation Mondiale de la Santé*. Genève: WHO, 1958.
- WHO. *The second ten years of the World Health Organization (1958-1967)*. Geneva: WHO, 1968.
- WHO. *The third ten years of the World Health Organization (1968-1977)*. Geneva: WHO, 2008.
- WHO. *The fourth ten years of the World Health Organization (1978-1987)*. Geneva: WHO, 2011.
- WHO. *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: WHO, 2022.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA:

Sônia Weidner Maluf – Conceitualização, investigação. Curadoria de dados. Metodologia. Escrita (esboço original, revisão e edição).

Sônia Weidner Maluf – Professora titular aposentada da UFSC. Professora voluntária permanente no PPGAS/UFSC. Mestre em Antropologia Social (UFSC, 1989) e doutora em Antropologia Social e Etnologia (EHESS, França, 1996). Pesquisadora 1B do CNPq, com o projeto “Antropologia da urgência: Sujeitos, Estado e ciência na crise pandêmica”. Foi professora visitante na UFPB e pesquisadora visitante em instituições estrangeiras. 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. Coordenadora Executiva do INCT Brasil Plural e do Núcleo de Antropologia do Contemporâneo (Transes/UFSC).

NEOLIBERAL SUBJECTIVATIONS AND SOCIAL SUFFERING: global mental health policies in times of neoliberalism

Sônia Weidner Maluf

The objective of this article is to analyze global mental health policies in the post-pandemic context and within the broader framework of neoliberal hegemony. To this end, balance documents from the first decades of the World Health Organization and two recent documents on mental health policies and actions and the global mental health report will be analyzed. The approach will be ethnographic reading of documents. Reading these documents seeks to understand how a certain hegemonic way of apprehending suffering is reflected (either as reproduction or resistance) in mental health policies and especially in global health policies. The proposal is based on the observation that the specific form of neoliberal subjectivations refers to specific ways of producing and dealing with suffering and afflictions. The fundamental question, from the perspective of the anthropological approach to health, is how a social experience of suffering is produced as a psychological, psychiatric or biomedical problem in general and to what extent this matrix of the subject's apprehension responds to a neoliberal reason.

KEYWORDS: Global mental health. Neoliberal subjectivations. World Health Organization. Document Ethnography.

SUBJECTIVATIONS NÉOLIBÉRALES ET SOUFFRANCE SOCIALE: les politiques mondiales de santé mentale à l'époque du néolibéralisme

Sônia Weidner Maluf

L'objectif de cet article est d'analyser les politiques mondiales de santé mentale dans le contexte post-pandémique et dans le cadre plus large de l'hégémonie néolibérale. À cette fin, des documents de l'analyse des premières décennies de l'Organisation mondiale de la santé ainsi que deux documents récents sur les politiques et actions en matière de santé mentale ainsi que le rapport mondial sur la santé mentale seront analysés. L'approche sera la lecture ethnographique de documents. La lecture de ces documents cherche à comprendre comment une certaine manière hégémonique d'appréhender la souffrance se reflète (soit comme reproduction, soit comme résistance) dans les politiques de santé mentale et notamment dans les politiques mondiales de santé mentale. La proposition repose sur le constat que la forme spécifique des subjectivations néolibérales renvoie à des manières spécifiques de produire et de gérer la souffrance et les afflictions. La question fondamentale, du point de vue de l'approche anthropologique de la santé, est de savoir comment se produit une expérience sociale de souffrance en tant que problème psychologique, psychiatrique ou biomédical en général et dans quelle mesure cette matrice d'appréhension du sujet répond à une raison néolibérale.

MOTS-CLÉS: Santé mentale mondiale. subjectivations néolibérales. Organisation Mondiale de la Santé. Ethnographie de documents.