

Capitalismo, coronavírus e sofrimento mental¹

Capitalism, coronavirus, and mental suffering

Iain FERGUSON*

 <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569>

Introdução

Quando confrontados com grandes crises sociais e políticas, nossa reação habitual como socialistas é procurar paralelos históricos e considerar que lições podem ser tiradas delas.² A pandemia de COVID-19 que devastou o mundo desde o início de 2020 apresenta alguns desafios nesse sentido. A epidemia compartilha características com os surtos de síndrome respiratória aguda grave (SARS) e síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) que afetaram áreas do Sudeste Asiático e do Oriente Médio no início deste século. No entanto, em termos de disseminação global, o COVID-19 provavelmente tem mais em comum com a chamada epidemia de gripe espanhola de 1918, que matou entre 50 e 100 milhões de pessoas em todo o mundo (Spinney, 2018). Além disso, seu impacto na economia foi genuinamente sem precedentes, com mais de 81% dos trabalhadores do mundo afetados pelo confinamento.

Essa mesma dificuldade em encontrar paralelos históricos se aplica ao considerar o potencial impacto da pandemia na saúde mental das pessoas. A crise do COVID-19 combinou estressores de saúde mental que foram estudados anteriormente em outros desastres, mas que nunca foram vistos consolidados em uma crise global. Então, por exemplo, há pesquisas sobre como os humanos lidam com quarentena, desastres em massa e estressores contínuos, mas não sobre todos os três (Higgins, 2020).

A Royal College of Psychiatrists descreveu o impacto da pandemia na saúde mental como um *tsunami* (Royal College Psychiatrists, 2020). A analogia é precisa no sentido de que, como um tsunami real, o vírus e as consequências que traz em seu rastro – biológicas, políticas, econô-

¹ Texto originalmente publicado em inglês no Interational Socialism (https://www.researchgate.net/profile/Iain-Ferguson/publication/344611069_Capitalism_coronavirus_and_mental_distress_-_International_Socialism/links/5f845461a6fdccfd7b5abd3f/Capitalism-coronavirus-and-mental-distress-International-Socialism.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail&_rtd=e30%3D).

* Assistente Social. PhD. Professor Honorário da University of the West of Scotland. (UWC, Glasgow, Reino Unido). Technology Ave, Blantyre, Glasgow G72 0LH, United Kingdom. E-mail: ian.b.ferg@gmail.com.

 © A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2023 Acesso Aberto Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

² I am grateful to Joseph Choonara, Jane Hardy, Sheila McGregor, Camilla Royle and Roddy Slorach for their helpful comments on an earlier draft of this article. I am also grateful to Moyara Samuels and a Hillsborough survivor who did not wish to be identified for their thoughts on the personal and collective impact of trauma.

micas – podem sobrecarregar nossas defesas psicológicas, nossas formas normais de enfrentamento. Contudo, essa analogia também pode ser enganosa. Como mostraram escritores como Mike Davis e Rob Wallace, não há muito de natural sobre as origens dessa pandemia, as maneiras pelas quais ela se espalhou ou o grau de morte e devastação que causou em todo o mundo (Davis, 2005; Wallace, 2016). Em contrapartida, como foi argumentado anteriormente nesta revista, todos esses processos foram moldados por fatores como a busca implacável do capitalismo global por lucro, a resposta (ou falta de resposta) dos governos nacionais à doença e o impacto das divisões existentes e desigualdades nas taxas de infecção e morte (Choonara, 2020; Parrington, 2020).

Isso se aplica não menos ao impacto de curto e longo prazo da pandemia na saúde mental. Seus efeitos não serão experimentados uniformemente em toda a sociedade. Em vez disso, como acontece com todos os outros aspectos desta crise, eles serão moldados pelas divisões e desigualdades da sociedade capitalista neoliberal. Um grande estudo recente sobre os impactos da pandemia na saúde mental concluiu que, embora “[...] estejamos todos na mesma tempestade... não estamos todos no mesmo barco” (Mental Health Foundation, 2020, não paginado). Esses impactos serão discutidos na primeira parte deste artigo.

Não é certo que os governos reajam à dor e ao sofrimento mental decorrentes da pandemia e seus efeitos, uma vez que o sofrimento mental raramente é visto como uma prioridade política. Na medida em que os governos optam por reconhecer a questão, suas reações serão provavelmente moldadas em grande parte por um modelo – psiquiatria biomédica – que vê o sofrimento mental como doença, com suas origens em cérebros e genes defeituosos. É claro que o sofrimento mental afeta nosso funcionamento físico e neurológico, bem como nosso funcionamento emocional (não menos importante, por exemplo, em seu impacto no sono) (Campbell, 2020). De fato, existe agora uma literatura substancial documentando o impacto de longo prazo do trauma no corpo e no cérebro (Van der Kolk, 2014). Além disso, muitas pessoas precisarão de apoio durante e após esta crise, incluindo o que resta dos serviços de saúde mental que foram devastados por mais de uma década de cortes e austeridade. No entanto, no contexto da atual pandemia, as abordagens psiquiátricas convencionais que se concentram no diagnóstico e no tratamento podem levar à medicalização ou patologização do que são reações humanas essencialmente normais a eventos traumáticos. Como veremos a seguir, isso também pode levar a respostas individualizantes para o que é essencialmente uma crise coletiva e estrutural que contém a possibilidade de respostas sociais e coletivas.

Um desafio parcial ao modelo biomédico nas últimas décadas veio das abordagens *informadas sobre o trauma*, que veem o sofrimento mental como originado principalmente em nossas experiências de vida, e não em nossos cérebros (Van der Kolk, 2014; Herman, 2015). Alguns profissionais de saúde mental sugeriram que o impacto cumulativo dos estressores listados acima poderia levar a um tipo diferente de *epidemia* quando esta crise terminar, ou seja, um transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Aqui, avaliarei criticamente os pontos fortes e fracos das abordagens informadas sobre o trauma. As origens dessas abordagens estão em dois conjuntos de experiências. A primeira é a experiência das guerras imperialistas e o trauma que delas resulta. O segundo são os traumas cotidianos de racismo, sexismo e exploração que compõem o que se passa por vida *normal* sob o capitalismo.

Às 6.396.901 (em julho de 2021) mortes em todo o mundo que já foram causadas pelo COVID-19, somam-se inúmeras histórias individuais de perda e luto pessoal, e há a probabilidade de muito mais mortes nos próximos meses e anos. Outros milhões passarão por sofrimento mental devido aos múltiplos estresses associados à pandemia. Assim, lutar por mais e melhores serviços de saúde mental para os indivíduos afetados é uma tarefa importante. No entanto, trata-se sobretudo de uma crise *coletiva*, cujas raízes estão em um sistema que prioriza o lucro sobre a vida. Milhões de pessoas da classe trabalhadora em todo o mundo perderam seus empregos. Muitos mais estão sendo forçados a trabalhar em condições inseguras sem equipamentos de proteção adequados. Além disso, todos nós fomos vigorosa e repetidamente lembrados o quão pouco as vidas negras importam em uma sociedade construída sobre o racismo. Como argumentarei na parte final do artigo, essa experiência coletiva compartilhada permite a possibilidade de uma resposta política coletiva. Tal resposta desafiaria os responsáveis por tantas mortes evitáveis, mas também poderia desafiar os sentimentos de impotência, vergonha e isolamento associados ao sofrimento mental, promovendo um senso de ação política e solidariedade.

Coronavírus e sofrimento mental

A crise do coronavírus é uma crise global, tanto em seu alcance geográfico quanto em seu impacto em tantas áreas da vida humana. Seu impacto potencialmente devastador na saúde mental é resultado do enorme estresse que coloca em muitas partes da vida das pessoas. Para indicar alguns dos estressores mais óbvios:

No período de alguns meses, milhões de pessoas em todo o mundo ficaram sem emprego e renda. Somente nos Estados Unidos, em junho de 2020, mais de 40 milhões de pessoas perderam seus empregos. Como sabemos da Grã-Bretanha na década de 1980 e da experiência mais recente da Grécia após a imposição de austeridade brutal a partir de 2010, tanto o desemprego quanto a pobreza têm um enorme impacto na saúde mental, incluindo o aumento dos níveis de suicídio (Kawohl; Nordt, 2020). Bilhões de pessoas foram forçadas à quarentena e ao autoisolamento, muitas vezes sozinhas e afastadas da família e dos amigos. Os efeitos negativos disso vão desde o aumento da ansiedade, confusão e solidão até o aumento da violência doméstica que foi vista na Grã-Bretanha e em outros lugares (Brooks *et al.*, 2020). As pressões, no entanto, estão longe de serem distribuídas uniformemente. A experiência daqueles que podem se autoisolar em residências secundárias ou ilhas particulares é muito diferente da de mães e pais solo com filhos pequenos tentando se autoisolar em um apartamento municipal ou do refugiado em um campo superlotado em uma ilha grega. Milhões de trabalhadores, desde fábricas de processamento de carne da Carolina do Norte às fábricas de roupas de Leicester, foram forçados a escolher entre trabalho e fome (e a possibilidade de infecção e até morte) por patrões que os obrigaram a trabalhar sem distanciamento social ou equipamento de proteção individual (EPI). Em alguns casos relatados, os chefes até exigiram que os funcionários comparecessem ao trabalho quando apresentavam sintomas de COVID-19 ou deram positivo (Bland; Campbell, 2020).

Dezenas de milhares de pessoas estão perdendo entes queridos muito antes do tempo e, muitas vezes, não conseguem sofrer adequadamente por eles. Novamente, a dor emocional não é distribuída igualmente. A taxa de mortalidade para negros e minorias étnicas na Grã-Bretanha, por exemplo, é duas vezes maior do que para a população branca. Isso não se deve a diferenças biológicas, mas sim, como mostrou um relatório recente do Runnymede Trust, más condições de vida e trabalho que os deixam mais expostos ao vírus (Runnymede Trust, 2020).

Muitos trabalhadores de saúde e assistência social estão passando por “sofrimento moral”, definido pelo *British Medical Journal* como o que ocorre quando “[...] alguém sabe a coisa certa a fazer, mas as restrições institucionais tornam a busca por esta coisa certa quase impossível” (Viens; McGowan; Vass, 2020). O sofrimento moral leva ao estresse e ao esgotamento e aumentou consideravelmente durante a crise atual devido à falta de leitos para casos críticos, EPI e procedimentos adequados de teste e rastreamento. Nem todos experimentarão essas pressões da mesma maneira. Para alguns trabalhadores, trabalhar em casa é preferível a passar horas se deslocando em transporte público lotado, tendo que enfrentar diariamente um chefe intimidador ou ter pouco tempo para passar em casa com a família. Uma pesquisa com funcionários de autoridades locais que trabalham para o Kirklees Council, por exemplo, descobriu que cerca de 83% dos funcionários pesquisados pareciam satisfeitos com os arranjos que o conselho havia implementado. Dito isso, como argumentarei, os primeiros estudos mostraram que mais da metade da população da Grã-Bretanha estava experimentando níveis crescentes de ansiedade.

Avaliar o impacto da crise na saúde mental não é simples, por várias razões. Os níveis de ansiedade, por exemplo, são moldados por uma ampla gama de fatores top-down e bottom-up que não são facilmente medidos. Um exemplo dos fatores top-down é o nível de *confiança nas instituições* em uma sociedade: o quanto as pessoas pensam que podem acreditar no governo, nas autoridades médicas e na forma como o Estado está lidando com a crise. Um exemplo de fatores ascendentes é como, de acordo com algumas pesquisas iniciais na Grã-Bretanha, o desejo de proteger o Serviço Nacional de Saúde (National Health Service (NHS)) significou que uma grande proporção de pessoas (89% na pesquisa) apoiou o isolamento, embora tenham-no considerado estressante. De fato, o isolamento no Reino Unido foi indiscutivelmente liderado pela população mais pobre (Petter, 2020).

Além disso, o impacto da pandemia na saúde mental não é estático, mas está em constante mudança. Diferentes segmentos da população são mais ou menos afetados em momentos diferentes, dependendo da natureza da ameaça material e emocional. Como concluem os autores de um estudo publicado na *Lancet Psychiatry* em julho de 2020:

À medida que as consequências econômicas do bloqueio se desenvolvem, as licenças se transformam em redundâncias, as férias das hipotecas expiram e a recessão entra em vigor. Acreditamos que é razoável esperar não apenas o sofrimento sustentado e deterioração clinicamente significativa na saúde mental para algumas pessoas, mas o surgimento de efeitos de longo prazo bem descritos da recessão econômica sobre a saúde mental, como aumento das taxas de suicídio e internações hospitalares por doença mental (Peirce *et al.*, 2020, não paginado).

Finalmente, ao considerar resultados de pesquisas que muitas vezes se baseiam em definições psiquiátricas de condições como ‘ansiedade’ e ‘depressão’, devemos evitar medicalizar ou patologizar o que podem ser reações normais a uma crise avassaladora. Como a escritora e psicóloga Lucy Johnstone argumentou:

Há várias semanas, tenho acordado à noite com sentimentos de ansiedade intensa. Eu me monitoro constantemente em busca de sintomas de uma doença possivelmente fatal. Não consigo me concentrar muito bem e minhas formas usuais de enfrentamento não parecem estar funcionando. Sinto-me um pouco mais segura dentro de casa, mas também me sinto presa. Em um minuto me sinto bem, e no seguinte me sinto apavo-

rada. Desenvolvi de repente um ‘problema de saúde mental’, infelizmente programado para coincidir com a pandemia de COVID-19? Não, claro que não. Estou tendo uma reação inteiramente racional a uma grande ameaça ao nosso modo de vida (Johnstone, 2020, não paginado).

Então, por exemplo, números que mostram altos níveis de ansiedade afetando mais da metade da população britânica nos estágios iniciais da pandemia não significam que muitas pessoas tenham desenvolvido subitamente uma ‘doença mental’. Isso não é negar ou minimizar o fato de que alguns de nós experimentarão sofrimento mental extremo e podem precisar de apoio social e emocional adicional para superar essa crise. Este é um ponto ao qual voltarei a seguir.

Com essas ressalvas, o que a pesquisa nos diz sobre como a pandemia está impactando na saúde mental? Estudos da primeira fase da pandemia sugeriram que estava tendo um impacto considerável. Por exemplo, um estudo da China publicado em abril de 2020 relatou que 70% das pessoas descreveram sintomas de sofrimento psicológico durante o surto (Tian *et al.*, 2020). Na Itália, em uma pesquisa realizada em maio de 2020, oito em cada dez italianos disseram precisar de apoio psicológico para superar a pandemia (Giuffrida, 2020). Na Grã-Bretanha, como observado acima, uma pesquisa do *Office for National Statistics* descobriu que mais de 25 milhões de pessoas estavam experimentando níveis muito altos de ansiedade nas primeiras semanas do bloqueio (Elliott, 2020). O número caiu de 62% da população em meados de março para 49% em meados de junho (Mental Health Foundation, 2020).

Desde março, vários estudos em larga escala foram realizados para avaliar o impacto da pandemia na saúde mental na Grã-Bretanha. Aqui, por razões de espaço, vou me concentrar nas descobertas de um desses estudos envolvendo entrevistas repetidas regularmente com mais de 4.000 adultos pela Mental Health Foundation, que trabalhou com várias universidades (Mental Health Foundation, 2020). Os autores do relatório começam fazendo duas observações importantes. Em primeiro lugar, mesmo antes da pandemia, os níveis de sofrimento mental já eram altos. Em segundo lugar, fatores como pobreza, desvantagem econômica e racismo significam que os problemas de saúde mental afetam desproporcionalmente certos grupos da sociedade. O que esta pesquisa e outras grandes pesquisas realizadas durante a crise mostram é que a pandemia exacerbou, em vez de criar, desigualdades na saúde mental.

Em primeiro lugar entre aqueles em risco estavam os jovens, que relataram consistentemente mais estresse do que qualquer outro grupo e também estavam mais propensos a relatar desesperança, não enfrentar bem toda a situação e ter pensamentos e sentimentos suicidas. A proporção de jovens de 18 a 24 anos que relataram pensamentos ou sentimentos suicidas foi mais que o dobro da população como um todo. Os autores do relatório comentam:

Os jovens adultos foram especialmente atingidos durante a pandemia com um golpe triplo de educação reduzida, perspectivas de emprego diminuídas e contato social reduzido com colegas. O período entre os 18 e os 24 anos já é um período de risco especialmente alto para experimentar um problema de saúde mental (Mental Health Foundation, 2020, não paginado).

As mulheres também foram desproporcionalmente afetadas pela pandemia. As mulheres constituem a maioria dos profissionais de saúde e assistência social da linha de frente, estão sobrerrepresentadas em trabalhos mal pagos e inseguros e são mais propensas a ter dificuldades pré-existentes com dívidas e contas. Como observa o relatório: “Todas as mulheres nessas

posições eram vistas como estando em maior risco de desenvolver problemas de saúde mental antes da pandemia e terão um risco maior à medida que a pandemia se desenvolve” (Mental Health Foundation, 2020).

Como observado anteriormente, as mulheres também foram mais expostas ao risco de violência doméstica durante o isolamento. Progenitores solo (novamente, principalmente mulheres) foram outro grupo que foi particularmente afetado, principalmente devido a preocupações financeiras. Duas vezes mais progenitores solo experimentaram sentimentos suicidas nas duas semanas anteriores à pesquisa em comparação com a população como um todo.

Aqueles com um problema de saúde mental pré-existente eram mais propensos a experimentar estresse e incapacidade de enfrentamento. Eles também relataram pensamentos e sentimentos suicidas a uma taxa quase o triplo da população em geral. Muitas vezes, esse grupo terá perdido o acesso a serviços e fontes de suporte durante o isolamento. O relatório também descobriu que a pandemia atingiu particularmente a saúde mental e o bem-estar de pessoas com condições incapacitantes de longo prazo.

O número de pessoas negras e de minorias étnicas nesta amostra era muito pequeno para tirar conclusões mais amplas. No entanto, uma pesquisa separada com mais de 14.000 adultos pela instituição de caridade Mind descobriu que:

Quase uma em cada três pessoas negras e de minorias étnicas disse que problemas com moradia pioraram sua saúde mental durante a pandemia, em comparação com quase uma em cada quatro pessoas brancas. As preocupações com o emprego afetaram negativamente a saúde mental de 61% das pessoas negras e de minorias étnicas, em comparação com 51% das pessoas brancas. As preocupações com as finanças pioraram a saúde mental de 52% das pessoas que se identificaram como negras e de minorias étnicas, em comparação com 45% das que se identificaram como brancas (Mind, 2020, não paginado).

Além disso, um relatório da Fawcett Society descobriu que mulheres negras e de minorias étnicas foram desproporcionalmente afetadas. Cerca de 42,9% das mulheres negras e de minorias étnicas disseram acreditar que estariam mais endividadas do que antes da pandemia, em comparação com 37,1% das mulheres brancas e 34,2% dos homens brancos; quase um quarto das mães negras e de minorias étnicas relataram que estavam com dificuldades para alimentar seus filhos (23,7%, em comparação com 19% das mães brancas); e 65,1% das mulheres negras e de minorias étnicas e 73,8% dos homens negros e de minorias étnicas que trabalham fora de casa relataram ansiedade como resultado de ter que sair para trabalhar durante a pandemia de coronavírus (Fawcett Society, 2020).

Capitalismo, psiquiatria e saúde mental

As respostas das classes dominantes aos impactos da pandemia na saúde mental são moldadas pelos entendimentos dominantes do sofrimento mental. Esses entendimentos não são politicamente neutros: são moldados por interesses de classe, ideologias de classe e luta de classes. Não surpreendentemente, as definições dominantes de saúde dentro do capitalismo se concentram principalmente na capacidade de vender a força de trabalho e, portanto, são geralmente definições *negativas* ou *funcionais* – saúde como a ausência de doença ou doença,

saúde como a capacidade de trabalhar. Em outras palavras, se você não está doente, você está bem e, por implicação, bem o suficiente para trabalhar.

Essa visão estreita da saúde moldou o ataque dos Conservadores às pessoas da classe trabalhadora, e particularmente a pessoas com deficiência, na Grã-Bretanha na última década. Veja, por exemplo, o ataque à chamada ‘cultura do atestado médico’ pelo então primeiro-ministro David Cameron em 2015 e o uso da odiada avaliação da capacidade de trabalho, apoiada pela ameaça de sanções, para forçar trabalhadores com uma gama de (muitas vezes graves) condições de saúde mental e física de volta ao trabalho. O suporte ideológico para essas agressões à saúde dos trabalhadores tem sido fornecido por acadêmicos e líderes médicos indolentes por meio, por exemplo, do argumento espúrio de que ‘o trabalho é bom para você’. Houve uma redefinição neoliberal da saúde como responsabilidade pessoal, com a insistência de que cabe ao indivíduo manter a boa saúde praticando exercícios, mantendo seu peso baixo, não exagerando no álcool e assim por diante. Isso ignora o impacto de fatores estruturais como a pobreza, a disponibilidade de alimentos saudáveis e as pressões do trabalho na vida e nas escolhas das pessoas.

Em relação à saúde mental, esses argumentos encontram respaldo ideológico no modelo biomédico dominante. Isso vê diferentes formas de sofrimento mental como doenças discretas, semelhantes em todos os principais aspectos às doenças físicas. Essas doenças são vistas como originárias de cérebros ou genes defeituosos, com algumas concessões feitas para a influência do *ambiente*. Assim como nas abordagens discutidas acima, a psiquiatria biomédica individualiza o sofrimento mental e minimiza o papel bem documentado de fatores estruturais, como classe, pobreza e racismo. O espaço não permite uma discussão e crítica completa desse modelo³. Essa crítica, no entanto, não precisa envolver a negação de que o sofrimento mental *envolve* cérebros. De fato, seria difícil pensar em qualquer aspecto do comportamento humano que não envolvesse cérebros. No entanto, como Nikolas Rose argumentou recentemente em uma poderosa revisão da psiquiatria biomédica:

Ninguém duvidaria que o sofrimento mental e os transtornos mentais leves, moderados e graves envolvem o cérebro. Mas estes não são ‘cérebros em cubas’ ... os cérebros são parte de sistemas corporais complexos, então os distúrbios são de organismos – seres humanos – e seres humanos em contextos sociais particulares e às vezes estressantes (Rose, 2019, p. 114).

Assim, argumenta Rose, “[...] devemos ser bastante cautelosos com a poderosa retórica sobre ‘o fardo dos distúrbios cerebrais’, porque... muitas dessas condições poderiam igualmente ser chamadas de ‘distúrbios de adversidade social’” (Rose, 2019, p. 115).

É a tendência da psiquiatria convencional de individualizar o sofrimento mental, em vez de sua ênfase no cérebro, que é exemplificada no livro recente do psiquiatra irlandês Brendan Kelly, *Coping with Coronavirus: How to Stay Calm and Protect your Mental Health* (Kelly, 2020). Algumas das sugestões de Kelly para estratégias pessoais para lidar com as pressões da crise são incontroversas. Eles incluem limitar o uso de mídias sociais, fazer exercícios e praticar meditação (embora não esteja claro como sua experiência como psiquiatra o qualifica para aconselhar tão fortemente contra o uso de máscaras faciais). No entanto, há uma série de problemas com o livro que destacam o foco individualista da psiquiatria convencional.

³ For an excellent critique, see Rose (2019).

É importante ressaltar que o livro de Kelly não oferece nenhum reconhecimento dos fatores sociais, políticos e econômicos que contribuem para a pandemia. Em vez disso, no relato naturalista de Kelly, os vírus simplesmente *se espalham*. A solução para essa disseminação “[...] está nas mãos das autoridades de saúde e dos governos que as financiam em nível global, nacional e local” (Kelly, 2020, p. 2). É claro que pode não ser razoável esperar que um livro desse tipo tenha consciência do papel desempenhado pelos métodos agrícolas neoliberais orientados para o lucro e pelas redes de comércio global. No entanto, algum tipo de reconhecimento quanto ao papel desempenhado pelos governos em todo o mundo (incluindo o irlandês) em não impedir a propagação do vírus – por exemplo, por não impor o isolamento com antecedência suficiente, não fornecer EPI suficiente e não proteger as casas de repouso – seria bem-vindo.⁴ Tal reconhecimento pode levar as pessoas a ficarem realmente muito furiosas e a agir coletivamente em vez de *ficarem calmos*, mas tal resposta não é contemplada neste livro.

A mesma falta de compreensão do contexto social molda a compreensão de Kelly de como o vírus afeta a saúde mental. Por um lado, ele argumenta que a ansiedade associada ao vírus é diferente da ansiedade observada em “transtornos de ansiedade tradicionais”, como a agorafobia: “A chave para tratar essas condições é que, em todos esses distúrbios, o tratamento ajuda o paciente ver que sua ansiedade não tem base. Não há nada a temer.” Por contraste:

O problema com o coronavírus é que realmente há algo a temer: o vírus. Não há nada de bom no coronavírus. Embora a doença seja geralmente leve e mais de 97% das pessoas diagnosticadas sobrevivam à infecção, isso não é consolo se você é um dos poucos que desenvolvem uma doença grave ou se teme por um parente vulnerável, idoso ou doente. Claramente, há muito a temer com o coronavírus (Kelly, 2020, p. 4-5).

O reconhecimento de que o medo é uma resposta humana normal a uma ameaça existencial é bem-vindo. No entanto, o que está faltando no relato de Kelly é qualquer consciência de que nem essas ameaças existenciais nem as ameaças materiais decorrentes da crise – desemprego, pobreza, ser forçado a trabalhar em condições inseguras – são compartilhadas uniformemente ou distribuídas aleatoriamente pela sociedade. Em vez disso, eles são moldados pelas divisões e desigualdades do capitalismo. Como observado acima, o risco de morrer do vírus é quatro vezes maior para negros e minorias étnicas na Grã-Bretanha do que para brancos. Números oficiais mostram que homens em empregos de baixa qualificação têm quatro vezes mais chances de morrer do vírus do que homens em ocupações profissionais. A sugestão de Kelly de que “[...] os profissionais de saúde precisam prestar atenção especial à sua saúde física e mental e seus próprios níveis de estresse [...]” (Kelly, 2020, p. 57) será de pouco conforto para os profissionais de saúde e assistência social forçados a trabalhar sem EPI adequado.

O mesmo individualismo molda as respostas sugeridas por Kelly a essas pressões de saúde mental – mantenha-se informado sobre o vírus, esteja ciente de seus sentimentos, siga os conselhos do governo e mantenha contato com amigos. Como o parágrafo final deixa claro, ele não se opõe completamente à ação:

“Pequenas ações são a chave. Nesse espírito, se você estiver lendo este livro em um computador, tablet ou smartphone, limpe seu dispositivo e lave as mãos com cuidado. Ações simples salvam vidas” (Kelly, 2020, p. 71).

⁴ For a critical assessment of the response of the Irish government to the crisis, see Allen (2020).

Ao mesmo tempo, como ele argumenta em um capítulo anterior, é importante não se empolgar demais:

A tendência humana universal de agir está na raiz de muitos problemas humanos. Às vezes seria melhor se apenas nos sentássemos, refletíssemos e escolhêssemos nossas ações com maior cuidado. Nas palavras do provérbio budista: ‘Não faça apenas algo, sente-se aí’ (Kelly, 2020, p. 45).

Contra isso, como argumentarei na seção final deste artigo, é precisamente a ação – especificamente, a ação coletiva – que oferece a melhor esperança, não apenas de desafiar as prioridades de ‘subsistência sobre vidas’ de nossos governantes, mas também de proteger nossa saúde física e mental.

Capitalismo, guerra e trauma

Em contraste com o modelo biomédico, as abordagens informadas sobre trauma tornaram-se mais influentes nas últimas décadas. Essas abordagens localizam as origens dos problemas de saúde mental na experiência vivida das pessoas, e não em cérebros ou genes defeituosos. A definição mais geral de trauma descreve-o como ‘uma experiência profundamente perturbadora ou angustiante’, mas isso talvez não consiga capturar todo o seu impacto. Um dos principais pesquisadores e clínicos da área descreve o trauma como ‘por definição, insuportável e intolerável’:

A maioria das vítimas de estupro, soldados de combate e crianças que foram molestados fica tão perturbados quando pensam sobre o que vivenciaram que tentam tirar isso de suas mentes, tentam agir como se nada tivesse acontecido e seguem em frente. É preciso uma tremenda energia para continuar funcionando enquanto carrega a memória do terror e a vergonha da total fraqueza e vulnerabilidade (Van der Kolk, 2014, p. 1-2).

Um uso precoce da noção de trauma para explicar a doença ou sofrimento mental foi a chamada *teoria da sedução* de Sigmund Freud. Essa teoria, posteriormente abandonada por Freud, afirmava que a *histeria* nas mulheres se devia ao impacto psicológico da agressão sexual ou estupro na infância (Freud, 1995). No entanto, com o advento da Primeira Guerra Mundial, muitos dos sintomas anteriormente associados às mulheres diagnosticadas como ‘histéricas’ foram manifestados por homens no campo de batalha. Estes incluíam sintomas de conversão, nos quais uma pessoa desenvolve cegueira, paralisia ou outros problemas do sistema nervoso que não podem ser explicados por avaliação médica. Nesse contexto, uma nova compreensão começou a se desenvolver sobre a maneira pela qual eventos estressantes avassaladores podem contribuir para graves problemas de saúde mental. Como explica a escritora feminista Judith Herman:

Uma das muitas baixas da devastação da guerra foi a ilusão de honra e glória masculinas na batalha. Sob condições de exposição incessante aos horrores da guerra de trincheiras, os homens começaram a entrar em colapso em números chocantes. Confinados e desamparados, submetidos a constantes ameaças de aniquilação e forçados a testemunhar a mutilação e a morte de seus companheiros sem qualquer esperança de alívio, muitos soldados começaram a agir como mulheres ‘histéricas’. Eles gritaram e choraram incontrolavelmente. Eles paralisavam e não podiam se mover. Eles ficaram mudos e sem resposta. Perderam a memória e a capacidade de sentir. O número de baixas psiquiátricas era tão grande que hospitais tiveram que ser requisitados às pressas para abrigá-los. De acordo com uma estimativa, os colapsos mentais representa-

vam 40% das baixas britânicas. As autoridades militares tentaram suprimir os relatos de baixas psiquiátricas por causa de seus efeitos desmoralizantes sobre o público (Herman, 2015, p. 20).

Esse nível de colapso não apenas representava uma ameaça à capacidade de combate do exército britânico. Também desafiou as ideias então dominantes sobre a doença mental. Estes basearam-se fortemente na eugenia, vendo o colapso mental como um sintoma de degeneração e essencialmente um problema que afeta as classes mais baixas. Nas palavras de Charles Mercier, um dos principais psiquiatras britânicos da época:

Os colapsos não ocorrem em pessoas de constituição mental sã. A doença mental não ataca, como a varíola e a malária, indiferentemente os fracos e os fortes. Ocorre principalmente naqueles cuja constituição mental é originalmente defeituosa e cujo defeito se manifesta na falta do poder de autocontrole e de renunciar à indulgência imediata (Scull, 2015, p. 296).

Previsivelmente, a resposta mais comum das lideranças militares aos que sofriam o que foi chamado de *neurose de guerra* foi retratá-lo como fingimento e covardia. Cerca de 306 soldados britânicos e da *Commonwealth* foram executados por crimes como *deserção* e *covardia*. O problema para os generais, no entanto, era que não eram apenas os soldados de base que sofriam de neurose de guerra. Muitos de seus oficiais, produto das melhores escolas públicas britânicas, também exibiam esses sintomas, algo que se mostrou difícil de conciliar com as teorias eugenistas. Como Andrew Scull explica:

Mais e mais médicos foram atraídos pela ideia de que, sob estresse suficiente, até mesmo as mentes mais fortes cedem. Loucura e trauma mental pareciam fortemente ligados um ao outro. Mesmo que o trauma não fosse do tipo sexual que Freud havia enfatizado, suas noções de conflito inconsciente e a transformação de problemas mentais em sintomas corporais pareciam pelo menos parcialmente confirmadas por essas experiências de guerra (Scull, 2015, p. 296).

Qualquer esperança de que esse novo entendimento levasse a uma resposta mais simpática foi equivocada. Como Pat Barker descreve em seu romance baseado em fatos, *Regeneration*, um pequeno número de psiquiatras adotou uma abordagem humana, baseada na terapia da fala, para vítimas de choque. Entre eles, WHR Rivers, que tratou o poeta Siegfried Sassoon no Craiglockhart Hospital para oficiais em Edimburgo. Mais comum, no entanto, era a abordagem empregada pelo contemporâneo de Rivers, Lewis Yealland, que envolvia a aplicação repetida de choques elétricos poderosos no corpo. Esse *tratamento* foi empregado não apenas por psiquiatras britânicos, mas também por seus colegas franceses, alemães e austríacos. Claro, quaisquer que sejam suas diferenças profissionais, o objetivo comum de Rivers e Yealland, como a maioria dos psiquiatras da época, era levar seus pacientes de volta aos campos de extermínio da França o mais rápido possível.

O interesse psiquiátrico no trauma diminuiu com o fim da guerra e não foi retomado até a Segunda Guerra Mundial. A essa altura, havia uma maior consciência de que *qualquer* soldado poderia sucumbir sob fogo e experimentar o que agora era chamado de neurose de guerra, fadiga de combate ou estresse de batalha. A duração e a gravidade da exposição ao combate, não a resiliência individual, agora eram vistas como o fator principal. Vários psiquiatras também descobriram, segundo Herman, “[...] o poder das relações afetivas entre os combatentes”

(Herman, 2015, p. 25). A proteção mais forte contra o terror avassalador, argumentavam esses psiquiatras, era a relação entre o soldado, sua unidade de combate e seu líder; a proteção mais forte contra o colapso psicológico era o moral e a liderança da unidade de combate. No contexto da Segunda Guerra Mundial, essa descoberta muitas vezes significava simplesmente devolver o soldado à sua unidade o mais rápido possível. Houve pouco apoio após a guerra para soldados traumatizados por suas experiências e pouco reconhecimento dos problemas emocionais que estavam enfrentando. Em vez disso, como estudos posteriores, romances e memórias pessoais mostraram, muitos foram deixados para controlar a raiva, depressão, ansiedade, problemas de sono e assim por diante, muitas vezes se automedicando com álcool com suas famílias na extremidade receptora de seus comportamentos perturbados (Mulvey, 2019).

Com o fim da guerra, o interesse psiquiátrico novamente logo diminuiu. A última redação profissional do período sobre estresse de combate apareceu em 1947. Um diagnóstico de *reação maciça ao estresse* apareceu na primeira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana, ou DSM-I, que apareceu em 1952. No entanto, esse diagnóstico foi abandonado sem explicação a partir da primeira revisão do manual, DSM-II, que apareceu em 1968 (Andreasen, 2010). Somente quase três décadas depois, a questão do trauma relacionado à guerra voltou a despertar a atenção, desta vez durante os estágios finais da Guerra do Vietnã. Em 1970, os Veteranos do Vietnã Contra a Guerra foram formados nos EUA. Isso envolveu inicialmente um pequeno grupo de soldados, muitos dos quais se destacaram pela bravura, que se manifestaram contra a guerra, muitas vezes devolvendo suas medalhas e prestando depoimentos sobre seus crimes de guerra – atividades que exigiam enorme bravura, já que a guerra ainda estava em andamento. Como relata Herman, eles organizaram *grupos de rap*, encontros onde podiam compartilhar suas experiências de guerra e os eventos traumáticos que viveram. O propósito desses grupos era terapêutico e político. Eles deram consolo às vítimas que sofreram traumas psicológicos, mas também conscientizaram o público sobre os efeitos da guerra. Nas palavras de um veterano, Michael Norman:

Família e amigos se perguntavam por que estávamos tão bravos. Por que você está chorando? eles perguntavam. Por que você está tão mal-humorado e insatisfeito? Nossos pais e avós foram para a guerra, cumpriram seu dever, voltaram para casa e seguiram em frente. O que tornou nossa geração tão diferente? Ao que tudo indica, nada. Nenhuma diferença. Quando velhos soldados de 'boas' guerras são arrastados de trás da cortina do mito e do sentimento, e trazidos à luz, eles também parecem arder de cólera e alienação... Então, estávamos com raiva. Nossa raiva era antiga, atávica. Estávamos furiosos como todos os homens civilizados que já foram enviados para cometer assassinato estavam (Herman, 2015, p. 26).

Em meados da década de 1970, centenas desses grupos de rap haviam sido organizados nos Estados Unidos. A pressão política da organização dos veteranos levou à criação da Operação Outreach. Mais de uma centena de centros de extensão foram criados, formados por veteranos e baseados em um modelo de atendimento de autoajuda e apoio de pares. Essa pressão também levou a pesquisas psiquiátricas sistemáticas sobre a relação entre as experiências de guerra e os problemas psicológicos que os veteranos estavam enfrentando. Um resultado foi a inclusão em 1980 de um novo diagnóstico no DSM revisado, DSM-III – transtorno de estresse pós-traumático.

Trauma estendido

Desde a inclusão do TEPT no DSM, a gama de experiências que contribui para os sintomas associados a esse diagnóstico – como pesadelos, flashbacks, ataques de pânico e distúrbios do sono – aumentou enormemente. O crescimento do movimento das mulheres na década de 1970, por exemplo, levou a uma maior conscientização sobre a incidência e o impacto traumático e duradouro do estupro, violência sexual e violência doméstica. Mais tarde, na década de 1980, o abuso infantil – seja físico, sexual ou como resultado de negligência – também foi reconhecido como muito mais difundido do que se pensava anteriormente. Também levou à conscientização de que os sintomas associados ao TEPT não precisam ser o produto de um único evento que interrompe a vida *normal*, mas podem resultar de abuso contínuo ou assédio sexista e racista. Isso levou pesquisadores como Bessel van der Kolk a defender a inclusão de um novo diagnóstico de ‘TEPT complexo’ no DSM. Embora o TEPT esteja geralmente relacionado a um único evento, o TEPT complexo está relacionado a uma série de eventos ou a uma experiência prolongada.

Existem aspectos positivos e limitações no uso crescente de trauma e TEPT para explicar o sofrimento mental grave. Positivamente, desvia a atenção da forma dominante de dar sentido a tal angústia, que localiza suas raízes nos cérebros ou genes dos indivíduos. A questão-chave no tratamento não se torna *o que há de errado com você?* mas *o que aconteceu com você?*. O TEPT é, de fato, o único diagnóstico no DSM cujo nome faz referência às causas da doença. Potencialmente, portanto, abre as portas para uma compreensão do sofrimento mental que o vê como uma resposta à vida em uma sociedade racista, sexista e dividida em classes. Mais pragmaticamente, a influência ideológica do modelo biomédico faz com que os diagnósticos psiquiátricos não apenas definam entendimentos do sofrimento mental, mas também funcionem como passaportes para serviços e benefícios. Isso é especialmente verdade nos EUA, onde o acesso à cobertura do seguro depende de ter esse diagnóstico. Como os veteranos do Vietnã descobriram com TEPT, obter um diagnóstico pode ser a única maneira de ter problemas de saúde mental reconhecidos e serviços prestados. Uma crítica ao (geralmente muito progressista) *Power Threat Meaning Framework*, publicado por psicólogos críticos em 2018, por exemplo, foi que procurou substituir diagnósticos por *formulações*. Apesar de ser, sem dúvida, uma maneira muito mais holística de entender o sofrimento mental, também pode tornar muito mais difícil para aqueles com problemas de saúde mental acessar os benefícios do bem-estar (Johnstone *et al.*, 2019).

No entanto, há limites para os usos do trauma para explicar o sofrimento mental. Em primeiro lugar, existe o risco de reducionismo em ver todas as formas de sofrimento mental como enraizadas em algum trauma anterior (conhecido ou desconhecido). Muitas formas de sofrimento mental não se encaixam facilmente em uma estrutura de trauma. Estes incluem: estresse relacionado ao trabalho; a dor complexa que é vivida por pessoas que não conseguiram confortar seus entes queridos que estão morrendo; os sentimentos depressivos e desesperança vivenciados pelos jovens que veem seu futuro desaparecer; e a baixa autoestima de mulheres jovens que não conseguem atingir as imagens impossíveis do corpo que são exigidas pelas redes sociais.

Em segundo lugar, existe o perigo de determinismo em supor que todos responderão aos eventos da mesma maneira. Paul Michael Garrett criticou corretamente o foco individualista

da noção de resiliência, que atualmente é popular no trabalho social e nos discursos de política social. As teorias de resiliência veem o sucesso na superação de contratempos principalmente como uma questão de pontos fortes e qualidades individuais, que é uma abordagem que se encaixa bem com o foco neoliberal na responsabilidade individual (Garrett, 2016). No entanto, aceitar a crítica de Garrett não exclui o reconhecimento de que a experiência de vida e os recursos – emocionais, sociais, financeiros – de indivíduos específicos podem capacitá-los a lidar com o trauma de forma mais eficaz do que outros com menos recursos.

Em terceiro lugar, como a abordagem biomédica, as abordagens informadas sobre o trauma também podem levar a respostas altamente individualizadas e medicalizantes. Por exemplo, descrever o estresse pós-traumático como um *distúrbio* traz implicações médicas e implica que há algo errado sobre como um indivíduo está respondendo a eventos traumáticos anteriores. De fato, quase todos os *diagnósticos* (em si um termo médico) no DSM – incluindo aqueles relacionados à ansiedade, depressão e personalidade – terminam com a palavra *transtorno*. Apesar disso, o DSM não diz nada sobre suas causas. Como John Read e Pete Sanders comentam:

Nem sempre foi assim. Na primeira edição do DSM em 1952, os mesmos problemas agora chamados de transtornos eram todos chamados de ‘reações’. Esta foi uma era diferente em que os psiquiatras psicanalíticos estavam em ascendência nos EUA. Assim como o público... eles entenderam que os problemas de saúde mental derivam em grande parte de eventos da vida e de nossa interpretação desses eventos, e não de genes defeituosos ou substâncias químicas cerebrais... A abordagem diagnóstica do sofrimento humano medicaliza todo tipo de coisa, transformando nossas reações aos eventos da vida em distúrbios (Read; Sanders, 2010).

Esta é uma razão pela qual psicólogos e psicanalistas latino-americanos radicais optaram por não usar essas estruturas para dar sentido às respostas das pessoas aos regimes de terror impostos pelas juntas militares durante os anos 1970 e 1980:

Não achamos que o conceito de TEPT seja adequado para descrever o impacto psicológico do terror de Estado. Isso transforma um fenômeno social em um problema psiquiátrico... nem sequer falamos de trauma porque geralmente é entendido como uma experiência intrapsíquica. Usamos o conceito de “situação traumática” para representar as fontes sociais do sofrimento psicológico produzido pelo terror de Estado... A essência do trauma social é que não é uma experiência privada, mas uma experiência pública e compartilhada (Hollander, 1997, p. 110-111).

Da mesma forma, os autores de *The Power Threat Meaning Framework* ocasionalmente se referem a *trauma* para transmitir o impacto severo de alguns eventos da vida, mas preferem o termo *adversidade*:

Isso é em parte para evitar as implicações médicas do ‘trauma’. No entanto, é também para evitar a impressão potencialmente enganosa de eventos discretos, possivelmente muito incomuns, extremos ou ameaçadores à vida vindos de fora – em vez de, como é frequentemente o caso, de experiências muito negativas contínuas ou repetidas. Essas experiências estão frequentemente inseridas na vida e nos relacionamentos das pessoas e nos discursos, estruturas e práticas de nosso mundo social. Argumentamos que essas qualidades de adversidade podem ser cruciais para entender as próprias experiências, bem como as respostas de crianças e adultos (Johnstone; Boyle, 2018, p. 98).

Trauma coletivo, respostas coletivas

A pandemia de coronavírus terá um impacto profundo na saúde mental de muitas pessoas ao redor do mundo, agora e nos próximos anos. A experiência passada sugere que a resposta dos governos a esse sofrimento será minimizar sua extensão e importância e patologizar aqueles que o vivenciam como ‘doentes mentais’ ou como carentes de ‘resiliência’. Como argumentado acima, nem todos responderão aos eventos atuais da mesma maneira, embora, como argumenta Judith Herman, “[...] características individuais contam pouco diante de eventos avassaladores... Com exposição traumática grave o suficiente, nenhuma pessoa está imune” (Herman, 2015, p. 57). Apesar disso, observa ela, a vergonha e o isolamento continuam sendo as marcas do trauma, seja a vergonha de ‘não lidar’ ou de ter pensamentos ou sentimentos vivenciados como ‘enlouquecer’.

A culpabilização das vítimas e o reforço consciente da vergonha e do isolamento têm sido parte de como instituições poderosas – a polícia, o exército, a igreja, grandes instituições de caridade – silenciaram as vítimas de crimes e fracassos institucionais. Esse silenciamento é mais facilmente alcançado onde o evento traumático ocorre entre indivíduos e em segredo. Então, é necessária muita coragem por parte dos afetados para falar e ‘quebrar o silêncio’. No entanto, quando o trauma assume a forma de um evento ou experiência coletiva, é possível desenvolver respostas coletivas. Estes podem desafiar o isolamento e a sensação de impotência que são causa e efeito do sofrimento mental. No nível mais básico, essas respostas podem assumir a forma de ajuda mútua, que nem sempre aborda as raízes políticas do problema, mas oferece apoio emocional e prático para as pessoas afetadas. Após os devastadores incêndios florestais na Califórnia em 2018 e 2019 – um sintoma da mudança climática que destruiu milhares de casas e matou dezenas de pessoas – um sobrevivente escreveu:

Trauma comunitário cria apoio comunitário imediato. O sofrimento é rapidamente reconhecido e os recursos locais ativados. Dois dias após o incêndio, por exemplo, um punhado de moradores estabeleceu um centro de apoio e crises improvisado no quintal de uma loja de conveniência. As pessoas doaram roupas, ofereceram moradia, trouxeram comida cozida e coordenaram sistemas de apoio que nenhuma organização local, municipal ou estadual havia fornecido. A comunidade do Facebook entrou em ação com grupos de apoio emocional (Van Gelder, 2019).

Da mesma forma, apenas algumas semanas após a atual crise de coronavírus, dezenas de milhares de pessoas em toda a Grã-Bretanha se ofereceram para ajudar o NHS e vizinhos vulneráveis. Outros criaram grupos locais de apoio mútuo, desafiando o mito thatcherista de que ‘não existe sociedade’. Tais exemplos são importantes para reduzir a sensação de isolamento e desamparo que contribuem para experiências traumáticas. Fenômenos semelhantes foram visíveis na resposta da comunidade ao incêndio da Grenfell Tower em Londres em junho de 2017. Susan Rudnik, uma arte-terapeuta que ajudou a apoiar crianças e famílias após o desastre, cita o escritor David Garland: [...] Tomar parte ativa na compreensão e talvez aliviar a angústia do outro atua para restaurar o senso de controle de um indivíduo após um período de desamparo agudo e às vezes prolongado, que é a essência de uma situação traumatizante (Rudnik, 2018, p. 3).

Por mais importantes que sejam essas respostas, elas não são, obviamente, uma alternativa aos serviços de saúde mental adequadamente financiados e fornecidos pelo Estado. Aqui, a

imagem é sombria. O período desde o colapso econômico de 2008 foi marcado por um grande aumento no número de pessoas com sofrimento mental, juntamente com cortes maciços nos serviços de saúde mental. Por exemplo, o número de pessoas na Escócia que receberam prescrição de antidepressivos aumentou 48% de 2009-10 a 2018-19, passando de 633.762 para 936.269. De acordo com estatísticas do governo escocês, as pessoas na classificação ‘mais carentes’ do Índice Escocês de Privação Múltipla eram mais propensas a receber antidepressivos prescritos. Nas comunidades mais pobres, foram distribuídas 85.222.641 doses para 258.813 pessoas (Antidepressant [...], 2019). Durante o mesmo período, os serviços de saúde mental em toda a Grã-Bretanha foram cortados e os níveis de pessoal caíram. Desde 2009, os orçamentos dos consórcios de saúde mental do NHS na Inglaterra foram cortados em 30%, e a proporção de médicos de saúde mental para usuários de serviços caiu de um médico para 186 usuários de serviços para um para cada 253 (Trades Union Congress, 2020). Quaisquer que sejam as limitações dos cuidados psiquiátricos convencionais, o resultado dos cortes é frequentemente a falta de leitos para pessoas que passam por crises agudas de saúde mental. Os tempos de espera para aqueles que procuram apoio para seus problemas de saúde mental, incluindo crianças e jovens, aumentaram. Os serviços de saúde mental comunitários – administrados por organizações voluntárias, comunitárias e de caridade e mais propensos a oferecer formas não médicas de apoio – também sofreram muito durante esse período.

Nesse contexto, a demanda do movimento de usuários de serviços por mais e melhores serviços é urgente. ‘Melhor’, neste contexto, geralmente significa serviços menos medicalizados, menos coercitivos, com maior acesso a uma gama de diferentes terapias de fala e apoios sociais. Este não é o lugar para uma discussão sobre como seria um sistema alternativo de saúde mental.⁵ O que está claro, no entanto, é que as vozes dos usuários de serviços de saúde mental, incluindo aqueles cuja saúde mental foi afetada direta ou indiretamente por eventos e experiências traumáticas, devem ser centrais nessa discussão. Relatos individuais de trauma muitas vezes confirmam o impacto profundo e devastador que tais eventos têm na mente e no corpo. Escrevendo 20 anos após o desastre do Hillsborough Stadium, por exemplo, um sobrevivente escreveu:

O que eu suspeitei há muito tempo é que, emocionalmente, o relógio parou aos 19 anos. Desde que segurei a morte a uma certa distância, também segurei o avanço dos anos da mesma forma. Eu era um adolescente maduro, mas não cresci no mesmo ritmo que meus amigos. Eu não tive filhos. Eu ainda não vou abrir mão minha própria juventude. Farei 40 anos no próximo ano, mas para a maioria das pessoas pareço ter cerca de 30 (Mental Health Foundation, 2016).

Dadas essas experiências preocupantes, bem como os flashbacks, ataques de pânico e dificuldades para dormir associados ao diagnóstico de TEPT, não é de surpreender que muitos sobreviventes procurem aconselhamento e terapia individual. Muitas vezes, no entanto, é preciso uma ação coletiva para tornar essa terapia disponível para os afetados. Este foi certamente o caso após o desastre da Torre Grenfell. De acordo com Moyra Samuels, uma ativista líder nas campanhas comunitárias que se seguiram ao incêndio, houve pouca ajuda das agências estatutárias para lidar com as consequências psicológicas imediatas da tragédia. Foi preciso uma campanha difícil antes que o NHS criasse o Grenfell Wellbeing Support, que agora é um dos maiores projetos de saúde mental da Europa. Desde então, importantes fontes de apoio emocional e social têm sido as atividades coletivas, como as ‘caminhadas silenciosas’ mensais que

⁵ For what such an alternative might look like, see Beresford *et al.* (2016).

lembram as 72 pessoas que perderam a vida.⁶ Também central para a campanha de Grenfell tem sido a luta por justiça e responsabilidade. O slogan “Sem Justiça, Sem Paz” contém uma verdade política e psicológica. Sem uma compreensão política das causas de tragédias como Grenfell e Hillsborough, e uma responsabilização dos responsáveis, a cura individual torna-se muito mais difícil. Os comentários de Judith Herman sobre o estudo do trauma psicológico não são menos aplicados ao processo de recuperação:

O estudo sistemático do trauma psicológico depende, portanto, do apoio de um movimento político. De fato, se tal estudo pode ser realizado ou discutido em público é em si uma questão política. O estudo do trauma de guerra só se torna legítimo em um contexto que desafia o sacrifício de jovens na guerra. O estudo do trauma na vida sexual e doméstica torna-se legítimo apenas em um contexto que desafia a subordinação de mulheres e crianças... A repressão, a dissociação e a negação são fenômenos da consciência social e individual (Herman, 2015, p. 9).

Tanto o movimento #MeToo contra o assédio e abuso sexual que cresceu massivamente em 2017 quanto o movimento Black Lives Matter de 2020 fornecem uma confirmação concreta do argumento de Herman. #MeToo conseguiu *coletivizar* as experiências pessoais e traumas de mulheres que foram abusadas por homens poderosos. O movimento Black Lives Matter de 2020 entrou em erupção após o assassinato brutal de George Floyd por quatro policiais em Minneapolis em maio e desencadeou manifestações globais contra a brutalidade policial e o racismo institucionalizado. Em poucos meses, conseguiu mais do que a estratégia reformista top-down de ‘rostos negros em lugares altos’ havia alcançado em décadas. Ambos os movimentos mostraram que, onde o trauma pode ser coletivizado, transparente e compartilhado, pode se tornar uma fonte de força e resistência. É aí que reside sua relevância para a atual crise do coronavírus.

Para aqueles que pertencem à tradição revolucionária, essa é uma verdade antiga – embora renovada e revigorada por esses movimentos inspiradores vindos de baixo. O teórico e ativista que escreveu mais explicitamente sobre a relação entre a luta coletiva e a superação do trauma foi o psiquiatra e revolucionário Frantz Fanon. Fanon desempenhou um papel fundamental na luta pela independência da Argélia no final da década de 1950. A recente biografia de Leo Zelig oferece uma excelente introdução às ideias e práticas deste importante pensador (Zelig, 2016). No entanto, muitos dos grandes pensadores da tradição marxista têm plena consciência do potencial transformador da ação coletiva e, acima de tudo, da revolução. Na verdade, a necessidade de se livrar do que Marx descreveu como a ‘antiga imundície’ – não apenas ideias racistas e sexistas retrógradas, mas também os sentimentos de vergonha, impotência e inferioridade que muitos experimentam como resultado da vida em sociedade de classes – era uma das razões pelas quais ele via a revolução como necessária (Marx; Engels, 1976, p. 53). Da mesma forma, descrevendo a dinâmica da greve de massas, Rosa Luxemburg escreve:

O que há de mais precioso e duradouro neste rápido fluxo e refluxo é o seu sedimento mental: o crescimento intelectual e cultural do proletariado que avança aos trancos e barrancos e que oferece uma garantia inviolável de seu progresso ulterior na luta econômica e política (Luxemburg, 1986, p. 38-39).

⁶ Personal communication.

Em uma discussão sobre a revolução de outubro de 1917 na Rússia, Tony Cliff escreve:

A maior conquista da Revolução Russa não foram as greves de massa, nem mesmo os soviéticos. A coisa maior e mais maravilhosa foi o crescimento espiritual dos trabalhadores russos. A impotência não dá oportunidade para tal crescimento (Cliff, 1987, não paginado).

O que esses escritores marxistas enfatizaram, de uma forma que Fanon não fez, foi a necessidade de conectar as lutas contra a opressão com o poder da classe trabalhadora. Não por razões sentimentais ou doutrinárias, mas porque, como defendeu Rosa Luxemburgo (1986), “onde se forjam as cadeias do capitalismo, é preciso que as cadeias sejam quebradas”. Em outras palavras, um sistema que depende da acumulação de lucro coloca o poder potencial nas mãos daqueles cujo trabalho produz esse lucro, direta ou indiretamente. Se a crise do COVID-19 destacou uma coisa acima de todas as outras, é que os trabalhadores ‘essenciais’ desta sociedade não são como Jeff Bezos, Richard Branson ou Mark Zuckerberg. Em vez disso, eles são os motoristas de ônibus, trabalhadores do varejo, faxineiros, enfermeiros e assistentes sociais, sem cujo trabalho as rodas do capitalismo parariam. É com eles e com milhões de outros trabalhadores essenciais em todo o mundo que reside nosso poder como classe.

A passividade da maioria dos líderes sindicais na Grã-Bretanha diante da crise fez com que a resistência no local de trabalho aqui permanecesse em um nível relativamente baixo. No entanto, como Mark Thomas mostrou na edição anterior desta revista, houve alguns exemplos importantes de trabalhadores lutando e vencendo. Os mais notáveis são os professores na Inglaterra e no País de Gales. Membros da União Nacional de Educação se recusaram a ceder à pressão de Boris Johnson e permitir um retorno prematuro às escolas em junho, quando o vírus ainda estava em fúria, e assim protegeram a saúde de crianças, professores e pais (Thomas, 2020). Além disso, mesmo quando o nível de luta nos locais de trabalho é baixo, as lutas em todo o mundo podem aumentar o nível de debate e discussão dentro dos locais de trabalho. Por exemplo, o movimento Black Lives Matter reacendeu o debate dentro das escolas e universidades sobre a necessidade de descolonizar o currículo. Da mesma forma, professores em toda a Grã-Bretanha terão sido inspirados pela surpreendente vitória dos alunos em agosto, quando as manifestações forçaram o governo a descartar um processo de exames distorcido que havia sido introduzido para lidar com o impacto do isolamento. Esse processo fez com que dezenas de milhares de jovens que viviam nas áreas mais pobres tivessem suas notas previstas reduzidas – e suas esperanças frustradas – enquanto as notas dos alunos em áreas mais ricas foram pouco afetadas. É uma vitória que fará uma enorme diferença material na vida desses alunos, mas não apenas uma diferença material. A lição que muitos desses jovens ativistas, alguns dos quais estiveram envolvidos nas greves climáticas escolares anteriores, vão tirar dessa experiência é que a ação coletiva pode vencer e que eles não são impotentes. Uma nova geração em todo o mundo está aprendendo que a mudança vinda de baixo é possível e que eles não precisam esperar que Keir Starmer ou Joe Biden entreguem mudanças de cima – mudanças que eles não têm intenção de entregar em nenhum caso. Esses são alguns dos recursos da esperança que podem combater a depressão e o desespero e dar base ao otimismo de que um outro mundo é realmente possível.

Referências

ALLEN, K. The Politics of COVID-19. **Irish Marxist Review**, Dublin, n. 27, 2020. Disponível em: www.irishmarxistreview.net/index.php/imr/article/view/372. Acesso em: 2 jul. 2020.

ANDREASAN, N. C. Posttraumatic Stress Disorder: A History and a Critique. **Annals of the New York Academy of Sciences**, Nova York, v. 1208, n. 1, 2010.

ANTIDEPRESSANT Prescriptions in Scotland up by 48 Percent in Decade. **The Scotsman Reporter**, Edinburgh, 22 Oct. 2019. Disponível em: www.scotsman.com/news/politics/antidepressant-prescriptions-scotland-48-decade-1404536. Acesso em: 22 out. 2019.

BERESFORD, P.; PERRING, R.; NETTLE, M.; WALLCRAFT, J. **From Mental Illness to a Social Model of Madness and Distress**. London: Shaping Our Lives, 2016. Disponível em: <https://shapingourlives.org.uk/wp-content/uploads/2021/08/FROM-MENTAL-ILLNESS-PDF-2.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BLAND, A.; CAMPBELL, D. Some Leicester Factories Stayed Open and Forced Staff to Come In, Report Says. **The Guardian**, London, 30 Jun. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3mS1rQU>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BROOKS, S. *et al.* The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. **Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 14 mar. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext). Acesso em: 15 mar. 2020.

CAMPBELL, D. Coronavirus Lockdown Caused Sharp Increase of Insomnia in UK. **The Guardian**, London, 2 Aug. 2020. Disponível em: www.theguardian.com/society/2020/aug/02/coronavirus-lockdown-increase-insomnia-uk-sleep-mothers. Acesso em: 2 ago. 2020.

CHOONARA, J. Socialism in a Time of Pandemics. **International Socialism**, London, n. 166, 22 mar. 2020. Disponível em: <http://isj.org.uk/socialism-in-a-time-of-pandemics>. Acesso em: 22 mar. 2020.

CLIFF, T. The working class and the oppressed. **Socialist Worker Review**, [S.l.], n. 101, Sep. 1987. Disponível em: www.marxists.org/archive/cliff/works/1987/09/oppressed.html. Acesso em: 22 ago. 2020.

DAVIS, M. **The monster at our door**. New York: The New Press, 2005.

ELLIOTT, L. Half of British Adults 'Felt Anxious About COVID-19 Lockdown'. **The Guardian**, London, 4 May 2020. Disponível em: www.theguardian.com/society/2020/may/04/half-of-british-adults-felt-anxious-about-covid-19-lockdown. Acesso em: 4 maio 2020.

FAWCETT SOCIETY. Coronavirus: Impact on BAME Women. London, 2020. Disponível em: www.fawcettsociety.org.uk/coronavirus-impact-on-bame-women. Acesso em: 2 jun. 2020.

FREUD, S. The Aetiology of Hysteria. In: GAY, P. (ed). **The Freud Reader**. Vintage, 1995 [1896].

GARRETT, P. M. Questioning Tales of 'Ordinary Magic': 'Resilience' and Neo-Liberal Reasoning. **British Journal of Social Work**, Oxford, v. 46, n. 7, 2016.

GIUFFRIDA, A. Italy's Lockdown has Taken Heavy Toll on Mental Health, Say Psychologists. **The Guardian**, London, 21 May 2020. Disponível em: www.theguardian.com/world/2020/may/21/italy-lockdown-mental-health-psychologists-coronavirus. Acesso em: 21 maio 2020.

HERMAN, J. **Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror**. New York: Basic Books, 2015 [1992].

HIGGINS, T. Coronavirus Pandemic Could Inflict Emotional Trauma and PTSD on an Unprecedented Scale, Scientists Warn. **CNBC**, [S.l.], 27 Mar. 2020. Disponível em: www.cnbc.com/2020/03/27/coronavirus-pandemic-could-inflict-long-lasting-emotional-trauma-ptsd.html. Acesso em: 27 mar. 2020.

HOLLANDER, N. **Love in a Time of Hate: Liberation Psychology in Latin America**. New Jersey: Rutgers University Press, 1997.

JOHNSTONE, L.; BOYLE, M. *The Power Threat Meaning Framework*. [S.l.]: British Psychological Society, 2018. Disponível em: www.bps.org.uk/sites/bps.org.uk/files/Policy%20-%20Files/PTM%20Main.pdf. 20 jun. 2020.

JOHNSTONE, L. *et al.* Reflections on Responses to *The Power Threat Meaning Framework*, One Year On. **Clinical Psychology Forum**, London, n. 313, Jan. 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/330312996> Reflections on responses to the power threat meaning framework one year on. Acesso em: 2 fev. 2019.

JOHNSTONE, L. **We are all in this together**. [S.l.]: Mad In The UK, 7 Apr. 2020. Disponível em: www.madintheuk.com/2020/04/we-are-all-in-this-together. 8 abr. 2020.

KAWOHL, W.; Nordt, C. COVID-19, Unemployment and Suicide. **The Lancet Psychiatry**, London, v. 7, n. 5, 2020.

KELLY, B. 2020. **Coping with Coronavirus: how to Stay calm and protect your mental health**. *Kildare*: Merrion Press, 2020.

LUXEMBURG, R. **The Mass Strike**. [S.l.]: Bookmarks, 1986 [1906].

MARX, K.; ENGELS, F. **The German Ideology**. London: Lawrence & Wishart, 1976 [1845]. (*Collected Works*, v. 5).

MENTAL HEALTH FOUNDATION. **The True Impact of Trauma is Never Fully Known: A Hillsborough Survivor's Story**. London, 10 Oct. 2016. Disponível em: www.mentalhealth.org.uk/blog/true-impact-trauma-never-fully-known-hillsborough-survivors-story. 11 out. 2016.

MENTAL HEALTH FOUNDATION. **Coronavirus: the divergence of mental health experiences during the pandemic**. London, Jul. 2020. Disponível em:

www.mentalhealth.org.uk/coronavirus/divergence-mental-health-experiences-during-pandemic. Acesso em: 29 jul. 2020.

MIND. Existing Inequalities have Made Mental Health of BAME Groups Worse During Pandemic, Says Mind. London, 15 Jul. 2020. Disponível em: www.mind.org.uk/news-campaigns/news/existing-inequalities-have-made-mental-health-of-bame-groups-worse-during-pandemic-says-mind. Acesso em: 16 jul. 2020.

MULVEY, S. The Long Echo of WW2 Trauma. **BBC News**, London, 7 June 2019. Disponível em: www.bbc.co.uk/news/stories-48528841. Acesso em: 7 jun. 2019.

PARRINGTON, J. Science, Capitalism and COVID-19. **International Socialism**, London, n. 167, 13 Jul. 2020. Disponível em: <http://isj.org.uk/science-capitalism-and-covid-19>. Acesso em: 13 jul. 2020.

PETTER, O. Coronavirus: People 'Beginning to Suffer' under the Lockdown, Study Suggests. **Independent**, [S.l.], 9 Apr. 2020. Disponível em: www.independent.co.uk/life-style/coronavirus-lockdown-uk-mental-health-kings-college-london-a9457216.html. Acesso em: 9 abr. 2020.

PIERCE, M. *et al.* Mental Health Before and During the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Probability Sample Survey of the UK Population. **The Lancet Psychiatry**, London, 21 Jul. 2020. Disponível em: [www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30308-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30308-4/fulltext). 22 jul. 2020.

READ, J.; SANDERS, P. **A Straight Talking Introduction to The Causes of Mental Health Problems**. Monmouth: PCCS Books, 2010.

ROSE, N. **Our Psychiatric Future**. [S.l.]: Polity, 2019.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. **Psychiatrists See Alarming Rise in Patients Needing Urgent and Emergency Care and Forecast a 'Tsunami' of Mental Illness**. London: RCP, 15 May 2020. Disponível em: www.rcpsych.ac.uk/news-and-features/latest-news/detail/2020/05/15/psychiatrists-see-alarming-rise-in-patients-needing-urgent-and-emergency-care. Acesso em: 10 maio 2020.

RUDNICK, S. Out of the Darkness: a Community-led Art Psychotherapy Response to the Grenfell Tower Fire. **Art Therapy Online**, [S.l.], v. 9, n. 1, 2018.

RUNNYMEDE TRUST. **Covid 19's Impact on BME Communities**. [S.l.], 5 Aug. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/341SGe6>. Acesso em: 6 ago. 2020.

SCULL, A. **Madness in civilisation: a cultural history of insanity**. London: Thames and Hudson, 2015.

SPINNEY, L. **Pale rider: the Spanish flu of 1918 and how it changed the world**. [S.l.]: Vintage, 2018.

TIAN, F. *et al.* Psychological Symptoms of Ordinary Chinese Citizens Based on SCL-90 During the Level I Emergency Response to COVID-19. **Psychiatry Research**, [S.l.], v. 288, 2020.

THOMAS, M. L. The Battle in the Workplace. **International Socialism**, London, n. 167, Summer 2020. Disponível em: isj.org.uk/covid-19-in-the-workplace.

TRADES UNION CONGRESS. *Breaking Point: the Crisis in Mental Health Funding* (TUC). London: TUC, 2020.

VAN GELDER, K. Individual vs, Collective Trauma: Lessons from the California fires. **Psychology Today**, Los Angeles; New York, 2 Nov. 2019. Disponível em: www.psychologytoday.com/gb/blog/middle-path/201911/individual-vs-collective-trauma. Acesso em: 3 nov. 2019.

VAN DER KOLK, B. **The Body Keeps the Score**. London: Penguin, 2014.

VIENS, A. M.; MCGOWAN, C.; VASS, C. Moral Distress among Healthcare Workers: Ethics Support is a Crucial Part of the Puzzle. **BMJ Opinion**, London, 23 June 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2ZK6zfl>. Acesso em: 24 jun. 2020.

WALLACE, R. **Big farms make big flu**. New York: Monthly Review Press, 2016.

ZELIG, L. **Frantz Fanon: The Militant Philosopher of Third World Revolution**. London: IB Tauris, 2016.

Iain FERGUSON

Trabalhou por muitos anos como assistente social e assistente comunitário no oeste da Escócia, antes de se dedicar ao ensino superior em serviço social no início dos anos 1990. Ele lecionou em universidades de Paisley e Stirling e atualmente é professor honorário da University of the West of Scotland. Ele é autor de muitos artigos e vários livros, incluindo *Radical Social Work in Practice* (Policy Press, 2009, com Rona Woodward), *Global Social Work in a Political Contest: Radical Perspectives* (Policy Press, 2018, com Michael Lavalette e Vasilios Ioakimidis), e *Política da mente: marxismo e sofrimento mental* (Bookmarks, 2017). É Editor Consultivo do *Critical and Radical Social Work: an International Journal*, membro fundador da Social Work Action Network (SWAN), (www.socialworkfuture.org) e membro do Conselho Editorial do *International Socialism Journal* (<https://isj.org.uk>).
