



ANTROPOLOGIAS DE UMA PANDEMIA:

POLÍTICAS LOCAIS, ESTADO,
SABERES E CIÊNCIA NA COVID-19

ORGANIZADORAS

SÔNIA WEIDNER MALUF

MÓNICA FRANCH

LUZIANA M. DA FONSECA SILVA

ROSAMARIA GIATTI CARNEIRO

ÉRICA QUINAGLIA SILVA

Organização

Sônia Weidner Maluf

Mônica Franch

Luziana M. da Fonseca Silva

Rosamaria Giatti Carneiro

Érica Quinaglia Silva

ANTROPOLOGIAS DE UMA PANDEMIA:

POLÍTICAS LOCAIS, ESTADO,
SABERES E CIÊNCIA NA COVID-19



Florianópolis
2024



ATRIBUIÇÃO 4.0 INTERNACIONAL (CC BY 4.0)

Este trabalho está licenciado sob a Licença Atribuição 4.0 Internacional Creative Commons. Para visualizar uma cópia desta licença, visite <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

FOTOGRAFIA DE CAPA:

Geissy Reis

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO:

Arnoldo Bublitz

CAPA:

Arnoldo Bublitz

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

A656 Antropologia de uma pandemia [recurso eletrônico]: políticas locais, Estado, saberes e ciência na COVID-19 / Sônia Weidner Maluf [et al.]. - Florianópolis : Edições do Bosque, 2024. 467 p. : fots.

ISBN 978-65-88969-28-1 (Impresso)

ISBN 978-65-88969-29-8 (E-Book)

1. Antropologia da saúde. 2. COVID-19. 3. Pandemia. 4. Políticas públicas. 5. Sofrimento social. I. Maluf, Sônia Weidner. II. Franch, Mônica. III. Silva, Luziana M. da Fonseca. IV. Carneiro, Rosamaria Giatti. V. Silva, Érica Quinaglia.

CDU: 361.1(81)

Elaborado pela bibliotecária Dirce Maris Nunes da Silva – CRB 14/333



EDIÇÕES DO BOSQUE GESTÃO 2024-2027
Ana Lídia Campos Brizola e Paulo Pinheiro Machado

CONSELHO EDITORIAL

Arno Wehling - Universidade do Estado do Rio de Janeiro e UNIRIO
Edgardo Castro - Universidad Nacional de San Martín, Argentina
Fernando dos Santos Sampaio - Universidade Estadual do Oeste do Paraná
José Luis Alonso Santos - Universidad de Salamanca
Jose Murilo de Carvalho - Universidade Federal do Rio de Janeiro
Leonor Maria Cantera Espinosa - Universidad Autonoma de Barcelona
Marc Bessin (in memoriam) - École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris
Marco Aurélio Máximo Prado - Universidade Federal de Minas Gerais

SOBRE AS EDIÇÕES DO BOSQUE

As Edições do Bosque tem como foco a publicação de obras originais e inéditas que tenham impacto no mundo acadêmico e interlocução com a sociedade. Compõe-se de um conjunto de Coleções Especiais acessíveis no repositório da Universidade Federal de Santa Catarina. A tônica da Editoria é aproximar os autores do público leitor, oferecendo publicação com agilidade e acesso universal e gratuito através dos meios digitais disponíveis. A Editoria do Bosque conta com a estrutura profissional e corpo científico do Núcleo de Publicações (NUPPE) do CFH/UFSC.

ENDEREÇO

Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina.
Campus Universitário. Trindade. CEP 88040-970 Florianópolis – SC, Brasil
<http://nuppe.ufsc.br/> • nuppe@contato.ufsc.br

SUMÁRIO

Apresentação – Antropologias de uma pandemia:
políticas sociais, Estado, saberes e ciência na Covid-19 9
*Sônia Weidner Maluf, Mônica Franch, Luziana M. da Fonseca Silva,
Rosamaria Giatti Carneiro, Érica Quinaglia Silva*

EXPERIÊNCIAS, NARRATIVAS E MICROPOLÍTICAS

I. Da prontidão à exaustão:
a experiência entre tempos de mulheres trabalhadoras na crise da Covid-19 21
*Mônica Franch, Ana Paula Marcelino da Silva, Maysa Carvalho de Souza,
Vinícius Gabriel da Silva*

II. Por dentro e a partir da casa pandêmica:
gênero, trabalho e cuidado ao longo das gerações 47
Rosamaria Carneiro

III. Coletivos de cuidado e atenção psicossocial entre usuárias e
usuários de serviços de saúde mental durante a pandemia de Covid-19 69
Ana Paula Müller de Andrade

IV Saúde mental, agenciamentos e povos indígenas:
apontamentos sobre a pandemia de Covid-19 entre os
Tupinambás de Olivença 93
Amanda Silva Rodrigues

V. De faltas e cuidados, “aberturas” e “fechamentos”:
experiências de adoecimento pela Covid-19 narradas por Amanda e Ruanna..... 117
Geissy Reis

VI. “Estou vivo ou estou morto?”
interface entre saúde e espiritualidade no contexto pandêmico..... 149
Érica Quinaglia Silva, Rafael Pavie Frejat

POLÍTICAS PÚBLICAS, SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES

- VII. “Lá vem a onda!” notas etnográficas sobre os impactos da pandemia de Covid-19 na Atenção Básica e na política de HIV/Aids em Rio Tinto/PB 169
Luziana Marques da Fonseca Silva, Francisco Paulino de Oliveira Neto, Gabriel Cavalcante Bueno de Moraes
- VIII. A pessoa idosa e suas múltiplas facetas durante o período pandêmico 197
Ana Paula Marcelino da Silva, Marcia Reis Longhi
- IX. Das informações epidemiológicas às políticas, ou da ausência delas, no enfrentamento às situações de suicídio: anotações arriscadas sobre suicídios a partir da pandemia em João Pessoa/PB, Brasil 213
Heloisa Wanick, Ednalva Maciel Neves
- X. Vicissitudes do Auxílio Emergencial 239
Pedro Nascimento, Amanda Gioriatti Lunkes, Vitória Mamede
- XI. Pacto pelo encarceramento: prisões brasileiras e a pandemia de Covid-19 259
Fábio Leite de Carvalho
- XII. Reconfiguração das agendas de cuidado na Argentina e no Brasil: o marco da pandemia de Covid-19 287
Danielle Ferreira Medeiro da Silva de Araújo, Júlia Tôrres Barbosa, Milena Sasha Santos Batista

CIÊNCIAS, SABERES E TÉCNICAS

- XIII. O discurso da desinformação e as formas de produzir risco no contexto da pandemia de Covid-19 321
Ana Maria Guedes do Nascimento, Ednalva Maciel Neves
- XIV. Ciência com aspas: os dilemas do campo científico em tempos de pandemia 341
Sônia Weidner Maluf
- XV. Vulnerabilidades com e para além da pandemia: Deficiência e Covid-19 no Brasil 359
Claudia Fonseca, Soraya Fleischer, Ana Paula Jacob

XVI. Síndrome Congênita do Zika Vírus, cuidados e medicamentos: experiências de uma família durante a pandemia de Covid-19	381
<i>Ana Claudia K. de Camargo</i>	
XVII. Tomada de decisão médica no pós-aborto de primeiro trimestre: uma reflexão epidemiológica no contexto da Covid-19	405
<i>Daiana Maria Santos de Sousa Silva</i>	
XVIII. Cuidanças não farmacológicas: a travessia de uma terapeuta popular pela sindemia de Covid-19	425
<i>George Luiz Nêris Caetano, Rosamaria Giatti Carneiro</i>	
Sobre os(as) autores(as)	457

Apresentação

ANTROPOLOGIAS DE UMA PANDEMIA:

POLÍTICAS SOCIAIS, ESTADO, SABERES E
CIÊNCIA NA COVID-19

Sônia Weidner Maluf

Mónica Franch

Luziana M. da Fonseca Silva

Rosamaria Giatti Carneiro

Érica Quinaglia Silva

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde decretou a existência de uma pandemia de Covid-19. Desde lá, as diversas áreas do campo científico enfrentaram o desafio de realizar pesquisas e reflexões e de formular respostas de enfrentamento a uma crise sanitária que, no país e no mundo, alcançou proporções incomuns e mesmo impensáveis. Nas ciências sociais, diversas iniciativas, como projetos, formação de redes de pesquisa, publicações, eventos, mostraram o vigor e o engajamento deste campo de conhecimento em compreender os impactos sociais da pandemia e produzir possíveis respostas e contribuições para seu enfrentamento.

Os desafios de um fenômeno que envolveu diversas escalas e que impactou e ainda impacta de modo desigual os grupos sociais, deixando um lastro de dor e sofrimento, não deixaram a antropologia indiferente. Nosso campo foi prolífico na criação de espaços e situações de pesquisa e reflexão sobre a pandemia, tanto trazendo experiências e conhecimentos de epidemias e pandemias anteriores, nas quais a antropologia tem uma larga experiência e reconhecida produção, como constituindo novos dispositivos e procedimentos

metodológicos e teóricos para compreender esse novo fenômeno, que pode ser apreendido como um “fato social total”.

Esta coletânea reúne alguns dos resultados das pesquisas desenvolvidas pela rede Antropo-Covid, uma rede de pesquisadoras/es em colaboração, de alcance nacional e multicêntrico, que esteve nos últimos quatro anos voltada para pensar, pesquisar e produzir sobre a pandemia de Covid-19 e os impactos sociais da crise sanitária e suas múltiplas dimensões e complexidade, a partir da perspectiva da antropologia da saúde. Daí também a ideia de pensar nas antropologias dessa pandemia, correspondendo o uso do plural à diversidade e pluralidade dos enfoques, abordagens e metodologias utilizadas nos diversos subprojetos que se desenvolveram e articularam essa rede.

SOBRE A REDE ANTROPO-COVID

A Rede Antropo-Covid reúne pesquisadoras de seis universidades brasileiras (UFPB, UFSC, UnB, UFAM, Unicentro/PR e UFPA), contemplando quatro regiões do país em torno do projeto de analisar as múltiplas dimensões e a complexidade dos impactos sociais da pandemia e contribuir na elaboração de respostas e políticas sociais dentro desse contexto. Partimos da ideia de que antropologia e a sociologia podem oferecer um conhecimento empírico e analítico que permitem tanto respostas imediatas e de curto termo às demandas sociais, governamentais e de gestão local, quanto diretrizes de longo prazo, que podem ser acionadas para novas crises sanitárias. A pandemia produziu efeitos não apenas no campo da saúde, mas atingiu todos os aspectos da vida social, evidenciando a importância de uma abordagem interdisciplinar. Nesse sentido, a Rede Antropo-Covid funcionou como um guarda-chuva de pesquisas coletivas e individuais, formada por grupos e pessoas com experiência no campo das ciências sociais da saúde, com um olhar para as interseccionalidades (gênero, classe, geração e raça), para a atuação do Estado e para as políticas públicas. Na bagagem do grupo, pesquisas sobre epidemias do passado e do presente, como o HIV/aids, a zika, e saúde mental, além de estudos sobre desigualdades e seus diversos impactos na saúde, nos levaram a acreditar que a contribuição das ciências sociais, embora muito pouco ou nada solicitada nos momentos iniciais da pandemia, era imprescindível para compreender e enfrentar a Covid-19 nos seus diversos contextos.

Um primeiro esforço nessa direção foi a realização, nos meses de junho a agosto de 2020, do curso livre “Antropologia, saúde e cuidados em tempos

de pandemia”, na Universidade Federal da Paraíba. Primeira experiência na modalidade “remota”, o curso foi ministrado por docentes da UFPB vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia e ao Grupessc. Ainda “no calor da hora”, utilizamos o espaço para refletir e começar a elaborar diversas questões que logo se tornariam eixos analíticos em futuras pesquisas – risco, cuidado, desigualdades sociais, saúde mental, políticas locais, morte e luto, Covid e outras pandemias. Preenchemos as 75 vagas ofertadas com pessoas interessadas de todo o país, e contamos com convidados/as de outras universidades que se dispuseram a dialogar conosco. Foi um momento de experimentação das novas possibilidades do “remoto”, de expansão dos nossos horizontes de trocas acadêmicas enquanto, paradoxalmente, nos mantínhamos encerrados em casa, em meio às angústias de vivenciar uma pandemia ameaçadora sob o governo Bolsonaro. Outras universidades e grupos de pesquisa estavam experimentando esses novos formatos. Foi um tempo de frenética proliferação de lives, webinários, mesas redondas que engajaram inúmeros pesquisadores em densas redes de interlocução.

Foi nesses primeiros meses que elaboramos o projeto intitulado *Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de Covid-19: análise social e diretrizes de ação e intervenção não farmacológica em populações em situação de vulnerabilidade e precariedade social*, com recursos geridos pela Fundação para o Desenvolvimento de Pernambuco (FADE/PE). Desenvolvido entre agosto de 2020 e dezembro de 2023, o projeto surgiu em torno de três eixos temáticos, com o objetivo geral de analisar os impactos sociais da pandemia de Covid-19 e as diferentes respostas em nível macro e micro: eixo 1 - impactos e respostas locais à pandemia; eixo 2 - saúde mental e sofrimento social; e eixo 3 - políticas e gestão pública do enfrentamento à pandemia.

A coordenação do projeto correu a cargo das professoras Sônia Weidner Maluf (UFSC, coordenadora geral), Mônica Franch (UFPB) e Soraya Fleischer (UnB). Participaram do projeto as/os docentes e pesquisadoras/es Ana Paula Müller (UNICENTRO), Ednalva Neves (UFPB), Érica Quinaglia (UnB e UFPA), Fátima Weis (UFAM), Luziana Silva (UFPB), Marcia Longhi (UFPB), Mirella Alves de Brito (UFSC), Rosamaria Giatti (UnB) e Pedro Nascimento (UFPB), além de mais de 50 discentes de graduação, mestrado e doutorado, 17 deles/as recebendo bolsa de graduação ou mestrado. Criávamos, deste modo, uma rede que inclui as regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste, formada por pesquisadoras/es em diferentes momentos da trajetória acadêmica, o que possibilitou trocas muito proveitosas em todos os sentidos.

A Rede Antropo-Covid foi mais do que um projeto institucional em rede de colaboração acadêmica e de financiamento voltado para a produção de conhecimento sobre a pandemia de Covid-19. Foi também um laboratório sobre como criar uma rede e como fazer antropologia em situações altamente excepcionais, do ponto de vista sanitário, social e político. Aplicativos de videochamadas foram fundamentais para as reuniões da equipe, para a realização de seminários internos e mesas redondas, além de serem o meio de celebrar defesas de teses, dissertações e monografias. O primeiro seminário interno do projeto, ocorrido nos dias 22 e 23 de outubro de 2020, foi a oportunidade para que docentes e discentes trocássemos nossos primeiros projetos de pesquisa, afinando no diálogo com colegas das outras instituições da rede nossas abordagens e problemáticas. Foram duas jornadas de intensas discussões, registradas em anais, que serviram, ademais, para que docentes e discentes das seis instituições envolvidas se conhecessem e iniciassem ou fortalecessem trocas que perduram até hoje.

Entre os vários desafios do projeto, as questões metodológicas tiveram um peso importante, sobretudo diante da impossibilidade ou restrição de pesquisas que implicassem contatos face a face, constitutivos da abordagem etnográfica. Por isso, o segundo seminário interno do projeto, celebrado nos dias 15 e 16 de julho de 2021, se debruçou sobre elas. Nas pesquisas, observamos formas criativas de uso da internet, das plataformas digitais e aplicativos de mensagens, mas também analisamos os limites da abordagem mediada por tecnologias e vimos a persistência da observação in loco em determinados contextos ou diante de certos grupos, com a presença dos novos artefatos pandêmicos (máscara, álcool gel, teste de covid) e uma constante gestão do risco de contágio, nos diferentes momentos da pandemia. Preocupações éticas conviveram com discussões sobre biossegurança nesse estágio da pesquisa e da pandemia.

Já o terceiro seminário interno do projeto ocorreu de modo presencial, em João Pessoa, nos dias 26 e 27 de setembro de 2023, e permitiu visibilizar os resultados de todas as pesquisas realizadas ao longo de dois anos de pandemia e antropologia, parte das quais estão representadas nesta coletânea.

Além dos seminários, organizamos diversos eventos públicos, entre eles quatro mesas-redondas online: *Negritudes e Covid-19; Gênero, trabalho e políticas sociais: experiências e estratégias em contexto pandêmico; Maternidades em tempos de Covid; Ciência e Covid-19*.

Registros de todas essas atividades, assim como os cadernos de resumos dos seminários internos podem ser consultados em nossas páginas na internet e nas redes sociais: <https://www.instagram.com/antropocovid/>

SOBRE A COLETÂNEA

Entre os objetivos das pesquisas representadas nesta coletânea, salientamos a importância de compreensão das respostas locais à pandemia, sobretudo entre grupos e sujeitos em situação de precariedade social, vulnerabilidade e risco. Somado a isso, foram fundamentais a cartografia e a análise crítica das políticas públicas e da atuação do Estado na pandemia e dos modos como as várias áreas do campo científico foram ou não acionadas na elaboração dessas políticas de enfrentamento. Por fim, observamos a centralidade que têm adquirido questões como saúde mental, sofrimento social e processos de aflição e perturbação, em meio a situações-limite de adoecimento e/ou morte.

A compreensão dos desdobramentos sociais da pandemia de covid-19 é fundamental para a elaboração de políticas públicas que levem em conta situações e contextos populacionais, sociais e culturais específicos e que levem também em consideração diferentes marcadores sociais da diferença, como gênero, classe, raça, geração, entre outros. Para tal, entendemos que a pesquisa etnográfica e qualitativa é um instrumento incontornável na abordagem das práticas sociais, das políticas públicas e dos conhecimentos científicos e saberes locais, tal como o campo da antropologia da saúde tem afirmado desde sua constituição na Antropologia brasileira.

Três partes compõem a presente obra.

Na primeira delas, são abordadas **experiências, narrativas e micropolíticas** da pandemia.

Em “Da prontidão à exaustão: a experiência entre tempos de mulheres trabalhadoras na crise da covid-19”, Mónica Franch, Ana Paula Marcelino da Silva, Maysa Carvalho de Souza e Vinícius Gabriel da Silva buscam apreender alguns aspectos do ordenamento social “em tempos de pandemia” justamente pela ótica das práticas e dos sentidos em torno do tempo. As autoras e o autor narram experiências de entrelaçamento entre o trabalho produtivo e reprodutivo em tempos de covid-19 a partir de três categorias de mulheres trabalhadoras: professoras de ensino básico que são também mães de crianças em idade escolar, mulheres que trabalharam na costura de máscaras artesanais na pandemia e enfermeiras que estiveram “na linha de frente”. Esse olhar comparativo aponta para um acirramento da perda do “tempo para si” e para experiências marcadas pela exaustão, pelo cansaço e pelo adoecimento.

Também em um recorte de gênero, Rosamaria Carneiro, em “Por dentro e a partir da casa pandêmica: gênero, trabalho e cuidado ao longo das gerações”,

parte da casa como espaço privilegiado para refletir sobre os usos do tempo e do espaço no cotidiano no Brasil e na Argentina de mulheres mães durante a pandemia de covid-19. Tida como um espaço muitas vezes feminino e mundo da reprodução, a “casa pandêmica” torna-se um lugar de todos a um só tempo e espaço, lugar de existência da família que deixa de circular. Atenta para a vida protagonizada por mulheres mães e trabalhadoras de camadas médias, a autora toma a radicalidade do presente pandêmico como ponto de partida para discutir sobre o passado e armadilhas futuras de atuais modelos de maternagem.

Já Ana Paula Müller de Andrade, em “Das políticas locais: coletivos de cuidados e atenção psicossocial entre usuárias/os de serviços de saúde mental durante a pandemia de covid-19”, discute as estratégias locais de enfrentamento à pandemia produzidas por usuárias/os de serviços de saúde mental e reconhecidas por meio de um trabalho etnográfico desenvolvido de modo remoto mediante entrevistas individuais e observação participante em grupos de ajuda mútua e organização política, bem como em eventos públicos, registrados em diário de campo. Essas iniciativas singulares e coletivas ampliaram as possibilidades de enfrentamento não só à crise sanitária, mas também àquela decorrente do desmonte da política pública de saúde mental, constituindo-se, assim, como políticas locais ou micro-políticas antimanicomiais.

Igualmente em uma abordagem da saúde mental, mas especificamente dos Tupinambá, Amanda Silva Rodrigues, em “Saúde mental, agenciamentos e povos indígenas: apontamentos sobre a pandemia de covid-19 entre os Tupinambá de Olivença”, busca conhecer os itinerários terapêuticos desses indígenas, os manejos e as articulações no enfrentamento a quadros, como tentativas de suicídio, suicídio, depressão, uso abusivo de álcool e de outras drogas. Especificamente diante do cenário de enfrentamento à pandemia de covid-19, a autora mostra a capacidade inventiva e os agenciamentos tecidos pelos Tupinambá, que têm intensificado o uso de estratégias para enfrentar esses problemas em saúde mental, tais como a construção e o aprimoramento de parcerias com universidades públicas e privadas e o fortalecimento de movimentos empreendidos pela juventude indígena das aldeias.

Por sua vez, Geissy dos Reis Ferreira de Oliveira, em “De faltas e cuidados, ‘aberturas’ e ‘fechamentos’: experiências de adoecimento pela covid-19 narradas por Amanda e Ruanna”, aporta as experiências narradas de adoecimento pela covid-19 de duas interlocutoras de pesquisa residentes da cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba/Brasil. A autora busca compreender localmente o adoeci-

mento pela covid-19 e a própria covid-19 por meio dessas narrativas, que estão inseridas no contexto da experiência pública da doença e da pandemia no Brasil.

Finalmente, Érica Quinaglia Silva e Rafael Pavie Frejat, em “‘Estou vivo ou estou morto?’: interface entre saúde e espiritualidade no contexto pandêmico”, também buscam conhecer algumas das estratégias de enfrentamento à emergência de saúde pública trazida pela covid-19, desta vez de profissionais da saúde que atuaram no contexto pandêmico. A autora e o autor intentam compreender os efeitos do novo coronavírus sobre as dimensões física, emocional, social e espiritual da saúde e sobre as próprias concepções de vida e morte.

Na segunda parte, são abordados **políticas públicas, serviços e instituições** envolvidos no enfrentamento à covid-19.

Em “‘Lá vem a onda!’: notas etnográficas sobre os impactos da pandemia de covid-19 na atenção básica e na política de HIV/Aids em Rio Tinto/PB”, Luziana Marques da Fonseca Silva, Francisco Paulino de Oliveira Neto e Gabriel Cavalcante Bueno de Moraes partem da metáfora “onda”, que se refere a situações de aumento de casos de covid-19, e seu alargamento, os “barcos à deriva” nesses distintos momentos da pandemia, para analisar cenários sobre a descentralização da resposta ao HIV/Aids na atenção básica na cidade de Rio Tinto, no estado da Paraíba/Brasil, no início e no contexto mais recente da pandemia de covid-19. A etnografia realizada entre 2020 e 2022 aponta para as dificuldades e os desafios vivenciados por gestores, coordenadores e usuáries/os dos serviços para responder à crise sanitária devido à falta de repasses por parte do governo federal para a atenção básica e, ainda, os impactos nas demandas relativas a outras condições de saúde, como as ações em HIV/Aids nas Unidades Básicas de Saúde.

Ana Paula Marcelino da Silva e Márcia Reis Longhi, em “A pessoa idosa e suas múltiplas facetas durante o período pandêmico”, mostram a distribuição desigual do sofrimento e do cuidado entre “grupos de risco”, terminologia atribuída ao longo da história a pessoas com HIV/Aids e que passou a ser associada às pessoas idosas na pandemia. As autoras evidenciam as diversas facetas incorporadas pela pessoa idosa ao longo de dois anos de pandemia: a variabilidade etária da própria categoria “idosos”, as políticas públicas existentes no âmbito da seguridade social, além de recomendações sanitárias específicas para esse grupo, como a prioridade na vacinação e o isolamento social.

Heloisa Wanick e Ednalva Maciel Neves, em “Das informações epidemiológicas às políticas, ou ausência delas, no enfrentamento às situações de suicídio: anotações arriscadas sobre suicídios a partir da pandemia em João

Pessoa/PB, Brasil”, abordam a inércia do Estado no enfrentamento ao anúncio (e à ocorrência) de uma onda de tentativas de suicídio e de suicídios em meio às várias ondas de adoecimento e morte por covid-19, especificamente em João Pessoa, no estado da Paraíba/Brasil. Passados os dois primeiros anos de pandemia, as autoras mostram que as ondas se mantêm no patamar de uma maré alta, apesar dessa inércia na efetiva promoção de políticas e ações em saúde em prol do enfrentamento ao suicídio.

Também em uma cartografia da atuação do Estado, Pedro Nascimento, Amanda Gioriatti Lunkes e Vitória Mamede, em “Vicissitudes do Auxílio Emergencial”, mostram as repercussões da implementação do Auxílio Emergencial na pandemia por meio de uma pesquisa realizada junto a gestores e técnicos da Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social em Rio Tinto, no estado da Paraíba/Brasil, e a sujeitos que buscaram esse programa de transferência de renda. O autor e as autoras evidenciam os dilemas da gestão da pobreza no país, incluindo uma gramática da forma de se lidar com os pobres, em um contexto de acirramento da pobreza.

Em outra frente das ações do Estado, Fábio Leite de Carvalho, em “Pacto pelo encarceramento: prisões brasileiras e a pandemia de covid-19”, examina os impactos da covid-19 no sistema carcerário brasileiro. Apesar da guerra de narrativas entre autoridades de esferas diversas, o autor mostra que houve um consenso entre os governos federal e estaduais sobre o que fazer nas prisões: suspender imediata e completamente as visitas de familiares, ignorar recomendações do Conselho Nacional de Justiça para diminuir o excedente de indivíduos no superlotado sistema prisional e negligenciar a promoção de medidas compensatórias para mitigar a ampliação do isolamento social já experimentado pelos encarcerados.

Finalmente, Danielle Ferreira Medeiro da Silva de Araújo, Júlia Tôres Barbosa e Milena Sasha Santos Batista, em “Análise das reconfigurações da agenda de cuidado na Argentina e no Brasil: um olhar a partir da pandemia de covid-19”, apresentam pesquisas na Argentina e no Brasil concernentes aos impactos da pandemia sobre mulheres mães. As autoras apontam para mudanças que têm surgido nesses países em prol de uma agenda pública de cuidado.

Por fim, a terceira parte desta obra aborda o tema das **ciências, saberes e técnicas**.

Em “O discurso da desinformação e as formas de produzir risco no contexto da pandemia de covid-19”, Ana Maria Guedes do Nascimento e Ednalva Maciel Neves questionam qual foi o lugar do conhecimento e da noção de risco no contexto das ações e estratégias de gestão da crise sanitária no Brasil.

As autoras desvelam como o discurso sobre o risco de adoecer e morrer por covid-19 produzido pela cúpula do poder executivo constituiu-se como um discurso da desinformação, cuja ação política centrava-se em apagar medidas de proteção à vida em favor da economia neoliberal.

Claudia Fonseca, Soraya Fleischer e Ana Paula Jacob, em “Vulnerabilidades com e para além da pandemia: deficiência e covid-19 no Brasil”, propõem igualmente considerar como a liderança política dúbia do ex-presidente Jair Bolsonaro se encaixa nos programas de austeridade neoliberal da última década e nos cortes orçamentários para produzir uma calamidade nacional, na qual uma das populações mais desfavorecidas, tornadas particularmente vulneráveis por esse vírus, são as pessoas com deficiência. As autoras defendem que a preocupação humanitária decorrente da catástrofe vivenciada com a pandemia de covid-19 deve servir de gatilho para repensar “tempos normais”, nos quais governos nacionais têm de manter responsabilidade de investimentos imediatos nas infraestruturas necessárias para construir as bases de uma saúde plena, equitativa e de longa duração para toda a população.

Também Sônia Weidner Maluf, em “Ciência com asas: dilemas do campo científico em tempos de pandemia”, reflete sobre os dilemas colocados para o campo científico e a atuação de uma certa retórica científica no espaço público durante a pandemia de covid-19 no Brasil, sobretudo diante de um contexto de explosão midiática de informações distorcidas, falsas, e do uso político do chamado negacionismo. A autora argumenta que, à afirmação de uma verdade midiática, que pregou, entre outras medidas, o tratamento precoce, o perigo das vacinas, a inutilidade do isolamento social e o uso do kit covid, se contrapôs outra verdade, a científica, que se apresentou (no embate público) como irrefutável, deixando de lado os princípios centrais do procedimento científico, sobretudo aqueles que se referem à importância de se produzir perguntas e explorar os diferentes caminhos para respondê-las.

Ana Claudia Knih de Camargo, em “Dinâmicas de cuidado, medicamentos e substâncias farmacológicas: considerações antropológicas a respeito da experiência de uma família ‘de Zika’ em Goiânia durante a pandemia da covid-19”, apresenta Thalia e suas filhas para discutir o uso de estratégias farmacêuticas para lidar com as dificuldades do cotidiano de cuidado intenso de uma criança “de Zika” na pandemia de covid-19 em Goiânia, no estado de Goiás/Brasil. Saberes convertem-se em fazeres que podem trazer impactos prolongados para a saúde física e mental de determinados grupos sociais, como as mães “de Zika”. A autora mostra como o uso contínuo de medicações

tornou-se uma resposta para as aflições advindas do isolamento social, mas também das dificuldades estruturais no acesso à saúde de famílias “de Zika”.

Por sua vez, ainda em um recorte de gênero, Daiana Maria Santos de Sousa Silva, em “Tomada de decisão médica no pós-aborto de primeiro trimestre: uma reflexão epidemiológica no contexto da covid-19”, mostra o impacto da pandemia na assistência ao esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre em dois hospitais públicos do Distrito Federal. Em seu estudo, a autora identifica que em nenhum dos hospitais a conduta expectante, técnica que evitaria internação hospitalar e aglomeração de mulheres, foi eleita como conduta clínica. Ainda, em um desses hospitais, houve prevalência da técnica de dilatação e curetagem, justamente aquela que requer internação hospitalar mais prolongada, se comparada com a Aspiração Manual Intrauterina, e, portanto, manutenção de mulheres em local de alto risco de contaminação, o hospital. A autora afirma que durante a emergência de saúde pública ocasionada pela covid-19 houve um resfriamento da atenção e do cuidado da saúde reprodutiva das mulheres.

Finalmente, como resistência ao plano genocida e epistemicida da desinformação e do ódio, em que a sabedoria popular se coloca a serviço da manutenção da vida, pela garantia do direito de viver, George Luiz Nêris Caetano e Rosamaria Giatti Carneiro, em “Cuidanças não farmacológicas: a travessia de uma terapeuta popular pela sindemia de covid-19”, compartilham as experiências e vivências de e com uma terapeuta popular durante a pandemia de covid-19 em Ceilândia, no Distrito Federal/Brasil, e refletem sobre os seus saberes-fazer-práticas terapêuticos populares.

Esperamos que o conhecimento empírico e analítico da antropologia da saúde representado pelas pesquisas apresentadas nesta coletânea traga uma maior visibilidade das práticas locais de diferentes populações e seus modos de enfrentamento à pandemia e a outras questões de adoecimento e sofrimento social. Também esperamos que estas produções contribuam para a análise crítica das políticas públicas e para a elaboração de diretrizes e propostas de ação que integrem os programas governamentais no enfrentamento a esta e a novas crises sanitárias, assim como para a reflexão sobre a atuação do campo científico e sobre os limites de respostas que não levem em consideração a abordagem social das epidemias.

Parte I

EXPERIÊNCIAS, NARRATIVAS E MICROPOLÍTICAS

DA PRONTIDÃO À EXAUSTÃO:

A EXPERIÊNCIA ENTRE TEMPOS DE MULHERES TRABALHADORAS NA CRISE DA COVID-19

Mónica Franch

Ana Paula Marcelino da Silva

Maysa Carvalho de Souza

Vinícius Gabriel da Silva

A expressão “em tempos de pandemia” pode ser facilmente encontrada nos títulos de artigos acadêmicos produzidos no marco da pandemia da Covid-19. Em geral, a expressão “em tempos de” assinala um período diferenciado em relação ao curso normal da vida social, ao passo que mantém a imprecisão necessária diante de uma experiência em curso e de difícil enquadramento temporal. Neste sentido, a definição da Covid-19 como um “evento crítico”, extraída das ideias de Veena Das (2020), tem sido frequentemente acionada para destacar o caráter disruptivo da pandemia, com efeitos que ultrapassam os aspectos diretamente ligados ao adoecimento e morte de pessoas, em decorrência da doença provocada pelo Sars-Cov-2.

Alguns trabalhos que abordaram (direta ou indiretamente) a experiência social do tempo na pandemia da Covid-19 chamaram a atenção até agora para: a coetaneidade da experiência da Covid-19, de como afeta nossas vivências e nos convida a uma “antropologia das urgências” (MALUF, 2021); a suspensão do cotidiano nos primeiros meses após a declaração da pandemia, marcada por medidas de distanciamento social (*lockdown*), que criaram um tempo de

esperas (ANDITS, 2020; ARAÚJO, 2020); as diferenças de gênero na organização do tempo cotidiano (CASTAÑEDA-RENTERÍA, 2020; CARNEIRO; MÜLLER, 2020); a intensificação do trabalho a partir das modalidades de *home office* e de uma maior utilização das tecnologias de informação e comunicação (ARAÚJO, 2020; SEGATA, 2020); o aprofundamento das incertezas e a consciência da finitude (DAS, 2020); as fases e os tempos da pandemia, o fim da pandemia e o pós-pandêmico (BLANCO; SACRAMENTO, 2021), entre outros possíveis assuntos.

Neste capítulo, buscamos apreender alguns aspectos do ordenamento social “em tempos de Covid” justamente pela ótica das práticas e dos sentidos em torno do tempo, principalmente em sua dimensão cotidiana e desde uma perspectiva de gênero. Para isso, nos centramos nas experiências de entrelaçamento entre o trabalho produtivo e reprodutivo durante a pandemia de Covid-19 a partir de três categorias de mulheres trabalhadoras: professoras de ensino básico e que são também mães de crianças pequenas; mulheres que trabalharam na costura de máscaras artesanais; e enfermeiras que estiveram “na linha de frente”, no auge da pandemia. A escolha desses três grupos de mulheres, investigados no marco do projeto *Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de Covid-19: análise social e diretrizes de ação e intervenção não farmacológica em populações em situação de vulnerabilidade e precariedade social*¹, respondia a uma hipótese central: a de que as trabalhadoras seriam um grupo especialmente afetado pela situação pandêmica e que, portanto, seria importante conhecer a forma como a pandemia modificou suas práticas cotidianas (profissionais e domésticas) e o modo como responderam a essa situação.

A situação especial que as mulheres trabalhadoras ocuparam na pandemia de Covid-19 no Brasil responde a três motivos entrelaçados: a) o tipo de trabalho que desenvolvem, muitas vezes voltado ao *cuidado*, que as colocou na “linha de frente” do combate à pandemia (BLANC; LOUGIER; MOLINIER, 2020); b) sua inserção desigual no mercado de trabalho, que aprofundou as situações de desemprego e de precariedade, principalmente (mas não apenas) entre as mulheres negras (BARBOSA; COSTA; HECKSHER, 2021); c)

1 Pesquisa coordenada pelas professoras Sônia Maluf (coordenadora geral), Mónica Franch e Soraya Fleischer (coordenadoras adjuntas), com sede na Universidade Federal da Paraíba, e participação das seguintes universidades: Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Pará, Universidade de Brasília, Universidade Federal do Amazonas e Unicentro. Para maiores detalhes, conferir a Apresentação desta coletânea.

o acirramento das contradições básicas entre os tempos para o trabalho produtivo e reprodutivo provocado pela pandemia, que também recaiu com maior intensidade sobre as mulheres – socialmente responsabilizadas pelo grosso do trabalho reprodutivo (CARNEIRO; MÜLLER, 2020).

Deste modo, a proposta deste capítulo é a de entender melhor o entrelaçamento do trabalho produtivo e reprodutivo na pandemia a partir da experiência do tempo das mulheres trabalhadoras durante o primeiro ano e meio da pandemia de Covid-19. O recorte proposto parte da compreensão de que o tempo é uma “categoria síntese” (TABBONI, 2006), capaz de revelar, de forma privilegiada, as contradições estruturais e as conjunturas específicas que deram forma às várias pandemias experienciadas por diversos grupos sociais em seus contextos específicos de vida. Mais precisamente, partimos dos seguintes questionamentos: de que maneira a gestão e a vivência do tempo das mulheres trabalhadoras foram afetadas pelo “evento crítico” provocado pela Covid-19? De que modo se articularam o tempo produtivo e o reprodutivo, sobretudo a partir das medidas de isolamento social adotadas inicialmente para mitigar a pandemia, com inserções diferentes no mercado de trabalho (formal, informal e semiformal) e tipos diferentes de atividades, com reconhecimento social e econômico também diferenciado? Além de dialogar com essas questões, buscamos compreender possíveis impactos na saúde das trabalhadoras decorrentes da “generificação” da resposta à Covid-19, prestando especial atenção às intersecções entre raça, classe e idade, além de gênero, e o modo como elas se relacionaram com possíveis transformações na relação com o tempo. O mote central do capítulo (*da prontidão à exaustão*) permite pensar o modo como os tempos, os corpos e as habilidades das mulheres foram apropriados em diversas “linhas de frente”, frequentemente invisibilizadas e desvalorizadas, e os efeitos desse esforço na vida e na saúde das mulheres trabalhadoras durante a pandemia da Covid-19.

TEMPO, GÊNERO E PANDEMIA: ENTRELAÇAMENTOS INICIAIS

Para nossa reflexão, tomamos como ponto de partida a ideia de que o tempo é uma instituição reguladora da experiência social (ELIAS, 1998), que tensiona no cotidiano os horários, as responsabilidades e as regras (ÁVILA, 2010). Ao falarmos do tempo enquanto instância social, assumimos que ele é qualitativo, relativo e resultado de convenções arbitrárias, e que possui

dimensões objetivas ou, melhor, objetivadas, bem como dimensões subjetivas, ademais de estar perpassado por relações de poder (FRANCH, 2008, p. 24). Para compreender o modo como a pandemia afeta diferencialmente a organização do tempo das mulheres e, dentre elas, das mulheres trabalhadoras que integraram nossas pesquisas, é preciso apresentar, mesmo que brevemente, como tempo e gênero se articulam no marco das sociedades capitalistas. Para isso, tomamos como base teorias que discutem a formação das esferas pública e privada, do trabalho produtivo e reprodutivo, a partir da divisão sexual do trabalho:

A divisão sexual do trabalho tem por características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva, como também, simultaneamente, a captação pelos homens das funções com forte valor social agregado (políticos, religiosos, militares etc.). Esta forma de divisão social tem dois princípios organizadores: o princípio da separação (há trabalhos de homem e trabalhos de mulher) e o princípio hierárquico (um trabalho de homem “vale” mais que um trabalho de mulher). (KERGOAT, 2001, p. 89 *apud* ÁVILA, 2010, p. 2).

Afora o fato de haver “trabalhos de homem” e “trabalhos de mulher”, valorizados diferentemente, a divisão sexual do trabalho nos ajuda a compreender o modo como as tarefas ligadas à esfera doméstica e ao cuidado, quando não remuneradas, recaem quase exclusivamente nas mulheres. Isso não significa dizer, entretanto, que as esferas produtiva e reprodutiva estejam totalmente separadas, antes, é preciso compreendê-las de forma articulada e indissociável, uma vez que as relações de gênero estão presentes tanto na esfera doméstica quanto na esfera laboral, apoiando-se e reforçando-se mutuamente.

Um primeiro aspecto a se considerar nesta discussão é que o tempo, em sua dimensão quantitativa, mensurável pelo número de horas dedicadas a uma determinada tarefa, tem sido um indicador internacionalmente reconhecido para dimensionar desigualdades de gênero e um critério utilizado para a proposição de políticas públicas de gênero. Pesquisas sobre os Usos do Tempo, impulsionadas a partir da Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995, têm contribuído a dar uma medida concreta à enorme decalagem existente entre homens e mulheres quanto às horas dedicadas ao trabalho reprodutivo, que engloba o trabalho doméstico e o de

cuidado² (BARAJAS, 2016; ESQUIVEL, 2012). Uma maior dedicação de tempo por parte das mulheres a esse tipo de tarefas, resultado de uma atribuição social em uma sociedade que invisibiliza e desvaloriza o trabalho reprodutivo, gera impactos evidentes em suas vidas, dando-lhes menos tempo para sua formação, descanso, lazer e para concorrer em igualdade de condições com os homens no mercado de trabalho. Por outro lado, um olhar para outros marcadores sociais da diferença complexifica esse cenário, trazendo os piores indicadores para as mulheres negras e pobres, que são, muitas vezes, as responsáveis também pelo trabalho doméstico e de cuidado remunerado. Nesse cenário, pesquisas que dimensionam a “pobreza de tempo” em sua relação com as desigualdades de gênero, assumem relevância ao chamar a atenção para os muitos efeitos negativos da situação de ter o tempo tomado integralmente (ABRAMO; VALENZUELA, 2016).

Quantificar essa diferença é necessário, mas não suficiente³, até porque a própria natureza das atividades domésticas e, sobretudo, das atividades ligadas ao cuidado, as torna frequentemente pouco afeitas a um tratamento quantitativo – as mulheres podem até estar no seu tempo de trabalho produtivo e simultaneamente gestionar a organização doméstica, ocasionando uma constante “carga mental” (HARICAULT, 1984 *apud* CASTRO; CHAGURI, 2020). E isso porque as lógicas que regem o tempo do trabalho produtivo e o tempo do trabalho reprodutivo são distintas. O primeiro se rege por “uma lógica diacrônica, linear e facilmente tornada objetiva mediante o sistema de horário, enquanto o segundo se move em uma lógica sincrônica, difícil de precisar sem a percepção subjetiva da experiência vivida cotidianamente e com uma descontinuidade só visível através do ciclo de vida feminino” (TORNS, 2002, p. 138, *apud* ÁVILA, 2010, p. 4). Adotar uma perspectiva de gênero sobre o tempo implica, portanto, dar visibilidade a essas diferentes lógicas, ao modo como elas se entrecruzam, bem como questionar as hierarquias existentes entre tempo produtivo e tempo reprodutivo, que condenam sistematicamente o segundo à desvalorização e à invisibilização.

2 “El trabajo doméstico y de cuidados no remunerado es ‘trabajo’ porque su realización tiene un costo desde el punto de vista del tiempo y la energía; es “doméstico” porque se realiza fuera de la esfera mercantil y emerge de obligaciones sociales o contractuales, como el matrimonio u otras relaciones sociales; es de “cuidados” porque contribuye al bienestar de las personas; y es “no remunerado” porque no se recibe un pago a cambio” (ESQUIVEL, 2012, p. 31).

3 Para uma crítica às limitações das pesquisas dos Usos do Tempo, ver Bandeira e Preturlan (2016).

Além disso, de um ponto de vista socioantropológico, interessam também as dimensões subjetivas e intersubjetivas dessa articulação entre tempo e gênero, e seus efeitos para a vida e a saúde das mulheres que experimentam diuturnamente uma sobrecarga mental e física de trabalho remunerado e não remunerado. Neste sentido, entendemos o “cansaço”, relacionado à pobreza de tempo, como uma possível categoria reveladora de como as desigualdades de gênero nos usos do tempo se corporificam, gerando efeitos deletérios na saúde e bem-estar das mulheres. Em seu artigo, Rosamaria Carneiro (2021) traz o “cansaço” como uma categoria êmica mobilizada por mulheres de camadas médias no pós-parto para discorrer o modo como as novas exigências da “maternidade com apego” se desdobram em experiências de exaustão física e mental para elas, podendo, inclusive, serem apreendidas sob a categoria diagnóstica de *burnout*. Embora centrado em uma experiência socialmente localizada (mulheres de camadas médias), o argumento da autora nos convida a compreender a articulação entre tempo, corpo e gênero no modo como o trabalho produtivo e o reprodutivo se organizam na sociedade. Como afirma Haicault (1984, p. 270), o corpo das mulheres ocupa um papel de mediação entre as esferas compreendidas como pública e privada, guardando na memória e atualizando constantemente habilidades de gestão da vida prática entre ambas. Entendemos que, no auge da crise sanitária decorrente da Covid-19, os tempos, os corpos e as habilidades das mulheres, incluindo as mulheres trabalhadoras, foram especialmente solicitados tanto na esfera pública quanto na privada, agravando as tensões existentes na gestão cotidiana dos distintos tempos.

As medidas de isolamento social adotadas no começo da pandemia, que levaram ao fechamento de escolas, creches e universidades, e ao deslocamento para o espaço doméstico daquelas modalidades de trabalho que podiam ser feitas em *home office*, significaram, para muitas mulheres, mais uma volta no parafuso, afetando negativamente a já difícil tarefa de conciliar tempos e obrigações. Algumas categorias ganharam evidência nesse momento, como as mulheres mães acadêmicas (CARNEIRO; MÜLLER, 2020) e as profissionais de saúde (CANAVEZ; PEIXOTO; LUSCINSKI, 2021). As primeiras permitiram problematizar o peso do ordinário a partir da vivência de um extraordinário que exacerba a contradição principal entre capital e cuidado (FRASER, 2020), enquanto que as segundas nos fizeram lembrar que, em toda a epidemia, são as mulheres as que exercem o cuidado dos doentes, além de terem que cuidar de sua própria proteção e adoecimento, e ainda por destacar a dimensão racial no cuidado (SILVA, A. C., 2022).

Neste sentido, é importante lembrar que a dimensão do cuidado (LONGHI, 2018), remunerado e não remunerado, se mostrou fundamental em outras epidemias, colocando as mulheres em situação tanto de protagonismo quanto de vulnerabilidade. E isso pudemos observar no caso do HIV/AIDS e da “triple ameaça” às mulheres (O’LEARY; CHENEY, 1993), do ebola, com destaque ao “cuidado perigoso” (PIMENTA, 2019), e mais recentemente, na epidemia de Síndrome Congênita do Zika Vírus e seus efeitos na vida das mulheres mães de crianças portadoras, que incluem o “cansaço” como uma das manifestações da generificação do cuidado (ALVES, 2020), entre muitos outros.

NOTA METODOLÓGICA

As três pesquisas que vêm ao auxílio do debate aqui proposto foram realizadas entre 2020 e 2021, e estiveram marcadas pelas necessidades de adaptação ao cenário pandêmico. Conforme assinalado na introdução, o aspecto em comum entre as três foi o fato de se debruçarem sobre mulheres trabalhadoras, com o objetivo de observar o impacto da pandemia em seus cotidianos no trabalho remunerado e no trabalho doméstico. Um aspecto a destacar é a diversidade de situações e condições de realização laboral durante a pandemia: as enfermeiras e as professoras integram o mercado formal de trabalho e as costureiras fazem parte do mercado informal. As costureiras realizaram sua atividade remunerada principalmente em seus domicílios, onde muitas já trabalhavam antes da pandemia, enquanto que as enfermeiras continuaram trabalhando nos serviços de saúde e as professoras tiveram um primeiro momento de *home office* e um segundo de retorno às escolas, quando precisaram se adaptar à modalidade híbrida de ensino (alunos em sala e em casa). Essas situações serão discutidas mais detalhadamente nas páginas seguintes.

No que se refere ao desenho de cada estudo em particular, na pesquisa com as professoras mães (SILVA, V., 2022), foram entrevistadas cinco professoras da cidade de João Pessoa-PB, todas de escolas particulares. No conjunto, suas idades variavam entre 27 e 39 anos, e se consideravam brancas ou pardas e de classe média baixa. O pesquisador teve contato com as interlocutoras por meio da técnica da bola de neve (VINUTO, 2014), facilitada pelo fato de ele ser também professor e participar de grupos de WhatsApp para docentes no estado da Paraíba. As entrevistas foram realizadas exclusivamente pelo Google Meet, com duração média de 30 a 40 minutos, e foram feitas, em sua maioria, no período noturno ou nos sábados. Todas apresentam pausas

porque as entrevistadas precisavam atender às demandas dos filhos, como responder perguntas, preparar lanches, colocar um vídeo no Youtube ou algum jogo no celular, explicar o motivo de estar no computador, pedir para fazer silêncio, entre outros afazeres.

Na pesquisa realizada com as costureiras que produziram máscaras (SOUZA, 2022), devido a contratempos do cotidiano, como a indisponibilidade ou o adoecimento delas ou das pessoas que moravam com elas, apenas quatro entrevistas foram concretizadas. A aproximação com elas ocorreu por meio da indicação de pessoas que haviam comprado suas máscaras e através da metodologia da bola de neve (VINUTO, 2014). As participantes dessa pesquisa foram mulheres pretas e pardas, entre 40 e 78 anos de idade (no período das entrevistas), residentes em João Pessoa, capital da Paraíba, e em cidades metropolitanas (Bayeux e Santa Rita). De forma híbrida, alternando entre o *on-line* e o presencial, foram realizadas entrevistas semiestruturadas na casa das interlocutoras ou na plataforma do Google Meet. Em ambos os casos, foi solicitada a possibilidade de registrar em áudio todo o diálogo e de fotografar as máscaras, os instrumentos de trabalho e o local na casa que abrigava o espaço laboral.

Com relação à pesquisa desenvolvida com as profissionais de enfermagem (SILVA, A. P., 2022), o contato com elas foi feito via WhatsApp, por meio de uma indicação inicial e depois pelas colegas de trabalho. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito profissionais de enfermagem, dentre as quais quatro eram mulheres entre 25 e 42 anos, técnicas na rede pública da cidade de João Pessoa/PB, e três eram enfermeiras, sendo duas mulheres (uma na rede pública federal e outra na privada) e um homem, que também era professor universitário e trabalhava na rede pública de saúde, todos entre 27 e 43 anos. As entrevistas foram realizadas na plataforma do Google Meet e gravadas mediante consentimento. Algumas vezes as entrevistas foram adiadas devido a plantões não programados ou então pelo cansaço físico e mental das interlocutoras. A emoção ao se lembrarem dos tempos críticos da pandemia, o cansaço e a revolta com a situação sanitária e política do Brasil permearam perceptivelmente suas falas, ainda que a conversa tenha ocorrido de forma remota.

EM HOME OFFICE: AS PROFESSORAS MÃES E O ENSINO REMOTO

A primeira das pesquisas que discutiremos foi realizada com professoras de ensino básico em escolas particulares, que partilhavam a circunstância de serem também mães de crianças pequenas (SILVA, V., 2022). Se todas as

esferas da vida social se encontraram em dificuldades devido à pandemia, os impactos sobre cada setor apresentaram especificidades e foram regidos por normativas diferentes, que variavam de estado para estado, modificando-se ao longo do tempo. Nesse contexto, durante todo o ano de 2020, em diversos estados brasileiros, se definiu que as aulas para o ensino básico iriam ocorrer de forma remota ou semipresencial, recomendando-se a entrega de apostilas, de aulas *on-line* e de outros meios que não acarretassem aglomerações de pessoas, tendo em vista que, no funcionamento de uma escola, há interações de diversos sujeitos (alunos, professores e equipe pedagógica), na maior parte em espaços fechados e por um tempo prolongado, o que favorece o contágio pelo Sars-Cov-2. No Brasil, a maioria dos profissionais no ensino básico (ensino infantil e ensino fundamental, nos anos iniciais e finais) são mulheres que, no contexto da pandemia, tiveram que rapidamente se adequar ao modelo remoto de aula. Essa realidade impactou ainda mais as professoras mães de filhos pequenos que, além de terem que se adaptar às novas práticas de ensino, precisaram dar conta dos cuidados com as crianças de forma simultânea e no mesmo espaço físico (a casa) onde passaram a desenvolver suas atividades profissionais, enquanto vivenciavam a pandemia em seu sentido mais amplo – o medo de adoecer, a eventual experiência de adoecimento próprio e de familiares, e até de possíveis perdas.

Uma parte importante do relato das professoras entrevistadas trouxe a experiência dos primeiros tempos após o decreto estadual nº 40.122, de 13 de março de 2020. Naquele momento, ainda na expectativa do modo como a recém-declarada crise sanitária iria se desenrolar, os professores das escolas públicas e privadas da Paraíba entraram em férias. Todavia, esse momento de espera foi rapidamente superado e, já no mês de abril de 2020, as escolas demandaram de seus professores e professoras a transição ao modo remoto de aula. As escolas públicas e privadas se diferenciam nesse processo, pois as primeiras, pelo fato de dependerem das mensalidades dos pais dos alunos, foram forçadas a assumir rapidamente uma aparência de normalidade, repassando a responsabilidade diante das novas tecnologias educativas aos professores e professoras. Essa transição trouxe consigo uma intensificação do trabalho um maior investimento de tempo na preparação das aulas e uma indistinção dos tempos de trabalho e dos tempos de não trabalho, que não reverteu, obviamente, em uma maior recompensa financeira. Desta forma, sem ser um aspecto importante no início da investigação, o tempo foi se mostrando como uma categoria crucial para pensarmos a experiência das professoras entrevistadas no contexto pandêmico.

Com raríssimas exceções, uma reclamação comum entre elas foi o pouco apoio que tiveram por parte das escolas para se prepararem para a mudança do trabalho presencial ao trabalho remoto. Uma das entrevistadas, a professora Maysa⁴, que trabalhava em cinco escolas particulares situadas em bairros periféricos de João Pessoa (situação, em si, reveladora da precariedade laboral em que se encontrava), chamou a atenção para o silêncio das escolas diante da emergência sanitária, para a falta de apoio na transição digital e para a redução salarial, ao mesmo tempo que também reconheceu a exigência que a própria instituição passou a enfrentar:

“O governo decretou isolamento e as escolas ficaram sem dizer como seria (perdições). Depois de uns 15 dias, fomos informados que estávamos de férias e silêncio total das escolas. [...] houve redução de 50% no salário e um aumento na carga horária para 24 h/dia (com alunos mandando msg pelo WhatsApp, e-mail, ligando até de madrugada)... Optei por pedir desligamento, pois o valor não compensava tanta demanda, e as aulas nas escolas voltaram de forma ‘SE VIRE’. As aulas estavam para regressar na segunda e foi feita reunião dias antes... mais precisamente no sábado e anunciaram que o retorno seria na segunda e que queriam aulas gravadas e ao vivo... sem nenhum treinamento... nenhum aviso antes para nós programarmos nem uns dias depois do anúncio para nos ajustarmos”. (Maysa, transcrição de áudio, 2021).

Em meio à pandemia da Covid-19, uma nova dinâmica no cotidiano precisou ser ajustada para que as professoras pudessem desempenhar suas atividades. Planejamento de aulas, reuniões frequentes em formato remoto com a direção das escolas, aulas remotas, contato com alunos e pais por meio das redes sociais e aplicativos de mensagens. A correção de trabalhos e provas precisou conviver simultaneamente, e no mesmo espaço (a casa), com o cuidado com os filhos, o auxílio a aqueles que também estavam em aulas remotas e as tarefas domésticas, redobradas por cuidados higiênicos que mais adiante se mostrariam desnecessários, como higienizar as compras, lavar as próprias roupas ao voltar da rua etc. Afora os cuidados com a possível contaminação de objetos e roupas, as tarefas domésticas também se viram intensificadas pelo trabalho prático que a estratégia do “fique em casa”

4 Todos os nomes deste capítulo são fictícios.

terminou exigindo: com as crianças, os maridos e também outros parentes dentro de casa, coube principalmente às mulheres fazer comida, lavar roupa e manter a casa limpa, tudo sem contar com equipamentos sociais (escolas e creches) ou apoios (remunerados ou não) do período pré-pandêmico⁵.

Entre as novas atribuições profissionais, houve: o desafio de aprender a usar ferramentas tecnológicas até então pouco utilizadas, que não foi contabilizado nem remunerado; a exigência de gravar aulas ou transmiti-las em tempo real; as mudanças qualitativas da atividade do ensino, que causaram cansaço e frustração; a procura dos pais e alunos pelos professores através das redes sociais (Instagram e WhatsApp) em qualquer momento do dia e da noite; o aumento na carga do trabalho em detrimento do tempo de estudar ou de estar com os próprios filhos; e, posteriormente, o retorno às aulas por meio do modelo híbrido, acompanhado de medo e insegurança diante da ameaça do vírus. Demandas, enfim, que fragilizaram enormemente a saúde física e mental dessas profissionais, que relatam diagnósticos de depressão, transtornos de ansiedade e a consequente busca por medicalização. Na balança entre tempos produtivos e reprodutivos, o que observamos foi uma hipertrofia dos tempos do trabalho profissional, que inviabilizaram sobremaneira as demais esferas da vida, incluindo as atividades domésticas e de cuidados.

Nesse quadro, uma reclamação frequente das mulheres entrevistadas foi a ausência de um tempo de qualidade com os filhos, situação que também provocava queixas entre eles, pois, mesmo em casa, as mulheres não estavam disponíveis para atendê-los. E isso, podemos observar no trecho abaixo, extraído da entrevista com a professora Pâmela:

“Sabe qual a frase que mais ele fala pra mim?: ‘Ah, mamãe, você fica aí no quarto trabalhando e eu vou ali com o vovô’. Por quê? Porque toda vez que ele me chama pra brincar, eu tô sentada e falando pra ele: ‘filho, só um minuto que a mamãe tá trabalhando, já já eu vou’. Só que eu não paro de trabalhar”. (Pâmela, transcrição de áudio, 2020).

Em alguns casos, os companheiros das mulheres assumiram de forma mais igualitária as responsabilidades com a prole, mas também houve situações em que as avós foram trazidas à cena, passando a morar ou a circular

5 Para uma discussão sobre “a casa pandêmica”, conferir o capítulo de Rosamaria Giatti nesta coletânea.

pelas casas, mostrando assim os limites da estratégia de isolamento social e a continuidade (e até intensificação) da generificação dos cuidados.

Em síntese, as experiências das professoras mães de crianças pequenas resultam especialmente elucidativas para entender os conflitos e as tensões entre o trabalho profissional e o doméstico no âmbito de uma das soluções mais estimuladas no auge da crise sanitária provocada pelo Sars-Cov-2: o trabalho remoto, também apelidado de *home office*. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) Covid-19 calculou em 8,7 milhões a quantidade de pessoas que passou a trabalhar de modo remoto em maio de 2020, representando 13,3% do total de trabalhadores não afastados nos primeiros tempos da pandemia (77,5% da população economicamente ativa) (ARAÚJO; LUA, 2021). O campo da educação foi um dos que mais rapidamente aderiu a essa modalidade de trabalho, e, no caso específico do setor privado, um dos que mais sofreu pressão social, justo no momento de maior crise sanitária, social, política e econômica, em que a ameaça do desemprego pairava no horizonte. O perfil dos trabalhadores que ficaram em *home office* durante parte da pandemia foi bastante específico: pessoas ocupadas no setor formal, com nível superior completo, com predominância das mulheres, de cor/raça branca e com idades entre 30 e 39 anos (GÓES; MARTINS; NASCIMENTO, 2021). Por esse conjunto de características, o trabalho remoto foi frequentemente compreendido na chave do privilégio em relação ao que ocorria com os demais trabalhadores, frequentemente jogados à própria sorte, e impedidos de se protegerem da exposição ao vírus. As experiências aqui apresentadas, entretanto, nos levam a problematizar o habitual estatuto de privilégio que se atribuiu à possibilidade de trabalhar em casa, em meio à pandemia. Olhando para as experiências das professoras entrevistadas, o que observamos foi o aumento das demandas do trabalho doméstico, o retrocesso do tempo de qualidade com os filhos, a intensificação das demandas do trabalho profissional e o embaralhamento das fronteiras entre tempo profissional e doméstico. Sobrecarregadas pela carga mental e física de uma conciliação impossível, sentiram, em última instância, as consequências do esgotamento, ao passo que muitas adoeceram ou alimentaram sentimentos de culpa. Ao assumirem a continuidade de sua posição enquanto educadoras, e diante das condições excepcionais deflagradas pela Covid-19, as professoras constituíram uma verdadeira “linha de frente digital”, colocando-se a serviço do desafio de educar desde casa, enquanto tentavam dar conta também de suas próprias famílias, sem poder lançar mão dos recursos habituais para isso.

NOVA INFORMALIDADE: COSTUREIRAS NA PRODUÇÃO DE MÁSCARAS ARTESANAIS

A segunda pesquisa trouxe a experiência de mulheres que, durante os primeiros tempos do período pandêmico, trabalharam na confecção de máscaras artesanais de tecido (SOUZA, 2022). Lembremos que, diante da nova singularidade contextual marcada pela presença do vírus Sars-Cov-2, desde março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou uma série de Intervenções Não Farmacológicas (INF's) e a necessidade do uso de Equipamentos para Proteção Individual (EPI's) à população sintomática e assintomática, pois a transmissão do vírus ocorre através de gotículas de saliva transmitidas a partir de tosses, espirros e até mesmo da fala. O uso de máscaras faciais foi uma das recomendações mais incisivas, pois “as máscaras são barreiras físicas, e que são efetivas em limitar a transmissão em curta distância por contato direto ou indireto e dispersão de gotículas” (GARCIA, 2020, p. 02).

A partir das recomendações e primeiros decretos que normativamente indicavam o uso obrigatório das máscaras no espaço público, foi possível observar três elementos que muito diziam sobre a nova circunstância, ainda no primeiro ano da pandemia no Brasil: (a) não havia máscaras produzidas industrialmente para toda a população, o que fez necessário um direcionamento das máscaras descartáveis e luvas para profissionais de saúde e do cuidado (remunerado) que tinham contato direto com pessoas adoecidas por Covid-19; (b) diante da urgência do cuidado preventivo individual, uma parcela da população de mulheres passou a dispor de seu tempo, meios e força de trabalho (MARX, 2013) para produzir máscaras artesanais em suas próprias residências, de forma a gerar renda (central ou complementar) em um período de crise econômica; (c) se as mãos poderiam ser a maior via de contágio (SEQUINEL *et al.*, 2020), sendo recomendada a sua constante higienização, eram também as mesmas mãos que, na esfera do privado, costuravam as máscaras e realizava todo o conjunto ritualístico de limpeza (processos que ficaram explícitos no decorrer das entrevistas), fazendo de suas casas um local de *entretempos*, mediador do público e do privado.

Ao compreendermos o tempo enquanto uma instituição reguladora da experiência social (ELIAS, 1998) que tensiona no cotidiano os horários, as responsabilidades e as regras (ÁVILA, 2020), foi possível observar um acentuar dessa tensão durante o contexto pandêmico. A diversidade de arranjos espaço-temporais para dar conta da produção de máscaras se revelou à pesquisadora nas histórias particulares de suas interlocutoras.

Conforme apontado anteriormente, participaram da pesquisa quatro mulheres autodeclaradas pretas ou pardas, de faixa etária entre 40 e 78 anos de idade, que eram costureiras por profissão ou que passaram a produzir máscaras durante a pandemia. Quanto à questão étnico-racial, não houve um recorte inicial proposto pela pesquisadora, embora, historicamente, os “trabalhos de agulha” (ROGERS, 2019) sejam genericados, racializados e atravessados pela dimensão de classes sociais, aspectos refletidos nesta pesquisa. Se duas das entrevistadas, Laudelina e Maria, tiveram que trazer o trabalho para dentro de suas casas, outras duas, Antonieta e Marielle, já exerciam seus ofícios nelas, também acomodando diversas atividades em um mesmo espaço. No caso da Marielle, a sala é o lugar da socialização, da costura das máscaras, do corte e trançado dos cabelos, onde a TV, o sofá, as tesouras e os remendos de tecidos e agulhas se deparam com os espelhos, os produtos estéticos e uma cadeira de salão. Resulta curioso que esta é a única entre as participantes que tem ensino superior completo, mas que não atua em sua área, encontrando-se nesse entre-lugar da nova informalidade (ARAÚJO; LOMBARDI, 2013) que também abarca dimensões do racismo estrutural (BERTH, 2019), elemento que também corresponde à realidade das demais interlocutoras. A nova informalidade opera entre a formalidade, a informalidade e o empreendedorismo, mas, apesar da fluidez entre essas esferas, não apresenta nenhuma garantia de proteção social e nem direitos trabalhistas.

No conflito entre tempos, essas mulheres tiveram de administrar o cotidiano a partir das novas demandas. O tempo do cuidado preventivo, que incluía a higienização das mãos e dos objetos que vinham de fora, por meio de uma dicotomia entre a *casa* e a *rua* (DAMATTA, 1997) e entre a *pureza* e o *perigo* (DOUGLAS, 1966), se materializava de acordo com as narrativas, na limpeza dos envoltórios dos alimentos, dos sapatos, da carteira, das chaves, roupas e máscaras deixadas no ambiente mais externo, mas dentro de casa, mergulhadas, muitas vezes, na água com sabão. Nas palavras de uma das entrevistadas:

“Eu lavo as compras quando chego em casa, tem que higienizar tudo. Tem que ser com álcool mesmo, ou pode ser detergente com água? A gente fica na dúvida, né, porque dizem que o álcool só deixa a bactéria bêbada [risos], outros dizem que tem que lavar tudo com sabão e água. Uma hora eu passo álcool em tudo, outra hora eu deixo tudo debaixo da torneira, com detergente [risos]. Outra coisa é vir da rua e já entrar de sandália no pé. Antes da pandemia eu já entrava direito, não gosto de ficar descalça, mas agora eu deixo fora. A higiene dobrou, né”. (Laudelina, transcrição de áudio, 2021).

Além disso, havia o tempo do trabalho doméstico (não remunerado). Entre as atividades da casa, divididas entre os demais membros da família, com maior ou menor responsabilidade, eram tantas as demandas, que uma das entrevistas ocorreu justamente *on-line* e na cozinha, onde a costureira Maria lavava e secava a louça enquanto transformava seu cotidiano em palavras.

A partir das experiências de adoecimento, sobretudo físico, pois uma das interlocutoras adquiriu Covid-19 duas vezes, enquanto as demais tiveram episódios de adoecimento devido à sua ocupação (por passarem horas sentadas e fazendo movimentos repetitivos), as costas, a lombar, as articulações e os joelhos ganharam destaque nessas narrativas, pois costurar envolve mais do que mãos e agulhas. Somando-se a esses usos do tempo, havia ainda o cuidado (com as crianças em idade escolar, os idosos e os enfermos) e o trabalho “produtivo”, capaz de gerar renda central ou complementar através da produção de máscaras e de outros artefatos (MILLER, 2012) confeccionados por essas mulheres através da costura.

A flexibilização e a precarização também se fizeram presentes. O tempo apareceu nas falas por diversas vezes, mas de forma pouco exata. O trabalho em casa, compreendendo a junção do produtivo e do reprodutivo, diz respeito ao trabalho que era feito por horas e horas, que não tinha momento para acabar ou aquele que começava no fim da manhã e ia até tarde da noite. Apesar dessas descrições, há também a ausência ou o desaparecimento de um tempo específico, que coincide com o que Abramo e Valenzuela (2016) conceituam como “pobreza de tempo”.

Desta forma, mesmo que não houvesse uma delimitação objetiva do tempo por números ou então a separação marcada temporalmente pelo relógio entre as atividades, havia o qualitativo que faltava. Nessas narrativas, o tempo para si desaparece. Não havia um encontro presencial entre as pessoas ou um lazer, e nas únicas vezes que essas mulheres descreveram uma atenção para si, evidenciaram processos de cuidado com a saúde, entre exames médicos ou a academia, ou de bem-estar relacionado a práticas de crenças e religião. Na dinâmica pandêmica, se alguns tempos ganharam visibilidade, outros foram secundarizados ou suspensos sem a perspectiva de viabilidade em um “contexto de incertezas” (SPINK, 2020).

Em síntese, a pesquisa junto às mulheres que fabricaram máscaras artesanais durante a pandemia revela como essa modalidade de produção surgiu a partir de demandas sociais diante de uma situação de crise sanitária, ao mesmo tempo que conformou uma resposta econômica (complementar

ou central) na produção de renda. Essa situação nos aproxima da realidade das mulheres trabalhadoras do setor informal (embora, às vezes, possa se apresentar sob novas roupagens), setor que ocupa 41,4% da população economicamente ativa no Brasil (SANTOS *et al.*, 2020, p. 5). A esse setor principalmente se dirigia o *slogan* que dizia que “a economia não pode parar”, manifestação de um “neoliberalismo epidemiológico” (NUNES, 2020) que não suporta nem mesmo um recuo temporário da circulação monetária.

Como consequência, além do cruzamento conflituoso dos trabalhos produtivos e de reprodução social, a flexibilização do tempo e a precarização do ofício resultaram no adoecimento dos corpos, causando ou intensificando DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) ou LER (Lesões por Esforço Repetitivo), narrativas que se repetiram em todas as entrevistas. Diante da necessidade de auferir renda em um momento de crise sanitária e econômica, e em resposta ao que perceberam ser uma janela de oportunidade, essas mulheres mobilizaram suas habilidades, seus corpos e seus tempos na produção de uma tecnologia preventiva de baixo custo e de fácil acesso para mitigar a transmissão do Sars-Cov-2.

ESSENCIAIS: A ENFERMAGEM E O TRABALHO DO CUIDADO NA PANDEMIA DE COVID-19

A terceira e última pesquisa com a qual dialogaremos foi desenvolvida com profissionais da enfermagem que, durante a pandemia, trabalharam em serviços de saúde voltados a pessoas afetadas pela Covid-19 (SILVA, A. P., 2022). Pela própria característica de sua atividade, considerada *essencial*⁶ em um momento de crise sanitária, em vista da envergadura da pandemia da Covid-19, as entrevistadas não praticaram isolamento social. Trata-se de profissionais que estão inseridas no mercado formal do trabalho, muitas delas em serviços públicos de saúde, e que trabalham em regime de “plantão”. Por outro lado, seu trabalho em uma profissão que se define, no campo da saúde, a partir do *cuidado*, nos leva a descolar de maneira mais firme a divisão produtivo/reprodutivo do remunerado/não remunerado, e a olhar com mais atenção para os tempos da própria prática profissional, que se viu fortemente afetada pelo evento pandêmico.

6 O trabalho essencial na pandemia foi regulamentado pelo Decreto nº 1.282 de 20 de março de 2020 que, no Artigo 3º, §1º define: “São serviços públicos e atividades essenciais aquelas indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade...”.

As experiências laborais dessas profissionais, principalmente durante o primeiro ano da pandemia, período de muitas incertezas, foram muito intensas e perpassadas, sobretudo, por marcadores como gênero. O cuidado, principal ferramenta de seu trabalho, além de aspectos técnicos e científicos, também é caracterizado pela presença marcante do afeto (SCOTT, 2020), adquirindo dimensões diversas e simultâneas, desde a realização de procedimentos mais complexos, como os momentos que precedem o processo de intubação de um paciente, até a simples ação de auxiliar um paciente isolado a realizar chamadas de vídeo pelo celular para que este pudesse falar com seus familiares e parentes. Por isso, falar sobre o trabalho da enfermagem durante a pandemia é tratar necessariamente sobre as diversas dimensões que adquire o trabalho do cuidado. Essas ações cotidianas de cuidado, que muitas vezes parecem imperceptíveis e rotineiras, foram bastante intensificadas pelo ineditismo do contexto pandêmico e, sobretudo, pela complexidade e variabilidade clínica dos pacientes, característica destacada por todas as profissionais entrevistadas durante a pesquisa etnográfica, e que tiveram suas rotinas de trabalho e de vida cotidiana atravessadas pelas profundas consequências diante da forma como se enfrentou a pandemia de Covid-19 no Brasil (ORTEGA; ORSINI, 2020).

Neste sentido, podemos pensar o tempo na prática da enfermagem mediante uma dupla valência: o tempo quantitativo, ou seja, o número de horas que as enfermeiras passam efetivamente no serviço ao lado dos pacientes; e o tempo qualitativo, entendido como a possibilidade de levar a termo, durante o tempo com os pacientes, uma ação norteada por uma ética do cuidado (RENAULD, 2010). Ambas as dimensões se viram afetadas durante a pandemia.

Mobilizadas desde o início da crise sanitária a permanecer exercendo suas atribuições laborais normalmente, essas profissionais tiveram que lidar com um período de muitas incertezas em relação à forma como deveriam cuidar da recuperação dos pacientes que chegavam aos serviços de saúde com sintomas da doença. Nesse ponto, as entrevistadas chamaram a atenção para a presença efetiva da enfermagem ao lado dos pacientes durante toda a pandemia, mesmo em seus momentos mais críticos, confirmando o lugar do cuidado atribuído à enfermagem. Assim, enquanto os médicos e as médicas tinham uma relação pontual com os pacientes, voltada à definição das atitudes terapêuticas adequadas ao momento, “a enfermagem estava lá” o tempo todo, pois os pacientes de Covid precisavam de um cuidado contínuo.

De modo semelhante ao que ocorreu com as professoras e com algumas costureiras, as enfermeiras também experimentaram mudanças no ritmo do trabalho, com jornadas mais longas e intensificadas. No início da pandemia, muitas permaneceram por até seis horas consecutivas paramentadas de acordo com as normas de biossegurança (capote impermeável, máscara N95, óculos de proteção e luvas), sem parar para absolutamente nada, visto que esses equipamentos eram escassos e precisavam ser utilizados até perderem sua efetividade protetiva. Mesmo respeitando os protocolos de biossegurança, a rotina e o corpo de algumas delas foram atingidos pela doença, em um período em que não havia previsão para iniciar a vacinação, visto que as principais vacinas que fizeram parte do posterior Plano Nacional de Imunização (PNI) ainda estavam em fase de teste. O adoecimento pelo vírus também fez parte do cotidiano laboral das enfermeiras, em vista da proximidade física e da rotina exaustiva a que foram submetidas durante a pandemia.

Entre as profissionais que adoeceram de Covid-19, o afastamento compulsório do trabalho no hospital e a preocupação em não contagiar familiares e amigos, além das questões práticas com relação à evolução da doença e à forma mais adequada de tratamento, dividiam espaço com a inquietação e provocaram a sensação de insuficiência diante da impossibilidade de cuidar de si e dos outros. Isso porque, como reconheceu Fernanda, técnica de enfermagem há 21 anos em um hospital público, e que durante a situação sanitária estava trabalhando em uma UTI Neonatal, “a pandemia provocou uma situação que não estava nos protocolos”, demandando cada vez mais o trabalho de profissionais qualificadas e de condições mínimas de trabalho, fato que, segundo ela, não estava ocorrendo nem sendo reconhecido pelos conselhos de fiscalização e outros órgãos responsáveis pelo plano de enfrentamento da pandemia.

“A gente observa que ora faltam recursos materiais e ora faltam recursos humanos. Os recursos humanos são pelo adoecimento. E a gente fala muito enquanto equipe que existe uma situação pandêmica, existe um risco, mesmo a escala estando com um número adequado de acordo com o dimensionamento do Conselho. Mas nós estamos numa situação que não é prevista pelo Conselho, uma situação de pandemia. Eu já dei plantão recentemente que não tinha ninguém da escala, era todo mundo cobrindo. Eu passei uns quatro plantões seguidos que todo plantão alguém tinha que dobrar porque não tinha alguém que viesse de casa cobrir, entende? Aí você cobra da gestão e a gestão diz que o número tá de acordo com o dimensionamento do Conselho. Mas o Conselho, ele não previu a

pandemia, a gente nunca viveu essa situação de pandemia, a gente precisa rever esses pontos pra ter uma equipe de apoio”. (Fernanda, técnica em enfermagem, 41 anos).

Esse contexto de insegurança e a alta carga de demanda profissional e pessoal, levou muitas enfermeiras à exaustão psicológica e a desenvolverem quadros de depressão, ansiedade e crises de pânico (SANTOS *et al.*, 2021), fato que também foi verificado em nossa pesquisa. O medo foi destacado por muitas delas como a principal emoção diante do enfrentamento e da complexidade do problema que não estava restrito às paredes do hospital e que, principalmente, não dependia apenas de um plano de gestão sanitária, mas de um plano de ação consistente e unificado que deveria ter partido das autoridades competentes para tal.

Se a situação já era bastante complicada para aqueles que podiam permanecer trabalhando em casa, para as profissionais responsáveis pelo cuidado direto com os pacientes, lidar com a pandemia, da forma como fora gerida pelo Estado brasileiro, principalmente no ano de 2020, significava tomar para si uma responsabilidade que deveria ser de todos, mas o que as enfermeiras viram e sentiram ao longo desse primeiro ano de pandemia foi justamente o contrário. Ainda assim, permaneceram cuidando dos que mais precisavam e precisam de atenção.

Esse cuidado era também um apoio “na hora que eles, os pacientes, mais precisavam”, disse Aline, enfermeira de 25 anos, que trabalha em um hospital privado de João Pessoa. Era na hora da pré-intubação que as emoções emergiam com mais intensidade, visto que os pacientes não sabiam se iriam ser extubados. “E todo mundo chorava: a família, a equipe de enfermagem, os médicos, os pacientes...”, disse ela. Lidar com essa situação cotidianamente desencadeou em Aline “um processo depressivo muito complicado”. O hospital em que trabalhava disponibilizou apoio psicológico aos profissionais, mas em “que horas a gente podia procurar o apoio, se muitas vezes a gente dobrava o plantão porque muitos profissionais estavam doentes, com Covid?”.

Diante de todos os atravessamentos desse contexto, foi praticamente impossível para essas mulheres estruturarem suas vidas profissionais e pessoais de forma a conseguir conciliar o tempo de trabalho com o tempo de convívio, dentro das condições possíveis, com seus familiares e amigos. Com plantões redobrados e com medo de contagiar os familiares, essas mulheres precisaram mergulhar no enfrentamento à pandemia, tendo sido testemunhas de sua face mais dolorosa. Não é de se estranhar que, em seus relatos, o trabalho reprodutivo familiar (doméstico e de cuidado) praticamente inexistia,

aparecendo sob o signo da ausência ou da impossibilidade: profissionais que dormiam em quartos separados em suas casas, ou que iam morar com colegas de trabalho para evitar o contato com pais ou outros parentes idosos. E mesmo que antes da pandemia fosse complicado traçar o momento em que o cuidado começa e termina, ou ainda, qual tipo de cuidado está sendo mobilizado naquele momento, a ameaça de uma doença tão complexa atravessou os já frágeis limites que distinguiam um tipo de cuidado do outro. Neste sentido, é possível concluir que, além de logicamente implicados em uma relação analiticamente complexa, o cuidado e o tempo ditaram os modos de vida dessas profissionais ao longo do período pandêmico. Além disso, a caracterização deste como um trabalho essencial para a manutenção da vida em um momento de grande calamidade sanitária e consternação pública, independentemente de seus aspectos técnico-científicos, abre espaço para que a responsabilidade técnica do trabalho seja compreendida a partir de um patamar superior à condição e existência humanas. A partir dessa perspectiva, é possível questionar até que ponto a essencialidade do trabalho não *essencializa*, no sentido de um movimento de reafirmação contínua de aspectos históricos, e de marcadores como o de gênero, em profissões do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerramos este exercício comparativo com algumas considerações que apreendemos ao observar aspectos da experiência temporal na pandemia de professoras mães de crianças pequenas, costureiras de máscaras e profissionais de enfermagem. Em primeiro lugar, ao colocar essas três categorias lado a lado é possível dar um sentido ampliado à expressão “linha de frente”: o enfrentamento à pandemia ocorreu nos hospitais e também nas salas de aula virtuais, na batalha corpo a corpo em uma UTI e no alinhar de uma agulha. E foi, em grande medida, protagonizado por mulheres que colocaram seus corpos, habilidades e tempos a serviço das demandas advindas de uma situação emergencial – ou que enxergaram, nessa mesma situação, uma oportunidade para auferir renda em meio à crise. Essas mulheres (professoras, costureiras e enfermeiras) estiveram “de prontidão” diante das novas demandas de uma situação atípica, desconhecida e ameaçadora, sem ter contado com o mínimo suporte que mereciam, na forma de uma política emergencial coerente, sensível e solidária diante da tragédia humana que se vivenciou no Brasil.

Por outro lado, suas experiências nas diversas “linhas de frente” também colocaram a nu as tensões existentes na forma como se articulam os horários, as responsabilidades e as regras (ÁVILA, 2020), em um contexto em que as demandas sobre elas se intensificaram tanto na esfera do trabalho produtivo (a necessidade de se adaptar às novas tecnologias, de dar conta da produção necessária, às condições impostas pela convivência com um vírus perigoso) quanto na do trabalho reprodutivo (a ausência de redes de apoio, a preocupação redobrada com a higiene e o cuidado aos doentes).

E embora existam diferenças notáveis entre os tipos de trabalho, o perfil socioeconômico das trabalhadoras e os espaços onde esse trabalho se exerce, o olhar comparativo aponta a um acirramento da perda do “tempo para si” (NOWOTNY, 1992), para a “pobreza do tempo” (ABRAMO; VALENZUELA, 2016) e logo para experiências marcadas pelo cansaço e pelo adoecimento em largo espectro – adoecimento por Covid, mas também por depressão, ansiedade e doenças ocupacionais. Neste sentido, as discussões aqui apresentadas contribuem para o argumento de que as mulheres (e, neste caso, as mulheres trabalhadoras) figuram entre os grupos que mais fortemente sofreram as consequências da política deliberada de negligência e descaso estimulada pelo governo federal (da gestão de 2019-2023) no enfrentamento à pandemia, e que repercutiu em uma privatização (e em uma feminização) da crise sanitária e de suas respostas. O mote deste texto – da prontidão à exaustão – emerge como um caminho aberto para futuras reflexões sobre os entrelaçamentos entre tempo, corpo e gênero em contextos pan/epidêmicos.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, Laís; VALENZUELA, María Elena. Tempo de trabalho remunerado e não remunerado na América Latina: uma repartição desigual. *In*: ABREU, Alice R. P.; HIRATA, Helena; LOMBARDI, Maria Rosa (Orgs.). **Gênero e Trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 113-123.
- ALVES, Raquel Lustosa da Costa. **“É uma rotina de muito cansaço”**: narrativas sobre cansaço na trajetória das mães de micro em Recife/PE. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.
- ANDITS, Petra. Waiting during the time of COVID-19. **Social Anthropology**, v. 28, p. 220-221, 2020.
- ARAÚJO, Angela Maria Carneiro; LOMBARDI, Maria Rosa. Trabalho informal, gênero e raça no Brasil do início do século XXI. **Cadernos de Pesquisa**, v. 43, p. 452-477, 2013.
- ARAÚJO, Emilia. Questões de tempo e espaço: do teletrabalho, ao “ficar em casa”, passando pelo confinamento. **Communitas Think Tank – Ideias**, 2020. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/65536/1/2020_Araujo_Questoes-de-tempo-e-espaco%207o.pdf. Acesso em: 6 jun. 2023.
- ARAÚJO, Tânia Maria; LUA, Iracema. O trabalho mudou-se para casa: trabalho remoto no contexto da pandemia de covid-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, n. e27, 2021.
- ÁVILA, Maria Betânia. O Tempo do trabalho produtivo e reprodutivo na vida cotidiana. **Revista ABET**, v. IX, n. 2, p. 53-70, 2010.
- BANDEIRA, Lourdes Maria; PRETURLAN, Renata Barreto. As pesquisas sobre uso do tempo e promoção da igualdade de gênero no Brasil. *In*: FONTOURA, Natália et al. (Org.). **Uso do tempo e gênero**. Rio de Janeiro: UERJ, 2016. p. 43-60.
- BARAJAS, Maria de La Paz López. Avanços na América Latina na medição e valoração do trabalho não remunerado realizado pelas mulheres. *In*: FONTOURA, Natália; ARAÚJO, Clara (Eds.). **Uso do tempo e gênero**. Rio de Janeiro: UERJ, 2016. p. 21-42.
- BARBOSA, Ana Luiza; COSTA, Joana Simões; HECKSHER, Marcos. **Mercado de trabalho e pandemia da Covid-19: Ampliação de desigualdades já existentes**. Brasília: IPEA, 2020.
- BERTH, Joice. **Empoderamento**. São Paulo: Pólen Produção, 2019.
- BLANC, Nathalie; LAUGIER, Sandra; MOLINIER, Pascale. O preço do invisível: as mulheres na pandemia. **DILEMAS - Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, p. 1-13, 2020.
- BLANCO, Lis Furlani; SACRAMENTO, Jonatan. Pós-pandemia ou a “endemização do (extra)ordinário”? Uma análise comparativa entre as experiências com a fome, Zika vírus e Covid-19 no Brasil. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, n. 59, p. 183-206, 2021.
- CANAVEZ, Fernanda; PEIXOTO, Camila; LUCZINSKI, Giovana Fagundes. A pandemia de Covid-19 narrada por mulheres: o que dizem as profissionais de saúde? **Saúde em Debate**, v. 45, n. especial 1, p. 112-123, out. 2021.

CARNEIRO, Rosamaria. Cansaço e violência social: sobre o atual cotidiano materno.

Cadernos Pagu, n. 62, e216313, 2021.

CARNEIRO, Rosamaria; MÜLLER, Elaine.

Afinal, quanto de extraordinário a pandemia de Covid-19 soma na vida das mulheres mães? **Áltera**, João Pessoa, v. 1, n. 10, p. 441-450, jan./jun. 2020.

CASTAÑEDA-RENTERÍA, Liliانا Ibeth.

The times of women and men. Reflections on gender and time during the global health crisis. In: SALES, Catarina; ARAÚJO, Emília; COSTA, Rosalina (Orgs.). **Tempo e sociedade em suspenso**. Lisboa: ISCTE/CIES, 2020. p. 23-34.

CASTRO, Bárbara; CHAGURI, Mariana. Um tempo só para si: gênero, pandemia e uma política científica feminista. **Blog DADOS**, 22 maio 2020. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/pandemia-cientifica-feminista/>

DAMATTA, Roberto. **A casa e a rua**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DAS, Veena. Encarando a Covid-19: Meu lugar sem esperança ou desespero.

DILEMAS - Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, p. 1-8, 2020.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**: ensaio sobre as noções de Poluição e Tabu.

Lisboa: [s.n.], 1966.

ELIAS, Norbert. **Sobre o tempo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ESQUIVEL, Valeria. Las encuestas de uso del tiempo y la medición del "trabajo doméstico y de cuidados". In: DOMÍNGUEZ MON, Ana (Comp.). **Usos del tiempo, temporalidades y géneros en contextos**. Buenos Aires: Antropofagia, 2012. p. 31-48.

FRANCH, Mónica. **Tempos, contratempos e passatempos**: um estudo sobre práticas

e sentidos do tempo entre jovens de grupos populares do Grande Recife.

Tese (Doutorado em Antropologia).

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FRASER, Nancy. Contradições entre capital e cuidado. **Princípios - Revista de Filosofia** (UFRN), v. 27, n. 53, p. 261-288, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/principios/article/view/16876>. Acesso em: 5 set. 2022.

HAICAULT, Monique. La gestion ordinaire de la vie en deux. **Sociologie du Travail**, v. 26, n. 3, p. 268-267, 1984.

GARCIA, Leila Posenato. Uso de máscara facial para limitar a transmissão da Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 02, p. 01-04, 2020.

GÓES, Geraldo Sandoval; MARTINS, Felipe dos Santos; NASCIMENTO, José Antonio Sena. O trabalho remoto e a pandemia: o que a pnad covid- 19 nos mostrou. **Carta de Conjuntura**, IPEA, n. 50, nota de conjuntura 8, 2021.

LONGHI, Marcia "Eu tô fazendo certo, tô não? Envelhecimento, políticas de saúde e relações de cuidado". In: MALUF, Sônia W.; SILVA, Erica. Q. (Eds.). **Estado, Políticas e Agenciamentos Sociais em Saúde**: etnografias comparadas. Florianópolis: Editora da UFSC. 2018. p. 189-204.

MALUF, Sônia. Janelas sobre a cidade pandêmica: desigualdades, políticas e resistências. **Revista TOMO**, n. 38, p. 251-285, 2021. <https://doi.org/10.21669/tomo.vi38.14280>

MARX, Karl. **O Capital**: Crítica da Economia Política. Livro I: O processo de produção do capital. 1. ed. Brasil: Editora Boitempo, 2013.

MILLER, Tom O. Considerações sobre a tecnologia: quando é um artefato? Considerations on technology: when is an artifact? **Vivência - Revista de Antropologia**, v. 1, n. 39, p. 91-100, 2012.

NOWOTNY, Helga. **Le temps à soi** : genèse et structuration d'un sentiment du temps. Paris: Éditions de la Maison des Sciences de L'homme, 1992.

NUNES, João. A pandemia de Covid-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 01-04, 2020.

O'LEARY, Sally; CHENEY, Barbara. **A tripla ameaça**: mulheres e Aids. Rio de Janeiro/Recife/Londres: ABIA/SOS Corpo/Panos Institute, 1993.

ORTEGA, Francisco; ORSINI, Michael. **Governing Covid-19 without government in Brazil**: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*, 2020.

PIMENTA, Denise. **O cuidado perigoso**: tramas de afeto e risco na Serra Leoa (A epidemia do ebola contada por mulheres, vivas e mortas). Tese (Doutorado em Antropologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

RENAUD, I. C. O cuidado em enfermagem. **Pensar Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 2-8, 2010. Disponível em: <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/34>. Acesso em: 22 out. 2023.

ROGERS, Rebecca. Tecer novas histórias: os trabalhos de agulha a escola feminina (França -Argélia colonial). In: MARUANI, Margaret Maruani (Org.). **Trabalho logo existe**: perspectivas feministas. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2019. p. 179-190.

SANTOS, Katarina Márcia Rodrigues et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia de Covid-19. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n. especial, e20200370, 2021.

SANTOS, Kionna Oliveira et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de Covid-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 12, e00178320, 2020.

SCOTT, Russell Parry. Sendo prioridade entre prioridades: fortalecimento mútuo e desentendimentos na articulação de cuidados entre casa, serviços e áreas de conhecimento. In: SEGATA, Jean. A colonização digital do isolamento. **Cadernos de Campo**, v. 29, n. 1, p. 163-171, 2020.

SEQUINEL, Rodrigo et al. Soluções a base de álcool para higienização das mãos e superfícies na prevenção da covid-19: compêndio informativo sob o ponto de vista da Química envolvida. **Química Nova**, v. 43, n. 5, p. 679-684, 2020.

SILVA, Ana Cláudia Rodrigues. "O cuidado negro". Mulheres negras profissionais da/na saúde no contexto da Pandemia da Covid-19. **Novos Debates**, v. 8, n. 1, e8103, 2022.

SILVA, Ana Paula Marcelino. **Os riscos do cuidado**: experiências do trabalho das profissionais de enfermagem na pandemia de Covid-19. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

SILVA, Vinícius Gabriel. **"A professora que se vire"**: impactos da pandemia de Covid-19 no trabalho produtivo e reprodutivo de mulheres mães e professoras de ensino básico. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

SOUZA, Maysa Carvalho. **Trabalhos de agulha e a pandemia da Covid-19: mulheres e a produção de máscaras artesanais**. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal da Paraíba, [s.l.], 2022.

SPINK, Mary Jane Paris. "Fique em casa": a gestão de risco em contextos de incerteza. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, e020002, 2020.

TABBONI, Simonetta. **Les temps sociaux**. Paris: Armand Collin, 2006.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

POR DENTRO E A PARTIR DA CASA PANDÊMICA:

GÊNERO, TRABALHO E CUIDADO AO LONGO
DAS GERAÇÕES

Rosamaria Carneiro

Este capítulo resulta de duas pesquisas que se encontraram e se atravessaram durante e por conta da pandemia de Covid-19. Trata-se de um esforço analítico ainda em construção, que se justifica propriamente por sua característica de sobreposição de objetos e de temáticas de estudos por conta de um evento extraordinário.

Em janeiro de 2020, mudei-me para João Pessoa/PB, com o intuito de desenvolver meu projeto de pós-doutoramento intitulado “A vida social do cuidado e da pessoa entre mães e filhas: maternidades, narrativas e intergeracionalidade”. O objetivo era refletir sobre as noções e as práticas de maternagens no interior de uma mesma família, olhando para a prática das avós, mães e netas, sobretudo para os seus modos de gestar, parir, aleitar e maternar, e, com isso, problematizar suas relações de parentesco, em seus adensamentos e diluições (MACHADO; MARQUES, 2014), tomando a maternidade como um nó de (des)construção dessas redes de pertencimento. No entanto, como se sabe mundialmente, em 2020, fomos atropelados pela pandemia de Covid-19, pela urgência de sua contenção e pelo isolamento social. Diante disso, meus planos de pesquisa tiveram de ser alterados, em meio à minha frustração de não poder explorar a cidade de João

Pessoa e não conhecer pessoalmente as mulheres com quem queria conversar em profundidade durante a etnografia. Meu projeto de pesquisa, como tantos outros, foi alterado, e os encontros com essas mulheres (avós, mães e netas) passaram a acontecer remotamente por meio do Skype, Zoom e WhatsApp, durando de maio de 2020 até junho de 2021, quando encerrei a coleta de dados.

No mesmo mês de maio de 2020, o Grupo de Pesquisa em Saúde Sociedade e Cultura (GRUPESSC), do Departamento de Antropologia da Universidade Federal da Paraíba, ao qual estava vinculada por conta do pós-doutoramento, começou a refletir sobre a criação de um projeto coletivo que fizesse uma análise antropológica da pandemia de Covid-19. Pouco a pouco maturamos uma proposta que resultou no projeto: *Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de Covid-19: análise social e diretrizes de ação e intervenção não farmacológica em populações em situação de vulnerabilidade e precariedade social*, resultado de um esforço conjunto entre a UFPB, a UnB, a UFSC, a Unicentro-PR e a UFAM, que enseja esta coletânea. Meu interesse nesse projeto coletivo, que logo foi alcunhado de Rede Antropo-Covid, era analisar o cotidiano de mulheres mães, com crianças até 12 anos, durante o período mais acirrado do isolamento social, dado o fechamento das escolas e a ruptura com as redes de ajuda por receio do contágio da Covid-19. Minha contribuição para a Rede foi, então, desde o começo, refletir sobre as maternidades e as maternagens durante a pandemia de Covid-19; a sobreposição do trabalho produtivo e reprodutivo; a sobrecarga materna e a desigualdade de gênero; e os aspectos que costumeiramente já compunham e ainda compõem minha agenda de pesquisa e atuação profissional.

Diante disso, em junho de 2020, vi-me vinculada a dois projetos de pesquisa em andamento: o das gerações de mulheres de uma mesma família e suas maternagens e o da maternagem durante a pandemia de Covid-19, que logo se desdobrou em uma perspectiva comparativa entre o Brasil e a Argentina. Em conversa com outras pesquisadoras da assistência ao parto, dos direitos sexuais e reprodutivos e das maternagens e infância, surgiu o ímpeto de compararmos nossos achados sobre maternar durante o caos sanitário e o isolamento social em países diferentes. Eu e a Fabiene Gama¹ investimos no Brasil e a Maria Fernanda Gonzales² no território argentino. Nossa estratégia era comparar as práticas e as leituras de mundo em sociedades que tinham, naquele momento, uma condução governamental bastante diferente entre si. Isso porque, enquanto no governo de

1 Docente no Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2 Docente na Faculdade de Saúde da Universidad de Entre Rios, Argentina.

Bolsonaro víamos uma postura negacionista e contrária ao isolamento social, no governo de Alberto Fernandez havia uma diretriz nacional a favor do isolamento social e a corrida por vacinar toda a população.

Acontece que, ao entrevistar as mães, avós e netas para a primeira pesquisa, elas também queriam conversar sobre a pandemia e discorrer sobre os pactos geracionais de cuidado e as noções de ajuda e carinho operantes em suas famílias, aspectos que também diziam respeito à pergunta sobre o materno durante a pandemia de Covid-19. Desta forma, as narrativas geracionais da primeira agenda de pesquisa me impulsionaram a refletir acerca do que as mulheres brasileiras e argentinas narravam sobre a “casa pandêmica” e os tempos, lugares e papéis assumidos por elas, mães da geração atual. Logo, percebi as duas pesquisas poderiam ser cruzadas e operarem efetivamente como um suporte teórico e de intercâmbio empírico para o que escutava nas conversas com as mulheres de ambos os empreendimentos investigativos.

Por essa razão, neste capítulo, pretendo desvelar esse processo analítico e descrever o meu percurso durante o tempo que compus a Rede Antropo-Covid. A casa e o tempo operaram como verdadeiros pontos de aproximação entre os dois cenários de campo e para que eu pudesse refletir sobre o gênero, o trabalho e o cuidado ao longo de gerações e projetos geracionais de mulheres.

E, para alcançar os objetivos propostos, organizei este estudo em três seções de problematização: na primeira, descrevo a figuração da “casa pandêmica”, especialmente no contexto das camadas médias brasileiras, e detalharei a razão desse recorte social, fazendo uma espécie de retrato doméstico da pandemia nessa franja social; o objetivo é olhar a casa por dentro, o que abrigou e o que obrigou em tempos e espaços para a sobrevivência física e social; na segunda seção, reflito sobre a casa isolada à luz das maternidades, pensando acerca das mulheres mães em seu interior, em suas estratégias e mazelas, considerando, para tanto, alguns dos achados da pesquisa empreendida no Brasil e na Argentina; e na terceira seção final, munida dos dados e das descrições do mundo contemporâneo, pretendo dialogar com a teoria sobre o gênero, o cuidado e a geração no contexto brasileiro e refletir sobre as particularidades das mulheres que maternam atualmente, expostas às ideologias neoliberais de subjetividade e de parentalidade; o intuito é destacar em que sentido a pandemia seria algo extraordinário ou ordinário na vida social dessas mulheres.

A(S) CASA(S) PANDÊMICA(S)

Por conta de não dispormos de vacinas, a estratégia de contenção da pandemia nesse momento se resumia basicamente em duas frases: “fique em casa” e “use máscaras”, ainda que tais recomendações tenham gerado pretensas controversas no Brasil. A primeira recomendação, no entanto, foi logo relativizada no país com a ressalva do “se puder”, já que muitas famílias e pessoas não podiam efetivamente se isolar em casa por conta do trabalho, para sustentar a casa, ou por nem terem uma casa que pudesse operar em regime de isolamento, já que muitas vezes era compartilhada, conjugada e dependente de outras. E claro, há muitos desenhos de casa no Brasil e no mundo, mas aqui não pretendo me aprofundar nesse debate, e tampouco o conseguiria, mas olhar para o interior das casas que puderam praticar o isolamento e que, por causa disso, tiveram suas rotinas notadamente alteradas com o advento da pandemia. Desta forma, a casa aqui analisada será marcadamente a casa da classe média brasileira, em seus tempos e espaços.

Logo que o vírus chegou ao Brasil, as escolas públicas e privadas foram fechadas, assim como as universidades, os bancos, o comércio e os postos de trabalho em geral. Em algumas localidades, o transporte público deixou de circular ou foi reduzido. As famílias se separaram em nome do cuidado com os “mais velhos”, pois inicialmente havia uma forte suspeita de que as crianças seriam as grandes transmissoras do vírus; por isso, as avós foram separadas de seus netos e as filhas de suas mães. Diante do receio da contaminação, ao menos nos primeiros meses de 2020, as babás e as empregadas domésticas também foram apartadas das casas onde trabalhavam, sendo que muitas perderam os empregos, enquanto outras passaram a morar na residência das patroas. E, não demorou muito, outras atividades foram consideradas, em alguns Estados do Brasil, como “serviço essencial” (MANTRA, 2022). As ruas ficaram vazias, somente farmácias e supermercados funcionavam como “serviços essenciais”. De um dia para o outro, a vida social vivida nas ruas foi transportada para a tela dos computadores, celulares e *tablets*. Chocávamos-nos com as imagens que vinham da Europa, sobretudo da Itália e da Espanha, com as sirenes das ambulâncias em cidades fantasmas, a montanha de caixões empilhados e a montagem de hospitais de campanha contra a Covid-19.

Por conta da ausência de uma diretriz estatal bem definida e coesa, não experimentamos um *lockdown* efetivo, como ocorreu em países europeus e latino-americanos, como a Argentina. Mas, de repente, a casa passou a conjugar,

a um só tempo e espaço, a casa e a rua, a fábrica e o lazer e a escola e o lúdico, enquanto as telas faziam essa conexão instantaneamente. Passamos a ver o mundo por nossas janelas (MALUF, 2021): as janelas pandêmicas nos relacionavam com o mundo de fora. Mas dentro das casas, em isolamento social, as crianças estudavam e brincavam, as mães e os pais trabalhavam, cozinhavam, limpavam e cuidavam dos filhos sem as redes de ajuda costumeiras: sem a empregada doméstica, a escola, a babá e os avós. As crianças deixaram de circular e todos deixamos de circular pelos espaços que compunham nossas vidas. As famílias viveram o ápice da privatização ou da familiarização dos cuidados (COOPER, 2017). O Estado brasileiro se ausentou e se eximiu, enquanto as crianças permaneceram sem escola até meados de 2021 e somente foram vacinadas em 2022, com muita resistência e falta de insumos.

Nesse período, observamos as famílias brasileiras realizando cálculos e gestando o risco de contágio da Covid-19: quando e como fazer passeios com os filhos, quando voltar para a escola, com que tipo de máscaras e com quais protocolos. As recomendações de como evitar o contágio circulavam nas redes sociais e provinham de institutos e instituições públicas e internacionais que atuam na área da saúde, como a Fundação Osvaldo Cruz e a Organização Mundial de Saúde, mas quase nunca do Ministério da Saúde ou da Presidência da República.

Durante o primeiro ano da pandemia muito se escreveu, foi dito e publicado sobre o cotidiano da casa: o cansaço, a sobrecarga, o caos doméstico, as dificuldades psíquicas e emocionais do isolamento e a impossibilidade de conciliar o trabalho e a casa. Esse debate tão pronunciado nos provocou, a mim e a Elaine Muller (CARNEIRO; MULLER, 2020), a refletirmos juntas sobre o quanto, de fato, a pandemia de Covid-19 era algo extraordinário na vida das mulheres mães brasileiras. Aos nossos olhos, a sobrecarga materna diante da necessidade de conjugar o trabalho produtivo e o reprodutivo não era algo novo, pelo contrário, pois já era uma prática bastante conhecida delas. Segundo a socióloga do trabalho Mariana Chaguri, citada por Carneiro *et al.* (2022, p. 76), “a casa pandêmica rapidamente replicou a divisão sexual do trabalho”, ainda que as mulheres que nela habitavam tivessem seus empregos assim como os homens, seus companheiros, pais, tios, irmãos etc.

A sobrecarga do trabalho reprodutivo, a sobreposição com o trabalho produtivo, os arranjos e os auxílios criados já eram velhos conhecidos das mulheres mães (FONSECA, 1995; FERNANDES, 2018). Na realidade, no conjunto, parecem operar como a pedra basilar de todo o sistema capitalista (FEDERICI, 2018; FRASER; SOUSA, 2020; LAQUEUR, 2001). Sabe-se que as mulheres gastam muito

mais horas com o trabalho doméstico do que os homens (FONTOURA *et al.*, 2016). E embora, atualmente, tenham de trabalhar para prover a manutenção da casa, na sociedade que Nancy Fraser chama de “duplo ingresso”, também são elas, as mulheres trabalhadoras, que cuidam das roupas, das vacinas, do desempenho escolar, das compras, do asseio da casa, do preparo da comida, dos pais e mães idosos, ou seja, de toda uma gestão da vida da casa e da família. Esse trabalho nunca deixou de existir, mesmo que a figura do provedor não baste mais por si só e que as mulheres necessitem efetivamente trabalhar fora de casa para custear os gastos familiares.

Via de regra, as mães são as que se responsabilizam pelo acompanhamento escolar das crianças, por suas demandas médicas e emocionais e por sua necessidade de segurança e carinho. São elas as que zelam pelo que se come e como se come dentro de casa, pelo que se veste e por como se vive com um todo. Dessa feita, o peso do trabalho reprodutivo, a limpeza da casa e a feitura da comida, sustentados por homens e pessoas que nunca se envolveram com a manutenção da vida, não eram nada desconhecidos das mulheres. Por isso, em nossa apreensão, o estado de exceção vivenciado por alguns era, na realidade, algo ordinário na vida das mulheres mães:

Ora, por que a sociedade brasileira não queria ver antes o que se passava dentro dos lares? Quanto do trabalho materno de cuidado, organização social e inserção cultural alicerçam a nossa cultura? (CARNEIRO; MÜLLER, 2020, p. 447).

Silvia Federici sustenta, desde a década de 1970, a necessidade de se reconhecer o trabalho doméstico como um trabalho a ser remunerado. Em sua clássica leitura, “não se trata de amor (como nos fazem achar), mas sim de trabalho não pago”. Para a filósofa italiana, o sistema capitalista pressupõe o cuidado em sua engrenagem, pois dele depende a manutenção da vida, necessária ao capital para poder produzir, gerar e multiplicar. Neste sentido, reconhecer tudo o que é feito no âmbito doméstico funciona como o “ponto zero da revolução”. Por essa razão, Federici sustenta que, para transformar o sistema econômico como um todo, é preciso dignificar o cuidado, o lugar das mulheres que geralmente cuidaram e cuidam, e reconhecê-lo como um trabalho.

O historiador Thomas Laqueur, em *A invenção do sexo: dos gregos a Freud* (2001), aborda essa mesma questão, mas a partir de outra perspectiva: a do dimorfismo sexual como uma baliza ideológica para a separação de mundos

em público e privado e, assim, do “lugar da mulher” e do “lugar do homem” na sociedade. Em sua leitura, o discurso biológico opera como uma explicação da propensão feminina – “inata, hormonal e natural” – para o mundo dos cuidados, sendo que essa ideia de natureza aparta o cuidado do mundo do trabalho.

Para Nancy Fraser e Sousa, em *Contradições entre o Capital e o Cuidado* (2020), essa separação de mundos precisa acontecer, pois dela depende a manutenção do próprio sistema capitalista. Segundo ela, o cuidado é um pressuposto do capital, pois o capital depende dele para existir e, justamente por isso, não pode ser reconhecido como um trabalho, pois, se assim o fosse, teria de ser remunerado, o que desorganizaria a máquina que faz uso do “trabalho de cuidado não pago” para ganhar mais, ter mais valia e permitir o lucro. Se tudo fosse tomado como um trabalho, quem realizaria o cuidado? Um cuidado que deve, intrinsecamente, não ser remunerado e tampouco ter um destaque social, para que assim os mundos público e privado, feminino e masculino, da casa e da rua sigam operando e dando suporte à ordem social capitalista.

Segundo esse modelo e o argumento das autoras supracitadas, as mulheres são tidas como instintiva e inatamente aptas ao cuidado, de modo que seus hormônios explicariam o amor, o afeto e o carinho que sentem e representam. O cuidar não seria do mundo da cultura e, portanto, do mundo do trabalho, mas sim dos ciclos natureza, daquilo que está posto e que não se questiona. Disso resultou que as mulheres mães, com o advento da pandemia, tenham assumido para si mesmas a gestão das casas, dos tempos e das vidas da família. Para mim e Elaine Muller, isso não se tratava de uma novidade surgida com a pandemia, embora a crise sanitária e o isolamento social dessem destaque a um sistema de sobrecarga feminino e materno. A pandemia descortinou também a importância das escolas e das redes de apoio para a manutenção da vida social, pois, além do conhecimento formal, as escolas oferecem a possibilidade de fazer com que as crianças circulem, a fim de que as famílias possam trabalhar e se sustentar. No entanto, sem elas, as mulheres mães se sobrecarregaram e adoeceram, sobretudo aquelas que cumpriam jornada interna e externa ao lar antes do Sars-Cov-19.

Após dois anos do isolamento social, em uma pesquisa do Instituto Datafolha realizada virtualmente em 2021 com mais de mil mulheres, consta que 68% delas declararam ter vivido *burnout* durante ou depois da pandemia, que passou a compor oficialmente a lista de doenças mundialmente diagnosticadas em janeiro de 2022, com a entrada em vigor da CID-11. A síndrome é considerada uma exaustão física e mental que decorre da sobrecarga de trabalho repetitivo. Para ilustrar o caso, vejamos o seguinte relato:

“A pandemia tirou minha maior rede de apoio que era a escola da minha filha. Além disso, o trabalho remoto também contribuiu para que a noção de horário no mundo corporativo se perdesse, e o trabalho se confundiu com a vida pessoal. Acredito que a junção desses fatores acelerou a minha estafa.

Eu ficava doente com bastante frequência, cheguei a ir no hospital três vezes achando que estava morrendo e era pressão alta, coisa que nunca tive. Numa dessas idas ao hospital me reviraram e não encontraram nada que justificasse os meus sintomas, que eram dor de cabeça e pressão alta. Cheguei a desmaiar. Fui encaminhada para a psiquiatria, onde recebi o diagnóstico de *burnout*. Ainda segui minhas atividades laborais por um período, mas ficou insustentável e precisei me afastar” (X, 25 anos, mãe solo³).

Vale aqui ressaltar que a síndrome de *burnout* não pode ser considerada um sinônimo de cansaço e tampouco de depressão, mas a conjugação de ambos os sintomas e uma consequência de práticas laborais e/ou atividades que se repetem com constância. Daniel Arenas, em sua dissertação de mestrado intitulada “Avaliação da relação entre parentalidade, *burnout* e outros fatores individuais em trabalhadores brasileiros durante a pandemia de Covid-19”, de 2022, chegou às seguintes conclusões:

Foram produzidos dois artigos: o primeiro incluiu 435 participantes e focou nas relações entre parentalidade, procrastinação e *burnout* em trabalhadores em trabalho remoto comparados com trabalhadores em trabalho presencial; o segundo incluiu 196 mulheres em trabalho remoto e avaliou fatores relacionados a maiores níveis de *burnout* em mães. No primeiro artigo, não houve diferença na CBI entre as modalidades de trabalho, embora o grupo em trabalho remoto tenha apresentado níveis ligeiramente mais elevados de procrastinação. Profissionais com filhos apresentaram níveis menores de procrastinação e *burnout* quando comparados com aqueles sem filhos. Contudo, profissionais com filhos menores de 12 anos apresentaram maiores níveis de procrastinação e *burnout* em comparação aos que não tinham filhos. **As mães apresentaram níveis de *burnout* maiores em todas as subescalas da CBI quando comparadas com pais. Em um modelo de regressão múltipla de Poisson, níveis clinicamente significativos de *burnout* foram associados a ser do sexo feminino, ter tido aumento da carga de cuidado com os filhos e**

3 Disponível em: www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/12/06.

morar com crianças menores de 12 anos. No segundo artigo, mães que moravam com filhos menores de 12 anos apresentaram maiores níveis de *burnout* nas dimensões PB e WB. Em um modelo de regressão linear múltipla, o aumento da carga de cuidado com os filhos apresentou maior relação com altos níveis de *burnout* em todas as subescalas da CBI, sendo mais significativo do que o aumento da carga de trabalho em si (ARENAS, 2022, grifo nosso).

Esses dados ilustram a situação física e emocional das mulheres mães que permaneceram isoladas com seus filhos e famílias e em regime de teletrabalho, os quais sugerem os processos danosos gerados em suas vidas.

AS MATERNIDADES NA PANDEMIA DE COVID-19: O USO DO TEMPO E DO ESPAÇO NO COTIDIANO BRASILEIRO E ARGENTINO

Entre os meses de maio e julho de 2020 realizamos uma pesquisa no Brasil e na Argentina, com quase 400 mulheres, com o intuito de compreender como estavam vivenciando a sobreposição dos trabalhos produtivo e reprodutivo na *casa pandêmica*, como vinham organizando seus tempos e espaços e como estavam se sentindo em relação ao isolamento social. Para isso, concebemos uma pesquisa remota, com 33 questões, de múltipla escolha, em regime de escala, fechadas e abertas. Usamos a plataforma do Google Forms e publicamos a chamada nos grupos de investigação e entre os contatos das três proponentes da investigação. O instrumento de pesquisa contou com três grandes seções temáticas: na primeira, a sócio-demográfica, investigamos o perfil social da mulher respondente e sua composição familiar; na segunda, refletimos sobre o trabalho, a pandemia e a casa, tratando de entender como esta passou a se organizar e a ser organizada durante a quarentena; e na terceira, exploramos os sentimentos, as sensações físicas e as ideias socialmente consideradas de mãe naquele momento de suas vidas.

Durante quase três meses de pesquisa, 300 brasileiras e 75 argentinas responderam à investigação. Vale registrar que, após as perguntas, deixamos um espaço aberto para que as próprias respondentes incluíssem imagens e narrativas imagéticas de sua vida durante a pandemia. E como a ideia era ampliar a possibilidade de diálogo com as participantes, pedimos que inserissem fotos de seu cotidiano, que deixassem seus contatos e sinalizassem o interesse de seguir com a conversa por meio de entrevistas abertas. Recebemos cerca de 90 imagens, por vezes isoladas, por vezes no formato de uma narrativa encadeada.

Nessa oportunidade, por conta do recorte deste capítulo, nos debruçaremos sobre os dados coletados na realidade brasileira. Os dados coletados foram armazenados no Google Drive, em uma pasta criada para a pesquisa e acessada por várias investigadoras⁴. Dentre as brasileiras, a maior parte era formada por mulheres brancas, casadas, heterossexuais e de camadas médias: 70% viviam em grandes cidades (com mais de 500 mil habitantes), 56% moravam em apartamentos e 62% tinham entre 31 e 40 anos. Desse universo, 67% dependiam das creches e escolas para trabalhar, 39% se sentiram improdutivas no trabalho e 30% disseram que não houve nenhuma repactuação na distribuição dos trabalhos do lar.

Com isso, percebemos que a maioria delas trabalhava fora de casa e dependia das redes de circulação de crianças para trabalhar. Já com a pandemia, passaram a produzir menos no trabalho, responsabilizando-se diretamente com a vida doméstica, sem que novos pactos de tempo/espaço tivessem sido instaurados na casa. Ou seja, embora todos compartilhassem a mesma situação de isolamento social, as mulheres logo se responsabilizaram e foram responsabilizadas pelo cuidado dentro de casa, reproduzindo novamente a divisão sexual do trabalho.

“Odeio ser mãe, mas, sim eu amo meus filhos. Ser mãe é peso, é cobrança o tempo todo, é expectativas inatingíveis, é solidão, é ter responsabilidades gigantes... Ser mulher, nem sei mais. Ser mãe em tempos de pandemia é se afogar todos os dias em incertezas” (Joana, maio de 2022).

De nosso instrumento de pesquisa constava uma pergunta aberta sobre o que significava ser mãe naquele momento e contexto. Como resposta, muitos termos se repetiram, tais como: “sobrecarga”, “exaustivo”, “desafiador”, “ser multitarefa como sempre”, “um desafio enorme”, “guerreira” e “quase sempre cansada”. Além disso, outras dissertaram mais amplamente sobre o que pensavam e estavam sentindo, como podemos perceber nos seguintes registros:

“A maternidade nunca foi algo que consegui lidar muito bem e nesse contexto de isolamento a maternidade tem sido um ponto central do meu cotidiano. Ser mãe já era difícil antes do isolamento, agora é um tanto desesperador” (Magda, junho de 2022).

4 Milena Sasha Batista, mestranda no Programa de Pós-Graduação de Estudos Comparados sobre as Américas da UnB; Danielle de Araujo Medeiros, pós-doutoranda no mesmo programa e Julia Torres, pesquisadora de Iniciação Científica do Departamento de Saúde Coletiva, também da UnB.

“Com o perdão da expressão, significa me fuder! Ter que dar conta de muito mais do que já dava (mesmo sabendo que minha situação não é, nem de longe, das piores)” (Maria, junho de 2022).

“Estar constantemente falhando em todas as frentes: casa, maternagem e trabalho. Sinto que é impossível conciliar e que as pessoas não compreendem a magnitude desse problema e quem não é mãe não sabe o que passamos, nem mesmo as pessoas presentes no cotidiano” (Paula, julho de 2022).

Valeska Zanello e um grupo de pesquisadoras (2022) desenvolveram uma pesquisa interessada também no cotidiano materno durante a pandemia de Covid-19, mas voltada especificamente às suas emoções. O grupo alcançou remotamente mais de 5 mil mulheres brasileiras, tendo também como limitação o recorte de classe. Logo, os dados versam igualmente sobre as mulheres brancas, de camadas médias, que puderam fazer isolamento social e ter acesso à rede para responder às questões lançadas pela investigação⁵.

De acordo com os principais achados do estudo, no que tange às tarefas domésticas após o advento da pandemia, 82% das mulheres estavam se sentindo sobrecarregadas e 88% disseram que estavam realizando mais trabalho doméstico do que antes. Delas, 65% sentiam culpa por não estarem atentas às necessidades dos filhos e quase a mesma porcentagem relatou ter sentir sentimentos que não gostaria, como raiva direcionada aos filhos. Nesse mesmo grupo, 78% disseram precisar de mais tempo para si mesmas e 45% não serem cuidadas por ninguém (ZANELLO *et al.*, 2022).

Para analisar os dados obtidos, as autoras recorreram à noção de “dispositivo amoroso”, de autoria da própria Zanello (2018), a partir do qual as mulheres são moldadas a cuidar antes dos outros do que de si mesmas. Neste sentido, em um sistema heterocentrado, o cuidado começa antes com o outro, enquanto elas (as mulheres), pelo contrário, são (muito) pouco cuidadas. Essa pesquisa, incluindo a nossa, demonstrou a sobrecarga materna diante dos cuidados com a casa e com os filhos, a baixa produtividade no trabalho, a insatisfação com o próprio desempenho como mãe ou profissional e as queixas físicas e emocionais de cansaço durante a pandemia. É patente a desigualdade de gênero na organização da casa pandêmica e suas conse-

5 Os dados desse estudo foram publicados na *Revista de Estudos Feministas*, da Universidade Federal de Santa Catarina, no segundo semestre de 2022.

quências para a saúde dessas mulheres mães. Logo, os achados de campo dialogam e reforçam as conclusões de ambas as pesquisas.

Em nosso percurso investigativo, conforme mencionado acima, pedimos às mulheres que, caso o desejassem, inserissem imagens feitas por elas próprias ao final do formulário, imagens autorais que contassem seus cotidianos. Algumas chegaram soltas e isoladas, outras em sequência, querendo nos contar possivelmente uma história. Havia, de um lado, muitas fotos de bolos, com comidas sendo preparadas e crianças sorridentes no colo, e de outro, casas sujas, pias lotadas de pratos, vassouras e rodos. E também, fotos de crianças no computador, das mães auxiliando-as a mexer no computador ou tentando entretê-las com atividades lúdicas dentro de casa. Eram mulheres tentando trabalhar, exaustas, com uma casa às avessas, com choro e rostos cansados. E certamente havia imagens felizes também, o que nos incita a pensar na reprodução das moralidades maternas e nas ideias de boa mãe a serem replicadas, embora muitas denunciassem uma sobrecarga doméstica. Algumas dessas imagens são ilustradas a seguir, tendo sido tomadas de maneira isolada, não obstante possam ser tomadas também como um universo possível do campo aqui pesquisado, dialogando umas com as outras.



Sem legenda, 2022.



Sem legenda, 2022



Sem legenda, 2022.



Sem legenda, 2022



Sem legenda, 2022

A IMPOSSIBILIDADE DE UM PROJETO GERACIONAL DE MULHERES: O DESTAQUE À PANDEMIA

Para uma das mulheres que participou da pesquisa no Brasil, ser mãe durante a pandemia era “voltar a ser as antepassadas próximas: ser a única responsável pelo cuidado da família”. Sua resposta instigou a refletir sobre os aspectos geracionais anunciados por ela. Conforme antes mencionado, durante o mesmo ano de 2020, encontrava-me também em uma agenda de pesquisa com mulheres de três gerações diferentes de uma mesma família ao redor da maternidade, cuja frente de trabalho me auxiliou a analisar e a pensar sobre o que acontecia na maternidade e na pandemia.

Para compreender o que isso significa, vale a pena rememorar alguns estudos antropológicos sobre as gerações de mulheres e o seu lugar no mundo social, como os de Myriam Lins de Barros (1987) e de Maria Isabel Mendes de Almeida (1987). Essas duas antropólogas analisaram a vida das mulheres brasileiras, de camadas médias e de diferentes gerações, nos anos de 1980, na cidade do Rio de Janeiro. Seus estudos, no entanto, inspiraram uma tipologia geracional que nos ajuda a refletir sobre a vida da mulher mãe contemporânea durante a pandemia. Nas duas etnografias, encontramos as mulheres da “primeira geração”, da “geração intermediária” e da “geração mais jovem”. De modo geral, as avós comporiam o primeiro grupo, com mulheres entre 70 e 80 anos; as mães, o segundo grupo, com idade entre 50 e 60; e as filhas, a última franja, tendo ao redor de 30 a 40 anos, na década de 1980. Ao analisar suas ideias e práticas acerca da maternidade, ambas as autoras salientaram que a “primeira geração” pode ser caracterizada como as mulheres que se

dedicaram, única e exclusivamente, ao lar, aos filhos e ao casamento; elas tiveram um considerável número de filhos, dependeram financeiramente dos companheiros e tomaram a maternidade com seu destino natural. Já a geração de suas filhas, a “intermediária”, foi a que saiu de casa para trabalhar, que foi para a universidade, que conquistou postos de trabalho, que teve menos filhos e a que mais se separou e fez uso de pílula contraceptiva; foi a geração que mais adquiriu independência financeira. E a “geração mais jovem”, por sua vez, propriamente as filhas da geração intermediária, foi a que mais educação formal recebeu, mas que não conquistou a independência financeira.

Nesse quadro, as antropólogas notaram que essa última geração custou a se desvencilhar economicamente de seus familiares de origem. Essas mulheres tiveram menos filhos, mas fizeram da maternidade um investimento, um projeto de vida e uma prática reflexiva que, por vezes, implicou no retorno de uma ideia de natureza: parto natural, práticas de criação naturais etc. O trabalho nesse grupo esbarra na necessidade de também fazer sentido e não somente prover o sustento. Para estar em casa e sustentar tais projetos de uma maternidade dedicada, precisaram de pessoas que lhes oferecessem suporte econômico. E no que tange aos modelos de maternidade: no primeiro grupo, as mulheres se dedicavam *full time* aos filhos; no segundo, se terceirizou a criação para as babás e instituições; e no último, tentou-se recuperar o modelo das avós, mas sem perder a autonomia laboral conquistada com a geração das mães. Logo, vemos que um grupo de mulheres mães se ocupou eminentemente da casa, sem se preocupar com o suporte financeiro; outro que saiu às ruas para prover a casa e a si mesmo; e um último que foi às ruas, mas que deseja retomar a maternidade dedicada vivenciada na primeira geração à custa de outras pessoas. Operam, assim, movimentos de ida e de volta e enlaces bem contornados entre a casa, a rua, o dinheiro e os filhos.

Os estudos de Barros e de Almeida são da década de 1980. De lá para cá houve muitas experiências de transformação social quanto aos lugares ocupados pelas mulheres no Brasil. Conforme pontua Fraser, vivemos atualmente a sociedade do “duplo ingresso”, em que o salário do homem não sustenta mais sozinho a casa e em que as mulheres de camadas médias precisam, de fato, sair também para trabalhar. A casa precisa de uma dupla fonte de ingressos, de recursos e de salários. As mulheres não podem mais escolher. Assim sendo, quem cuidará dos filhos e dos idosos dessas famílias? Para Fraser (2020), esse é o motivo da “crise dos cuidados” experimentada hoje. As pessoas que outrora cuidavam da casa, precisam trabalhar para se sustentar. Então, quem passará

a fazer o seu papel e suas tarefas? Se todos saem para trabalhar, quem cuidará, haja vista que o capital se ampara no cuidado para existir e se reproduzir? Esse é o desenho da sociedade neoliberal atual, que transmite também para as mulheres o projeto de serem senhoras de si ou empreendedoras.

E se esse já era o cenário atual experimentado por muitas mulheres, é preciso refletir sobre a pandemia, quando a mulher da “sociedade do duplo ingresso” (FRASER, 2020), precisou conjugar tarefas antes exercidas por outras pessoas. Ela passou a ser a mulher que cuida, lava, passa, cozinha, trabalha e acompanha as atividades escolares das crianças. Vive fora e dentro de casa. Trabalha fora e dentro de casa, mas, nesse momento, sem a ajuda e a circulação de crianças.

Na realidade, a ideia de uma *maternidade intensiva*, próxima, *apegada*⁶ – presente nas teorias mais recentes de puericultura – pressupõe que a mãe dos anos 2000 seja uma mãe diferente da geração anterior: a geração de suas mães, hoje as avós. Essas teorias demandam uma dedicação própria (FERNANDES, 2018, 2019; FONSECA, 2012), o que, por si só, ***já é uma contradição em uma sociedade que também necessita que essas mulheres trabalhem fora de casa.***

Michel Foucault, em sua análise do neoliberalismo americano, tema central do curso sobre *O nascimento da biopolítica* (FOUCAULT, 2010), nos ajuda a entender o neoliberalismo hegemônico como um momento de extensão da razão econômica para outros aspectos da vida social, incluindo formas de racionalidade, de governamentalidade e de produção de subjetividades. O pensador recorre aos conceitos e teorias mercantis para discutir o próprio modo de o neoliberalismo produzir uma racionalidade econômica que vai além da entrada e saída de ganhos e investimentos, mas que compõe e é composta pela circulação de pessoas, afetos, objetos e ideias sobre o mundo habitado, e que tem como um de seus eixos a produção de “capital humano”. A teoria econômica do “capital humano” sustenta a ideia do sujeito “empresário de si”, dos senhores de si próprios ou “sujeitos-empresas”. Nessa esteira, a intenção de Foucault é entender como se constitui e como se acumula esse capital:

Na análise que eles fazem do capital humano, como vocês se lembram, os neoliberais procuravam explicar, por exemplo, como a relação mãe-filho, caracterizada concretamente pelo tempo que a mãe passa com o filho, pela qualidade dos cuidados que ela lhe dedica, pelo afeto de que ela dá prova, pela vigilância com que

6 Para maiores detalhes, conferir: <https://institutonascerc.com.br/criacao-com-apego-o-que-e-e-seus-8-principios/>.

acompanha seu desenvolvimento, sua educação, seus progressos, não apenas escolares mas físicos, pela maneira não só como ela o alimenta, mas como ela estiliza a alimentação e a relação alimentar que tem com ele – tudo isso constitui, para os neoliberais, um investimento, um investimento mensurável em tempo, um investimento que vai constituir o quê? Capital humano, o capital humano da criança, capital esse que produzirá renda. Essa renda será o quê? O salário da criança quando ela se tornar adulta. E, para a mãe, que investiu, qual renda? **Bem, dizem os neoliberais, uma renda psíquica.** Haverá a satisfação que a mãe tem de cuidar do filho e de ver que seus cuidados tiveram sucesso. Pode-se portanto analisar em termos de investimento, de custo de capital, de benefício do capital investido, de benefício econômico e de benefício psicológico, toda essa relação que podemos [chamar], se vocês quiserem, de relação formativa ou relação educacional, no sentido bem amplo do termo, entre mãe e filho (FOUCAULT, 2010, p. 334-335, grifo nosso).

Foucault realizou esse debate ao final da década de 1970, mas suas análises seguem inspirando estudos contemporâneos sobre a maternidade/maternagem enquanto uma prática também econômica e decorrente da ausência estatal (FERNANDES, 2018, 2019; FONSECA, 2012; MEYER, 2005). Criar filhos é uma tarefa econômica que interessa socialmente, mas também individualmente. Na maioria das vezes, as mulheres mães são as únicas responsáveis pela condução deles, sem poder, no entanto, deixar de prover a casa financeiramente. Vemo-nos, assim, em nossa interpretação, diante de uma geração de mulheres mães (dos anos 2000 em diante) que acumulam o que entendemos como dois “projetos geracionais” anteriores de mulher e de maternidade.

A antropóloga Claudia Barcellos Rezende tem tornado esse investimento reflexivo bastante atual a partir de seus estudos sobre a maternidade de camadas médias e sua ideia de “maternidade projeto” (2020). Em sua leitura, assim como o sujeito, a maternidade também se tornou, na atualidade, um projeto pessoal que demanda estudo, tempo e investimento. Isso acontece em sociedades neoliberais, de contextos urbanos e mais expressivamente entre as pessoas com poder aquisitivo. Entretanto, essa mesma geração de mulheres precisa trabalhar, pois possui menos renda do que suas mães para terceirizar o cuidado dos filhos, tendo sido atravessada pela *teoria da criação com apego*⁷. Por conta dessas singularidades, essa é a geração para quem,

7 Sobre a teoria da criação com apego, sugerimos a leitura disponível em: <https://www.attachmentparenting.org/portuguese>. Acesso em: 14 out. 2023.

segundo pontua a psicanalista Vera Iaconelli (2019), “a conta não fecha”⁸. **É a geração** prensada entre a maternidade e o trabalho produtivo, de modo bastante diferente da geração de suas mães e avós. Se na primeira havia mulheres dedicadas aos filhos e ao lar, na segunda havia mulheres que saíram para trabalhar, mas que terceirizaram passivamente o cuidado familiar. Ocorre que, no momento atual, temos uma geração de mulheres que deseja uma “maternidade projeto” (REZENDE, 2020) e apegada, o que lhes exige muito moralmente, mas que também deseja e precisa do trabalho fora de casa. Essa geração se vê entre o trabalho e o cuidado, duas esferas até então separadas em espaços e tempos diversos, mas que hoje se sobrepueram.

Então, o que a pandemia nos conta de novo sobre essa mesma geração ou a geração atual de mulheres mães? Como eu e a Elaine Muller sustentávamos, a sobrecarga materna compõe a maternidade contemporânea, sendo um de seus ingredientes. No entanto, o destaque da pandemia advém justamente da visibilidade dada à condição dessas mulheres, a partir de nossa visão. Pudemos ver, a partir das janelas pandêmicas, como esse projeto geracional de mulheres mães está fadado ao fracasso, pois resulta impossível conjugar o cuidado e o trabalho em um só corpo, enquanto a pandemia os escancarou, tornando-os contíguos e sobrepostos.

O sistema econômico vigente fomenta, de muitas formas, que as mulheres mães ocupem esse espaço de cuidado e trabalho. E muitas são as omissões ativas do Estado, desde as teorias de como criar os filhos aos benefícios econômicos que podem ser obtidos a partir de políticas públicas, também moralizadoras (NASCIMENTO; LIMA, 2018). No limite, nesse enfeixamento de processos, encontramos mulheres mães tentando trabalhar e cuidar, ainda que essas esferas não possam ser separadas em suas vidas. Elas existem, como talvez nunca tenham existido até então, em duas gerações anteriores, a um só tempo: são as avós e as mães de outrora, sendo, no entanto, atualmente, as netas dessas mulheres, vivendo em outros tempos.

Desta forma, o Sars-Cov19 ensejou – e isso sim é inovador – uma reflexão social, mas também individual, de cada mulher mãe sobre as diversas responsabilidades sociais que têm sido depositadas em um único corpo: cansado, exausto e que já não suporta mais.

8 Para maiores detalhes, conferir: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/vera-iaconelli/2019/12/a-conta-nao-fecha.shtml>.

PARA PENSAR AINDA MAIS E NADA CONCLUIR

Em setembro de 2022, fui convidada a participar de um seminário no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), intitulado *Políticas da reprodução latino-americanas*. Éramos oito expositoras, em duas mesas-redondas separadas por um intervalo. Muitas de nós eram antropólogas, mas contávamos também com a presença de outras cientistas sociais. Ocupamos o auditório, uma sala grande, com ar-condicionado e portas abertas, repleto de pessoas sem máscaras, dado o avanço da vacinação e a baixa transmissão de Covid-19 naquele momento. Éramos cerca de 50 pessoas. Duas ou três ainda usavam máscaras. Quando a primeira mesa do dia foi organizada e iniciaram os debates, uma das palestrantes permaneceu sentada de máscara. Quando chegou o momento de sua apresentação, uma das coordenadoras do evento indagou: “Você acha que dá para tirar a máscara ao menos para você falar agora e para a gravação?”. Então, a pesquisadora, dirigindo-se a ela e ao auditório, respondeu em um tom de certo desconforto e justificativa: “Desculpem-me, é que minha filha é pequena e ainda não está vacinada. Fico com receio por conta dela” (Notas de pesquisa, setembro de 2022).

Naquele exato momento percebemos que o corpo daquela mãe carrega sozinho, a um só tempo, o trabalho e o cuidado de maneira contígua. Ele está na rua, mas não deixa a casa. Ela havia viajado a trabalho, para apresentar os dados de sua pesquisa de doutorado, mas havia levado a filha consigo. Funcionava ali também como uma extensão da casa pandêmica a ser zelada, cuidada e mantida fora de contágio. O trabalho e o cuidado estavam juntos, assim como a casa e a rua – um como extensão indissociável do outro. E isso me fez questionar intimamente: em que medida a pandemia havia “terminado” para aquela mulher e o quanto ela podia respirar fora de casa como todos os demais que ali estavam respirando sem barreiras? Em que medida as mulheres não seguiram e seguem levando suas casas nas costas?⁹

9 Para que possamos entender um pouco mais a fundo, vale ressaltar que as vacinas para as crianças já circulavam em outros países do mundo desde o final de 2021, sendo que o Brasil foi um dos únicos (ou o único) a criar uma consulta pública nacional para saber o que a população pensava sobre a vacinação infantil, nitidamente retardando e dificultando o processo de imunização desse público. O processo foi extremamente lento, inclusive na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que chegou a negar o uso de uma vacina específica em território nacional. E, por fim, quando a vacina foi aprovada, faltaram insumos e se reduziu a faixa etária para maiores de seis anos. Nesse ínterim, o que não é novidade, quem ficou responsável pelas crianças foram as mães e suas famílias, semelhante ao caso aqui relatado.

Naquele corpo mascarado pesava a indivisibilidade e a indissociabilidade do cuidado e do trabalho, a ausência do Estado e a sobrecarga materna que diz respeito – a bem da verdade – à economia, à política e à sociedade. A urgência do trabalho e um projeto geracional de mulheres que maternam “apeadamente” ou “intensivamente” são impossíveis de serem praticados. Um caso vivo que não pode mais se repetir. As mães precisam deixar de ser as únicas responsáveis por tudo. Elas também têm o direito de tirar as máscaras, de sair e de deixar a casa pandêmica. Ou então, naquele momento, todas nós deveríamos ter usado para que ela pudesse falar sem a máscara. Por que só ela e por que tão só? É sobre isso que a pandemia nos convida a refletir.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de Almeida. **Maternidade**. Um destino inevitável? Rio de Janeiro: Campus, 1987.

ARENAS, Daniel. **Avaliação da relação entre parentalidade, burnout e outros fatores individuais em trabalhadores brasileiros durante a pandemia de Covid-19**.

Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2022.

BARROS, Myriam Lins. **Autoridade e Afeto**: avós, filhos e netos na família brasileira. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti; MULLER, Elaine. Afinal, quanto de extraordinário a pandemia de covid-19 soma na vida das mulheres mães? **Áltera**, v. 1, n. 10, p. 441-450, 2020.

CARNEIRO, R. G.; SANTOS BATISTA, M. S.; CALADO R, L. et al. Um dueto sobre gênero, cuidado e Covid-19 na vida acadêmico-científica. Entrevista com Bárbara Castro e Mariana Chaguri. **Pós - Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais**, v. 17, n. 1, p. 67-79, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/43799>. Acesso em: 20 nov. 2023.

COOPER, Melinda. **Family Values. Between Neoliberalism and the new social conservatism**. Princeton: Princeton University Press, 2017.

FEDERICI, Silvia. **O Ponto Zero da Revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2018.

FERNANDES, Camila. "Mães nervosas": um ensaio sobre a raiva entre mulheres populares. In: FONSECA, C.; MEDAETS,

C.; RIBEIRO, F. (Orgs.). **Pesquisas sobre família e infância no mundo contemporâneo**. 1ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2018. p. 215-231.

FERNANDES, C. Figuras do constrangimento: As instituições de Estado e as políticas de acusação sexual. **Mana**, v. 25, n. 2, p. 365-390. 2019.

FONSECA, Cláudia. **Caminhos da Adoção**. São Paulo, Cortez, 1995.

FONSECA, Claudia. "Tecnologias globais de moralidade materna: as interseções entre ciência e política em programas 'alternativos' de educação para a primeira infância". In: FONSECA, C.; ROHDEN, F.; MACHADO, P. S. (Orgs.). **Ciências na Vida**. São Paulo: Terceiro Nome. 2012. p. 253-275.

FONTOURA, Natalia; ARAUJO, Clara; BARAJAS, Maria de la Paz. **Uso do tempo e gênero**. Rio de Janeiro: UERJ, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1993.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FRASER, N.; SOUSA FILHO, J. I. R. de. Contradições entre capital e cuidado. **Princípios: Revista de Filosofia**, v. 27, n. 53, p. 261-288, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/principios/article/view/16876>. Acesso em: 20 nov. 2023.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o Sexo**: dos gregos a Freud. Belo Horizonte: Dumará, 2001.

MACHADO, I. J. R.; MARQUES, A. C. Entrevista com Janet Carsten. **Revista de Antropologia da UFSCar**, v. 6, n. 2, p. 147-159, 2014.

MALUF, Sonia. Janelas sobre a cidade pandêmica: desigualdades, políticas e resistências. **TOMO**, v. 38, p. 254-285, 2021.

MANTRA, Adriana. Reconfigurações no legislativo e judiciário brasileiro durante e pós-pandemia [trabalho oral]. *In: I SEMINÁRIO INTERNACIONAL RECONFIGURAÇÕES DAS AGENDAS DE CUIDADO EM TEMPOS PANDÊMICOS*, Brasília, 25 e 26 de agosto de 2022. Brasília: Universidade de Brasília, 2022.

MEYER, Dagmar. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2005.

NASCIMENTO, Pedro; LIMA, Márcia. "O Bolsa Família tem ajudado muito a gente: usos das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família". *In: NEVES, E.; LONGHI, M.; FRANCH, M. (Orgs.). Antropologia da Saúde: ensaios em políticas da vida e cidadania*. Brasília/João Pessoa: ABA Publicações, 2018. p. 117-151.

REZENDE, Claudia Barcellos. A dor do parto: emoção, corpo e maternidade no Rio de Janeiro. **Anuário Antropológico**, v. 44, n. 2, p. 261-280, 2020.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.

ZANELLO, V.; ANTLOGA, C., PFEIFFER-FLORES, E.; RICHWIN, I. F. Maternidade e cuidado na pandemia entre brasileiras de classe média e média alta. **Revista Estudos Feministas** [on-line], v. 30, n. 2, 2022.

COLETIVOS DE CUIDADO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ENTRE USUÁRIAS E USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE
SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Ana Paula Müller de Andrade

AS POLÍTICAS LOCAIS E OS DESAFIOS DE DIMENSIONAR OS FENÔMENOS SANITÁRIOS

Dimensionar os efeitos dos agravos à saúde é tarefa complexa, múltipla e coletiva. Exige que diferentes eixos, escalas e camadas de análise sejam considerados a fim de garantir a compreensão ampliada e crítica das possibilidades para o seu enfrentamento. Em março de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou a Covid-19 como uma pandemia, indicava um eixo que poderia ser reconhecido como horizontal, ou seja, anunciava que havia a distribuição geográfica do vírus Sars-Cov2, em termos epidêmicos, em vários países do mundo. Nesse anúncio se vislumbrava também outro eixo, que poderia ser denominado de vertical, que apontava para os modos como a doença seria experimentada por países e grupos populacionais vulnerabilizados pelo sistema político e econômico vigente em escala global. Aos dois se somou, penso, um terceiro eixo, agora transversal, que emergiu ante a complexidade dos múltiplos efeitos da pandemia de Covid-19, indicando que a compreensão

deles exigiria uma dinâmica que permitisse ver e antever as interações do vírus com outras epidemias, com os determinantes sociais de saúde e com a dimensão temporal das medidas de contenção da disseminação do vírus.

Essa tentativa de dimensionar os efeitos da Covid-19 a partir de diferentes eixos encontra amparo na proposição de Horton (2020), de que a situação provocada pelo vírus se trata de uma sindemia, e não de uma pandemia. Para o autor, as sindemias “são caracterizadas por interações biológicas e sociais entre estados e condições, interações que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa a prejudicar ou a piorar seus resultados de saúde”¹ (HORTON, 2020, p. 874). De acordo com sua proposição, destacam-se as interações entre as condições e os estados apresentados por sujeitos em diferentes condições sociais, culturais, econômicas e biológicas, e também seria possível incluir as subjetivas. Uma sindemia implicaria, assim, em um redimensionamento nos modos de apreender determinadas interações, que poderiam ser pensadas em termos de trânsito entre diferentes escalas, a exemplo de local e global, micro e macro, como sugere Cesarino (2014), e/ou da apreensão dos fluxos e agenciamentos dos sujeitos, singulares ou coletivos, em termos de platôs etnográficos, consoante propõe Maluf (2011).

Escalas, contextos, interações, platôs e eixos foram redimensionados e colocados em relação no decorrer da pesquisa que subsidiou este trabalho, contribuindo para a elaboração das reflexões apresentadas. A pesquisa partiu de uma escala micro e buscou analisar as experiências sociais e as estratégias locais de enfrentamento dos efeitos da Covid-19 entre usuárias e usuários de serviços de saúde mental que, ao longo do processo, levaram a níveis distintos. Vale dizer que o nível micro foi tomado aqui como coexistente com o nível macro. Desta forma, uma análise micropolítica, como sugeriram Guattari e Rolnik (2008, p. 155), “se situaria exatamente no cruzamento entre esses diferentes modos [micro e macro] de apreensão de uma problemática”. Logo, para pensar as experiências sociais e as estratégias locais entre os usuários desses serviços foi preciso redimensionar os níveis em conjunto com os eixos antes mencionados.

Conforme exposto, um dos efeitos da Covid-19 tem sido localizado no campo da “saúde mental” que, segundo Duarte (1994), é aquele de maior discordância no âmbito da saúde, especialmente no que se refere ao próprio

1 No original: “Syndemics are characterised by biological and social interactions between conditions and states, interactions that increase a person’s susceptibility to harm or worsen their health outcomes.”

conceito de “saúde mental”. Para o autor, os conceitos de “saúde mental”, “doença mental” e “distúrbio psicossocial”, além de culturalmente específicos, representam uma dinâmica eminentemente psicológica, própria das sociedades modernas. Neste sentido, a desnaturalização e a problematização do campo da saúde mental, e especialmente dos problemas de saúde mental, foram necessárias para uma apreensão ampliada dos processos relacionados a eles.

Ao longo da pesquisa foi possível perceber que, no contexto da Covid-19, o que passou a ser denominado como “saúde mental” no âmbito institucional estava fortemente associado aos diagnósticos e às terapêuticas psiquiátricas e, na maioria das vezes, encerrado na prescrição e dispensação de psicofármacos. Contudo, entendemos que esse é apenas um dos modos de apreender as experiências de sofrimento mental e, conforme discutiremos adiante, o âmbito institucional não é homogêneo, tendo produzido respostas ampliadas de atenção psicossocial.

Já no âmbito das estratégias e experiências dos sujeitos, a “saúde mental” se associava a outros fatores e marcadores sociais que alargavam as possibilidades de apreensão do sofrimento mental. As estratégias e as experiências se relacionavam com o âmbito institucional, uma vez que a maioria dos/as interlocutores/as da pesquisa participava ou já havia participado dos serviços de saúde mental e atenção psicossocial, sendo que muitos/as encontraram neles a possibilidade de produção de si para além de seus diagnósticos.

Entendo que a apreensão ampliada e crítica do sofrimento mental pode trazer contribuições importantes para o que Bispo Júnior e Santos (2021) alertam que seriam os efeitos diretos e indiretos da Covid-19 na saúde mental da população. Esses autores, baseados em Jenkins *et al.* (2021), indicam a produção de uma quarta onda de problemas decorrentes do vírus, que envolve os problemas de saúde mental e que exige respostas de perspectiva sindêmica para o seu enfrentamento. Segundo a literatura antropológica, aos problemas de saúde mental agravados desde o início da disseminação do Sars-Cov-2, somam-se fatores sociais, culturais, políticos e econômicos. Além disso, classe, gênero, raça, etnia, dentre outras categorias, permitem reconhecer que o vírus tem efeitos em múltiplos níveis e que demanda uma compreensão interseccionada.

No âmbito das respostas institucionais a serem produzidas diante dessa quarta onda, cabe destacar o contexto das políticas públicas brasileiras, especialmente aquelas situadas nos campos da saúde geral e da saúde mental,

cujo desinvestimento financeiro e político² tem fragilizado tanto as estratégias institucionais quanto as singulares. Conforme aponta Delgado (2019), a fragilização das políticas públicas de saúde, incluindo as de saúde mental, se intensificou já em 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional 95, que resultou, segundo o autor, em um processo denominado de marcha para trás, acompanhada da pior crise da democracia brasileira desde o golpe de 1964. Além disso, essa crise da democracia e das políticas de saúde e saúde mental pode ser situada no âmbito de uma conjuntura mundial, “de caráter global e multidimensional do *projeto histórico neoliberal mais radical, gerador de uma crise civilizatória que aponta para a barbárie*”, como alertou Vasconcelos (2020, p. 9, grifo do autor).

Amarante e Nunes (2018, p. 2073) colaboram nesse argumento quando alegam que “após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o SUS e a RP [reforma psiquiátrica] passaram a ser alvo de mudanças radicais e de retrocessos importantes”. Um dos aspectos destacados pelos autores diz respeito à dimensão legislativa das ações do Estado em que, “ao mesmo tempo em que as portarias propiciaram o aumento da rede, por outro limitaram sua autonomia em termos de inovação e resolubilidade” (AMARANTE; NUNES, 2018, p. 2017). Entretanto, como veremos a seguir, parece ter sido justamente a produção de uma rede de cuidados antimanicomiais, legitimada por um conjunto robusto de portarias e outras normativas, que possibilitou a produção de coletivos de cuidado e atenção psicossocial no contexto da emergência sanitária brasileira.

É nessa conjuntura que os efeitos da Covid-19 têm se produzido. Ademais, ainda que seja inevitável reconhecer os retrocessos em curso no âmbito da política pública, é possível vislumbrar resistências a eles, como apontam Vasconcelos (2020) e Delgado (2019). Como resultado do próprio movimento de construção da política ao longo de mais de trinta anos, os desdobramentos desse processo, em termos de práticas e discursos contra-hegemônicos, estão presentes nesse campo de disputas por modelos interpretativos da experiência de sofrimento mental e por modelos de assistência a ser ofertada pelos serviços estatais.

2 Entendo que o desinvestimento político se materializou, por exemplo, na Portaria nº 3088 de 2011, que reconheceu as Comunidades Terapêuticas como parte da rede de atenção psicossocial. Já o desinvestimento financeiro ganhou força a partir de 2016, especialmente com a Emenda Constitucional 95/2016, que, ao instituir um novo regime fiscal, congelou os gastos no âmbito, dentre outros, dos serviços de saúde.

As disputas são intensas e ocorrem em diferentes níveis ou “dimensões”, consoante argumenta Amarante (1996). E dizem respeito ao que Nunes *et al.* (2019) denominaram de contrarreforma, ou seja:

um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até reverterem as transformações produzidas pela Reforma Psiquiátrica nas quatro dimensões propostas por Amarante (1996): epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e sociocultural. (NUNES *et al.*, 2019, p. 4491).

É um processo que evidencia as disputas pelos modelos de assistência psiquiátrica no Brasil e no mundo. A reorientação da assistência psiquiátrica no país se produziu como resultado de experiências institucionais, sociais e singulares que possibilitaram a aprovação da Lei n° 10216/2001 e a instituição da política pública de saúde mental, que visa superar a lógica asilar-manicomial e reorientar a assistência psiquiátrica até então ofertada pelos hospitais psiquiátricos.

Parte importante dessas disputas pode ser reconhecida no âmbito da legislação, especialmente com as modificações operadas nas normativas a partir de 2016 que, além de incrementarem o financiamento dos leitos em hospitais psiquiátricos através da Portaria n° 2434/2018, transfiguraram a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo nela os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, conforme a Portaria n° 3088/2011. Além disso, ao final de 2020, em meio ao caos provocado pela necropolítica (MBEMBE, 2018) executada pelo governo federal de então, o Ministério da Saúde aventou a revogação de quase cem portarias, sob a alegação de renovação da política de saúde mental, denominada então como “nova política de saúde mental” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2020), que recolocava as práticas manicomiais, tais como aquelas centradas nos saberes psiquiátricos conservadores, como possíveis no âmbito da assistência psiquiátrica brasileira.

De acordo com Caponi (2020), a pandemia evidenciou estratégias distintas de gestão e de seus efeitos. Enquanto uma delas fazia uma aposta no respeito à vida, ao cuidado singular e coletivo, a outra reforçava a lógica neoliberal de assunção de riscos individuais, exposição da população à morte e outras características que caracterizavam o que Mbembe (2018) denominou como necropolítica.

Desta forma, a proposta de analisar e compreender as experiências sociais e as estratégias locais de enfrentamento da pandemia de Covid-19, sobretudo

entre aquelas pessoas que, por motivos e circunstâncias diversas, acessaram ou acessam os serviços de saúde mental para o alívio de seus sofrimentos mentais, emergiu desse cenário. No contexto da política nacional de saúde mental, essas pessoas são comumente denominadas de usuárias, dado que foram protagonistas nos processos de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reforma psiquiátrica, além de fazerem usos diversos dos serviços. Andrade e Maluf (2017) comentam acerca da importância do diálogo com esses sujeitos e da necessidade de atribuir um estatuto epistemológico aos saberes produzidos por eles em suas experiências sociais, na condição de experientes.

Andrade (2012, 2016, 2018) demonstrou que as experiências sociais dos/as usuários/as dos serviços de saúde mental articulam diferentes modelos interpretativos sobre o processo de saúde-adoecimento e a produção de terapêuticas correspondentes, embora, na maioria das vezes, tendem a subverter e/ou resistir aos modelos hegemônicos que tendem a reduzi-las ao modelo biomédico. As experiências sociais relacionadas ao sofrimento mental são atravessadas por lógicas e significados presentes nos processos de saúde, adoecimento e cura atribuídos por cada sujeito a elas, e também por características socioculturais dos contextos onde se desenvolvem. Do mesmo modo, se relacionam à experiência de sofrimento em suas diferentes dimensões e não apenas com uma categoria nosográfica, um evento biológico ou um conjunto de sintomas.

Estudos como os de Andrade (2020), Andrade e Maluf (2016), Gonçalves e Campos (2017) e Kantorski *et al.* (2017) indicam a importância do protagonismo dos/as usuários/as na produção de saberes e práticas no âmbito da política pública de saúde mental. Assim, quando reconhecemos o caráter plural, heterogêneo e complexo da reforma psiquiátrica, também reconhecemos as mudanças que ocorreram nos diferentes planos da política (ANDRADE; MALUF, 2016). Na pesquisa desenvolvida, o objetivo era reconhecer aquelas mudanças que aconteciam cotidianamente, no dia a dia dos sujeitos, nas relações que estabeleciam consigo mesmos, com os serviços de saúde mental que frequentavam, com seus vizinhos e familiares e com a sociedade da qual faziam parte.

Com o interesse voltado ao diálogo com os/as usuários/as dos serviços de saúde mental antimanicomiais, excluindo, assim, os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, o trabalho etnográfico foi desenvolvido durante os meses de outubro de 2020 a setembro de 2021, de modo remoto, através

de entrevistas individuais e da observação participante em grupos de ajuda mútua e organização política, e também em eventos públicos, registrados em diários de campo. Os dados produzidos ampararam as três linhas de análise apresentadas a seguir. A opção por esse tipo de estruturação indica a intenção de desembaraçá-las e, a partir daí, tecer o texto.

PRIMEIRA LINHA: REDIMENSIONAMENTO A PARTIR DOS ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

O imperativo “fique em casa”³ redimensionou a vida de todos/as, mesmo daqueles/as que, por razões sociais e econômicas, se viram obrigados/as a manter suas atividades laborais, à mercê dos riscos a que se viam submetidos/as. Habitados/as à livre circulação, embora com importantes diferenças demarcadas por pertencimentos de classe, gênero e raça, as possibilidades de contaminação pelo vírus Sars-Cov-2 convocaram a interagir a partir de recursos tecnológicos. Entre aqueles/as que puderam se manter em casa, um território virtual se recrudescceu para possibilitar as interações sociais necessárias para a vida ordinária e a extraordinária, como parecíamos viver nos primeiros dias após a declaração da pandemia pela OMS e do estado de emergência no Brasil. A pesquisa se desenvolveu entre esses sujeitos e impôs alguns dilemas quanto às possibilidades, ou mesmo à necessidade, de um trabalho de campo presencial, conforme abordarei adiante.

Esse novo cenário fez emergir uma série de limitações e, ao mesmo tempo, possibilidades. Se as fronteiras físicas estavam sendo fechadas para conter a disseminação do vírus, as tecnologias de comunicação e informação abriam um campo já alargado de possibilidades advindas, sobretudo, da World Wide Web e da rede de telefonia fixa e móvel. Essas tecnologias já vinham sendo utilizadas, como mostram os estudos de Carneiro e Fleischer (2020) e do Instituto Anis (2021), e as noções de distância, presença e convívio, tão caras ao trabalho etnográfico, sendo redimensionadas. Segundo Fonseca (2017, p. 461), “os aviões e a *internet*, assim como a bolsa de ações e as corporações transglobais, provocaram um redimensionamento não só da distância física, mas também da noção de distanciamento analítico”.

3 Nos momentos mais críticos da pandemia, as autoridades sanitárias indicavam a necessidade de diminuir a circulação de pessoas na rua para que houvesse uma menor chance de disseminação do Sars-Cov-2. Ficar em casa era uma necessidade, mas não uma possibilidade para toda a população.

Com essas questões em mente e certo receio de produzir uma etnografia de modo remoto, iniciei o trabalho de campo com o envio de uma mensagem privada para um interlocutor de uma pesquisa realizada por mim anteriormente⁴, via Facebook. Na resposta enviada por ele ao meu convite para uma conversa acerca da pesquisa que eu estava iniciando, escreveu: “pode ser no whats?”. Nesse momento iniciava um trânsito entre os diferentes recursos virtuais e os diferentes sujeitos e grupos.

Embora pareçam recursos midiáticos similares, cujo trânsito ou migração de um a outro é comumente identificado como tranquilo, o aplicativo do WhatsApp e a plataforma do Facebook guardam diferenças, uma vez que requerem habilidades cognitivas e possibilidades financeiras diferenciadas para o acesso. Com outra interlocutora, por exemplo, mantive contato por meio de telefonia móvel e por chamadas de vídeo pelo WhatsApp, visto que ela não sabia ler as letras. Como ela, muitas pessoas, mesmo que soubessem ler as letras, viviam ou vivem sem poder aquisitivo para adquirir aparelhos telefônicos, computadores, pacotes de dados de internet e serviços de telefonia, sendo excluídas, parcial ou totalmente, do território virtual.

Quando realizei a primeira entrevista por vídeo, através do WhatsApp, ao comentar sobre algumas pessoas com quem gostaria de voltar a conversar, mas não tinha mais o contato, Mario⁵ disse: “a gente não consegue falar com muita gente. Trocou o número, o celular é outro, dá desligado. Eu até vou na casa da Susana, mas só ela é que eu sei onde é”. As limitações relacionadas aos contatos já haviam sido percebidas por mim ao tentar retomá-los. Nas primeiras semanas do trabalho de campo, fiz uma média de vinte ligações frustradas com os contatos que tinha de pesquisas anteriores. Acredito que as limitações diziam respeito, dentre outras, às questões de classe e geracionais. Suponho que exista um contingente de pessoas excluídas do território virtual, invisibilizadas e, quiçá, com muitas necessidades referentes à saúde mental.

4 A retomada do contato com interlocutoras e interlocutores de pesquisas desenvolvidas por mim anteriormente estava contemplada no projeto de pesquisa, e buscava, sobretudo, administrar a impossibilidade de encontros presenciais. Retomei o contato inicialmente com interlocutores/as – usuários/as dos serviços de saúde mental – da pesquisa desenvolvida entre 2015 e 2016, na qual analisei as repercussões das transformações culturais em relação à loucura na produção de subjetividade de usuários/as dos serviços de saúde mental (ANDRADE, 2018, 2020). Já entre 2010 e 2011, havia feito outra pesquisa na qual desenvolvi uma análise crítica da reforma psiquiátrica a partir do ponto de vista dos usuários/as de serviços de saúde mental, denominados, como resultado das análises desenvolvidas, de experientes. (ANDRADE, 2012).

5 Todos os nomes utilizados no texto são fictícios.

Com aquelas pessoas com as quais consegui contato, fui percebendo como, ao longo do trabalho de campo, ia se produzindo um alargamento das possibilidades de interlocução e uma presencialidade distinta daquela construída no trabalho de campo presencial que havia feito em pesquisas anteriores. Carneiro e Fleischer, ao discutirem os aspectos metodológicos de uma pesquisa desenvolvida com o suporte de recursos tecnológicos, argumentam que:

Assim, uma presença conseguiu ser criada e mantida a partir e através da virtualidade que estabelecemos entre nós, o campo de pesquisa parecia mais ampliado e, longe de ser o estudo de gabinete, demonstrava-se como um campo poderia ser atravessado pela tecnologia, realidade virtual e presença e convivência remotas. (CARNEIRO; FLEISCHER, 2020, p. 6).

Essa presença remota indicada pelas autoras permitiu que eu pudesse reconhecer os impactos da pandemia nas experiências sociais, tanto singulares quanto coletivas, através da articulação dos sujeitos em grupos de aplicativos do WhatsApp e Telegram, ou da plataformas do Facebook, Google Meet, Jitsi e Zoom, que emergiram como um lócus de produção e sustentação de estratégias de enfrentamento frente aos impactos da pandemia e do trabalho de campo desenvolvido.

Os grupos de aplicativos a que tive acesso nos primeiros meses da pesquisa se referiam aos de ajuda mútua e de organização política local. A partir das entrevistas realizadas, fui inserida em três grupos de WhatsApp: um grupo de ajuda mútua, que contava com 34 participantes e que agregava pessoas com experiências heterogêneas em saúde mental e luta antimanicomial, e do qual participei semanalmente por três meses; outro grupo que se caracterizava como um fórum de saúde mental, com 47 participantes, que agregava pessoas de movimentos sociais e que organizava a política de luta antimanicomial nos níveis municipal, estadual e nacional; e ainda um terceiro grupo, identificado como um grupo de trabalho da luta antimanicomial, que somava 15 pessoas e discutia questões mais locais. Desses últimos, participei esporadicamente, à medida que as atividades permitiam minha participação, de novembro de 2020 a setembro de 2021.

Entretanto, com a iminência do “revogaço”, como ficou conhecida a proposta de revogação das portarias relacionadas ao processo de reforma

psiquiátrica no país pelo Ministério da Saúde, minha participação alcançou grupos de disputa política antimanicomiais mais amplos, nos quais também fui incluída pelas pessoas entrevistadas e que compunham os antes citados. Dos grupos, passei a acompanhar apenas um deles, composto inicialmente por 2.167 membros e que funcionava através do Telegram.

A presença remota dos/as participantes nesses grupos, incluindo a minha, variava conforme a quantidade dos/as participantes e as possibilidades de acompanhamento ativo nas discussões. Ainda assim, mesmo sem conseguir produzir uma presencialidade remota de maneira homogênea, todos os/as participantes pareciam conformar coletivos e sustentar propostas de organização política, de cuidado e atenção psicossocial. Por meio de um deles foi organizada a primeira conferência popular nacional de saúde mental, realizada em outubro de 2021, que entendi ser um desdobramento importante, em termos de escala analítica da produção de estratégias “locais” de enfrentamento aos efeitos da Covid-19, no campo da saúde mental.

Acredito que o trabalho etnográfico desenvolvido no campo-território virtual requer não somente habilidades que permitam a construção dessa presença remota, mas também uma vigilância constante para o reconhecimento e acompanhamento dos fluxos e dos agenciamentos que vão formando algumas conexões e que, na maioria das vezes, não são lineares, podendo conformar determinados “platôs etnográficos” (MALUF, 2011).

Entendo que se trata, assim, de um caminho metodológico que permite acompanhar as interações entre os sujeitos e destes com os determinantes sociais da saúde, com seus agravos de saúde, com o vírus Sars-Cov-2, com contextos distintos, dentre outros. Não se trata de acompanhar somente os efeitos do vírus na existência de um sujeito ou de um grupo de sujeitos, mas de considerar quais dimensões ele alcança naquelas existências, como ele as afeta e quais as que ele produz quando se conecta com o sofrimento mental.

O trabalho etnográfico desenvolvido a partir dessa presença remota permitiu o redimensionamento de muitas categorias e encontrou muitas limitações. Refiro-me às limitações amparadas, dentre outras razões, no argumento de Lucélia, uma interlocutora que, enquanto me contava sobre uma pessoa conhecida que estava com sintomas muito intensos de sofrimento mental, vendo vultos e com insônia, disse-me: “tu até podia conversar com ela, mas aí teria que ser como antes [se referindo a outra pesquisa que eu havia feito de modo presencial], conversando mais tempo, junto com a pessoa, mais dias... aí talvez desse”.

Quanto ao redimensionamento das técnicas utilizadas, fiz vários esforços para manter alguns fundamentos do trabalho etnográfico. Para isso, no âmbito das entrevistas individualizadas que realizei, a fim de manter a continuidade das conversas, a produção de vínculo e a confiança e, logo, a abertura para assuntos que emergem da convivência continuada, adotei a estratégia de reduzir o tempo dos encontros e realizar mais de um encontro com cada interlocutor. Isso significou fazer um exercício de reciprocidade a cada encontro, considerando o assunto, a intensidade da conversa e outras nuances que se interpuseram nas entrevistas.

Durante o trabalho de campo realizei entrevistas individuais com 16 mulheres e 7 homens, todos adultos, pertencentes às classes populares, com idades que variavam entre 21 e 76 anos, e que aceitaram participar da pesquisa através de consentimento livre e esclarecido, assinado ou gravado. Destes, quatro mulheres e dois homens eram autodeclarados negros. As entrevistas e os consentimentos foram gravados em áudio para eles, enquanto que, para os demais, a depender da tecnologia, fez-se uso do Google Meet, por meio de audiovisual.

Com todos os/as interlocutores/as tive mais de um encontro que, em média, durava 40 minutos. Com seis mulheres tive uma média de 11 encontros, com três homens uma média de nove encontros e com os demais participantes uma média de quatro. Para os encontros fazíamos combinações de data e hora específicas, e não foram raras as vezes que recebia mensagens pelo WhatsApp ou ligações telefônicas com pedidos do tipo: “Vamos conversar? Lembrei uma coisa que queria te contar”.

Reconheço que fomos construindo presencialidade e convivialidade remotas, que nos permitia agendar novos encontros, mas também suspendê-los. Uma das mulheres com quem tive sete encontros, ao final do que seria o último, disse-me rindo: “acho que agora já deu né, Ana. Quando eu te ligar de novo vai ser pra tomar um café ao vivo”. Eu ri e concordei com a proposta, respondendo: “pode ser, mas se quiseres me ligar, tens o número”. Com outras pessoas, a finalização ocorreu pelo espaçamento temporal dos encontros, e com outras pelo anúncio de minha saída e encerramento, sempre difícil, do campo.

Conforme observa Fonseca (2017, p. 462), “cada novo cenário envolve práticas que operam um rearranjo não linear do tempo e espaço, obrigando igualmente à renegociação coletiva de compromissos políticos e éticos”. Ademais, cada novo cenário nos convoca a refletir sobre as possibilidades e as impossibilidades do trabalho etnográfico em contextos de crise.

SEGUNDA LINHA: APREENSÕES DO SOFRIMENTO MENTAL

Ouvi da maioria dos/as interlocutores/as que os problemas de “saúde mental” tinham aumentado muito durante a pandemia. Em algumas entrevistas soube de pessoas que tinham tido seus sofrimentos psíquicos agravados pelo temor ao vírus, pelo contato com ele e pelas restrições presenciais de circulação e contato social. Carla, uma interlocutora, branca, viúva, de 42 anos, durante uma das entrevistas realizada quando a vacinação ainda não havia começado e era necessário continuar em casa, disse-me: “ah eu saio... tenho problemas cardíacos, sou hipertensa e ainda tomo esse tanto de remédio (se referindo aos psicofármacos que fazia uso). Tenho certeza que se eu ficar todo tempo em casa, só olhando pra esse monte de coisa estragada, sem falar com ninguém, com esses pensamentos assim, vou morrer é de outra coisa”. Ela, que tinha muitas limitações financeiras e vulnerabilidades objetivas e subjetivas, parecia sintetizar o argumento de Horton (2020), de que tais vulnerabilidades, agregadas aos efeitos biológicos e sociais do Sars-Cov-2, exigem muito mais do que respostas atinentes ao vírus, mas uma abordagem ampliada que abranja políticas públicas à altura.

Conforme já haviam anunciado os sanitaristas brasileiros ao final da década de 1970, a saúde é resultante da organização social e, portanto, das condições de alimentação, habitação, renda, trabalho, transporte, lazer e liberdade, incluindo o acesso aos serviços de saúde e saúde mental. Segundo Campos (2017, p. 39), sanitarista brasileiro, “os fenômenos sociais, entre eles a saúde e a doença das pessoas, resultam da interação de uma multiplicidade de fatores”. Para acompanhar os agenciamentos de Carla no enfrentamento dos efeitos do contexto pandêmico, foi necessário reconhecer que se interseccionavam em sua existência fatores de classe, raça, econômicos e políticos, além de biológicos e subjetivos.

A ideia da saúde como um fenômeno social ampliou o campo das práticas e do reconhecimento de diferentes fatores na produção de agravos. No campo da saúde mental não foi diferente. A compreensão de que o pertencimento racial, de classe ou de gênero, por exemplo, é um marcador social de diferença, foi decisiva para que ocorressem as mudanças necessárias para a reorientação da assistência psiquiátrica no Brasil. Além disso, foi decisiva para que o fenômeno do sofrimento mental pudesse ser relativizado e problematizado e, assim, apreendido de forma ampla no interior do campo por seus diferentes atores e atrizes sociais.

No caso de Carla, é possível vislumbrar essa ampliação quando ela mostra suas limitações financeiras, a precariedade de sua casa e seus bens materiais como possíveis agravantes de sua saúde mental. Ao reconhecer que esses fatores agravavam sua saúde, ela parecia fazer um deslocamento importante das categorias centrais do campo da saúde mental, como a loucura e a doença mental, ao reconhecer que seus sinais e sintomas não estavam exclusivamente relacionados aos seus diagnósticos. Ao situar o agravamento de seus sintomas para além do que seu diagnóstico psiquiátrico indicava, ela alargava as possibilidades de se produzir subjetivamente. Durante as conversas com Carla, fui percebendo que esse reconhecimento se relacionava com o serviço de saúde mental que ela frequentava e da aposta que este fazia na atenção psicossocial.

Em outro trabalho indiquei, amparada nas experiências com os/as usuários/as dos serviços de saúde mental, que esse alargamento permitiu processos de singularização das experiências de sofrimento mental e um manejo das categorias diagnósticas produzidas pelo saber-poder psiquiátrico entre os/as frequentadores/sa dos serviços de saúde mental antimanicomiais.

O sofrimento mental, encerrado na categoria de doença mental pelo saber-poder psiquiátrico, foi um elemento importante dos processos de desinstitucionalização produzidos tanto na reforma psiquiátrica no Brasil quanto em processos semelhantes fora dele. De acordo com Foucault (1997), a constituição de uma doença mental que precisava ser submetida ao tratamento físico e moral foi o que fundamentou as práticas que constituíram os hospitais psiquiátricos. Esses estabelecimentos, na passagem à era moderna, deixaram de ser um lugar de depósito, como o asilo da era clássica, para se tornar um lugar de constituição de verdades, de individualização e normalização dos comportamentos.

A reorientação do modelo de assistência psiquiátrica brasileira buscou, dentre outras coisas, colocar a doença mental entre parênteses, segundo havia sugerido Basaglia (1985), para produzir uma clínica do sujeito (GOLDBERG, 1996) que possibilitasse a produção de modos plurais de cuidado e atenção psicossocial. A própria ideia de uma atenção psicossocial buscou reverter o cuidado asilar centrado nos saberes psiquiátricos. Desta forma, o objeto de trabalho desse novo modelo transformou os modos de pensar o sofrimento denominado de mental, considerando as proposições de assistência psiquiátrica antimanicomial.

Contudo, essas transformações ocorreram em um contexto de intensas disputas. Atualmente, o recrudescimento das neurociências e da medicalização

da vida (CAPONI, 2013) conforma o panorama das possibilidades de subjetivação das experiências de sofrimento mental. Esse recrudescimento tende a reduzir, ao invés de ampliar, as possibilidades de apreensão do sofrimento mental, o que, no contexto da pandemia de Covid-19, parece fazer com que os diagnósticos psiquiátricos de ansiedade e depressão, por exemplo, sejam apontados como efeitos dela e indicados como pertencentes a uma de suas ondas, conforme apresentado por Bispo Júnior e Santos (2021). Não se trata, todavia, de negar que a pandemia produza sofrimento mental, mas de apontar que a apreensão dele pode se dar a partir deste e de outros modelos interpretativos.

Nesse campo de possibilidades, os sujeitos parecem encontrar nos diagnósticos psiquiátricos modos de significar e produzir sentidos sobre suas experiências. Ainda assim, segundo o que demonstram os estudos antropológicos desenvolvidos no e sobre o campo da saúde mental, os modelos interpretativos relacionados ao fenômeno do sofrimento psíquico extrapolam o modelo biomédico-psiquiátrico. Esses modelos costumam articular outras dimensões da existência dos sujeitos para além daquela denominada como biopsicossocial, tais como a espiritual e a físico-moral (DUARTE, 1988), demonstrando a complexidade das experiências sociais relacionadas ao sofrimento mental.

Em uma entrevista, Francine, uma mulher branca, de 27 anos, contou como estava fazendo para lidar com o agravamento do que dizia ser seus sintomas psiquiátricos: “Eu já saio para caminhar rezando. Rezando para não encontrar o vírus e para ficar bem. Para ficar bem da cabeça, dormir melhor, parar de ouvir essas coisas [referindo-se às vozes que ouvia]. Pra conseguir ficar sem o pessoal do CAPS tem que mexer o corpo. Aí já faço isso rezando, porque o espiritual também ajuda, né?”.

Conversei com Francine de dezembro de 2020 a agosto de 2021, e mesmo nos períodos mais críticos da disseminação do vírus, ela não conseguia respeitar o isolamento social, à revelia, inclusive, de meus alertas quanto aos riscos aos quais se expunha ao sair de casa. Ela, que acionava o espiritual e o religioso para a interpretação e alívio de seus desconfortos, também os considerava como um elemento de proteção aos riscos.

Neste sentido, o reconhecimento de que essas experiências são produzidas em contextos socioculturais específicos, por lógicas e significados neles presentes, permite um deslocamento importante do sofrimento mental do campo estritamente biomédico, traduzindo tais experiências somente em termos de sinais, sintomas e diagnósticos. O sofrimento mental, isto é, esse

domínio distinto do biológico, passa a ser apreendido a partir da desinstitucionalização da loucura como uma doença mental, como um sofrimento subjetivo, muito mais relacionado ao que Sawaia denomina como sofrimento ético-político. Para a autora:

Em síntese, o sofrimento ético-político abrange as múltiplas afecções do corpo e da alma que mutila a vida de diferentes formas. Qualifica-se pela maneira como sou tratada e trato o outro na intersubjetividade, face a face ou anônima, cuja dinâmica, conteúdo e qualidade são determinados pela organização social. (SAWAIA, 2014, p. 104).

Esse deslocamento do sofrimento mental do campo estritamente biomédico encontrou espaço no contexto da Covid-19. Como resultado de mais de três décadas de reforma psiquiátrica no Brasil e de distintos processos de desinstitucionalização, a ampliação dos modos de apreender e cuidar do sofrimento mental tem possibilitado a produção de novos modos de cuidado e atenção psicossocial por sujeitos, coletivos e singulares, no contexto da Covid-19.

Em diferentes interlocuções da pesquisa, ainda que o sofrimento pudesse ser descrito pelos sujeitos em termos de sinais e sintomas psiquiátricos, quando eu questionava as razões e motivos para eles, eles eram remetidos às questões sociais, biológicas e subjetivas. Em conversa com Tânia, uma mulher negra, de 54 anos, ela disse: “Hoje acordei bem louca mesmo. Imagina... só pensava como que eu ia fazer para pagar a X [referindo-se a uma dívida que tinha com a cunhada]. Queria ver qual ia ser a solução se eu tivesse consultado lá no CAPS [risos]. Tava louca de desesperada mesmo, de dinheiro”. Retruquei: “Louca pela falta de dinheiro, no caso”. Tânia respondeu: “Sim. Daqui a pouco vai ter um número [referindo-se ao código internacional das doenças - CID] pra isso também [risos]”.

Ainda que possa parecer evidente a correlação entre a falta de dinheiro, por exemplo, e o agravamento do sofrimento mental, essa não é uma interpretação comum entre as pessoas que frequentam e trabalham nos serviços de saúde mental. Em geral, esses sujeitos fazem um caminho inverso, ou seja, percebem a falta de dinheiro como o resultado de uma condição de saúde que as impossibilita de trabalhar. Essa inversão ou mesmo subversão da lógica biomédica na interpretação das experiências de sofrimento mental parece ser resultante do processo de desinstitucionalização produzido no país.

Desta forma, parece importante pensar a quarta onda de problemas decorrentes da Covid-19, em que os de saúde mental estariam incluídos, não apenas a partir da descrição e categorização de sinais e sintomas psiquiátricos, como parece ser o mais comum nos estudos epidemiológicos, mas também no sentido de ampliar a compreensão dos mesmos, conforme sugere Horton (2020), no diálogo com outros saberes, tais como as Ciências Sociais e Humanas, e com os saberes leigos.

TERCEIRA LINHA: COLETIVOS DE CUIDADO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Como exposto até aqui, os impactos da pandemia de Covid-19 são múltiplos e produzem efeitos subjetivos, objetivos e morais decorrentes das medidas sanitárias adotadas para o seu enfrentamento. As medidas produzidas pelos serviços de saúde e saúde mental, por grupos populacionais, por sujeitos, coletivos e singulares, buscaram minimizar os agravos causados pelo contexto em que a pandemia se produziu e ainda se produz, à revelia da omissão do Estado quanto à execução de uma estratégia centralizada e comandada para conter as altas taxas de mortalidade pela doença.

As medidas sanitárias para conter a disseminação do Sars-Cov-2 incluíram um rearranjo das vidas, institucionais e singulares, que acompanharam os modos desiguais de existência. Enquanto a OMS (2020) recomendava, já em maio de 2020, um cuidado especial aos serviços de atenção psicossocial, no Brasil, gestores, trabalhadores, familiares e usuários/as dos serviços de atenção psicossocial, tais como os CAPS, viram-se diante do desafio de lidar com várias crises: a sanitária, a do desmonte da política pública de saúde mental, a do agravamento do sofrimento mental dos sujeitos no contexto da pandemia e a da omissão do Estado e de suas ações deliberadas de desinvestimentos nas estratégias de contenção do vírus.

O interesse desta pesquisa, conforme apresentado anteriormente, foi o de analisar as experiências sociais e as estratégias locais de enfrentamento da pandemia de Covid-19 entre os/as usuários/as de serviços de saúde mental e, como pude reconhecer, essas experiências e estratégias não estavam desconectadas dos processos institucionais e das demais crises. Ao contrário, justamente por estarem conectadas a elas é que repercutiram a ponto de transformá-las. Neste sentido, entendo ser importante destacar o papel dos movimentos sociais, coletivos e associações de usuários/as, familiares

e simpatizantes da luta antimanicomial, na produção e sustentação de uma perspectiva ampliada dos cuidados em saúde mental.

A importância desses sujeitos nos processos de desinstitucionalização colocados em curso pela política pública de saúde mental é notória e cumpre, de certa maneira, com o princípio da participação social prevista pelo SUS. Além dos serviços ofertados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), já haviam se instituído outras iniciativas coletivas e singulares pelo país e fora dele, como mostram os estudos de Kantorski e Andrade (2017), Onocko-Campos *et al.* (2013), Vasconcelos (2017), dentre outros. Na RAPS, os serviços, por serem heterogêneos em suas ações e finalidades, criam uma convivência entre as lógicas de caráter asilar-manicomial, produzidas nos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, e as de caráter psicossocial, abertas e antimanicomiais, institucionais ou não.

Todos os/as interlocutores/as da pesquisa já haviam acessado serviços de saúde mental, sobretudo os CAPS. Como parte do trabalho de atenção psicossocial, muitos deles participavam também de atividades coletivas, tais como grupos de ajuda mútua, associações de usuários e familiares, grupos de teatro e música, dentre outras. Quando fiz o primeiro contato para iniciar as entrevistas, conforme mencionado, fui convidada a participar de um grupo de ajuda mútua, onde encontrei interlocutores com os quais já havia dialogado em pesquisas anteriores. Foram elas e eles que também me colocaram em contato com os demais grupos que participei ao longo da pesquisa.

Esses coletivos emergiram como recursos de cuidado e atenção psicossocial. No conjunto, evidenciaram o exercício relacional promovido pela assistência psiquiátrica antimanicomial e cumpriam com lacunas produzidas pela contrarreforma em curso no país desde 2016 e com aquelas relacionadas às medidas (ou ausência delas) de biossegurança da pandemia. Neste sentido, entendo que a atenção psicossocial produzida ao longo dos 30 anos de reforma psiquiátrica no país parece ter favorecido a produção de um terreno fértil para a sustentação dos coletivos e das disputas de modelos de assistência psiquiátrica. O coletivo, tal como sugere Benevides (2005, p. 23), “diz respeito a este plano de produção, composto de elementos heteróclitos e que experimenta, todo o tempo, a diferenciação. Coletivo é multidão, composição potencialmente ilimitada de seres tomados na proliferação das forças”.

Os coletivos migraram para o território virtual assim que se impuseram as medidas sanitárias de controle da disseminação do vírus. Leandro, um interlocutor, branco, de 47 anos, em conversa no *Jitsi*, ao comentar acerca das dificuldades em acessar o Google Meet, disse: “Agora o negócio é todo

aqui. Quando começou a pandemia, tinha que ter como conversar. Aí todo mundo veio pra cá. Tem o grupo X [referindo-se ao grupo de ajuda mútua] e tem os outros que são do Whats [referindo-se aos grupos criados por sujeitos singulares não vinculados a grupos formalizados, como associações e comissões] também. Aí não tem horário, todo mundo pode escrever ou gravar lá”.

Uma das falas que me auxilia nesse argumento foi repetida durante as conversas com uma interlocutora. Em uma das vezes, ela disse: “Olha só, não tem mais atividade conjunta, assim, nos CAPS. Agora só estão atendendo urgência, só vai lá quem precisa mesmo. Só que a pessoa vai ficar tanto em casa, sozinha, sem ver e falar com outros, que pira. Aí vai ter que ir mesmo”. Alguns serviços haviam ofertado atividades pela internet, por aplicativos, por exemplo. Soube de atividades relacionadas aos exercícios físicos, música e um grupo de conversa, onde havia profissionais que participavam. Faziam isso por telefone ou presencialmente para aquelas pessoas que não compareciam aos serviços.

Desta forma, parece-me que os coletivos de apoio, de cuidado e de solidariedade produzidos pelas pessoas na rede de atenção psicossocial foram aliados importantes nos diferentes momentos da pandemia. Os grupos de ajuda mútua são emblemáticos nesse sentido, pois ajudam a produzir o que Cardano e Lepori (2012) denominam como um “contradiscorso”, capaz de disparar processos de despatologização da alteridade. Costa *et al.* (2020), ao apresentarem as experiências de grupos de ajuda mútua e outras abordagens em saúde mental produzidas com o protagonismo vigoroso dos usuários, comentam a importância dessas experiências no contexto da pandemia e demonstram como se desdobram delas outras proposições, como os programas em rádios comunitárias e *podcasts*, por exemplo.

As estratégias singulares e coletivas de cuidado e atenção psicossocial emergiram com força entre os usuários dos serviços de saúde mental, segundo os dados da pesquisa. Nesse conjunto de estratégias também foi possível reconhecer algumas práticas de autocuidado, como sair para caminhar, não assistir às notícias quando já estava “pra baixo”, fazer ligações telefônicas para familiares e intensificar a participação nos grupos virtuais. Entretanto, quando o cuidado era dirigido a uma outra pessoa, as estratégias eram diversas. Dentre elas, quero destacar uma que parece emblemática acerca das resistências ao modelo manicomial de cuidado em saúde mental, produzida por sujeitos com experiência em serviços tanto territoriais e comunitários quanto asilares.

A estratégia foi relatada por João, um dos interlocutores, branco, de 37 anos, solteiro. Durante uma entrevista, contou que havia amarrado um

amigo para que ele não saísse de casa. Quando perguntei sobre os motivos e as circunstâncias, disse-me: “ele tava bem louco! Ou eu amarrava ou ele ia fazer bobagem. Eu não ia conseguir levar ele no serviço [referindo-se ao CAPS]. Ia ter que chamar a ambulância e aí era o psiquiátrico [referindo-se ao hospital psiquiátrico da cidade] na hora”. E perguntei: “Bem louco, como?”. E ele respondeu: “Bem louco, agitado, não falava coisa com coisa”. O desfecho da situação, segundo ele, foi bom, já que o amigo agradeceu a ele pela atitude.

No campo da assistência psiquiátrica, as crises sempre desafiaram uma abordagem ampliada no cuidado ao sofrimento mental e, ao fim, as respostas produzidas para elas eram amiúde simplificadas, tendo como destino os hospitais psiquiátricos. As respostas foram se ampliando à medida que os processos de reforma psiquiátrica foram sendo produzidos em diferentes contextos. No Brasil não foi diferente, e ainda que os serviços psiquiátricos de urgência e emergência, além das alas psiquiátricas em hospitais gerais e os CAPS 24 horas, não tenham sido implementados de modo satisfatório, um conjunto de estratégias, produzidas pelos sujeitos em suas experiências sociais, demonstrou a possibilidade do acolhimento à crise. Além disso, no contexto da pandemia de Covid-19, as experiências sociais e as estratégias locais demonstraram a possibilidade de acolher a crise, mesmo em meio a diferentes crises.

Outra estratégia produzida foi a criação de grupos de organização política do movimento de luta antimanicomial que, através de grupos virtuais de articulação e mobilização, deram origem à Frente Ampliada em defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial⁶, organizando a primeira conferência popular nacional de saúde mental. Conforme consta na Carta da Conferência, essa iniciativa objetiva “manter um estado de permanente mobilização popular” e reconhece “a importância do protagonismo de usuárias/os na defesa dos direitos, nas Redes Antimanicomiais, na Reforma Psiquiátrica, na desinstitucionalização dos manicômios, na defesa do SUS e contra o higienismo social”.

Por fim, vale dizer que essas estratégias não devem ser entendidas como suficientes para a oferta de assistência psiquiátrica. Ao contrário, devem servir de estímulo para a manutenção e o incremento de políticas públicas de saúde e de saúde mental que conformam um terreno fértil para a produção dos coletivos de cuidado e atenção psicossocial.

.....

6 Sobre a Frente Ampliada em defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, conferir: <https://linktr.ee/frentesaudemental?fbclid=IwAR2QOLYIE-q6UwCB-w9BjAlt9007GuVUzsfB0GALSYUdZgOHmngOxtgRprYM>.

ÚLTIMA LINHA: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a última linha a ser tramada no conjunto das reflexões apresentadas até aqui, gostaria de alinhar alguns aspectos. Inicialmente, destaco a relevância das experiências produzidas pelos processos de reorientação da assistência psiquiátrica para os enfrentamentos da pandemia de Covid-19 entre os/as usuários/as dos serviços de saúde mental. O reconhecimento da produção de políticas locais antimanicomiais, a partir de diferentes estratégias, singulares e coletivas, indica a existência de processos de subversão dos modelos hegemônicos de oferta da assistência psiquiátrica e de produção de subjetividades, mesmo em contextos de crise.

Outro aspecto importante a considerar é que, conforme discutido, o campo da saúde mental sempre esteve em disputa. Vale lembrar que a Lei nº 10216/2001 foi aprovada após 11 anos de tramitação e disputa no legislativo nacional e, ainda assim, não atingiu força política suficiente para determinar uma data para o fechamento dos leitos nos hospitais psiquiátricos. Com a crise do estado democrático brasileiro, essas disputas e as ameaças ao modelo psicossocial e antimanicomial se intensificaram, demandando um trabalho vigoroso de resistência ao manicômio, em suas diferentes manifestações. Assim, é preciso reconhecer que um dos desdobramentos dessa resistência foi a produção de coletivos de cuidado e atenção psicossocial e de estratégias locais antimanicomiais que, diante da tragédia vivida no Brasil, sustentaram a defesa da vida.

Como visto, as estratégias locais de enfrentamento aos efeitos da pandemia de Covid-19 se articularam com as estratégias produzidas em outros níveis, o que significa dizer que elas devem ser consideradas como o resultado de processos mais amplos de produção de políticas públicas e como parte de políticas de enfrentamento aos agravos provocados pela ameaça das mesmas. Nas interlocuções da pesquisa, pude reconhecer que essas estratégias visavam um cuidado antimanicomial e a sustentação do projeto político da reforma psiquiátrica, que é a desinstitucionalização da loucura e dos modos manicomiais de ofertar assistência psiquiátrica.

Neste sentido, seria importante problematizar o fato de uma ambulância não ser cogitada para o acolhimento de uma crise, por ter como destino o hospital psiquiátrico. Ainda que a situação contada por João tenha tido, segundo ele, um bom desfecho, seria preciso ampliar as possibilidades de

resposta institucional para situações semelhantes. Isso implicaria, por sua vez, em um entendimento ampliado das crises e dos problemas de saúde mental.

Outro aspecto relevante diz respeito ao modo como o Estado produz – ou deveria produzir – suas respostas aos problemas sindêmicos. Dimensionar os diferentes eixos presentes em uma crise sanitária implica operar com perspectivas abrangentes, que considerem a complexidade, a interseccionalidade e a pluralidade de possibilidades que deverão ser contempladas nas respostas institucionais que, por sua vez, se articularão às políticas locais.

Entendo que a ampliação nos modos de produzir respostas aos problemas de saúde mental encontraria muitas contribuições no reconhecimento dos saberes leigos, sobretudo aqueles produzidos pelos usuários e usuárias dos serviços que, conforme argumentado até aqui, acumulam um saber advindo de suas experiências e que têm produzido estratégias contra-hegemônicas no campo da saúde mental. O deslocamento, ou mesmo a problematização de categorias naturalizadas no campo da saúde mental, a meu ver, contribuiria com a ampliação do entendimento e das respostas a serem ofertadas para o que vem sendo apresentado como a quarta onda da Covid-19.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- ANDRADE, A. P. M. **Sujeitos e(m) movimentos**: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes. Tese (Doutorado em Ciências Humanas). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- ANDRADE, A. P. M. Entre reformas e revoluções: tensionamentos no campo da política de saúde e saúde mental no Brasil. In: LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M. **Políticas públicas**: reflexões antropológicas. Florianópolis: Ed. UFSC, 2016. p. 179-194.
- ANDRADE, A. P. M. Loucura e doença mental no contexto da política pública de saúde mental no Brasil. In: MALUF, Sônia; SILVA, Érica (Orgs.). **Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde**: etnografias comparadas. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2018. p. 253-264
- ANDRADE, A. P. M. Agenciamentos sociais e ações do Estado: Parada do Orgulho Louco no Brasil. **Anuário Antropológico** [on-line], II, p. 126-143, 2020.
- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, v. 26, n. 1, p. 251-270, 2016.
- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Loucos, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, 2017.
- ANIS. Instituto de Bioética. **Zap e as mulheres**, 2021. Disponível em: <https://anis.org.br/zapmulheres/>
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**, 2020. Disponível em: http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/e0f082_988dca51176541e-baa8255349068a576.pdf .
- BASAGLIA, F. (Coord.). **A instituição negada**. Relato de um hospital psiquiátrico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. Covid-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, e00119021, p. 1-14, maio 2021.
- CAMPOS, G. W. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão W. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 39 -78

- CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *In*: CAPONI, S. et al. (Orgs.). **A medicalização da vida como estratégia biopolítica**. São Paulo: LiberArs, 2013. p. 103-121.
- CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 209-223, 2020.
- CARDANO, M.; LEPORI, G. **Udire la voce degli dei**. L'esperienza del gruppo voci. Milano: Franco Angeli, 2012.
- CARNEIRO, R.; FLEISCHER, S. Em Brasília, mas em Recife: atravessamentos tecnometodológicos em saúde, gênero e maternidades numa pesquisa sobre as repercussões da epidemia do vírus Zika. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, e180600, p. 1-16, 2020.
- CESARINO, L. Antropologia multissituada e a questão da escala: reflexões com base no estudo da cooperação sul-sul brasileira. **Horizontes Antropológicos** [on-line], v. 20, n. 41, p. 19-50, 2014.
- COSTA, C.; FABIANI, I.; FERRARI, J. et al. Os desdobramentos dos grupos de ajuda e suporte mútuo *on-line* em tempos de crise sanitária mundial. **Saúde em Redes**. v. 6, (supl.2), p. 7-21, 2020.
- DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde** [on-line]. v. 17, n. 2, p. 1-4, 2019.
- DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral. *In*: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria C. S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 83-90.
- FONSECA, C. "Lá" onde, cara pálida? Pensando as glórias e os limites do "campo" etnográfico. *In*: BRITES, J.; MOTTA, F. (Orgs.). **Etnografia, o espírito da antropologia: tecendo linhagens homenagem a Claudia Fonseca**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2017. p. 438-466.
- FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade clássica**. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1996.
- GONÇALVES, L. L. M.; CAMPOS, R. T. O. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cadernos de Saúde Pública** [on-line], v. 33, n. 11, p.1-11, 2017.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- HORTON, R. Offline: Covid-19 is not a pandemic. **Lancet**, v. 396, p. 874, 2020.
- JENKINS, E. K.; McAULIFFE, C.; HIRANI, S. et al. A portrait of the early and differential mental health impacts of the Covid-19 pandemic in Canada: findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. **Preventive Medicine**, n. 145, 106333, 2021.
- KANTORSKI, L.; ANDRADE, A. P. M. Assistência psiquiátrica mundo afora: práticas de resistência e garantia de direitos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 24, p. 50-72, 2017.
- KANTORSKI, L.; ANTONACCI, M. H.; ANDRADE, A. P. M. et al. Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e

enfrentamentos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1143-1155, 2017.

MALUF, S. W. Além do templo e do texto: desafios e dilemas dos estudos de religião no Brasil. **Antropologia em Primeira Mão**, v. 124, 2011. Disponível em: <https://antropologiaprimeiramao.paginas.ufsc.br/files/2011/05/124.pdf>.

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

NUNES, M.; LIMA JUNIOR, J. M.; PORTUGAL, C.; TORRENTÉ, M. O. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. L. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão – inclusão. In: **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 14^a ed. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 99-120.

VASCONCELOS, E. M. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e *recovery* (recuperação, restabelecimento) em saúde mental II: uma avaliação crítica para uma apropriação criteriosa no cenário brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p.4 8-65, 2017.

VASCONCELOS, E. M. A gravidade do neoliberalismo radical pós 2008 e nossas estratégias de resistência. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 47-66, 2020.

SAÚDE MENTAL, AGENCIAMENTOS E POVOS INDÍGENAS:

APONTAMENTOS SOBRE A PANDEMIA DE COVID-19
ENTRE OS TUPINAMBÁS DE OLIVENÇA

Amanda Silva Rodrigues

Neste capítulo, abordo os agenciamentos empreendidos pelos indígenas Tupinambás de Olivença durante o primeiro ano da pandemia de Covid-19 e os desdobramentos desse conjunto de práticas ao longo de 2022 e início de 2023. Sustento que, embora não seja particular aos povos indígenas, ou ao povo Tupinambá de Olivença, a habilidade de tecer agenciamentos, sobretudo diante de situações que envolvem o exercício do direito à saúde, é algo que caracteriza os Tupinambás. Nessa habilidade, reside um potencial de contribuição dos povos indígenas do Brasil à democracia brasileira. Lanço mão da noção de agenciamento¹ aqui inspirada pelas discussões tecidas por Sônia Maluf (2013, 2018) e Sônia Maluf e Erica Quinaglia (2018). Nesses estudos, as autoras se valem do termo para compreender as práticas dos sujeitos, colocando em relevo os diversos atravessamentos que as constituem e as relações de poder que também permeiam o campo em que emergem. E sem pretender, com isso,

1 Fátima Tavares (2017) também explora essa noção, ao propor o conceito de agenciamento terapêutico como uma abordagem alternativa às discussões sobre o itinerário e a experiência terapêuticos, precisamente para colocar em relevo os processos de subjetivação que permeiam o “adoecer” e “a busca pela cura”.

substituir a ideia de agência, mas sim abrir um espaço para pensar também nas produções de subjetividade e de poder.

Minha aproximação com o povo Tupinambá de Olivença iniciou em 2012 quando me deparei com indígenas internados para tratamento hospitalar, enquanto ministrava aulas práticas a graduandos em enfermagem nos hospitais da cidade de Ilhéus. Naquele momento, instigava-me perceber que o atendimento em saúde na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) envolvia a participação de uma série de sujeitos (lideranças indígenas, enfermeiros vinculados ao Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI, profissionais de saúde atuantes no hospital, entre outros) que operava com políticas públicas de saúde repletas de particularidades².

Motivada a conhecer as experiências dos Tupinambás de Olivença no contexto dessa interface entre serviços que compõem o SUS e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS), realizei uma pesquisa entre os anos de 2018 e 2021³. Com ela, objetivava conhecer os itinerários terapêuticos empreendidos por esses indígenas em situações que requerem atendimentos à saúde fora das aldeias, o que me possibilitou perceber as práticas de resistência dos Tupinambás frente aos diferentes modos de poder presentes nas políticas públicas de saúde (RODRIGUES, 2021).

Experiências indígenas em diferentes serviços, onde a atenção à saúde se processa (clínicas, maternidades, hospitais, unidades de pronto atendimento, serviço de atendimento móvel de urgência e centros de atenção psicossocial), foram abordados no referido estudo. Mas, além de conhecer esses itinerários, a pesquisa também permitiu acompanhar a construção de uma demanda indígena específica de atenção à saúde, relacionada ao aumento de quadros em saúde mental (tais como automutilação, tentativas de suicídio, suicídio, uso abusivo de álcool e drogas e depressão) nas aldeias. Em todas essas situações, ficou evidente o protagonismo Tupinambá, os manejos e as ações que realizavam no exercício de seu direito à saúde e

2 A atenção à saúde indígena passou a ser praticada como um conjunto de ações de caráter continuado a partir da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) em 1999, que prevê a atenção básica à saúde nas aldeias e a utilização de serviços do SUS nas situações que escapam da resolutividade *in loco*. O SasiSUS está organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que contam com os polos base, serviços de apoio para a organização do trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), para a produção de dados sobre a assistência à saúde e para a mediação dos atendimentos à saúde que necessitam de encaminhamento a serviços do SUS.

3 A pesquisa fundamentou a elaboração da tese *Fazendo a vida junto: trajetórias e experiências de sujeitos Tupinambá de Olivença/BA no acesso à saúde*, defendida em agosto de 2021 pelo PPGAS/UFSC, sob orientação de Sônia Weidner Maluf.

na defesa da vida. No entanto, escolho deter meu olhar sobre as situações relacionadas às questões de saúde mental para abordar mais detidamente os agenciamentos, sobretudo porque fui convidada por meus interlocutores e atuar como mais uma parceira na busca por esquadriñar enfrentamentos possíveis às situações.

As visitas às aldeias e os encontros presenciais com os interlocutores foram interrompidos pela chegada da pandemia em terras baianas do sul, em março de 2020, ainda que a pesquisa tenha persistido, assumindo outras estratégias, como: o contato com os interlocutores foi mantido por meio de ligações telefônicas, mensagens em aplicativos próprios e de encontros virtuais. Porém, se por um lado, a Covid-19 impediu meu trânsito nas aldeias, modificando o fluxo dos serviços de saúde e os manejos empreendidos pelos Tupinambás para acessá-los e praticar seu direito à saúde, por outro, colocou em relevo a capacidade desse povo para realizar agenciamentos, sublinhando seu protagonismo na relação com as políticas públicas de saúde.

Essa inventividade que destaco como algo latente entre os Tupinambás, mostrou-se pulsante quando voltei a campo em 2022. No retorno, percebi não apenas os efeitos dos agenciamentos tecidos anteriormente, mas também pude visualizar que eles têm intensificado o uso de outras estratégias para enfrentar esses problemas em saúde mental, ampliando suas frentes de atuação frente à questão.

Para abordar esses desdobramentos, iniciarei recuperando alguns aspectos relativos ao contexto em que os Tupinambás resistem, e à pauta, cada vez mais vigorosa, acerca da construção de respostas específicas e continuadas para os quadros em saúde mental. A partir desse movimento, abordarei a habilidade Tupinambá de produzir agenciamento, colocada em relevo a partir da irrupção da pandemia e que tem se atualizado desde então.

DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL E AGENCIAMENTOS TUPINAMBÁS

O povo Tupinambá de Olivença habita um território ainda não demarcado no sul da Bahia e constitui a segunda etnia mais numerosa do estado⁴. Sua presença na região é marcada por um denso processo que envolve tentativas de apagamento étnico e de reafirmação identitária, essa

4 Dados levantados junto ao polo base de Ilhéus, em junho de 2022, indicam que os Tupinambá ultrapassam 7 mil indígenas.

última mais evidente a partir de 2002, quando o Estado brasileiro passou a reconhecer oficialmente sua existência. As tensas relações entre esses indígenas, os pequenos produtores rurais e os herdeiros do coronelismo cacauero da região têm se complexificado e se refinado com o avanço da empreitada neoliberal: é crescente a pressão exercida por grandes corporações hoteleiras e imobiliárias para contestar o direito sobre o território Tupinambá que continua sem demarcação. Esse processo de violência tem se expressado de diferentes maneiras: em tentativas de assassinato e assassinatos e criminalização das ações indígenas de defesa do território ancestral, implicando na vulnerabilização do modo de vida dos Tupinambás e, mais recentemente, no aumento de quadros em saúde mental, tais como automutilação, suicídio, tentativas de suicídio, uso abusivo de álcool e drogas, tristeza e “depressão”.

A área habitada pelos Tupinambás é extensa e está distribuída nos municípios de Ilhéus, Una e Buerarema: cerca de 57 mil hectares, envolvendo o baixo relevo da costa baiana e se estendendo até um trecho de topografia montanhosa, onde se localizam as serras das trempes e do padeiro. Trata-se, portanto, de uma região que envolve a costa e a Mata Atlântica; essa última cortada por rios e alguns manguezais. Nessa extensão, vivem 39 comunidades⁵ indígenas, enquanto as áreas mais intensamente povoadas situam-se aos arredores de Olivença, entre os rios Acuípe e Sapucaeira – localidades como Olivença, Itapoã, Acuípe, Santana e Sapucaeira.

As comunidades Tupinambá que conheci⁶ diferem consideravelmente entre si, seja na quantidade de famílias, seja nas dinâmicas de interação nelas presentes. Conforme observa Cinthia Rocha (2014), entre as comunidades que integram o território Tupinambá não há uma homogeneidade quanto aos aspectos territorial, social, econômico e político. Sua territorialidade se expressa por meio de diferentes desenhos (aldeias, retomadas e lugares de herança) e de organizações sociopolíticas variadas. Em geral, as casas são dispostas em fileiras, nem sempre contínuas, ao longo de estradas sem pavimentação. Em algumas localidades, as habitações de não indígenas precedem

5 A quantidade de comunidades informadas aqui segue a categorização do DSEI-BA. Uso os termos comunidade, aldeia e localidade como sinônimos, ainda que, entre os indígenas, tenha constado de maneira mais frequente apenas os dois primeiros.

6 É importante aclarar que a etnografia que realizei foi construída com os Tupinambás que habitam aldeias mais próximas da rodovia BA 001 (que percorre o litoral ao sul e conecta Ilhéus a Uma, por exemplo) e da cidade de Ilhéus. O trabalho de campo se concentrou, sobretudo, nas aldeias Acuípe (em toda sua extensão), Águas de Olivença, Igalha, Olivença sede, Itapuã e Sapucaeira.

e/ou sucedem o conjunto de casas indígenas que conforma uma espécie de vila, de modo que um visitante desacompanhado encontra dificuldade para saber quais famílias são indígenas e quais não são dentro do espaço. Essa configuração, por sua vez, não é particular a nenhuma forma de territorialidade, pois, inclusive em aldeias consolidadas, observei a presença de não indígenas circundando a área.

Cabe dizer que utilizo o conceito de territorialidade para me referir aos esforços que um grupo social empenha para ocupar, usar e se identificar com certa parcela de seu ambiente biofísico, conferindo-o como um lar, segundo aponta Paul Little (2004). Ao recuperar a noção de territorialidade como uma chave analítica para analisar as condutas territoriais entre os grupos sociais no Brasil e suas lutas fundiárias, o autor lembra que a territorialidade humana assume múltiplas expressões que sempre são atravessadas por contingências históricas. Neste sentido, cumpre ponderar que essa multiplicidade de configurações, das comunidades Tupinambá, precisa ser entendida também como um produto das inúmeras estratégias de resistência que os indígenas têm acionado diante do avanço da presença de não indígenas em Olivença e nas áreas adjacentes, movimento que ganhou novos matizes com a monocultora cacauieira⁷. Essa variedade, no entanto, não apaga o conjunto de vínculos sociais, simbólicos e rituais que caracteriza, une e diferencia o povo Tupinambá, que partilha uma origem comum, um lar, ou então, um lugar, conforme nomeado por vários de meus interlocutores.

A representação política dessas diversas comunidades é desempenhada por vários caciques (13), e embora a maioria deles seja composta por homens (11), as mulheres também são importantes lideranças⁸, mesmo quando não exercem o cacicado. Algumas lideranças desempenham funções na saúde e na educação, remuneradas (tais como os agentes indígenas de saúde e saneamento, os técnicos em enfermagem e as pro-

7 Para compreender as tentativas de apagamento étnico empreendidas desde a estruturação da vila de Olivença e, posteriormente, com a transformação da vila em zona de veraneio dos barões do cacau, conferir o estudo de Marcis (2004). Em diálogo com a autora, recupero parte dessa trajetória do povo Tupinambá, procurando enfatizar as práticas de resistência acionadas pelos indígenas diante dessas violências.

8 Chamo de liderança aos indígenas (homens ou mulheres) referenciados e referendados por outros indígenas como tal. São pessoas que desempenham importantes tarefas dentro da comunidade, desde questões relacionadas a pautas de direitos sociais (como saúde e educação) a problemas diversos vivenciados pelos membros da comunidade. Embora os Tupinambás mencionem caciques e cacicas como lideranças, percebi que há uma preferência em usar o termo liderança para se referir a quem não exerce o cacicado.

fessoras) ou não (como os representantes nos Conselhos Locais de Saúde e de Educação, por exemplo).

Em julho de 2020, quando procurei os representantes do Conselho Local de Saúde Indígena⁹ para iniciar a pesquisa de campo, três caciques demandaram meu auxílio para produzir respostas acerca do crescimento dos “problemas de saúde mental” entre os indígenas e somar esforços para enfrentá-los. Na busca por atender ao pedido, percorri algumas aldeias apontadas por eles em companhia dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) atuantes nos respectivos lugares. Participei também de ações em saúde realizadas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) nas localidades e de reuniões de equipe entre esses profissionais. Todas essas atividades, assim como as visitas aos interlocutores em diferentes localidades¹⁰, foram interrompidas pela chegada da Covid-19 na região. No entanto, continuei a acompanhar as mobilizações dos indígenas em torno dessa pauta, seja participando de reuniões remotas entre as lideranças e membros da equipe do polo base de Ilhéus, seja trocando mensagem com os interlocutores que estabeleci durante as visitas às aldeias, ou então, acompanhando as *lives* realizadas pelos Tupinambás, nas quais tematizavam o enfrentamento à pandemia e temas específicos à saúde mental.

Essas experiências me permitiram reconhecer a dimensão coletiva que contém a protrusão desses quadros¹¹ no campo da saúde mental, pois sua ocorrência se imbrica não só às vivências relacionadas à contestação da identidade étnica desses indígenas, mas também à fragilização de seus modos de vida (RODRIGUES, 2021). A precarização da vida Tupinambá, por sua vez, passa pela vulnerabilidade do território, e dialoga, por exemplo, com o

9 O Conselho Local de Saúde Indígena do povo Tupinambá e Pataxó Hã Hã Hãe, é o único conselho local de saúde entre os Tupinambá do qual tive conhecimento durante a pesquisa de campo. A maioria dos representantes Tupinambá que o integra atua na saúde, exercendo funções técnico-administrativos no polo base ou integrando as Equipes de Multidisciplinares de Saúde Indígena. Além do polo base de Ilhéus, há mais nove polos vinculados ao DSEI-Bahia: oito que também servem de apoio a equipes de saúde (polos de Ibotirama, Itamarajú, Juazeiro, Euclides da Cunha, Pau Brasil, Paulo Afonso, Porto Seguro e Ribeira do Pombal) e um cuja função é apenas administrativa (Feira de Santana). Os Tupinambás são atendidos pelos polos de Ilhéus (sobretudo) e de Porto Seguro.

10 A pedido das lideranças, as visitas foram realizadas nas localidades Igalha, Águas de Olivença, Itapuã e Acuípe de baixo, Acuípe do meio e Sapucaeira I. A categorização entre Sapucaeira I (e não Sapucaeira II) e Acuípe de baixo, de cima e do meio, é empregada pelos profissionais da Sesai tomando como referência a distância da área da rodovia BA-001.

11 Usei o termo *afetamentos* para nomear esses quadros como referência àquilo que afeta o bem-estar dessas pessoas e que envolve desde a alteração de funções orgânicas (como o sono e a alimentação) a emoções e práticas (como certo uso de bebidas alcoólicas) que alteram os modos de estar e atuar em seu mundo social. Conferir Rodrigues (2021).

esvaziamento de atividades fundamentais na produção de formas de relação (entre pessoas, pessoas e plantas, pessoas e a terra, pessoas e outros agentes não humanos) e com a alimentação de laços de personalização e responsabilidade, centrais para a sociabilidade Tupinambá, conforme observado por Viegas (2007). Soma-se a isso o fato de que as condutas de territorialidade entre os Tupinambás têm sido marcadas por processos de disputa territorial e embates e conflitos relacionados à presença invasiva de não indígenas no local, desde que as terras de Olivença e adjacências passaram a ser um signo de prestígio às elites. Esse processo de fagocitose tem se atualizado mais contemporaneamente com a protusão de empreendimentos imobiliários na região. Ou seja, a necessidade de defesa do território e a atenção às ameaças que não indígenas podem praticar contra seu território compõem a cosmografia¹² Tupinambá. Neste sentido, constato que a intensificação dos quadros em saúde mental aponta para uma espécie de saturação dessa dinâmica de usurpação.

A pesquisa de campo entre os Tupinambás também revelou uma série de agenciamentos empreendidos pelos indígenas para o enfrentamento desses quadros, seja junto aos serviços disponibilizados pelo Estado, seja com parceiros diversos, como as Organizações não Governamentais (ONG), as universidades e as antropólogas, como eu. No intuito de trazer mais uma situação que ilustra essas movimentações indígenas, recupero aqui a fala de lideranças indígenas em uma *live* realizada em setembro de 2021, em comemoração às atividades do Setembro Amarelo¹³.

Na oportunidade, dois caciques tupinambás abordaram a ocorrência de suicídios nas aldeias e a necessidade de estar atento às situações que envolvem a saúde mental. A primeira liderança a falar, fez menção à trajetória de resistência dos Tupinambás, sublinhando como conseguiram sobreviver aos períodos de escassez de comida, às investidas de não indígenas para expulsá-los de suas terras e às dificuldades enfrentadas para conseguir a demarcação delas. Segundo a cacica, o que tornou possível resistir a todas essas experiências foi o fato de estarem unidos, pois não compartilham apenas um passado, mas um modo de vida que passa pela relação com a terra

12 Little (2001) usa esse conceito para se referir ao conjunto de saberes, práticas, ideologias e identidades que um grupo usa para estabelecer e manter seu território.

13 O Setembro Amarelo é uma campanha nacional que desenvolve ações relacionadas à prevenção do suicídio.

e com os Encantados¹⁴ que os protegem. Quando perguntado sobre qual a saída para enfrentar o problema do suicídio, ela sintetizou:

“A gente sabe que muita coisa precisa melhorar. Não temos psicólogo aqui no polo para ajudar, e precisa ter, para conseguir ajudar mais, mesmo que a gente tenha apoio do psicólogo do DSEI e do CRAS. Mas também não é o psicólogo que dá jeito sozinho, e não é só o mais velho que vai tirar de dentro da pessoa esse sentimento, essa ideia. Eu também não posso chegar para eles e dizer o que fazer. São os Encantos de luz que vão falar pra eles. A cura vem de dentro, quando cada um se perguntar e se lembrar quem é. Temos direito e dever de lutar pelo nosso território que tá doente. E temos que estar junto para fazer isso”. (Mazé)¹⁵.

A segunda liderança explicitou ainda mais a relação entre a ocorrência dos *afetamentos* referentes à saúde mental e a falta da demarcação do território:

“A não demarcação abre porta para a entrada de doenças como essas, depressão, suicídio. Nosso território é de vida e está sendo devastado, então esse tipo de problema aparece. A gente sabe que não pode ficar recuado, esperando só na medicina do não índio, mas ela importa também. A gente já se fortalece para nossa luta com nossa ancestralidade, bebemos nossa giroba, fumamos nosso cachimbo. Mas isso só já não tem funcionado. Tem que ser tudo junto”. (Severino).

As falas apontam para certo entendimento acerca da relação entre “saúde” e “território”: o território adoecido pela relação que os não indígenas constroem com ele precipita os *afetamentos* em saúde mental entre os indígenas. As lideranças afirmam que, ao exercer a função de guardiões da terra e afiar a relação de proteção com os Encantados, certa dimensão da “cura” é possível. A cura, por sua vez, é algo que contém várias facetas, pois, em suas falas, os indígenas também sinalizam que a ação da medicina dos não

14 Várias entidades não humanas que atuam no cosmos e fortalecem a existência dos Tupinambás. Em campo, ouvi várias referências aos Encantados como ancestrais humanos dos Tupinambás que se apresentam sob a forma de fenômenos da natureza, em sonhos e rituais, e que podem, inclusive, habitar temporariamente o corpo de algum indígena. Para maiores detalhes acerca dos Encantados, conferir os estudos de Alarcon (2013), Couto (2003,2008), Rocha (2014) e Rodrigues (2021).

15 Ao longo do texto, adoto nomes fictícios para preservar a identidade dos interlocutores.

índios é necessária, por contribuir também em alguma dimensão da cura, ao mesmo tempo que reconhecem não se tratar do único acionamento que a promove, mas sim vários: a fala dos mais velhos e do cacicado, a medicina do não índio, o fortalecimento da relação com os Encantados, a luta pela terra e seu retorno concretizado pela demarcação. E, conforme explicam, cada um desses acionamentos é possibilitado a partir da soma de pessoas, que só se tornam possíveis a partir do encontro de todos.

Por outro lado, nota-se nas falas também a ideia de coparticipação, de coprodução da vida, característica da sociabilidade tupinambá cimentada por laços de responsabilidade personalizados entre as pessoas, e entre as pessoas e elementos não humanos em seu entorno (casas, plantas, terra e córregos) (VIEGAS, 2007). Essa lógica também integra certa cosmologia Tupinambá, segundo observam outras autoras, como Couto (2008) Alarcon (2013), que abordam a relação desses indígenas com seu território ancestral. Neste sentido, quando essas lideranças sublinham que as saídas para os “problemas de saúde” devem ser produzidas conjuntamente e em vários feixes, sinalizam o entendimento de que esses percalços emergem de várias dimensões (assim como a vida se processa em várias dimensões do cosmos), sendo que, nessa composição, não são necessários apenas os diversos atores, mas sobretudo que atuem sinergicamente. É para a centralidade dessa sinergia que a fala das lideranças, dirigida a indígenas e a não indígenas, aponta.

Considerando isso, sustento que a formulação de uma demanda em torno da questão da “saúde mental” não se trata apenas de uma forma de objetificar a experiência de luta pela sobrevivência que esse povo tem travado, mas também de realizar acionamentos e mobilizações necessários para essa luta com os parceiros possíveis, no caso, os que integram o SasiSUS, os serviços do SUS (CAPS) e outras instâncias do Estado (CRAS e universidades). Sendo assim, insistir em uma resposta específica do DSEI para o aumento dos quadros, em uma estratégia que ultrapasse as respostas já disponibilizadas pelas políticas de saúde indígena em vigor e que tenha caráter continuado, é um agenciamento central produzido pelo povo Tupinambá frente à questão da saúde mental. A atenção à saúde é uma das maneiras de promover a cura e não resulta em uma maneira menor. A meu ver, os Tupinambás não estabeleceram uma hierarquia (ou uma ordem sistemática) quanto ao “feixe” em que a cura deve ser inicialmente buscada. Por isso, não se trata de demandar ao serviço de saúde respostas para uma questão cuja raiz (a vulnerabilidade do território) diz respeito a outras esferas do estado de

bem-estar social, mas sim de empreender esforços para obter da instância em questão sua contribuição para o enfrentamento do problema vivenciado.

Assim como observou Tânia Solar López (2013) entre os Mapuche Pewenche, percebi que há, entre os Tupinambás, o entendimento de que os “suicídios” (e, no caso deles, os demais quadros em saúde mental) são expressões de um desequilíbrio que se relaciona com questões sociais, com alterações da relação que os indígenas estabelecem com a terra e com outras forças sobrenaturais que integram o cosmos. Contudo, ao passo que os Pewenche não demonstraram interesse em que os agentes da biomedicina atuassem na prevenção dos suicídios (sobretudo por entenderem que se tratava de uma questão a ser resolvida entre os próprios indígenas), os Tupinambás convocaram diversos agentes¹⁶ (e saberes) para se somar a seus esforços de enfrentamento das questões relacionadas aos “problemas de saúde mental”.

Outro aspecto que destaco diz respeito ao uso das *lives* como estratégias de ação política acionadas pelos povos indígenas no Brasil pandêmico, ou como sugeriu Inara Tavares (2022) em diálogo com o estudo de Mignolo (2008), como espaços para produzir enunciações, formas decoloniais de reflexões e de produção de conhecimento. Mesmo diante das demandas em saúde relacionadas à pandemia, pautas como a questão da demanda por ações específicas em saúde mental não desapareceram, pois nos territórios virtuais continuaram a ser elaboradas e discutidas. Ademais, nessas *lives*, os Tupinambás partilhavam as ações realizadas no território – com a participação de uma série de lideranças – para combater o avanço da Covid-19 através da divulgação de dados epidemiológicos e de informações necessárias à sua prevenção.

Em parceria com Sônia Maluf, ponderei que a chegada da pandemia interrompeu tanto as ações executadas pelo DSEI para atuar nesses quadros, quanto afetou os manejos possíveis para eles. De um lado, dificultou a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) nessas situações, já que a prioridade das ações em saúde se voltou ao controle da Covid-19 e à restrição de circulação dessas equipes nas aldeias. De outro, complexificou as negociações junto à rede de serviços de saúde mental do SUS para viabilizar

16 Ao descrever as experiências dos Tupinambás com as internações hospitalares, argumentei que os embates que os indígenas travam com alguns profissionais de saúde, demandando interações mais simétricas como “olhar no olho como se fosse uma pessoa sua”, devem ser lidos como interpelações, como convites para coproduzir cuidado no ambiente hospitalar. Esses convites também aparecem quando elegem parceiros no espaço hospitalar. Esses agenciamentos são abordados por Rodrigues (2021).

o atendimento aos indígenas, ameaçando o direito deles à saúde. Conforme argumentamos em outro momento, é como se a chegada da pandemia de Covid-19 tivesse desencadeado “certa paralisia dos agenciamentos anteriores dispostos na relação entre sujeitos/comunidade e Estado e exigisse novas configurações dessa relação” (RODRIGUES; MALUF, 2022, p. 19).

Por sua vez, os Tupinambás não assistiram passivos a essas mudanças provocadas pela pandemia: acionaram suas próprias maneiras de autoproteção e cuidado, tomando medidas baseadas justamente na ideia de território Tupinambá, central para as medidas de distanciamento social e isolamento sanitário. O que destaco aqui é que esse movimento não implicou no abandono de outras pautas, nem restringiu as formas de produzir agenciamentos sociais em saúde. A rigor, as *lives*, por exemplo, demonstraram a inclusão de territórios virtuais como espaços de ação política. Sônia Maluf (2021) observou que a implantação das políticas de enfrentamento à pandemia no Brasil foi embalada por um princípio de desagenciamento de pessoas e comunidades. Mas o que as diversas práticas Tupinambás nos comunicam é a produção de espaços de resistência, marcada por agenciamentos sociais. Logo, não se trata de práticas isoladas, uma vez que integram um grande repertório de manejos múltiplos e diversos que os Tupinambás elaboraram para tornar a vida possível.

Esse protagonismo dos indígenas já estava presente em agosto de 2021 quando finalizei a tese, já durante a pandemia. Mas o retorno às aldeias em 2022 me permitiu perceber que os Tupinambá têm intensificado o uso de outras estratégias para enfrentar esses problemas em saúde mental e visualizar os efeitos dos agenciamentos que acompanhei a partir de 2019. Dedico-me agora a essa descrição.

O RETORNO AOS TUPINAMBÁS: DESDOBRAMENTOS PANDÊMICOS

Em agosto de 2021, em uma das visitas que fiz aos Tupinambás para compartilhar os resultados de minha pesquisa de doutorado, a cacica de uma das comunidades que sediou as ações em saúde mental das quais participei, me interpelou: “Aí agora você vai voltar pra UESC, né? Mas aí você não some, viu? É bom a universidade estar perto da gente também, os alunos. Assim conhecem nossa luta já antes de começar a trabalhar” (Mazé). Atenta a essa provocação, em abril de 2022, e de volta às minhas atividades como

docente do Departamento de Ciências de Saúde da UESC, procurei a cacica com a proposta de realizar parte das atividades práticas de uma disciplina na aldeia Itapoã.

Ela ouviu meu pedido com empolgação, mas me alertou que precisava confirmar as datas em que a comunidade receberia um grupo de discentes do curso de psicologia de uma faculdade privada de Ilhéus antes de agendar as minhas visitas. Explicou-me que a parceria com a instituição fora retomada ao final de 2021 e que envolvia atendimentos psicoterápicos para os indígenas interessados e a realização de ações nas escolas, como palestras e rodas de conversa. Esclareceu ainda que o contato havia partido de outra liderança indígena, buscando apoio para abordar o tema da “saúde mental” na escola da aldeia.

O relato me chamou a atenção, pois, durante a pesquisa do doutorado, percebi que a EMSI tinha mediado o estabelecimento de parcerias para a solução dos quadros em saúde mental, sobretudo quando envolveram faculdades e universidades. Enquanto participei na construção do projeto terapêutico, por exemplo, uma enfermeira do polo base já tinha tecido aproximações junto a professoras atuantes na UESC, no intuito de conseguir apoio para viabilizar atendimentos¹⁷ que não conseguiam ser ofertados pela rede de saúde mental do município. Por esse motivo, todas as ações desenvolvidas a partir dessas parcerias envolviam a atuação de membros da equipe de saúde do polo. A fala da cacica, portanto, informava uma nova configuração e mostrava que os indígenas estavam expandindo o desenvolvimento das intervenções voltadas à saúde mental, incluindo as escolas enquanto um espaço de ação.

Retornei à aldeia em junho de 2022, acompanhada por discentes do curso de enfermagem da UESC. Na oportunidade, uma liderança, representante do Conselho Local de Saúde Indígena, percorreu parte do território da aldeia, apresentando a comunidade ao grupo. Ela adentrou a estrutura da Casa da Saúde, um espaço que vem sendo construído pelos próprios indígenas por meio de doações. Explicou que o lugar vai abrigar os atendimentos realizados pela EMSI, sediar outras ações desenvolvidas com parceiros (como faculdades, universidades e ONGs) e outras atividades da comunidade. Assim como a cacica tinha feito no mês de abril, a conselheira mencionou as ações em saúde mental desenvolvidas por uma faculdade privada da cidade de Ilhéus junto à escola indígena e acrescentou:

17 A enfermeira conseguiu que uma psiquiatra realizasse um atendimento virtual a uma indígena, sendo que já haviam sido realizadas dinâmicas para o acolhimento por parte de outras professoras atuantes no Departamento de Ciências de Saúde.

“A gente tá com essa preocupação com nossos jovens já tem um tempo. Amanda mesmo sabe e tem acompanhado. O pessoal da Sesai¹⁸ tá junto da gente também, e tem um grupo deles trabalhando nas aldeias com psicólogo, farmacêutico e os outros da equipe do polo. Mas a gente quer ir movimento as coisas de nosso jeito também, fazer nossos encontros e movimentar mais as comunidades e já estamos fazendo. O grupo da juventude tá sempre se reunindo e nisso vai animando, trazendo quem tá quieto pra de junto. Aí essa casa vai ajudar nisso tudo!” (Larissa).

A fala dessa liderança não apenas reforçava certa mudança na dinâmica das parcerias realizadas pelos Tupinambás para o enfrentamento dos quadros em saúde mental, como também informava sobre um novo tom, um novo momento das mobilizações empreendidas pelos indígenas. O “movimento das comunidades” a que ela se referia se materializava na obra da casa da saúde (já adiantada), nas ações realizadas nas escolas, mas também em outros lugares. Dias antes, em visita à Olivença, percebi que o espaço circunvizinho à igreja Nossa Senhora da Escada tinha sido modificado pelos indígenas, pois o muro¹⁹, que circunda a igreja, tinha sido pintado e adornado com grafismos e *banners* contendo fotografias e trechos de depoimentos de anciãos e anciãs Tupinambás. Essa transformação pareceu-me impactante, pois já havia apontado a ausência de elementos estéticos que marcassem a presença indígena na cidade de Ilhéus e no distrito de Olivença (RODRIGUES, 2021).

Ademais, Larissa era a terceira interlocutora que me contava, orgulhosa, sobre a “atividade” do Grupo da Juventude Indígena Tupinambá de Olivença, o que me provocou a buscar uma aproximação com eles. Eu já conhecia alguns dos membros que ela havia me apontado e, ao contatar um deles, uma aluna do curso de enfermagem, ela sugeriu que eu “aparecesse” em um dos encontros periódicos que faziam. Como essas reuniões ocorrem em aldeias diferentes, e minha agenda de compromissos como docente me limitava, dei-me conta de que seria mais fácil provocar um encontro virtual a princípio.

18 Secretaria de Saúde Indígena, instância responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e pela gestão do SasiSUS. É comum que os Tupinambás mencionem a Secretaria se referindo aos profissionais que integram as EMSI, vinculadas ao polo base de Ilhéus, como na situação narrada.

19 Meses depois, soube que essa modificação no muro da igreja foi acompanhada por um desentendimento entre uma indígena que esteve envolvida na transformação daquele espaço e o padre atuante naquela paróquia: o religioso teria argumentado que seria necessária autorização prévia da igreja para iniciar a modificação no muro.

Na conversa, ocorrida em agosto, com quatro membros do grupo, expliquei que, com meu retorno às atividades docentes na UESC, desejava planejar alguma ação de cunho mais contínuo junto às comunidades Tupinambá de Olivença, e que estava envolvida em um projeto de extensão²⁰ que se concentrava no desenvolvimento de ações em saúde voltada a jovens e adolescentes. Minha intenção com a conversa, continuei, era convidá-los a participar das ações do projeto. Um dos participantes, técnico em enfermagem, e que também esteve envolvido nas ações de que participei a pedido das lideranças anteriormente, perguntou se eu pretendia “trabalhar com a saúde mental”. Respondi que desejava inicialmente ouvi-los quanto à sugestão de temas para desenvolver as ações extensionistas e indaguei se eles vinham se envolvendo em pautas como a saúde nas comunidades. Ele explicou que o grupo não estava se detendo em pautas específicas, como as de saúde e educação, mas sim atuando em uma “luta mais ampla”:

“É que já existia a participação da juventude na nossa luta. Mas do jeito que está agora começou mais ano passado, esse Grupo da Juventude Tupinambá. Eu, Breno, e outros que foram pra Brasília ano passado para pressionar pela demarcação, a gente teve uma conversa muito boa com Cacique Severo. Foi diferente. Ele veio até a gente, falando da importância que nós mais novos, que a gente se preparasse pra luta, né, porque é a gente que vai continuar ela. Ele falou dessa preocupação nossa com a juventude, de como tem gente enfraquecida e que quem não tava assim tinha que partir na frente, pelos outros, por nós todos. E a gente já sabia disso, já sentia. Mas ele botou todo apoio na gente, deu uma roça de cacau pra gente tocar lá, foi falando com outros caciques pra apoiar a gente também, e aí tudo foi andando. O grupo tem representante de várias aldeias e a gente tem se reunido quase toda semana em lugares diferentes. Assim tem sempre alguma coisa acontecendo em alguma comunidade, e tá caminhando”. (Francisco).

Ao lado dos demais participantes do encontro, Francisco descreveu as atividades que o grupo vinha desenvolvendo em diversas aldeias, como: as reuniões para plantio de hortas, as oficinas sobre práticas de autoatenção

20 O projeto Núcleo Jovem Bom de Vida é uma ação extensionista da UESC que objetiva promover a atenção à saúde na adolescência, atuando junto aos adolescentes e às redes sociais que interagem em seu processo de cuidar, articulando, assim, ensino, pesquisa e extensão.

em saúde que envolvem a participação de anciões e pajés, os mutirões para possibilitar reparos em casas de outros indígenas e o planejamento de eventos que compõem a agenda anual dos Tupinambá de Olivença (como a assembleia geral do povo Tupinambá de Olivença e os Jogos Indígenas da Juventude Tupinambá e Pataxó Hã-hã-hãe). São atividades em várias frentes que têm dinamizado o cotidiano de diferentes aldeias e intensificado os laços entre os jovens Tupinambás.

Quanto à proposta de parceria no projeto de extensão, a sugestão dos participantes foi a de desenvolver ações que tematizassem a saúde mental, desde que fosse alguma coisa diferente de “palestra”. Nesse momento, eu soube que a mobilização dos indígenas junto ao DSEI Bahia, iniciada em 2009, engendrou novos arranjos nas ações em saúde ofertadas pelo polo base de Ilhéus. Explicaram-me que, em fevereiro de 2022, uma psicóloga, que também é indígena, foi contratada para compor o Núcleo de Apoio à Saúde Indígena (NASI). Ao lado de um farmacêutico e uma assistente social, passou a atuar no polo base de Ilhéus, oferecendo apoio aos atendimentos realizados pela equipe. Contaram-me ainda que esses profissionais vinham desenvolvendo “palestras” nas escolas e em outros encontros das localidades. Outro membro do grupo acrescentou:

“A Sesai mesmo tem feito umas atividades, mas muitos não vão. E se a gente for fazer mesmo, tem que ser também nos lugares mais pra dentro da mata. Esse pessoal que mora mais pra dentro, é mais difícil de querer vir, e até pra gente mesmo de cá é difícil trazer pra fazer coisa com a gente. E tem muitos casos também de gente com problema, que fica muito quieto e não procura ninguém, com problema com bebida. Então, a gente tem que ir até eles, ficar perto e entender”. (Breno).

Argumentei que, a meu ver, as atividades que eles vinham realizando nas comunidades também contribuíam para enfrentar os quadros em saúde mental, ressaltando que esperava que desenhassemos conjuntamente a dinâmica das atividades extensionistas. Logo, Breno respondeu:

“Vamos tentar! Também acho que nossa mobilização já é uma ajuda também. Vê que a gente tem orgulho de ser Tupinambá de Olivença, de nossa história. Mesmo assim, parece que tem sempre um que a gente não alcança. Nosso povo passou por muita coisa e a gente não sabe o que ficou de tudo isso nesses que se isolam.

Então, vocês da universidade, podem conseguir ver uma coisa que a gente não viu, ou dizer uma coisa que sirva pra quem está com problema. E a gente não pode ficar só nos jovens, viu?! Pode começar com eles, mas depois precisa pensar em alguma coisa que envolva todos. Se pro jovem é difícil, imagina pros mais velhos, que viram um tempo mais difícil”. (Breno).

A reunião acabou com um compromisso: eu iria elaborar uma proposta de ação para voltarmos a discutir e pensar em como executá-la, considerando o mês de outubro de 2022 como o da primeira ação, já que outras mobilizações previamente agendadas dificultavam encontrar uma data viável. Contudo, até o final de 2022, as ações não haviam iniciado ainda.

Em paralelo a esses acontecimentos, ao final de novembro de 2022, fui interpelada pela coordenadora da ação extensionista da UESC com uma demanda levada por uma profissional atuante na Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI): a pedido de professoras e professores atuantes na escola indígena do Acuípe de baixo, a equipe do projeto de extensão que eu integro estava sendo invitada a colaborar com o desenho de ações em resposta às situações de jovens indígenas vivenciando situações “sociais”, situações de “sofrimento”. No primeiro encontro presencial que inaugurou as atividades dessa parceria²¹, em fevereiro de 2023, estavam presentes uma representante da FUNAI, professores indígenas, a coordenadora do projeto de extensão e eu. Quando compartilhei as ações previstas junto às lideranças da juventude Tupinambá, ouvi as professoras esclarecerem que se tratava de ações distintas: “A gente entende e acha importante essa ação para os jovens. Mas a escola, a gente que é professora, precisa estar forte para lidar com esses jovens, entendeu? Pra gente é isso que precisa cá” (Nice).

À medida que as professoras e os professores compartilhavam a vivência com os estudantes, ficou claro o alerta anterior que havia escutado acerca da diferença entre o apoio que demandavam e aquele que eu já previra, ao planejar ações com os jovens. Entendi também que, além de diferente, havia uma urgência no apoio que demandavam. A escola já vinha acolhendo um conjunto de jovens que manifestavam *afetamentos* em saúde mental e envolvendo pais e outros “parentes” na tentativa de enredá-los em uma teia de

21 Não vou me estender aqui sobre as reflexões que elaboramos juntas e juntos nesse encontro por não se tratar do enfoque do texto. Espero abordar essa experiência em texto posterior, elaborado em parceria com professoras atuantes na referida escola Tupinambá.

apoio. Essa atuação, no entanto, parecia agora ter chegado a seu limite com o “aumento e piora” das situações, o que explica o pedido de apoio da UESC.

Quando lhes pedi para esclarecer qual o tipo de problema que os jovens enfrentavam, comentaram sobre a automutilação, o distanciamento social, a ausência das atividades escolares e sobre os alunos “hiperativos”. O que havia de comum entre esses casos variados era a intensificação após a pandemia. Uma das professoras inclusive esclareceu que, diante do aumento de relatos entre os indígenas, a equipe da escola tinha sido acionada por uma enfermeira da EMSI solicitando ser notificada sobre as situações mais delicadas que envolvessem automutilação. Ficava evidente o esforço da escola para expandir suas parcerias²² diante dos novos desafios, ou, dito de outro modo, o esforço por modificar os arranjos antes acionados para atuar frente à vida, já que, após a pandemia, as saídas que antes “bastavam” mostravam-se insuficientes.

Detalho todas essas situações aqui no intuito de esquadrihar um panorama que comunique a habilidade dos Tupinambás de multiplicar as formas de agenciamentos nas situações que envolvem atenção à saúde mental e, continuamente, instigar diferentes sujeitos não indígenas a coproduzirem cuidado com (e para) os indígenas.

Nas situações, identifico dois princípios centrais desses agenciamentos entre os Tupinambás: em um primeiro plano, a preocupação em produzir estratégias e ações de atenção à saúde que, de fato, sejam produtivas, ou seja, que produzam cuidado e acolhimento e que auxiliem na reconexão (ou reposicionamento) dos sujeitos Tupinambás em meio a certa teia de sociabilidade. Diviso isso no alerta das lideranças da Juventude Tupinambá ao comentarem que a estratégia a ser usada para suscitar encontros com os jovens indígenas precisava ser diferente da ideia de oferecer “palestras”, que precisava ser capaz de “trazer para perto” “quem estava longe”. Neste sentido, os jovens destacaram também que os pais, avós e outras gerações devem ser

22 No referido encontro, definimos os termos de uma parceria com o projeto de extensão que envolvia a oferta de oficinas periódicas para os professores, dois eventos anuais para promover a interação entre os alunos da escola indígena e outras escolas onde o projeto atuava e a própria universidade e a realização de uma atividade na escola envolvendo alunos de diferentes aldeias, professores e membros do projeto, com o tema provisório “O que é ter uma vida boa?”.

incluídos nas ações que tematizam o viver bem e os casos de *afetamentos* em saúde mental. É válido destacar que essas eram contribuições dadas pelos jovens a mim, não indígena, que os convidou a compor uma ação, pois, a rigor, uma série de ações de promoção de saúde mental já vinha sendo produzida pelo grupo.

Em outro plano, é pulsante a insistência das professoras indígenas na multiplicidade de dimensões a serem contempladas para atuar frente aos quadros de saúde mental e na aposta da companhia como estratégia para atuar na vida – para existir por meio do encontro com outrem. Elas enxergavam na universidade, nas professoras integrantes do projeto da extensão, o caminho para tal companhia, a companhia para debater as situações apresentadas pelos jovens e compartilhar as saídas que eles estavam produzindo (maneiras de abordar os jovens, quem acionar primeiramente e o que esperar do DSEI nessa interface de atribuições entre serviços de saúde e de educação).

Conjuntamente, percebo que esses princípios sinalizam a necessidade do envolvimento de diferentes instâncias – diferentes sujeitos, agências e saberes – na atuação das situações que envolvem o enfrentamento às situações de saúde mental. Contudo, essa atuação precisa ser embalada por certa potência: engendrar a produção de sociabilidade. Sugiro que, para os Tupinambás, uma ação em saúde só é produtiva se “rende” um sujeito capaz de replicar a sociabilidade Tupinambá: participar da luta pela vida e pela terra, “estando junto” dos demais indígenas.

Aponto aqui para a proximidade entre esses componentes da atuação dos Tupinambás na saúde e com elementos centrais do SUS relacionados à participação social. E não de uma maneira ligeira, ou óbvia, como a participação (contida?) do controle social nas pautas envolvendo a saúde das comunidades por meio da atuação dos conselhos distritais, municipais e estaduais de saúde, mas sim de uma maneira pulsante, em diapasão com as demandas que emergem do contexto de atuação dos indígenas que ocupam lugares de liderança, sensíveis às demandas que se materializam em suas localidades.

Conforme observa Teixeira (2017), a mobilização e o protagonismo indígena não foram contidos nos espaços pensados para a mobilização indígena na saúde, tal como ocorrera com os Conselhos. A luta indígena continuou sendo orquestrada por fora do Estado, valendo-se, às vezes, das conexões possibilitadas por esses caminhos institucionais para engendrar significados próprios. A autora ainda aponta as Conferências Nacionais de Saúde Indígena como espaços que possibilitam tanto a defesa do direito ao exercício do poder

pelos indígenas (e para eles), quanto um instrumento para a construção de sua cidadania diferenciada. Neste sentido, as intensas mobilizações indígenas ocorridas na capital federal e em 22 estados brasileiros, em março de 2019, para fazer frente à proposta de municipalização da saúde indígena e ao desmonte da SESAI, comunicam que a luta pelo direito à saúde tem sido feita também por meio de associações e articulações orquestradas pelos indígenas que não passam por instâncias estatais.

É nessa direção que enxergo os agenciamentos empreendidos pelos Tupinambás: expressões de uma participação social indígena que comunicam sua maneira de “fazer” políticas públicas de saúde, de fazer “saúde”. Percebo, nesse modo, algumas características marcantes: a) a ideia de que “diferença” não é um problema, mas sim um caminho essencial para que a vida siga seu curso e que a saúde aconteça; eb) a noção de que a política de saúde não é algo acabado, pronto a ser implementado e passível de ser ofertado a um conjunto de usuários estanques, pois, antes disso, as políticas são algo a ser feito a partir de modificações e empenhos coletivos dos quais participam diversos agentes; e c) o entendimento de que a “saúde” também é algo que emerge de várias coproduções que se processam em feixes diversos, incluindo o feixe das relações com os sujeitos que compõem o Sasi-SUS e os conhecimentos e protocolos médicos que norteiam as ações desse sistema. Nesse desenho, o que salta é a posição que os Tupinambás assumem: aparecem tanto como coreógrafos de uma dança que se dá nesse campo, quanto como dançarinos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se para os Tupinambás os *afetamentos* em torno da saúde mental estão imbricados em um contexto de luta pela existência, por reconhecimento e por direitos sociais, minhas vivências me convidaram a perceber que os desdobramentos da pandemia entre esses indígenas são igualmente indissociáveis. De um lado, a pandemia irrompeu diante de um contexto de atenção à saúde marcado pela precarização dos serviços que integram o SUS e pela dificuldade de garantir atendimento aos indígenas na rede. Ademais, o risco de contágio pela Covid-19 instituiu uma nova ordem de prioridades nas ações em saúde desenvolvidas pelas EMSI, o que comprometeu a atenção à saúde mental dos Tupinambás, centrada no trabalho da atenção primária à saúde praticada por essas equipes.

De outro lado, ela também provocou a construção de novas estratégias, de novos agenciamentos, funcionando como uma espécie de catalisador para

outros processos que já estavam em curso e ativando a construção de novos agenciamentos protagonizados, não só pela juventude Tupinambá e pela atuação da escola, mas também no campo da saúde, na luta pelo direito à terra e por reconhecimento. Conforme alertam Flávio Juruna e Leandro Aptsí're (2022), a despeito dos desafios e perdas impostos aos povos indígenas do Brasil pela pandemia de Covid-19, foi esse contexto propriamente que possibilitou o fortalecimento de estratégias locais de autoproteção, autocuidado e de promoção da saúde, assim como algumas ações previstas pelas medicinas tradicionais.

Neste sentido, os agenciamentos Tupinambás, colocados em relevo desde a irrupção da pandemia, exemplificam o protagonismo dos povos originários quanto à reativação de elementos fundamentais de nossa democracia. A experiência da pandemia mostrou que as respostas produzidas pelo Estado para enfrentá-la não acionaram os componentes democráticos do SUS, mimetizados por princípios doutrinários (como universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (como a participação social). Isso se evidencia, por exemplo, quando percebemos que a Atenção Básica (AB) não foi o caminho inicial de escolha para nortear as ações de enfrentamento. Ora, a AB é a instância do SUS habilitada para planejar e realizar ações em saúde de maneira adequada às particularidades de cada comunidade de maneira dialógica, ou seja, é nessa instância que reside o aparato conceitual e técnico para promover saúde e responder a uma crise sanitária. Além disso, como também observa Maluf (2021), o princípio da participação social – que já vinha sendo vilipendiado por meio do desmonte de vários conselhos sociais²³ – passou a ser esvaziado na pandemia (como demonstrou o silêncio do Ministro da Saúde de então diante da recomendação do CNS para utilizar leitos ociosos da rede de serviços privados em abril de 2020).

O que busco destacar é que, diante de um contexto em que nem mesmo o Estado (mais especificamente, as políticas públicas) ressoava sua essência democrática (no caso, os princípios do SUS), a resposta dos povos indígenas do Brasil foi encarnar essa essência, apostando na mobilização²⁴ para reagir

23 Refiro-me a medidas como o Decreto nº 9759/2019, que extingue e limita a criação de órgãos colegiados no governo federal. Por meio dessa medida, 35 conselhos foram extintos, afetando diretamente políticas com pautas relacionadas a direitos humanos, igualdade racial, povos indígenas, meio ambiente, entre outros. No caso dos povos indígenas, o decreto atingiu o Conselho Nacional de Política Indigenista (CNPI).

24 Essa mobilização ocorreu tanto em nível local, por meio do desenho de ações para a contenção do vírus, quanto em nível nacional, por meio da articulação entre povos de diferentes estados, movimentos sociais, ONGs e entidades acadêmicas, e da elaboração de estratégias pela defesa da vida em diversas terras indígenas em meio à pandemia.

à pandemia e multiplicar as maneiras de produzir agenciamentos de resistência frente à paralisia das instâncias democráticas. Esses agenciamentos operaram como “pontos de inversão” (FOUCAULT, 2009) dentro de um conjunto complexo de relações de poder entre a sociedade e o Estado brasileiro. Partindo do fortalecimento de práticas locais de autocuidado, de gestão e de produção de vida, os povos indígenas do Brasil têm mantido ativos os princípios do SUS, multiplicando e transbordando os espaços formais previstos para o exercício do controle social em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALARCON, D. F. **O retorno da terra:** as retomadas na aldeia Tupinambá da Serra do Padeiro, sul da Bahia. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- COUTO, P. N. **Os Filhos de Jaci:** ressurgimento étnico entre os Tupinambá de Olivença – Ilhéus/BA. Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
- COUTO, P. N. **A. Morada dos encantados:** identidade e religiosidade entre os Tupinambá da Serra do Padeiro – Buerarema-BA. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. *In:* DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica:** para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 231-249.
- JURUNA, F. C.; APTSI'RÉ, L. Complexidade, revalorização e enfrentamento à covid-19 pelos povos indígenas do Brasil: o caso do povo A'uwe UJptabi Xavante da aldeia Namunkurá. *In:* COLETIVO VOZES INDÍGENAS NA SAÚDE COLETIVA (Org.). **Vozes indígenas na produção do conhecimento:** para um diálogo com a saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 397-410.
- Little, P. E. **Amazonia:** Territorial Struggles on Perennial Frontiers. Baltimore: John Hopkins University Press, 2001.
- LITTLE, P. E. Territórios Sociais e Povos Tradicionais no Brasil: Por uma antropologia da territorialidade. *In:* **Anuário Antropológico/2002-2003.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2004. p. 251-290.
- LÓPEZ, T. L. S. **Morte pela própria mão:** Estudo etnográfico de narrativas dos Mapuche Pewenche do Alto Bío Bío, no Chile, sobre suicídios acontecidos nas comunidades. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina Bahia, Florianópolis, 2013.
- MARCIS, T. A. **"hecatombe de Olivença":** Construção e reconstrução da identidade étnica – 1904. Dissertação (Mestrado em História Social). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.
- MALUF, Sônia W. Por uma antropologia do sujeito: da pessoa aos modos de subjetivação entre práticas, saberes e políticas. **Campos**, v. 14, n. (1-2), p. 131-158, 2013.
- MALUF, Sônia W. Biogitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. *In:* MALUF, Sônia W.; QUINAGLIA, Érica S. (Orgs.). **Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde:** etnografias comparadas. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018. p. 15-44.
- MALUF, Sônia W.; SILVA, Érica Q. Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde. *In:* MALUF, Sônia W.; SILVA, Érica Q. (Orgs.). **Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde:** etnografias comparadas. Florianópolis: Editora da UFSC, 2018. p. 7-12.
- MALUF, Sônia W. Janelas sobre a cidade pandêmica: desigualdades, políticas e resistências. **TOMO**, n. 38., p. 251-285, 2021.

MIGNOLO, W. D. La opción de-colonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto y un caso. **Tabula Rasa**, n. 8, p. 243-281, 2008.

ROCHA, C. C. **Bora vê quem pode mais:** uma etnografia sobre o fazer política entre os Tupinambá de Olivença (Ilhéus/Bahia). Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RODRIGUES, A. S. **Fazendo a vida junto:** trajetórias e experiências de sujeitos Tupinambá de Olivença/BA no acesso à saúde. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

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

TAVARES, F. Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. **Mana**, v. 23, n. 1, p. 201-228, 2017.

TAVARES, I. N. A pandemia de Covid-19 e os povos indígenas: estratégias de resistência. In: COLETIVO VOZES INDÍGENAS NA SAÚDE COLETIVA (Org.). **Vozes indígenas na produção do conhecimento:** para um diálogo com a saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 397-410.

TEIXEIRA, C.C. Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil? **Amazônica, Revista de Antropologia** (on-line), v. 9, n. 2, p. 716-733, 2017.

VIEGAS, S. M. **Terra Calada:** Os Tupinambá na Mata Atlântica do Sul da Bahia. Rio de Janeiro: 7Letras, 2007.

DE FALTAS E CUIDADOS, “ABERTURAS” E “FECHAMENTOS”:

EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO PELA COVID-19
NARRADAS POR AMANDA E RUANNA¹

Geissy Reis

Este capítulo acompanha experiências narradas de adoecimento pela Covid-19 de Amanda e Ruanna, interlocutoras de pesquisa, residentes na cidade de João Pessoa/PB, bem como se volta para aspectos de uma experiência pública no marco da pandemia, ambas as perspectivas contidas nas narrativas. Tais experiências são aqui postas em diálogo com referenciais teóricos do campo da Antropologia da Saúde e entre si mesmas, no sentido de que diferentes perspectivas de uma mesma experiência são acionadas nas narrativas das interlocutoras, e na que aqui é elaborada por mim.

Conheci ambas, Amanda e Ruanna, através de Mónica Franch, minha orientadora no mestrado em Antropologia pelo PPGA (Programa de Pós-graduação

¹ Este capítulo integra um trecho de minha dissertação de mestrado (PPGA-UFPB), defendida em março de 2022, sob a orientação da Profa. Dra. Mónica Franch e coorientação do Prof. Dr. João Mendonça, a quem sou imensamente grata. Sou também extremamente grata às mulheres interlocutoras desta pesquisa e às/aos colegas do grupo de orientação coletiva organizado por Mónica Franch, a quem agradeço as contribuições para a escrita deste texto.

em Antropologia), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Elas haviam sido alunas de Mônica já há algum tempo. Tanto com Amanda, quanto com Ruanna, então doutorandas em Sociologia e Antropologia, respectivamente, a interlocução para a pesquisa ocorreu de forma *on-line*, mediada pelo WhatsApp, ao longo de alguns meses do ano de 2021, no curso da pesquisa de mestrado. A pesquisa teve como objetivo, compreender localmente o adoecimento e as demais experiências no marco da Covid-19 e, dessa feita, a própria Covid-19, desde as narrativas de quatro mulheres: Amanda, Ruanna, Débora e Cristina², todas domiciliadas em João Pessoa/PB. Neste capítulo, no entanto, são trazidas as narrativas de apenas duas delas, como já mencionado, em razão do profícuo acesso às narrativas. Em alinhamento com Donna Haraway (1995), entendo o saber como situado, colado à experiência, e a doença como um processo experiencial (ALVES, 1993; ALVES; RABELO, 1999; LANGDON, 2001), nesse sentido, conhecer a doença não se descola do adoecimento, do vivido, da doença vivida.

Inserida no campo da Antropologia da Saúde, é central nesse texto a “experiência da doença”, ou seja, “os meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença” (ALVES, 1993, p. 263). No entanto, opto por “experiência de adoecimento” ao invés de “experiência da doença”, na medida em que a doença não é algo pronto ou dado *a priori*, mas produzida na experiência, em diálogo com a vasta literatura desse campo do saber. Logo, uso o termo “adoecimento” por Covid-19, numa “adequação ao seu caráter processual, que engendrou e segue engendrando novas relações e formas de ser e estar no mundo, cuja temporalidade precisa ser reconhecida” (OLIVEIRA; SILVA, 2023, p. 2).

Ao longo da pesquisa me perguntava, de modo semelhante a Lila Abu-Lughod, no livro *A escrita do mundo de mulheres*, se haveria um estilo de escrita que “pudesse melhor captar as qualidades da ‘vida como vivida’” (2020, p. 39) no curso do adoecimento dessas mulheres. Neste sentido, opto por trazer as narrativas das interlocutoras separadas uma da outra, com algumas poucas intersecções entre elas, na intenção de empreender um “uso mais pleno da narrativa e [...] [com] maior dependência da fala gravada” (ABU-LUGHOD, 2020, p. 40) e escrita no WhatsApp por cada uma das interlocutoras, de modo que, no diálogo de minha narrativa com as delas, estas se fazem notar ao longo do texto, por vezes encerrando parágrafos e seus respectivos argumentos. Sequenciei as narrativas de Amanda e Ruanna numa uma ordem cronológica relativa às experiências com a pandemia, com a

2 Com exceção de Ruanna, todos os nomes são fictícios, por escolha das próprias interlocutoras.

infecção e adoecimento, pela qual tanto o meu roteiro semiestruturado se guiou parcialmente, quanto foi guiado por seus próprios modos de narrar.

É, portanto, de experiências situadas de adoecimento pela Covid-19 que se trata centralmente este capítulo. Narrativas experienciais no mais das vezes alocadas no lugar do “resto”, de que nos fala Bonet (2018), no contexto de produção de um discurso governamental numerificado acerca dos impactos da Covid-19 na vida de milhões de brasileiros e brasileiras. A opção por ouvir esse “resto”, central na pesquisa antropológica em saúde, e que se refere àquilo que não se pode acessar desde uma lógica molecular, segundo o autor, fala também do caráter situado deste texto, próximo às experiências, em contraste aos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde (MS), por exemplo, analisados naquele momento de emergência sanitária, que comunicavam a crise com o número de “casos”, de “óbitos”, de pessoas “em acompanhamento” e de pessoas “recuperadas”.

De acordo com os boletins epidemiológicos do MS, “são considerados como ‘em acompanhamento’ todos os casos de infecção pelo SARS-CoV-2 notificados, nos últimos 14 dias, pelas secretarias estaduais de saúde e que não evoluíram para óbito” (BRASIL, 2021, p. 12). Já o termo “recuperados” aparece o total de oito vezes no boletim epidemiológico especial “Doença pelo Coronavírus Covid-19”, de número 45, publicado em 14 de janeiro de 2021, pelo MS, e em dois momentos. No primeiro, para referir-se ao número de pessoas “recuperadas” ao redor do mundo e, no segundo, estima o número de pessoas “recuperadas” da infecção por SARS-CoV-2 no Brasil, a partir dos casos registrados de infecção e óbito por Covid-19. Não há, no entanto, uma significação mais detalhada para o termo. O boletim indica o modo como é contabilizado, subtraindo dos números registrados de milhões de pessoas infectadas pelo novo coronavírus, as milhares de pessoas que morreram e constam em registro e as que se encontram “em acompanhamento”.

O quanto esses números e essas nomenclaturas nos informam? A categoria “recuperadas” – dispensada, inclusive, desde a lógica apresentada, às interlocutoras desta pesquisa – sinaliza milhões de brasileiras e brasileiros que, infectados/as pelo novocoronavírus e/ou tendo adoecido por Covid-19, não morreram, ao mesmo tempo que deixa de informar todo o resto. Como argumenta Jean Segata, no boletim “Cientistas sociais e o coronavírus”, “números, casos, estatísticas ou prevalências têm rosto, trajetória e biografia para as suas pesquisas” (SEGATA, 2020, p. 2). Logo, desde o cálculo que estima essa classificação, a de “recuperados”, essas pessoas, à exceção da possibilidade

de reinfecção, não mais estariam sujeitas a morrer ou em adoecimento em decorrência da infecção pelo vírus. Ela, a infecção por SARS-Cov-2, e o adoecimento por Covid-19 teriam sido superados com a não morte, parado ali. Me parece que o uso desse termo e sua significância engendram ao menos duas compreensões distintas.

Em um primeiro momento, após a quantidade de pessoas “recuperadas” passar a ser listada nos boletins epidemiológicos do MS sobre a Covid-19, a partir do número 12, publicado em 19 de abril de 2020, e a permear o debate público acerca do tema, uma possibilidade de não morte em decorrência da infecção por SARS-CoV-2, mesmo que incerta, é colocada. Ao mesmo tempo, o termo e sua estatisticalização, tem o potencial de invisibilizar as distintas experiências de infecção, adoecimento e seus diferentes cenários socioculturais, pois “aquilo que não pode ser mensurado não consta nas estatísticas governamentais. A dor, a insegurança, o luto, escapam” (MORAES, 2020, p. 132). Escapam também as “itinerâncias em busca de cuidados” (BONET, 2018), os medos e o alongamento do adoecimento, se pensamos na Covid longa, tanto na forma de continuidade dos sintomas, quanto no desenvolvimento de novos sintomas, a exemplo de uma sensação de cansaço sentida por Ruanna em um momento posterior à fase aguda da Covid-19 que, há não muito tempo, chamávamos apenas de Covid-19 ou Covid.

Esses mesmos dados foram alvo de críticas que apontavam para o problema da numerificação do monitoramento, mas também da subnotificação. Com esta última levada ao extremo pelo que ficou conhecido como o “apagão dos dados”. Em 10 de dezembro de 2022, os dados alocados no site do MS e nos sistemas de notificação, como o ConecteSUS, “ferramenta que disponibiliza o conjunto integrado de informações em saúde do país” (BRASIL, 2020), ficaram indisponíveis. Em um segundo momento, esses sistemas estiveram praticamente inoperáveis, dificultando, e até impossibilitando, o registro de notificações em diferentes partes do país. Essa defasagem dos dados ficou impressa nos boletins epidemiológicos do período, em consequência, ainda, de que o então presidente de extrema direita, Jair Bolsonaro³, “vinha acusando ministros de forjarem dados e pressionando as instituições a modificá-los,

3 “Jair Bolsonaro se coloca na posição de líder da extrema direita, bem como o *outsider* político, é populista, estabelece o inimigo sendo à esquerda e mais especificamente o Partido dos Trabalhadores (PT) (associado à Venezuela e ao comunismo) julga-os como exemplos de governos e regime que não deram certo. Desde sua campanha presidencial seus discursos pautam fundamentalmente no conservadorismo moral, senso comum, cristianismo e nacionalismo” (SOUZA, 2022, p. 162).

pois sua elevação lhe causava impopularidade” (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2022, p. 14). Nesse período, a desinformação contou com o aval e a cooperação do então Ministro da Saúde, Eduardo Pazuello:

[O Ministro da Saúde] passou a apresentar no painel público apenas o número de mortes das últimas 24 horas ao invés do consolidado da pandemia, tendo sido também retirados os coeficientes de incidência e óbitos, a taxa de letalidade, além da ferramenta de download, essencial para a realização de análises estatísticas (G15). Além disso, para evitar sua exposição, o boletim diário passou a ser divulgado depois da exibição do telejornal de maior audiência no país (ASCI). Apesar do MS receber ordem judicial do STF para a retomada do sistema anterior de computação dos casos, a desmoralização do sistema de informação do MS já estava dada (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2022, p. 14).

Desde a lógica federalista de Bolsonaro, pautada em uma centralização e hierarquia extremadas, somada ao negacionismo diante da Covid-19 (ABRUCIO *et al.*, 2020) e à priorização da “economia” em detrimento da vida (MALUF, 2021), a União teve pouquíssima atuação como instância organizadora no enfrentamento da pandemia (ABRUCIO *et al.*, 2020), ficando a cargo de outros agentes, com destaque para os estados e os municípios, o gerenciamento de suas respostas. Esse cenário foi chamado por Fernando Abrucio *et al.* (2020) de “descoordenação intergovernamental”, resultante desta ausência de liderança da União, e marcada pelo caráter conflitivo da União com as instâncias estaduais e municipais, perpetuadora das desigualdades territoriais no país e uma das maiores causas da quantidade extremamente alta de casos de adoecimento e morte por Covid-19.

Os dados mencionados acima, expressos na forma de números, referentes aos impactos da pandemia, foram também publicados diariamente⁴, principalmente durante a primeira onda, em jornais *on-line* e impressos, em telejornais e rádios, em redes sociais e outras mídias ao longo do território nacional, e assumiram um tom de alerta e de denúncia quando não perpassados pelo ne-

4 Weverson Bezerra e Uliana Gomes, ao refletirem sobre a morte no contexto da pandemia, e diante dessa publicização diária acerca da quantidade de pessoas mortas, concluem que: “de repente, a morte não era mais mostrada a conta-gotas ou noticiada apenas nos casos ilustres. Essa incômoda convidada era agora debatida em redes sociais e nas televisões, penetrava as conversas entre familiares e povoava os sonhos inquietos de muitos de nós” (2020, p. 67).

gacionismo científico (CAPONI, 2020). Neste sentido, a crítica à numerificação das experiências não exclui o uso dos números na denúncia da “política de morte” engendrada pelo governo federal na luta contra a Covid-19, no contexto do “bolsonarismo” (MALUF, 2021). A crítica se endereça ao apagamento das experiências, não à produção de dados. Existe uma demanda, já antiga, da qual faço coro, oriunda principalmente dos movimentos sociais, com destaque para o movimento social de HIV/AIDS, de que as experiências das “pessoas vivendo com” sejam ouvidas, de que suas necessidades sejam conhecidas e reconhecidas, a partir da elaboração e implementação de políticas públicas voltadas, inclusive, à publicização crescente de informações sobre a temática, tanto no sentido de contribuir para que os preconceitos sejam dirimidos, quanto para defender direitos, incluindo o direito ao cuidado e ao fazer-se ouvir.

Ao longo das narrativas das interlocutoras, o cuidado foi bastante mobilizado. Há algumas décadas, esse tema vem sendo discutido na Antropologia (BLANC; LAUGIER; MOLINIER, 2020; GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2011; LONGHI, 2018) que, a partir de uma perspectiva feminista, demonstra como a prática do cuidado é naturalizada como uma atribuição majoritariamente das mulheres. Ao pensar o cuidado no contexto da pandemia, Rojas-Navarro *et al* argumentam que, “si bien la crisis de los cuidados se arrastraba desde antes, el tiempo presente ofrece una posibilidad particular de imaginar un más allá de la crisis, que ilumine cómo la vida y los cuidados podrían abrirse a nuevas comprensiones” (2021, p.104). No citado artigo, os/as autores/as refletem “cómo el incremento de las labores de cuidado, producto de la pandemia y el quiebre de la red de cuidados, ha recaído significativamente sobre las mujeres” (2021, p. 106), e engendrado, em consequência disso, a dificuldade de mulheres serem cuidadas, de “descansar en otros” (p. 106).

Os/as autores/as intentam, com este artigo, realocar o cuidado de “una cuestión que las mujeres padecen individualmente” (ROJAS-NAVARRO, et al, 2021, p. 108) para uma reflexão que se faça pública. Argumentam que, com a emergência da pandemia de Covid-19, a noção de cuidado se expandiu como uma prática que afeta e sustenta toda a sociedade, a partir da qual o ato de cuidar ganha outra dimensão, alcançando a esfera pública, marcada pelo argumento de que sua prática deveria ficar a cargo de todos e todas. Mas, embora ocorra essa expansão, ainda não acontece de sua prática ser distribuída de forma igualitária (ROJAS-NAVARRO, et al, 2021). Nós, mulheres, ainda somos deixadas a cargo do cuidado, ficando sobrecarregadas, embora isso não afete a todas nós de maneira idêntica, concluem as autoras. Eles/as

apontam também um aumento da problematização acerca dessa distribuição desigual do cuidado pelas mulheres, que “se abren a la eventual posibilidad de una redistribución de esta carga que, desde antes de la pandemia, se encontraba normalizada como un asunto femenino” (ROJAS-NAVARRO, et al, 2021, p. 117). Mas, infelizmente, ocorre que, apesar de tal problematização ganhar espaço, não há a garantia, necessariamente, da partição igualitária do cuidado (ROJAS-NAVARRO, et al, 2021).

Metodologicamente, de modo bastante breve, esta pesquisa consistiu em uma feitura antropológica “na *internet*” (HINE, 2020) mediada pelo WhatsApp, acessado por dispositivos eletrônicos, e se pautou na realização de entrevistas compreensivas (KAUFMANN, 2013) com as interlocutoras, ao longo do ano de 2021, após a aprovação pelo Comitê de Ética, que ocorreu em abril do mesmo ano. A característica de uma *Anthropology at home* (VELHO, 1978) perpassa esta pesquisa antropológica feita com mulheres, também residentes em João Pessoa, com o ensino superior completo, sendo Ruanna e Amanda doutorandas em Antropologia e em Sociologia, respectivamente. O que me leva a considerar, é importante dizer, que compartilhamos um mesmo campo discursivo. Embora eu não tenha experienciado o adoecimento por Covid-19, e mesmo se o tivesse, nossas experiências guardariam particularidades, faz-se evidente que há entre nós um mundo compartilhado.

Como já mencionado, as narrativas experienciais de Amanda e Ruanna aparecem neste texto, uma após a outra, como opção narrativa. Cada uma delas, seguindo uma cronologia iniciada no momento da infecção e do contato com a pandemia de Covid-19, aporta variados momentos, aspectos, sentimentos, incertezas, sintomas e cenários do adoecimento e da vida em meio à pandemia. É desse modo que este capítulo se encontra subdividido: inicia-se com a narrativa de Amanda e depois de Ruanna, em diálogo com referenciais teóricos e com a minha própria narrativa, encerrando-se com algumas considerações finais. Em meio a esses diálogos, contar histórias figura como técnica de escrita e feitura antropológica. Contar histórias, nos lembra Lila Abu-Lughod, guarda o traço da “inevitabilidade da posicionalidade” (2020, p. 52), uma das questões centrais neste texto. Ao optar ainda por apresentar em separado suas narrativas, intento que suas especificidades sejam notadas, mas também que as conexões entre elas possam ser percebidas ao abordar em ambas suas relações com o contexto em que se inserem, de modo a se fazer notar a inegável complementaridade entre as experiências narradas por Amanda e Ruanna e o que venho chamar de experiência pública em torno da Covid-19.

Amanda: *“Meu Deus do céu, será que vai piorar?”*

Entrei em contato com Amanda, via WhatsApp, no dia 8 de abril de 2021, às 11 horas da manhã. Dei bom dia, perguntei como ela estava, me apresentei, apresentei a pesquisa e a possibilidade de interlocução, falei também que Mónica Franch, minha então orientadora, havia me passado seu contato. Na sequência, perguntei se ela preferia que conversássemos por mensagens e áudios via WhatsApp, por Google Meet ou por alguma outra plataforma, sendo que ela optou usar o WhatsApp para a entrevista/conversação, que havíamos iniciado naquele momento.

Perguntei, então, para Amanda, com 31 anos à época, doutoranda em Sociologia, autodeclarada branca e de classe média, em que momento havia pensado “posso estar com Covid-19”, ao que ela me respondeu: “foi quando me faltou o paladar e o olfato, que são os sintomas mais certos pra quem teve”. Antes, no entanto, dessa resposta, Amanda remonta à situação de origem da infecção e de seu adoecimento e progressão, que havia ocorrido entre junho e julho de 2020, quando, em um dos finais de semana que seu filho passava com o pai, ela teve de ir buscá-lo, a pedido do próprio pai, que teve febre. Em um intervalo de três a cinco dias, Amanda passou a sentir o que ela descreveu como “uma moleza no corpo”:

“Achava que era qualquer resfriado, porque nesse período do ano eu sempre adoço, né, a troca de clima. E aí quando foi no terceiro dia que eu estava com essa moleza no corpo, aí veio a falta de olfato e paladar, né, que quando eu fui dar comida pro meu filho, eu fui experimentar e não senti nada. Aí, no meu caso, foi assim que eu percebi que estava com Covid. Logo no início não tinha testes práticos pra gente fazer, só tinha o do SUS e eu acabei que eu não fiz porque o do SUS só poderia ser feito depois de 15 dias, e ainda assim tinha uma chance de dar errado muito grande, né. Então, assim, o momento que eu percebi que eu poderia estar com Covid foi quando eu perdi o paladar e o olfato, mas aí, no meu caso, foi bem... Cada sintoma foi em tempos diferentes, comecei com uma moleza no corpo, aí a moleza no corpo deu uma amenizada, aí me veio a falta de paladar, me veio a falta de olfato, aí foi o que mais durou, né, essa parte. Aí eu não tive febre, no sétimo dia foi quando eu senti dificuldade de respirar, né, eu fui dormir, não tinha praticado nenhuma atividade física, e eu estava cansada como se eu tivesse acabado de correr, eu puxava o ar e não vinha. Só que no oitavo dia eu amanheci bem, só o paladar e o olfato que demorou a voltar” (AMANDA, 2021).

Nessa narrativa, a experiência pública da Covid-19 e a experiência de seu adoecimento mostraram-se interligadas, como o que ocorre com as demais interlocutoras e com o conjunto da sociedade, e que ocorre, é importante ressaltar, de diferentes maneiras, nos mais diversos contextos e cenários socioeconômicos e culturais, com diferentes pessoas, em seus distintos sistemas de valores, gerações, acesso a bens e serviços, poder aquisitivo, gênero, etnia, entre outros.

Com “experiência pública” me refiro ao caráter coletivo da Covid-19, no sentido literal do termo público, ou seja, relativa a uma coletividade, sem, no entanto, pretender operar uma homogeneização das experiências, ao contrário disso. É importante notar os diferentes adoecimentos por Covid-19. E é justamente por isso que o objetivo deste estudo é o de acessar experiências particulares de adoecimento, posicionadas em diálogo com a significação para o termo elaborado conceitualmente por Dona Horaway (1995), e conectadas a uma experiência que é pública e nem por isso universal, como nos dão a entender as narrativas aqui presentes.

A presença insuficiente não apenas de leitos, em decorrência do aumento da procura por atendimento hospitalar (MOURA *et al.*, 2022), na primeira onda epidêmica no Brasil e na Paraíba, de acordo com dados do MS e do Estado da Paraíba, respectivamente, mas também de testes para Covid-19 pelo SUS e pela Unimed (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas), na qual Amanda tem um plano de saúde, atravessam sua experiência. Não só o teste e o diagnóstico biomédico não eram possíveis, como a ida ao serviço de saúde também não, pois, como bem lembra Amanda, naquele período só davam entrada em hospitais e alas hospitalares destinados à Covid-19 os casos considerados graves. No sétimo dia, no entanto, quando Amanda sentiu dificuldade para respirar ao ir dormir, amontoou travesseiros a suas costas, para que, com seu tronco e cabeça, estando em um nível acima do restante do corpo, fosse mais fácil respirar. No dia seguinte, fez uma consulta *on-line* com um médico, pela Unimed, que imediatamente recomendou que ela fosse ao hospital. Mas Amanda, que já se sentia melhor no oitavo dia, optou por não ir, “porque eu meio que me autoavaliar, tipo, eu ainda consigo assim me manter”.

Ao se autoavaliar, Amanda opera com o conhecimento de si e do adoecimento que experienciava, oriundos de sua própria vivência com a enfermidade – e com a de seu pai, como veremos a seguir – e de buscas feitas online sobre a Covid-19 e de notícias acessadas em diferentes plataformas. A consulta a um médico só aconteceu com o agravamento dos sintomas, quando a falta de ar foi sentida no sétimo dia. A recusa pela recomendação médica de ir ao hospital

onde provavelmente ficaria internada, assim como a automedicação, sobre a qual Amanda fala na sequência, mostra-nos a complexa operacionalização que ela realizou com um vasto conjunto de saberes e práticas.

“Mas aí o meu pai tinha tido o Covid, e ele foi ao médico, né, e o médico medicou ele. Então assim, eu peguei a receita do meu pai e vi o que era importante ali pra mim ali naquele momento, e aí eu tomei vitaminas, né, com base na receita dele eu tomei vitaminas. Meu pai passou quinze dias sem ar mesmo, e nem ele foi para o hospital, porque o hospital só estava aceitando, assim, morrendo, né. Mas aí eu tomei essas vitaminas e foi o que me ajudou a me recuperar da gripe em si, não do Covid. O Covid eu acredito hoje que é uma questão de tempo mesmo, ou você vai ser internado por causa disso ou você o espera reagir no seu corpo, ver como ele repercute no seu corpo” (AMANDA, 2021).

Surge aqui novamente o atrelamento da experiência pública com as experiências de adoecimento por Covid-19 de Amanda e de seu pai, este, mesmo tendo tido dificuldade para respirar por longos quinze dias seguidos, não foi ao hospital para ser internado em decorrência desse sintoma, já que, mesmo tendo acesso a um serviço particular de saúde, também este serviço era incapaz de dar conta de todas as demandas de seus/as usuários/as.

O termo “onda” ou “onda epidêmica”, mencionado acima, foi amplamente utilizado para se referir aos períodos entre a elevação e a queda do quantitativo de notificações relativas à Covid-19, sendo que foi dada ênfase à quantidade de mortes e novas infecções. A imagem visual que temos das ondas epidêmicas é a de uma linha que, à medida que acompanha a ascendência e descendência do quantitativo diário, disposto na forma de gráfico, calcula uma média móvel. É a partir dessa imagem que, olhando para o Painel de Monitoramento de Óbitos pela Covid-19, do governo da Paraíba, faço uma leitura possível do que viriam a ser as ondas epidêmicas estaduais. Já as ondas nacionais foram bastante midiáticas e, em certa medida, consensuadas, e aqui me insiro quando as menciono no texto. Os dados relativos às ondas epidêmicas de alcance nacional são oriundos do Painel Coronavírus, criado pelo Ministério da Saúde.

A partir da narrativa de Amanda é possível perceber também um paralelo que ela estabelece entre a Covid-19 e a gripe, no modo como ela vivenciou seu adoecimento. Paralelo, me parece, que é estabelecido da seguinte forma: a Covid-19 como doença e a gripe como uma forma de referir-se aos sinto-

mas da Covid-19. Entendo essa relação entre uma e outra como um modo de narrar o adoecimento, ou seja, de compreender e fazer compreender essa experiência, atrelada a uma tomada de decisão (MATTINGLY, 1994), que assume contornos ímpares, a depender de quem a vivência e a narra. Logo, aciono aqui as narrativas “enquanto eventos que envolveriam tanto histórias quanto ações, funcionando como mediadoras para a construção emergente da realidade sem a prevalência do ‘texto’ sobre o ‘ato’, mas pensando ambos como constitutivos da experiência com a doença” (AURELIANO, 2013, p. 242).

Outra aproximação ou paralelo estabelecido por Amanda se dá entre a sua própria experiência de adoecimento com a de seu pai, ao que me parece, acessada também como um mecanismo de compreensão dos quadros de sintomas, tratamento e limites do corpo humano frente à enfermidade. Parece-me, portanto, que a busca pela compreensão da doença, aqui, a Covid-19, ocorre a partir de múltiplas fontes. Buscar por informações acerca da Covid na *internet* e fazer uma consulta on-line com um médico, mas também reparar no modo como seu pai foi experienciando o adoecimento e acessar a receita médica recebida por ele, constituiu-se em um aprendizado para Amanda, não apenas sobre o que ocorreu com seu pai, mas sobre o que poderia vir a ocorrer com ela própria quando se percebe em adoecimento. Ao olhar para a experiência do pai e acompanhar sua vivência, viu a cara da Covid-19, corporificada (CSORDAS, 2008), primeiramente nele e em seguida nela própria. Logo, a experiência de adoecimento de seu pai tinha sido impressa sobre a Covid-19, numa alusão “Às pessoas que as doenças têm”, de Waleska Aureliano (2013), mobilizando dessa forma, a significação da doença e condução do tratamento empreendidos por Amanda. Neste sentido, os saberes do campo biomédico, quando acessados, não são as únicas fontes de informação quando o assunto é saúde-doença, as experiências vividas também informam, podendo estas inclusive, serem preferidas àqueles.

O olhar para a Covid-19 se apresenta, então, no período de emergência sanitária, com destaque para os primeiros anos – 2020 e 2021 –, a partir de múltiplas fontes, pois a víamos pela televisão, noticiada no mais das vezes na forma de atualizações de números relativos a seus impactos, por publicações em redes sociais, por meio de gráficos e tabelas, pelos boletins epidemiológicos, por artigos biomédicos, pelas declarações de profissionais da saúde e representantes dos governos municipal, estadual e federal, pela própria experiência de adoecimento e pela experiência de demais pessoas, com atenção ao que fizeram em termos de tratamento e ao modo como reagiram, entre outras.

Na sequência, perguntei à Amanda, por mensagem de áudio no WhatsApp, se ela havia comentado a alguém sobre seu adoecimento, incluindo amigos e familiares, ao que ela respondeu que sim, que havia falado para amigos próximos e para pessoas de seu núcleo familiar, como sua mãe, pai e irmã: “Só que a minha mãe não falou pra família: tio, primo e lá lá lá, porque é uma questão deles, não sei. Não sei se na tua família tem isso, mas tipo, nem tudo se fala. Então, ela só veio a falar quando eu melhorei”, disse Amanda que, ao refletir sobre uma possível motivação para esse não dizer, concluiu: “Mas eu acredito que rola muito esse lance do ‘é contagioso’, então, tem esse tabu, né?”.

Junto desse mesmo áudio, logo após dizer que havia falado de seu adoecimento aos amigos mais próximos, Amanda novamente falou sobre o momento da infecção: “Na verdade, na época em que eu peguei o Covid, eu estava realmente em isolamento, eu só saía pra fazer feira e pra deixar o meu filho na casa do pai. Eu não ia nem na casa da minha mãe, passei quatro meses sem ir lá, e na casa da minha irmã, enfim”. Diferentemente de Ruanna, como veremos a seguir, que entende ter entrado em contato com o SARS-CoV-2 e iniciado o adoecimento pela Covid na ocasião de uma visita de sua mãe, da companheira dela e de seu filho adolescente, momento em que ela acabou “abrindo muito” as estratégias preventivas que vinha adotando até então, em suas próprias palavras, “porque eu mudei os hábitos, né, já que ela não levava os mesmos cuidados que eu. E não deu outra, adoeci com ela aqui”.

Sobre isso, “É engraçado que o vírus tem todo esse risco, todo esse perigo. Mas assim, se for algo gravíssimo, era algo que a minha irmã e os meus pais, eles iam deixar o risco à vida deles para me ajudar, sabe? Acontece muito isso e eu já ouvi de outras pessoas também”, reflete Amanda, ao conjugar as relações familiares, o adoecimento e a possibilidade de transmissão pelo vírus, e o que isso pode gerar enquanto interdito. A partir disso, podemos deduzir que os vínculos de parentesco e o que a eles comumente se atrela em termos de sociabilidade e, dentro desta, de cuidado, não se veem tão em risco quanto a própria vida em tempos pandêmicos. Cuidar de um familiar, mesmo que isso signifique pôr em risco a própria vida, parece dizer respeito à solidez dos laços frente à efemeridade da vida, no contexto da pandemia.

Ao mesmo tempo, “abrir muito”, ou seja, abrir mão de hábitos diante da infecção por SARS-CoV-2, por ocasião da visita de familiares, conforme narra Ruanna, parece também expressar a solidez de vínculos e de esquemas de sociabilidade entre familiares. Isso porque, como argumenta Sônia Maluf (2020), a pandemia de Covid-19 é “eminentemente social”, levando-nos a

olhar para os aspectos sociais entremeados. Trata-se de uma das dimensões sociais da Covid-19, que atravessa as experiências de adoecimento, as relações familiares e as formas de cuidado envolvidas nessas relações. Amanda nos fala do ato de cuidar, mesmo que implique pôr em risco a própria vida, enquanto Ruanna nos fala do abrir mão de cuidados preventivos diante da Covid-19, mesmo com a possibilidade de ser infectada pelo vírus. Em ambas as situações, é da família que se está falando. Ainda, se relações familiares e pandemia vêm se atravessando, é importante destacar o fato de Amanda ter passado meses em *lockdown*, sem ir à casa dos pais, da irmã ou dos demais familiares, pela opção de se isolar durante a pandemia, o que pode ser percebido em duas chaves, na do autocuidado e no cuidado dos outros.

Ao nos aproximarmos dessas experiências, me parece que a Covid-19 deixa de ser apenas vírus, pandemia e quadro clínico, e passa a ser também as consequências para o pai de Amanda, que diante da falta de ar, por mais de duas semanas, não pôde acessar serviços hospitalares. Dificuldade ao respirar, sentida posteriormente por Amanda, com uma sensação de moleza, dor no corpo, mal-estar, cansaço, perda do olfato e paladar: “e quando eu puxei o ar, o ar não vinha, parecia que eu tinha acabado de fazer um exercício físico”. A Covid-19, em seus múltiplos contornos, ganha também a forma da falta: da falta de testes, de leitos em hospitais, de certeza sobre o tratamento e sobre os sintomas e seu agravamento, como no caso de Amanda que ao sentir dificuldade para respirar pela primeira vez pensou: “Meu Deus do céu, será que vai piorar? Porque era aquela puxada de ar que era de cansaço, não era de ficar sem respirar totalmente, mas era como se tivesse cansada, acabando de ter corrido, né, e eu não tinha feito nada. Aí eu fiquei com medo”. Danha a forma também do medo, medo de adoecer, de não conseguir puxar o ar para respirar, de adoecer e morrer, estendido também aos familiares e a demais pessoas próximas.

Ruanna: *“eu disse, ‘minha gente, eu fiz o teste, vai sair o resultado, mas não tem como não ser’, e o povo, ‘não, só dá pra saber através do teste’”.*

Fiquei *on-line* no WhatsApp, às 16 horas, no dia 2 de abril de 2021, quando recebi a notificação de que Mônica Franch, minha orientadora, havia me mandado mensagens. Cliquei na conversa com Mônica, e por ali ela compartilha comigo uma postagem que Ruanna havia feito no Facebook em 5 de março de 2021 sobre sua experiência de adoecimento por Covid-19.

Após ler a publicação em que ela narrava resumidamente sua experiência, entrei em contato com Ruanna pelo Instagram, mencionando sua postagem no Facebook. Me apresentei brevemente, dizendo ser orientada por Mônica Franch e convido ela a participar da pesquisa. Ao fazer esse convite, deixei aberta a possibilidade de seguirmos em interlocução por ali, pelo WhatsApp ou qualquer outra plataforma: “Claro! Ainda mais se é orientanda da Mônica Franch, claro, com certeza, posso contribuir sim. Vou te passar meu número, viu?”, responde Ruanna, no que seria nossa última mensagem trocada pelo Instagram. Após migrarmos para o WhatsApp, agradeço a ela pelo rápido e entusiástico aceite em contribuir com a pesquisa, e então apresentei a mim e à pesquisa com um pouco mais de fôlego. Durante essa apresentação, mencionei a coorientação do João Mendonça: “Ah, se é orientanda do João, então tô mais em casa ainda”. E foi assim que Ruanna iniciou o primeiro áudio que me enviou no WhatsApp, falando, em seguida, de sua relação acadêmica com ele, de quando era seu professor no período em que cursava o mestrado em Antropologia na UFPB, e que o tinha como uma pessoa próxima e querida.

“Eu acho que a gente pode fazer nesse esquema mais leve, mais tranquilo mesmo, pelo WhatsApp. Então, você pode mandar as questões por aqui mesmo e eu ir respondendo, e aí, caso algum momento ‘cê’ queira fazer esse encontro por Meet, a gente pode fazer também”. Era início de abril de 2021, e desse jeito se estabeleceu nossa dinâmica de interlocução via WhatsApp, por Ruanna, que optou pelo envio e recebimento de mensagens por ali, o que, segundo ela, traria leveza para nossa comunicação. Não perguntei a ela que leveza seria essa, mas acredito que tenha relação com a própria lógica de uso do WhatsApp, em que a conversação dispõe de uma temporalidade outra, podendo ocorrer de forma assíncrona, onde primeiro se lê ou se ouve a mensagem, que pode se dar na forma de pergunta ou afirmação, depois se pensa sobre, e em seguida, a depender da disponibilidade, se responde ou não, também com outra mensagem de texto ou áudio – além de emojis, GIFs e figurinhas –, que pode ser lida e ouvida antes do envio, e até apagada depois de enviada.

“Entendo essa questão da pós, como é que funciona. Eu também tô no meu processo. Deveria estar terminando o ano que vem o doutorado, e provavelmente vou ter de adiar aí um bocado por causa da pandemia”. Diz Ruanna, então com 28 anos e doutoranda em Antropologia, já sinalizando, no mesmo áudio, o que seria um dos porquês para uma interlocução “leve” e para um dos atravessamentos da pandemia de Covid-19 em sua vida: o adiamento da conclusão do doutorado. Já no início da interlocução, por-

tanto, Ruanna nos fala de uma impossibilidade que se dá por ocorrência da pandemia de Covid-19, da impossibilidade de concluir o doutorado em Antropologia no tempo previsto, já que precisou “acabar com as atividades do doutorado, também presenciais, coisas do tipo. Entrevista, eu já fui cortando tudo e ficando bastante em casa, né?”. Outras impossibilidades, sintomas, “sequelas”, afetações e reflexões são trazidas por Ruanna no decorrer da conversação, que optou pelo envio de mensagens de áudio: “eu vou tentar não mandar áudios tão compridos, aí qualquer coisa você pode me perguntar de novo, e tal”.

A primeira questão que fiz à Ruanna era sobre como ela soube da Covid-19, ao que ela respondeu: “ah, eu soube da Covid em março do ano passado. Acho que foi quando morreu aqui a primeira pessoa no Brasil, que a gente começou a se dar conta do que é que poderia estar começando”. Foi através do noticiário que Ruanna entrou em contato com a existência da Covid-19, declarada pandemia em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que chegava em solo brasileiro: “e aí assim que os noticiários começaram a dar mais ênfase a isso, eu já fui mudando minha rotina completamente, já fui deixando de ir pra academia”, disse. Logo, pela via dos noticiários, Ruanna tanto soube da pandemia de Covid-19, como foi transformando sua rotina à medida que a situação pandêmica se extremava no território nacional. Se extremava e se aproximava de cada um/a de nós.

Além de deixar de ir à academia, Ruanna cancelou as passagens para São Paulo no dia 1º de abril de 2021 e toda a agenda de shows e apresentações de sua banda musical, assim como os/as demais componentes da banda, “já com medo de como seria, né?”. Nessa narrativa acerca de sua experiência com a pandemia de Covid-19, não apenas sua trajetória acadêmica, mas também a artístico-musical, foram diretamente atravessadas por esse evento. E não só essas dimensões da vida, já que toda ela foi, naquele momento, perpassada por incertezas, por medos e pela necessidade de adequação, tendo a própria vida sido posta em xeque. Como nos diz Ruanna: “foi aquela loucura que foi pra todo mundo se adaptar a essa realidade, e com medo do que seria a doença exatamente, toda aquela dúvida que a gente tinha com relação à letalidade, à faixa etária, e tudo mais”.

Até aqui, Ruanna vem se referindo aos momentos iniciais da pandemia no Brasil, de março de 2020 em diante. Momento em que, dividindo apartamento com outra pessoa, aceitou o convite de sua mãe para ir a Juazeiro do Norte e ficar na casa dela:

“Era uma casa mais espaçosa, eu conseguia fazer meus exercícios lá. Levei meu gato junto comigo. E aí quando foi em maio eu voltei, e aí pouco tempo dividindo apartamento, eu decidi que deveria tentar morar sozinha. E me mudei no meio da pandemia, mas estava mais ameno, não estava como tá agora, nesse momento de tanta infecção, e tudo mais” (RUANNA, 2021).

Esse “agora” de Ruanna é de quando estávamos em interlocução pelo WhatsApp, em abril de 2021, quando nacionalmente vivíamos a segunda onda de Covid-19, com pico em 10 de abril. Só nesse dia foram notificadas 21.114 mil mortes por Covid-19 no país. Na Paraíba também vivenciávamos uma segunda onda, que igualmente atingiu seu pico entre o fim de março e início de abril de 2021, quando se notificou a morte de 60 pessoas nos dias 30 de março e 4 de abril. Esse “agora” era lido por Ruanna como um momento oportuno para “ficar em casa”, em contraste com o mês de junho de 2020, percebido por Ruanna como um período possível realizar a mudança de apartamento, tanto pela interpretação ou cálculo que havia feito do cenário somado ao desejo da mudança de casa, quanto por certo negacionismo que afirma ter tido nos momentos iniciais da pandemia. Um cálculo do risco, que é acionado em diferentes momentos no curso da pandemia, embasado na oscilação do número de casos de infecção e mortes por Covid-19, operação que não prescinde ao que Mary Spink chamou, em 2020, de “alfabetização científica”, ou seja, a familiaridade “com os métodos empregados nas ciências e com a linguagem dos números” (p. 14):

Para estes, as nuances da curva de casos confirmados e óbitos é passível de leitura e quiçá informem a disposição de se isolar do convívio social ou se proteger de maneira adequada: com distanciamento físico, uso de máscaras e desinfecção dos objetos trazidos para dentro de casa. Talvez seja este segmento da população que possa, também, ficar efetivamente em casa, trabalhando remotamente e dispondo dos serviços de entrega domiciliar (SPINK, 2020, p. 14).

Se a alfabetização científica é necessária para a compreensão do que querem dizer os números divulgados, relativos à Covid-19, e para indicar a “disposição de se isolar do convívio social ou se proteger de maneira adequada” (SPINK, 2020, p. 14), isso ocorre, como argumenta Mary Spink, em consequência do caráter hermético da linguagem a partir da qual são divulgadas essas informações que, de forma geral, estão atreladas à noção de risco como probabilidade, ou seja,

do “risco objetivado pela quantificação” (SPINK, 2020, p. 13). Linguagem dos riscos que equivale, segundo a autora, à segunda tradição do conjunto de três tradições, em que a primeira “é característica da fala de senso comum sobre riscos e antecede a emergência da palavra risco: concerne às experiências de infortúnios muitas vezes imprevisíveis que fogem das possibilidades de cálculo” (SPINK, 2020, p. 13); a segunda se refere ao risco como probabilidade, como mencionado acima; e a terceira está atrelada à noção de aventura, de modo que, diferentemente das outras duas, teria uma conotação positiva.

De acordo com o argumento de Spink, os leitores e as leitoras dessa segunda tradição de linguagem dos riscos – a do risco como probabilidade – seriam um número reduzido, já que se trata de uma linguagem que, hermética, comunica apenas para aqueles e aquelas que têm alfabetização científica. Já para a maioria da população, a “dança dos números”, as “idas e vindas dos resultados de pesquisa” e o “formato da curva de transmissão” serviriam apenas para serem descartados, ou para deslegitimar a ciência. A “linguagem de risco associada a “perigos, fatalidades e sorte” (2020, p. 14), seria, talvez, a linguagem de que mais estariam próximos/as.

E é justamente em razão da inacessibilidade a essa linguagem, por meio da qual informações sobre a Covid-19 vinham sendo divulgadas para a população, que Spink defende que a comunicação acerca dos riscos seja melhor desenvolvida e que a forma como essas informações chegam às pessoas, em diferentes contextos socioculturais, seja passível de ser compreendida. Também a “dança das palavras”, ou seja, o uso até certo ponto indistinto em razão da falta de consenso terminológico acerca de isolamento, *lockdown*, “fique em casa” e quarentena, se soma aos entraves na comunicação. Palavras que uso neste texto em alinhamento à síntese feita por Spink:

Em síntese, no contexto internacional, *isolamento* é reservado a pessoas com a doença ou seus sintomas. Portanto, isolar-se dentro de casa. O comando “*lockdown*” concerne a “ficar em casa”, com nuances mais ou menos rigorosas (só sair para coisas essenciais; só sair mediante autorização etc.). Já *distanciamento social* (ou *físico*) é estratégia a ser usada fora de casa – minimizar o contato com outras pessoas mantendo distância de dois metros e usando máscaras (SPINK, 2020, p. 11, grifo meu).

Foi acompanhando o formato da curva de infecção e de mortes por Covid-19 no Brasil e na Paraíba, e o acirramento e o afrouxamento das medidas

restritivas dos decretos municipais e estaduais, que Ruanna aos poucos foi “voltando pra academia, voltando a fazer atividade, voltando às coisas da banda com segurança, mas pouco, muito pouco”. Nesse momento, comenta que: “Recebi minha família do Rio Grande do Sul. E aí, como as coisas tavam mais tranquilas, eu dei uma respirada, né, estava aparentemente tudo voltando ao normal, porque as vacinas estavam previstas para chegar”. Ruanna, que até certo ponto tinha a possibilidade de aderir ao *lockdown* e “ficar em casa”, viu, naquele momento de maior “tranquilidade”, a possibilidade de retornar às atividades da banda, à pesquisa de campo do doutorado e até mesmo de receber em casa sua avó, que vinha do Rio Grande do Sul, e sua prima, que vinha de São Paulo. Era o início do mês de novembro de 2020, momento entre o final da primeira e início da segunda onda epidêmica nacional e estadual, as maiores ondas até então, em ambas as esferas federativas; de novembro de 2020 a dezembro de 2021 foi notificada a morte de 455.379 mil pessoas no país, e 6.072 mil só no estado da Paraíba, no período entre o fim de novembro de 2020 e agosto de 2021.

Esse movimento de retomada das atividades presenciais, que Ruanna chamou de “abertura”, não significou, no entanto, o abandono das estratégias preventivas que ela vinha adotando, mas uma flexibilização calculada, ou uma gestão do risco, baseada na “dança dos números”, nos decretos municipais e estaduais relativos ao *lockdown* e na promessa da vacina. O *lockdown* abriu espaço para eventuais saídas de casa e para a presença de familiares, já o distanciamento físico se manteve fora de casa: “mesmo eu tendo flexibilizado, recebido família, voltado às atividades, eu sempre fui muito cuidadosa, muito cuidadosa. De usar máscara o tempo todo, de exigir que as pessoas também tomassem os cuidados”, diz Ruanna, acrescentando que:

“É óbvio que nem tudo tá no nosso controle, mas, por exemplo, minha prima queria ir pra barzinho, eu disse: ‘de jeito nenhum, a gente não vai pra barzinho’, até porque eu já tinha parado de tocar na noite, e tudo mais, pensando que ia receber minha avó como visita aqui e não poderia colocar ela em risco, principalmente nisso, né, pensava nisso. E aí eu tava com esse cuidado bem... e continuei assim. Tinha gente até que dizia que era um cuidado extremo, mas não era, e, na verdade, eu fui me dando conta dele, que ele era necessário, ter esse cuidado que é... aquela coisa de ‘ah é porque é amigo que não vai transmitir’, não, não tem como saber. Tem uma amiga minha que ela usa a expressão de que a Covid... ‘você se encontrar com alguém sem máscara, é quase a mesma coisa de

“você transar sem camisinha, assim, né’. Tipo, você tá desprotegido, e a outra pessoa também, enfim. E eu fui me tocando dessas coisas, então, eu realmente me afastei dos meus melhores amigos, na verdade, assim, me afastei de muita gente, porque eu estava vendo que a gente estava vivendo uma ilusão, de que ‘ah, estamos entre amigos, estamos seguros’, não, não é bem assim” (RUANNA, 2021).

Entendo que esse movimento de estreitamento das medidas preventivas, para não colocar sua avó em risco, identificado por Ruanna como uma forma de cuidado, “abrange, também, a dimensão política das ações cotidianas do cuidar” (BONET, 2014, p. 337). Cuidar, no caso de Ruanna, da avó, de si, da vida acadêmica e artístico-musical, que passa por “aberturas” e “fechamentos”, em suas palavras, mostra-se como a estratégia por excelência de manutenção da vida, praticada por ela e pelas outras interlocutoras. Cuidar, aqui, desde a narrativa de Ruanna, pode significar abrir-se mais ou menos ao risco como probabilidade de infecção pelo novo coronavírus, logo, sair mais ou menos de casa, estar em contato presencial com mais ou menos pessoas. Movimento complexo em que a “dança dos números” tem lugar importante, mas também o têm outras dimensões, como as relações com amigos e familiares, por exemplo. Me parece que, junto a tal “dança dos números”, dançamos nós, junto a medos, afetos e esquemas de sociabilidade, flexibilizando e fortificando medidas de prevenção, como o *lockdown* e o distanciamento físico.

Ruanna nos diz ainda que, à medida em que foi-se recrudescendo as estratégias preventivas à Covid-19 no âmbito de uma experiência pandêmica pública e, também por ela própria, é que foi se dando conta de sua necessidade. A prática de tal cuidado, considerado exagerado por pessoas próximas a ela, a fez refletir sobre a possibilidade de infecção também entre amigos e amigas, e demais pessoas próximas. Do que concluiu que o vínculo afetivo não garantia a proteção contra a infecção, mas sim o distanciamento físico, o uso da máscara de proteção facial e encontros em locais abertos, também com a máscara. Reflexão que, somada à de sua amiga acerca da aproximação entre a proteção que a camisinha oferece em uma relação sexual e a proteção que a máscara facial proporciona em uma proximidade física, nos remete imediatamente aos estudos no campo do HIV/AIDS, que apontam para o fato de as representações sociais em torno da infecção pelo HIV estarem associadas à relações “fora de casa”, infecção que, nesse sentido, ocorreria pela via de um “outro”, um “outro” que não se ama, um “outro” com quem não se tem uma relação conjugal (FRANCH; PERRUSI, 2011; SOUSA; SILVA; PALMEIRA, 2014).

Me parece que as representações em torno da infecção por SARS-CoV-2 assumem um desenho complexo ao incorporar a lógica da distância e da proximidade afetiva, embora ocorra, na fala de Ruanna, de modo distinto ao que aportam os estudos acima mencionados, acerca do HIV/AIDS, o que acredito dever-se tanto à diferente atribuição do estigma a uma e outra, quanto pela própria forma em que acontece a infecção, a de SARS-CoV-2, sendo passível de ocorrer pelo simples compartilhamento de um ambiente, sem o uso ou uso inadequado de equipamentos de proteção individual (EPI's).

Em fevereiro de 2021, a mãe de Ruanna queria visitá-la, “e aí, assim, mesmo com todos os cuidados, recebi minha mãe, a companheira dela, minha mãe é casada com uma outra mulher que tem um filho adolescente, e os três vieram me visitar”, diz Ruanna, que acrescenta:

“E aí é muito engraçado, porque eu falava o tempo todo pra os meus conhecidos, ‘caramba, esse negócio de minha mãe vir, eu tô muito preocupada, ela vai me trazer a doença’. Inclusive, falei pra ela, disse: ‘olha, vai acabar me trazendo a doença’, sabe? [Risos] Eu ficava falando assim pra ela, porque eu mudei os hábitos, né, já que ela não levava os mesmos cuidados que eu, acabei abrindo muito e não deu outra, adoeci, com ela aqui” (RUANNA, 2011).

Ruanna já contava com a possibilidade de adoecer por Covid-19 devido à esta visita de sua. Segundo ela, os hábitos de sua mãe, também a levaram a “abrir-se” mais, o que se mostrou para Ruanna, como situação agenciadora da infecção, e sua “abertura”, a causa. Considero que, além das noções de proximidade e distância afetiva e dos vínculos familiares, os marcadores “quem se cuida” e “quem não se cuida”, em termos de adoção de estratégias preventivas, parecem se tratar de um forte revelador do potencial de ameaça que uma determinada pessoa representa em contexto de pandemia, logo, se devido a seus hábitos, cuidadosos ou “descuidados”, ela poderia ou não “trazer” a doença.

E é justo nesse momento em que Ruanna está morando sozinha, já no fim da visita de sua mãe, da companheira de sua mãe e do filho dessa, que ela adocece por Covid-19, experiência pela qual passa sozinha:

“Então, eu tava num período muito bem, né, eu estava, assim, malhando bem, surfando, tocando, saúde muito de boa, assim. Aí quando eu passei esse dia surfando, e aí vim pra casa, que eu imaginei que era insolação, eu já estranhei. Mas eu pensei: ‘não, real-

mente faz sentido’, até porque eu tenho pressão baixa, sei lá, achei que era insolação, mas foi isso. Primeiro senti, foi numa sexta feira à noite, senti uma moleza, assim, né, uma sensação de febre, mas não tava dando febre, e eu fiquei deitada na rede, eu lembro, assim, meio mole. No outro dia eu tava muito estressada, me sentindo ainda mole, fraca, e eu acho que foi já no terceiro dia, eu senti o cheiro do vinagre muito estranho, e já comecei a sentir os outros cheiros que tava diferente. E o paladar também foi mudando, já tava sendo meio ruim de engolir as coisas, e já tava bem mais fraca, fui enfraquecendo, enfraquecendo, e, deixa eu ver. É, e aí bateu o emocional também, porque minha mãe foi embora, tipo, eu tava doente, a gente imaginava que era insolação, mas ela foi embora, viajou de todo jeito, mesmo tendo a possibilidade de ser Covid, né, ela não acreditava que fosse Covid, e eu acho que isso, assim, pesou um bocado pra mim também. ‘Caramba, eu tô sozinha encarando essa doença, não tem jeito, é isso, se eu começar a ter falta de ar...’, porque foi muito rápido, essa fraqueza, assim, era muito forte, eu não conseguia coisas básicas, tipo cozinhar. Era só da rede pro banheiro e pra cama, meus dias eram assim. E aí até uma amiga minha fazia às vezes compras pra mim por aplicativo, que nem cabeça pra me dedicar a fazer uma compra eu tava tendo. Era uma sensação na cabeça estranha, eu lembro que não era uma dor necessariamente, era uma sensação estranha na cabeça” (RUANNA, 2021).

E acrescenta: “acho que o que mais marcou foi passar só. É uma doença solitária”. É desse modo que Ruanna, em 2022, na ocasião em que conversávamos sobre qual nome daríamos ao conjunto de fotografias que fizemos ao longo da pesquisa (OLIVEIRA; SILVA, 2023), fala novamente sobre sua experiência de adoecimento pela Covid. O medo de sentir falta de ar, o que vinha sendo divulgado na mídia e em determinados periódicos científicos do campo biomédico, como o sintoma mais severo e a causa por excelência das mortes por Covid-19, trouxe junto outro medo: o de passar por isso sozinha, de não poder contar com a ajuda de alguém que estivesse ali presencialmente naquele momento extremo de adoecimento. Em outro áudio, Ruanna comentou que membros de sua família no Rio Grande do Sul tinham oferecido ajuda, inclusive seu pai, com quem não tinha uma relação muito próxima. Mas, diante da disponibilidade de ele vir para João Pessoa, de vir sua avó ou de ela ir para a casa de sua avó materna no Rio Grande do Sul para que então pudesse receber cuidados, Ruanna decidiu não aceitar, motivada por outro medo, o de transmitir o vírus, que pode também ser lido na chave do cuidado.

“Mas assim, o meu contato com a família como um todo, era constante. Com amigos aqui também, pessoas próximas também, direto. Então, sim, eu tava encarando isso só, mas eu sabia assim, ‘ah, deu merda, eu vou ligar aqui, vão chamar o SAMU, e vai resolver’” (RUANNA, 2021).

O contato com familiares, amigos e amigas e demais pessoas próximas, mesmo que ocorresse com certa distância física, aportava uma rede cotidiana de cuidados e de apoio, no caso do agravamento dos sintomas: “Com minha mãe, que mora no Ceará, que tava aqui e foi embora, né, e não acreditava que eu tava com Covid. Isso é um ponto, assim, que eu tenho até que trabalhar em terapia, porque eu me senti muito abandonada”, porque “tinha grande possibilidade de eu estar com Covid e ela foi embora do mesmo jeito, e enfim, ela não acreditava que era Covid, queria se enganar, né, até sair o resultado positivo”, diz Ruanna. Na vivência do adoecimento, os sentimentos de solidão, abandono, medo, as incertezas e o descrédito de que foi alvo, este último por parte de sua mãe e demais pessoas próximas, perfizeram a experiência de Ruanna quando em adoecimento por Covid-19:

“Sexta foi o primeiro dia de sintoma, eu acho, e aí eu olhei assim: ‘caramba, eu preciso saber se isso é ou se não é, né’, porque eu já tava muito debilitada, né, foi muito rápido. Aí eu tomei força de ir na UPA aqui dos Bancários, e aí fiz uma consulta e os médicos foram muito atenciosos, super gente boa, assim, disseram que provavelmente era a Covid, né, mas que iam passar o teste pra mim, e aí eu já poderia fazer segunda-feira no caso, fui no domingo, né. É, domingo eu fui, aí eu poderia fazer na segunda, que seria já o quarto dia de sintoma. Beleza, a UPA estava tranquila e tal, é... No outro dia eu acordei e falei assim: ‘ah, eu vou fazer logo esse negócio’, e fui na UPA de manhã. Aí eu me assustei, assim, porque eu cheguei lá bem assim, mole, de moto, né, eu louca, indo de moto nessas coisas. Mas eu pensei: ‘ah, se pegar Uber é pior, eu tô doente, vou passar pra alguém, andando sem condição, chamar algum amigo meu, sem condição também. Aí eu fui de moto, cheguei lá tava lotado na frente da UPA, não era nem dentro, já na frente tinha uma multidãozinha, assim, sabe, querendo entrar. E eu: ‘caramba, que merda é essa?’. Aí tava um guarda, né, assim, na frente da porta, aí eu fui me enfiando, assim, porque eu tava muito fraca, eu cheguei lá muito estranha, assim, muito mal, aí eu disse: ‘oh, oh, eu tenho exame’, eu tinha pegado domingo. A diferença de domingo

pra segunda, foi assim, uma coisa exorbitante, assim. Aí ele ‘não, pode passar, entre, entre’. Eu entrei, tava lotada, a UPA tava lotada, quem não tava doente pegou a doença lá, sem condição. Aí já me encaminharam reto, já pra eu fazer o exame, tipo, se eu tivesse deixado pra ir na UPA só na segunda, eu estava lascada, porque eu não ia conseguir nem a guia pra fazer o exame... muita gente mesmo, tinha muita gente. Aí tá, fiz o exame do nariz, muito nervosa, e assim, arrasada psicologicamente, porque a cena que eu vi lá, eu olhei assim: ‘caramba, isso vai dar uma merda, muito grande’, e de fato deu, né, que a gente viveu esse número de mortes enorme, assim. Ali eu já tive a noção da coisa e de como eu realmente tava com perigo de morrer mesmo, assim, sabe” (RUANNA, 2021).

Ruanna, que fez o teste para Covid-19 em uma segunda-feira, só pôde pegar o resultado na sexta-feira da mesma semana: “aí eu: ‘puta merda, como vou passar uma semana assim’”. Nesse intervalo entre fazer e receber o resultado do teste, ela nos diz que sofreu um “tipo de negacionismo” por parte de pessoas próximas a ela, pessoas que, apesar de acompanharem cotidianamente seu adoecimento, esperavam pelo teste para que o diagnóstico de Covid-19 fosse confirmado: “eu disse: ‘minha gente, eu fiz o teste, vai sair o resultado, mas não tem como não ser’, e o povo: ‘não, só dá pra saber através do teste’, eu: ‘meu Deus do céu’”.

“Aí, quando saiu a porra do teste, a porra do resultado do teste, aí eu: ‘oh, tá aí a merda do teste, mas eu conheço o meu corpo, eu sei os sintomas, eu sabia já que era Covid, não era pra vocês tarem cogitando se era ou não, entendeu?’”, diz Ruanna que, de fato, precisou mostrar o resultado do teste para algumas pessoas, a fim de que se convencessem de que o adoecimento por Covid-19 era verdadeiro. Essa situação gerou bastante raiva e indignação em Ruanna que, desacreditada, percebeu que tinha sido posta no lugar de quem estava inventando ou imaginando coisas.

O teste veio para Ruanna como uma confirmação do diagnóstico que ela mesma tinha feito, não só a partir dos sintomas, como as alterações no olfato e paladar, mas também pelo afrouxamento das estratégias preventivas nos dias em que foram visitá-la. O exame, ou seja, a comprovação do adoecimento pela medicina, e, portanto, a “permissão para ser ou estar doente” (CANESQUI, 2018), foi mais destinado aos outros, às pessoas próximas que desacreditaram que ela pudesse estar em adoecimento por Covid, tendo em vista que a “comprovação social” também se configura em permissão ao adoecimento (CANESQUI, 2018). Então, respaldada pelo teste positivado, Ruanna disse que

as pessoas para quem precisou mostrar o resultado do teste impresso em folha A4, em suas palavras: “reagiram, assim... ficaram cuidadosos”.

A fala acima de Ruanna nos alerta ainda para os esquemas de poder no campo da saúde e para a forma como se conectam às experiências do binômio saúde/doença e aos sistemas de cuidado. Por esquemas de poder, me refiro à centralidade e mesmo a uma pretensa hegemonia da biomedicina, em contraste ao lugar periférico destinado a outros saberes, inclusos “conhecimentos corporificados” ou “visões desde um corpo” (HARAWAY, 1995), relativos às experiências de adoecimento e à própria Antropologia da Saúde como campo de saber. Ambos os lugares de pertencimento, o de pretensa hegemonia e o do relativo descrédito, são construções sociais, como vem afirmando, ao longo dos anos, uma vasta literatura no âmbito das ciências sociais voltadas à saúde. Neste sentido, de acordo com Cláudia Nogueira:

A história do processo de dominação da biomedicina liga-se, com efeito, à história da constituição, no seu próprio seio, de um forte movimento profissional, investido, desde o início, de um conjunto de esforços tendentes à monopolização dos cuidados de saúde (NOGUEIRA, 2018, p. 1027).

Na sequência, perguntei para Ruanna o que lhe veio à mente e o que sentiu, tanto quando se percebeu com Covid, seja quanto com o resultado positivo do teste clínico em mãos, ao que ela respondeu: “já imaginava que era; se não fosse, talvez fosse até uma coisa pior, sei lá. Então, era esperar o tempo passar, né, aquela coisa de ir contando os dias mesmo, um dia de cada vez, e contando, contando, imaginando que não iria agravar”. Logo, a confirmação através do teste clínico – precedida pela percepção e o conhecimento de si na ocasião do adoecimento –, o que mobilizou o cuidado das pessoas que se mostravam desacreditadas e ao mesmo tempo o medo do agravamento dos sintomas, estiveram também presentes ao longo da experiência de adoecimento de Ruanna.

Na sexta-feira, no retorno à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do bairro dos Bancários para pegar o resultado do teste de Covid-19, e já com o resultado positivado em mãos, Ruanna falou às funcionárias da recepção que queria uma consulta médica, e se deparou com uma negativa: “não, consulta é só pra caso urgente”. Ruanna conta que insistiu na consulta: “eu tô com Covid, é um caso de urgência, eu tô me sentindo mal, vocês não vão marcar uma consulta? Eu tô aqui e vou me consultar”, e que então conseguiu

ser atendida por uma médica de plantão naquele serviço de saúde, o que a deixou mais aliviada em relação aos sintomas, mas que também despertou indignação com as receitas de Ivermectina e Azitromicina que havia recebido: “não tomei nada, ficava tomando minha água, muita água, assim, forçando mesmo a tomar, e tentando comer o máximo que eu conseguia”. Se evidencia também nesse momento, a confluência da experiência de Ruanna com uma experiência pública da pandemia, seja na prescrição de fármacos considerados curativos para tratar a Covid por uma parcela da população – e que teve seu uso largamente apregoado pelo então presidente Jair Bolsonaro, apesar da ausência de validação científica para o tratamento da Covid-19 –, seja no acesso ao serviço público de saúde, no trato da Covid-19, que se restringiu praticamente aos casos “urgentes”, portanto, mais próximos da morte – ou seja, a pessoas que desenvolviam sintomas severos, como ênfase na falta severa de ar, o que, ainda assim, não necessariamente constituía uma garantia de internação, como vimos na narrativa de Amanda que, por sua vez, se referia ao sistema de saúde suplementar. A severidade dos sintomas vinha, portanto, servindo de filtro para o atendimento, mediante a falta de recursos, tanto de estrutura quanto de pessoal, para que se efetivasse o acolhimento. E esse cenário se repetiu ao longo do contexto de emergência sanitária no país, a depender das curvas epidêmicas e busca pelos serviços de saúde.

Perguntada sobre a experiência em termos de sintomas, Ruanna disse que os principais foram a: “perda de olfato, do paladar, muita fraqueza; tive pouca febre, mas depois, pro final, me deu umas tosses, eu tava morrendo de medo de ficar com falta de ar, eu não tive falta de ar, ainda bem, mas era, assim, um medo que era constante”. Em outros momentos da interlocução, Ruanna relata que sentiu também “muita dor de barriga”, uma “sensação estranha na cabeça”, ansiedade, alteração no olfato e paladar: “eu fui comer uma salada, de tomate, sei lá, e eu gosto muito de vinagre, né, de vinagre de maçã, e aí eu fui tentar comer e o cheiro foi horrível”, e um cansaço que se prolongou à fase aguda do adoecimento pela Covid. E “em relação à carga emocional, eu fiquei bem abalada, porque assim, teve essa coisa de ficar sozinha, de ver realmente a possibilidade de talvez uma morte, mesmo, né, pensar nisso, assim, então tão presente, e encarar isso sozinha”, concluiu Ruanna, que nos diz aqui também sobre as marcas emocionais, e nem por isso “descorporificadas”, deixadas pela Covid, desmontando assim, a noção de “recuperados”, acionada pelo Ministério da Saúde em boletins epidemiológicos, para referir-se às pessoas que teriam sobrevivido à fase aguda do adoecimento.

Ruanna nos fala de um medo da morte em decorrência tanto do adoecimento, quanto da superlotação dos serviços de saúde, insuficientes ao acolhimento, na descrição que faz mais acima de seu retorno à UPA. É importante lembrar que, naquele período, ainda não havia medicamentos e vacinas para o tratamento e a prevenção da Covid-19. O medo de morrer, em decorrência da Covid, foi sentido, se não por todos/aa, por uma grande parte de nós, principalmente nos momentos de aumento do número de casos de infecção e de mortes e de dificuldade, e até impossibilidade, de acesso a serviços públicos de saúde e também a serviços do sistema de saúde suplementar, como informado na narrativa de Amanda. Conforme argumentam Guilherme Werneck et al: “políticas de controle da transmissão da Covid-19 e relacionadas ao atendimento aos pacientes foram incorretas, tardias, insuficientes e intermitentes” (WERNECK; BAHIA; MOREIRA; SCHEFFER, 2021, p. 34), o que nos permite concluir que não apenas a Covid e o SARS-CoV-2 nos colocaram diante da morte, mas todo o cenário político e sociocultural, somados aos marcadores sociais que já nos atravessam individual e coletivamente.

Além desses e de outros componentes já citados do adoecimento de Ruanna, o fato de ser uma usuária do SUS e a possibilidade de praticar o *lockdown* e o isolamento também compuseram sua experiência, marcada ainda pelas relações familiares, pelo descrédito relativo a seu adoecimento e pela falta de uma resposta de enfrentamento à pandemia no âmbito do governo federal, que poderia ter transformado positivamente sua experiência, assim como a de Amanda e a de milhões de outras pessoas, caso a testagem, a vacinação, o acolhimento e o tratamento para a Covid-19 tivessem sido garantidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste capítulo, me somei ao que parece ser um consenso científico em nossa área, de que a infecção de milhares de pessoas e a morte de centenas de milhares de pessoas em nosso país não foram ocasionadas apenas pela Covid-19, mas pela ausência de políticas públicas efetivas, com o papel ativo da União (ABRUCIO *et al.*, 2020; MALUF, 2021), no sentido de dificultar a circulação do vírus, não apenas com medidas restritivas, mas também redistributivas, proporcionando em maior medida a prática do *lockdown*, além da testagem e da ampliação dos serviços de saúde para acolher as pessoas em adoecimento. Se naquele contexto de faltas o cuidado não foi operacionalizado enquanto política, o descuidado e a morte o foram.

Ao olharmos para o cuidado, sua relativa expansão como uma questão de saúde pública, no cenário de emergência sanitária, ocasionou, em alguma medida, a retirada da invisibilidade acerca das práticas de cuidado, que há muito vêm “sustentando o mundo”, muito embora uma divisão igualitária não tenha se efetivado (BLANC; LAUGIER; MOLINIER, 2020; ROJAS-NAVARRO *et al.*, 2021). Percebo que o cuidado foi mobilizado pelas interlocutoras “como dispositivo protetivo” (REIS; FRANCH, 2022, p. 37) em contexto de pandemia, no citado contexto de faltas. O cuidado de si e o cuidado dos outros, que ocorreu de variadas maneiras, parece ter sido o instrumento por excelência com que operaram na lida com a Covid-19, o que trouxe sobrecarga, agudizada pela situação de pandemia, conforme aportado pelos/as autores/as citados/as, o que parece esboçar a complexa relação entre políticas públicas, a condição generificada do cuidado e a agência, no sentido antropológico do termo, “como capacidade de ação, mediada social e culturalmente” (PISCITELLI, 2013, p. 22).

Percebo, ainda, que o cuidado foi acionado pelas interlocutoras tanto como algo a ser recebido, e que às vezes é demandado, quanto como uma prática, endereçada a si e/ou aos outros. Tal leitura oportuniza a paralelização da prática do cuidado com elementos constitutivos da comunicação: a locução e a interlocução. Logo, parece que o cuidado requer uma prática que se destina a alguém: à própria pessoa, a uma outra ou a não humanos. No contexto da pandemia, a prática de certos cuidados e a noção de prevenção estiveram coladas, principalmente quanto aos cuidados relativos à limpeza – ainda mais constante nesta situação de emergência sanitária –, incluindo a higienização de superfícies e das mãos com álcool, a utilização de máscaras de proteção facial, o *lockdown*, entre outros. É nesse sentido que a “abertura”, da qual nos fala Ruanna, é lida por ela como uma das principais causas da infecção, embora não seja possível determinar o exato momento do contato com o vírus.

Parece ocorrer aqui algo acerca da infecção por SARS-CoV-2 similar ao exemplo trazido por Luis Castiel e Carlos Álvares Diaz (2007) ao tratarem do fato de a responsabilidade pela infecção ser atribuída às próprias pessoas que entraram em contato com o vírus, “[ocorre de se] responsabilizar pessoas que eventualmente sofrem assaltos e agressões físicas pelo fato de elas se permitirem transitar em determinados locais em horas consideradas indevidas. Como se fosse possível determinar ambos com precisão” (CASTIEL; DIAZ, 2007, p. 36). É nesse sentido que a infecção pelo SARS-Cov-e e o adoecimento por Covid-19 foram alvo, principalmente nos momentos de maior recrudescimento das medidas preventivas, de uma moralidade em

que pessoas se culpam ou são culpabilizadas pela infecção, sobretudo se atribuída a um momento de “vacilo” ou a uma “abertura”, como nos disse Ruanna. No entanto, a própria existência da “abertura” nos permite perceber a lógica complexa que a prevenção pode assumir, em que são acessadas tanto a leitura e a interpretação da “dança dos números” (SPINK, 2020), quanto necessidades, desejos, sentimentos, entre outros.

Ao longo deste capítulo, busquei contar histórias, isto é, as experiências corporificadas de adoecimento pela Covid-19 narradas por Ruanna e Amanda, e o modo como vêm nos informar, em alinhamento com o vasto conjunto de autores e autoras no campo da Antropologia da Saúde, que o adoecimento não resulta unicamente da iminência da Covid-19 pela ação de seu agente viral. Para além da definição e do trato clínico das doenças e da pandemia, ocorre a definição e o trato, protagonizados por áreas do saber que não biomédicas, e pelas próprias pessoas em adoecimento, no contexto de uma experiência pública da enfermidade. O que não significa dizer que tais processos ocorram em separado ou sem contradições. Amanda e Ruanna, tendo acessado serviços e informações do campo da medicina e epidemiologia, o fizeram mediante uma relação complexa com suas próprias vivências, necessidades e compreensão dos eventos, a exemplo do teste clínico positivo para Covid-19 de Ruanna, endereçado, segundo ela, mais às pessoas que desacreditavam do seu adoecimento, do que a ela própria.

Uma vez que as citadas informações do campo biomédico, somadas às que circulavam nos noticiários e em diferentes plataformas, e também às políticas globais, nacionais e locais de saúde, são experienciadas no cotidiano, desde um corpo, a que se atravessam marcadores sociais da diferença e que se situa em um dado território e contexto sociocultural, não só as experiências não são homogêneas, como fazem confluir, em alguma medida, todo esse conjunto. Busquei ainda desenvolver esse entrelaçamento ao longo do texto, não no sentido de buscar a origem ou a razão primeira das experiências narradas pelas interlocutoras, mas de adentrar nas narrativas e perceber também seu enlace com uma experiência pública que vinha e vem se fazendo em relação à Covid-19.

A partir disso, podemos olhar para o quanto as experiências estão atreladas ao que o João Biehl chama de “sistemas maiores”, no artigo “Antropologia no campo da saúde global”, em que argumenta acerca dessa interconexão da vida com os “sistemas maiores” em que também sai em defesa do direito de antropólogos e antropólogas à realização de microanálises, sendo que, “ao

tornar públicos esses campos singulares – sempre à beira de desaparecer – o antropólogo ainda permite que processos estruturais e idiosincrasias institucionais mais amplos se tornem visíveis e seu verdadeiro impacto conhecido” (2011, p. 20), o que se coaduna à minha escolha narrativa, apresentada no início deste capítulo.

Por fim, este texto, centrado nas narrativas das experiências de adoecimento de Ruanna e Amanda, percorreu também uma experiência pública acerca da Covid-19, no intuito de abordar e narrar seus aspectos e indissociabilidade. Vivemos pessoal e localmente experiências na pandemia e experiências de adoecimento em um contexto federal em que políticas de cuidado deram lugar à morte como política, expressas em uma série de faltas, no sentido de ausências. Contexto a que se endereçam Em um quadro diferente, não teríamos tido sentimentos como o medo, a solidão, a agudização do trabalho do cuidado, entre outros, trazidos pelas interlocutoras, mas também a quantidade extrema de infecções, adoecimentos e mortes evitáveis (WERNECK *et al.*, 2021), caso a saúde, de forma geral – e com isso os direitos como habitação, alimentação e amparo socioeconômico efetivo, componentes indissociáveis ao tratarmos de saúde, entre outras condições cidadãs – tivesse sido garantida.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José; FRANZESE, Cibele et al. Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 663-677, 2020.
- ABU-LUGHOD, Lila. **A escrita dos mundos de mulheres**: histórias beduínas. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2020.
- ALVES, Paulo. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.
- ALVES, Paulo César A.; RABELO, Miriam Cristina M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, Miriam Cristina M.; ALVES, Paulo César; SOUZA, Lara Maria A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 171-186.
- AURELIANO, Waleska de Araújo. Terapias espirituais e complementares no tratamento do câncer: a experiência de pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 18-24, 2013.
- BEZERRA, Weverson; GOMES DA SILVA, Uliana. Reflexões antropológicas sobre a covid-19 e o corpo morto. **Áltera Revista de Antropologia**, v. 2, n. 10, p. 65-72, 2020.
- BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 257-296, 2011.
- BLANC, Nathalie; LAUGIER, Sandra; MOLINIER, Pascale. O preço do invisível: as mulheres na pandemia. **DILEMAS**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2020.
- BONET, Octavio. Itinerâncias e malhas para pensar os itinerários de cuidado: a propósito de Tim Ingold. **Sociologia e Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 327-350, 2014.
- BONET, Octavio. De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografia em serviços de saúde. In: NEVES, Ednalva Maciel; LONGHI, Marcia Reis; FRANCH, Mônica (Orgs.). **Antropologia da saúde**: ensaios em políticas da vida e cidadania. Brasília/João Pessoa: ABA Publicações/Mídia Gráfica e Editora, 2018. p. 23-48.
- BRANDÃO, Celmário Castro; MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. **SciELO Preprints**, 2022. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4270>. Acesso em: 3 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Covid-19, Painel Coronavírus**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conecte-SUS. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/conecte-sus>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**: doença pelo coronavírus Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021.
- CANESQUI, Ana Maria. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 409-416, 2018.

CAPONI, Sandra. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal.

Estudos Avançados, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 209-224, 2020.

CASTIEL, Luis David; DIAZ, Carlos

Álvarez-Dardet. Apresentação. *In:*

A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 9-11.

CSORDAS, Thomas. A corporeidade como um paradigma para a antropologia. *In:*

Corpo, significado, cura. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008. p. 101-146.

FRANCH, Mónica; PERRUSI, Artur. A

sorodiscordância em João Pessoa: conjugalidade e atendimento aos casais. *In:* FRANCH, Mónica; PERRUSI, Artur; ARAÚJO, Fátima; SILVA, Luziana (Orgs.). **Novas abordagens para casais sorodiferentes**. João Pessoa: Grupo de Pesquisas em Saúde, Sociedade e Cultura/ Editora Manufatura, 2011. p. 51-69.

GUIMARÃES, Nadya Araújo; HIRATA,

Helena; SUGITA, Kurumi. Cuidado e Cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. **Sociologia & Antropologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.151-180, 2011.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995.

HINE, Christine. A internet 3E: uma internet incorporada, corporificada e cotidiana.

Cadernos de Campo, v. 29, n. 2, 2020.

KAUFMANN, Jean-Claude. **A entrevista**

compreensiva: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis/Maceió: Vozes/Edufal, 2013.

LANGDON, E. Jean. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença.

Etnográfica, Lisboa, v. 5, n. 2, p. 241-260, 2001.

LONGHI, Márcia Reis. Cuidado, velhice, gênero e deficiência social: algumas reflexões.

Anthropológicas, Recife, v. 29, n. 2, p. 28-48, 2018.

MALUF, Sônia Weidner. **Antropologia em**

tempo real: urgências etnográficas na pandemia. 2020. Disponível em: <https://brasilplural.paginas.ufsc.br/antropologia-na-pandemia/>. Acesso em: 17 set. 2020.

MALUF, Sônia Weidner. Janelas sobre a cidade pandêmica: desigualdades,

políticas e resistências. **TOMO**, São Cristóvão, n. 38, p. 251-285, jan./jun. 2021.

MATTINGLY, Cheryl. The concept of

therapeutic “emplotment”. **Social Science & Medicine**, v. 38, n. 6, p. 811-822, 1994.

MORAES, Bárbara. A arte de governar os

dados em tempos de Covid-19. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 19, p. 124-134, 2020.

MOURA, E. C.; CORTEZ-ESCALANTE,

J.; CAVALCANTE, F. V. et al. Covid-19: temporal evolution and immunization in the three epidemiological waves, Brazil, 2020-2022. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 105, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/205194>. Acesso em: 3 jan. 2023.

OLIVEIRA, Geissy Reis Ferreira;

SILVA, Ruanna Gonçalves. A Covid-19 experienciada: adoecimento e experiência pública desde uma Antropologia Visual da Saúde. **Equatorial**, v. 10, n. 19, p. 1-16, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/31194>.

PARAÍBA, Secretaria da Saúde. **Painel de Monitoramento Covid-19 Óbitos**. João Pessoa/PB, 2020. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/dados-epidemiologicos-covid>.

PISCITELLI, Adriana. **Trânsitos**: brasileiras nos mercados transnacionais do sexo. Rio de Janeiro: Eduerj, 2013.

REIS, Geissy; FRANCH, Mónica. Do nome à coisa: a Covid-19 experienciada por mulheres domiciliadas em João Pessoa - o caso de Cristina. **Pós**, v. 17, n. 1, p. 26-40, 2022.

ROJAS-NAVARRO, Sebastián; ENERGICI, María-Alejandra; SCHONGUT-GROLLMUS, Nicolás; ALARCON-ARCOS, Samanta. Im-posibilidades del cuidado: reconstrucciones del cuidar en la pandemia de la covid-19 a partir de la experiencia de mujeres en Chile. **Antípoda**, n. 45, p. 101-123, 2021.

SEGATA, Jean. Covid-19: escalas da pandemia, escalas da antropologia. *In*: GROSSI, Miriam Pillar; TONIOL, Rodrigo (Orgs.). **Cientistas Sociais e o coronavírus**. São Paulo: Anpocs, 2020. p. 44-47.

SOUZA, João Roberto Reis. A reconfiguração dos significados do espectro ideológico no primeiro ano de governo Bolsonaro. **REBELA**, v. 12, p. 149-166, 2022.

SOUSA, Laio Magno Santos; SILVA, Lucineide Santos; PALMEIRA, Aline Tonheiro. Representações sociais de caminhoneiros de rota curta sobre HIV/AIDS. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 26, n. 2, p. 346-355, 2014.

SPINK, Mary Jane Paris. "Fique em Casa": A Gestão de Riscos em Contextos de Incerteza. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, e020002, p. 1-19, 2020.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. *In*: NUNES, Edson de Oliveira. **A aventura sociológica**: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 1-13.

WERNECK, G. L.; BAHIA L.; MOREIRA J. P. L.; SCHEFFER, M. **Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil**. São Paulo, 2021. Disponível em: https://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.

“ESTOU VIVO OU ESTOU MORTO?”

INTERFACE ENTRE SAÚDE E ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO PANDÊMICO

Érica Quinaglia Silva

Rafael Pavie Frejat

OS CONTEXTOS DE PANDEMIA E PÓS-PANDEMIA DE COVID-19

A pandemia de Covid-19 modificou modos de vida e formas de sociabilidade a partir do ano de 2020 no mundo e, mais particularmente, no Brasil. Esse acontecimento histórico mudou a vida de bilhões de pessoas. O isolamento domiciliar, para uma parte dessa população, e o medo e a angústia de contaminação pelo vírus, para a maioria dela, são algumas das mudanças trazidas pela situação de calamidade sanitária causada pelo novo coronavírus.

Além disso, o aumento no número de infectados e mortos trouxe uma nova realidade para o país. Certamente, houve efeitos sobre a saúde física e a saúde mental das pessoas e/ou dos grupos sociais e sobre as próprias concepções de vida e morte. A dificuldade da ciência em lidar com essa nova doença, sem uma intervenção imediata e eficaz para ela, levou a outro modo de compreender os referidos processos de adoecimento, morte e luto.

O próprio processo de luto e de ressignificação das perdas foi afetado diante da impossibilidade de despedida usual. O distanciamento social que se estendeu ao isolamento de pessoas infectadas em hospitais, a falta de visualização desses entes queridos e a ausência do toque e mesmo de um último contato

provocaram efeitos prolongados da Covid-19, que afetaram o contexto de pós-pandemia.

Nesse quadro, é importante considerar também as implicações políticas, econômicas e sociais dessa crise. Ora, pessoas pobres, presas, negras e mulheres estão entre aquelas que mais sofreram as consequências nefastas dessa situação de calamidade global (QUINAGLIA SILVA; MELO, 2022).

Encarar a saúde em suas dimensões biopsicossocial e espiritual requer considerar a extensão da pandemia para além da contaminação pelo vírus e conhecer esta faceta dos impactos desse momento de crise: o sofrimento. Quais têm sido as respostas locais para dar sentido a ele?

Esta proposta faz parte de um projeto mais amplo sobre as ações do Estado e as políticas locais no enfrentamento à pandemia de Covid-19. O objetivo deste estudo, em particular, foi o de conhecer algumas perspectivas de profissionais da saúde que atuaram no cuidado a pessoas que adoeceram no período, sendo que um deles também contraiu o vírus, tendo que lidar com seus efeitos.

O CAMINHO METODOLÓGICO DESTA PESQUISA

Para conhecer algumas das estratégias de enfrentamento a essa emergência de saúde pública, foi preciso adaptar a metodologia de pesquisa presencial devido à situação de distanciamento social a que os pesquisadores e as comunidades específicas estavam submetidos até, pelo menos, o início de 2022. Foi, então, feita uma etnografia mediante a realização de entrevistas presenciais e virtuais com pessoas que foram infectadas pela Covid-19 e/ou que perderam parentes ou amigos em decorrência da doença e com profissionais da saúde, no intuito de conhecer respostas locais à pandemia.

Pela amostragem em bola de neve, acessamos dezenas de pessoas em diferentes estados brasileiros. E, conforme mencionado, este é um dos resultados de um projeto mais amplo, tendo sido já publicado um artigo referente às vivências do adoecimento, da morte e do luto entre mulheres idosas (QUINAGLIA SILVA; MELO, 2022).

No estudo ora apresentado, nos detemos nas perspectivas de quatro profissionais da saúde, três homens e uma mulher, que aceitaram participar dele. As entrevistas e as conversas informais com o grupo foram realizadas entre fevereiro e agosto de 2022, de forma presencial e virtual, via Google Meet.

Todos os aspectos éticos concernentes a pesquisas científicas foram observados e respeitados. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CAAE: 44876821.7.1001.5540).

Como parte dessas exigências éticas, para adentrarmos nos resultados da etnografia realizada, atribuímos aos interlocutores e à interlocutora da pesquisa pseudônimos relacionados a nomes de santos: Antônio, Francisco, José e Maria. Os profissionais da saúde foram verdadeiros heróis durante a pandemia de Covid-19: encararam o medo, arrostaram o desconhecido, afastaram-se amiúde de suas famílias e enfrentaram o próprio vírus, que levou muitos a óbito, para cuidar de outrem e tentar minimizar os impactos dessa impiedosa doença. Daí, a escolha por nomes de santos, para fazer referência e reverência a eles neste estudo, pessoas com qualidades formidáveis que desempenharam um trabalho admirável em um momento de crise sem precedentes.

CARTOGRAFIAS DO SOFRIMENTO E DO CUIDADO

Três dos profissionais da saúde que participaram desta etnografia são médicos: Antônio é médico generalista, tem 25 anos e mora em Brasília; Francisco é psiquiatra, tem 35 anos e mora em São Paulo; e José é cardiologista intervencionista e hemodinamicista, tem 58 anos e mora igualmente em São Paulo. Já Maria é uma psicóloga emergencista, com 34 anos e que mora em São Paulo.

José acabou por contrair a doença em sua forma grave. Em encontros virtuais, nos contou acerca de sua experiência:

“No dia 30 de dezembro [de 2020], comecei a notar que eu estava com congestão nasal e a garganta raspando. Estava naquela fase de queda da primeira onda [...]. No dia 31 [de dezembro de 2020], percebi que piorou mesmo com [o uso de] descongestionante e anti-inflamatório. Daí, fiquei atento [...]. O exame deu negativo [...]. Os sintomas se agravaram. Senti-me muito cansado. Liguei para um amigo que é médico no hospital onde eu trabalhava na diretoria. Fui fazer o teste e a tomografia. Os sintomas eram bem característicos. Estávamos em sete no apartamento. Todos pegaram. Todos tiveram [Covid-19]. Dos sete, o único que evoluiu com complicação fui eu. Fiz exames no dia 5 [de janeiro de 2021]. [...] E fiquei observando com o oxímetro de pulso. A minha saturação de um dia para o outro saiu de 95% para 90% em repouso. Voltei a ligar para esse meu amigo

que era coordenador da UTI Covid-19. E ele falou que era melhor eu internar. Do dia 5 ao dia 12 [de janeiro de 2021], eu tive uma evolução até ser intubado... A doença foi se agravando. Fui me sentindo mais cansado. A saturação caiu. Foi trocado o oxigênio de 2 litros para 5 litros até 8 litros. Depois o BiPAP. Do BiPAP para o cateter de alto fluxo até ir para o tubo¹. Fui intubado no dia 12 [de janeiro de 2021]. A minha família ficou preocupada porque eu evolui muito rápido. Sou diabético do tipo 2... Estou com 58 [anos]. Sempre fui muito controlado. Sempre fiz muita atividade física. Pedalo. Pedalava nos fins de semana: nos sábados, uns 80/100 km; nos domingos, mais uns 30/40 km. Fazia academia mais duas ou três vezes por semana. Sempre fui magro e bem condicionado. Daí, todos os familiares ficaram preocupados. [...] Estava estável. Daí, acharam que podiam tentar me superficializar²; acharam que podiam me manter sem a intubação. Nessa superficialização, comecei a tossir muito. Daí, me sedaram de novo. Quando me sedaram de novo, a minha perfusão não estava boa. Daí, fizeram um raio-X de tórax, e eu estava com pneumotórax [no pulmão direito]. Como estava anticoagulado, foram drenar o pulmão, e eu comecei a sangrar. Fizeram uma primeira cirurgia do pulmão de urgência. [...] Mesmo depois da cirurgia, com o pulmão drenado, a perfusão não melhorava. Daí, me colocaram na ECMO³. Da ECMO voltei a sangrar de novo. Fizeram uma segunda cirurgia. Foi uma luta contra a morte. Foram 33 [bolsas de sangue], 27 dias de ECMO, 45 dias intubado, 65 dias de UTI, 108 dias internado". (Diário de Campo, José, 2022)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para além da dimensão física, a saúde comporta outras dimensões: a emocional, a social e a espiritual (OMS, 1999). Compreender a Covid-19 em sua complexidade requer considerar que, além da contaminação pelo vírus, seus efeitos recaíram também sobre cada uma dessas dimensões.

-
- 1 BiPAP, cateter nasal de alto fluxo e tubo de oxigênio são dispositivos de suporte respiratório indicados para pessoas com Covid-19 (nota da autora).
 - 2 A superficialização do nível de consciência é uma passagem para um coma mais leve, menos intenso (DICTECH, 2022).
 - 3 ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporeal) é uma técnica de suporte de vida extracorporeal usada no tratamento de doentes com falência cardíaca e/ou pulmonar (CHUSJ, 2022). Por meio de um circuito que contém duas cânulas, uma bomba centrífuga e um oxigenador, o sangue circula por um pulmão artificial fora do corpo, sendo devolvido ao doente. Trata-se de um dispositivo útil em diversos cenários, desde a estabilização clínica para a recuperação total até situações em que funciona como ponte para a decisão terapêutica de uso de um suporte ventricular de longa duração ou de um transplante (SILVA et al., 2017).

É possível considerar os impactos sobre a saúde mental como outra pandemia ou uma pandemia silenciosa⁴. O aumento exponencial de pessoas infectadas e mortas em decorrência do novo coronavírus entre o biênio 2020-2022 certamente acarretou um sofrimento mental, tanto nas pessoas que foram contaminadas quanto naquelas que perderam um ente querido, bem como nos profissionais da saúde.

“[Senti] medo, medo, medo!” (Diário de Campo, José, 2022).

“Perdi um primo. Perdi um sócio, que foi o meu orientador na residência. Um mês depois que saí do hospital, perdi um outro sócio. Eram pessoas próximas. Isso também mexeu emocionalmente [co-migo]”. (Diário de Campo, José, 2022).

“Foi uma experiência estressante, mas eu me senti privilegiado porque eu não estava na linha de frente, e com certeza trabalhar em um pronto-socorro seria desumano”. (Diário de Campo, Francisco, 2022).

“Na época, quando começou [a pandemia], eu estava terminando o internato de Medicina, eu estava terminando a faculdade, começando a trabalhar como médico. Eu trabalhava tanto num posto de saúde quanto na UPA [Unidade de Pronto Atendimento]. Então, eu lidava tanto com pacientes de menor complexidade, no sentido ambulatorial mesmo, de sintomas mais leves, quanto com pacientes que necessitavam de um suporte mais complexo, de intubação e de um suporte mais avançado. [Trabalhar na linha de frente no combate à Covid-19] foi uma experiência bastante desafiadora. Foi um momento novo, um momento cheio de incertezas. A gente não sabia o que estava por vir. Na época, não tinha vacinação, a gente não tinha tratamento, a gente não sabia o prognóstico específico dos pacientes, a gente não sabia direito o controle do vírus... Então, era algo novo, que deixava a gente apreensiva, com angústias, com relação a essa questão pessoal, à autoproteção. ‘Será que eu vou adoecer? Será que, se eu pegar... Como vai ser o desenvolvimento da doença, mesmo sendo uma pessoa jovem, uma pessoa, a princípio, saudável, comparando com outros quadros respiratórios que poderiam

4 Apreender os impactos da Covid-9 sobre a saúde mental como uma nova pandemia tem sido uma sugestão da OMS (OPAS, 2022a, 2022b). Juntamente com Sônia Maluf e Ana Paula de Andrade, refletimos acerca desses efeitos em Grupos de Trabalho (GTs) na IV e na V Reuniões de Antropologia da Saúde, de 2021 e de 2023, respectivamente, e na 33ª Reunião Brasileira de Antropologia, de 2022.

se desenvolver sem outras repercussões?’ [Tive medo de passar a Covid-19 para os meus familiares], ainda mais na época em que não tinha vacina. Depois, com a vacina, esse receio foi caindo um pouco. Mas, inicialmente, sim, [havia receio de] primeiro pegar e depois também passar para os familiares mais próximos. Então, eu evitava encontrar os avós, principalmente, e aquelas pessoas que tinham condições de saúde mais delicadas. Também foi uma questão desafiadora porque a gente não sabia como os nossos pacientes iriam evoluir. Então, eu acho que foi uma junção de angústia, no sentido de não saber como as coisas iriam acontecer, com uma experiência nova [...]. A gente não sabia bem o que era pandemia. A gente nunca tinha vivenciado algo do tipo. Então, havia medo, mas também um sentimento de desafio, de nos desafiar, com a complexidade dos quadros que a Covid-19 apresentava. Por outro lado, também havia um sentimento de gratidão, de recompensa, com os pacientes recuperados”. (Diário de Campo, Antônio, 2022).

“A minha atuação na pandemia foi com o paciente em cuidados paliativos, mas eu trabalhava no pronto-socorro. Então, foi preciso lidar com o medo da morte de todo e qualquer paciente e profissional. Foi preciso lidar com o medo do desconhecido também. As pessoas preferiam escutar que tinham um câncer do que estavam com Covid-19. [...] Foi bem complicado [atuar na pandemia]. Tem uma enfermaria de cuidados paliativos dentro do pronto-socorro onde eu trabalhava. A gente teve que abrir duas alas diferentes: uma ala para pacientes em cuidados paliativos que pegaram Covid-19; e uma ala para pacientes que eram saudáveis, pegaram Covid-19, e a condição clínica deles deteriorou tanto que não tinha outra opção para eles a não ser entrar em cuidados paliativos. [...] Muitas vezes os pacientes com Covid-19 ficavam internados por muito tempo, e não se via uma outra opção para eles. Não se falava das estratégias que a gente tem hoje para lidar melhor com os pacientes com Covid-19. Não tinha vacina. Então, muitos pacientes acabaram entrando em cuidados paliativos. Até hoje... Pacientes que têm alguma outra doença e pegam Covid-19, e uma coisa piora a outra muito rápido... Daí, a gente fica sem opção de proposta curativa, sabe? Não tem muito o que fazer”. (Diário de Campo, Maria, 2022).

Ademais, os atravessamentos no processo usual de luto potencializaram esse sofrimento. A morte de familiares e amigos não foi acompanhada de representações e práticas funerárias usuais. Essas práticas, que fazem parte das vivências individual e social da finitude, foram abreviadas e mesmo

suprimidas durante a crise decorrente da disseminação do novo coronavírus. Essas mudanças no ciclo ritual dificultam a elaboração da perda e geram um processo de luto desordenado, com repercussões futuras para os enlutados e desdobramentos para a coletividade (SILVA; RODRIGUES; AISENGART, 2021):

“Dentro da minha área, que sou psiquiatra, teve um aumento enorme de necessidades. Não foram imediatas, mas depois de alguns meses começou a crescer essa demanda. Isso me estressou bastante. Muitos pacientes perderam seus entes queridos e amigos. Mas foi uma grande oportunidade de ajudar essas pessoas”. (Diário de Campo, Francisco, 2022).

O dano à saúde física e à saúde mental foi individual e coletivo e atingiu, mais particularmente, outra dimensão decorrente da social, a familiar. Houve um enfraquecimento das redes de apoio e o comprometimento das relações familiares com as medidas de distanciamento social e, conseqüentemente, com o isolamento domiciliar.

Os efeitos da pandemia nas dimensões física, emocional, social e, como decorrência, familiar estenderam-se também à dimensão espiritual. Cartografar o sofrimento gerado e o cuidado correlato pode fornecer pistas sobre a atenção que deve ser dada a essa nova pandemia.

Desta forma, embora o objetivo inicial deste estudo fosse o de conhecer as estratégias desses profissionais da saúde para lidar com o sofrimento, tanto a partir da perspectiva de quem cuida quanto da perspectiva de quem é cuidado (porque um deles, como mencionado, acabou por contrair a doença em sua forma grave), acabamos por compreender a interface entre saúde e espiritualidade no contexto pandêmico. Se é a potencialidade de estranhamento que permite que uma etnografia seja realizada (PEIRANO, 2014), é sobre essa dimensão da saúde, que despontou das entrevistas e das conversas com os referidos profissionais da saúde, que nos debruçaremos a seguir.

Para uma compreensão dessa realidade, propomos desvelá-la a partir de dois eixos argumentativos: a interface entre saúde e espiritualidade no contexto pandêmico e os cuidados paliativos e a ressignificação da relação entre experientes⁵ e profissionais da saúde.

5 Neologismo de autoria de Ana Paula de Andrade e Sônia Maluf (2017), usado para se referir às pessoas com algum sofrimento mental, em substituição a “pacientes” e “usuários”, por serem elas sujeitos dessa experiência. Extrapolamos esse sentido para abarcar quaisquer pessoas e suas experiências com algum sofrimento, seja ele físico, emocional, social e/ou espiritual.

“ESTOU VIVO OU ESTOU MORTO?”: INTERFACE ENTRE SAÚDE E ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO PANDÊMICO

“Eu acho que teve algo maior que me manteve aqui. Eu tive algumas passagens... Pelo menos uma passagem, eu posso dizer com certeza, que foi uma superficialização da sedação: [...] eu me vi em um lugar escuro, muito escuro. Estava com um pavor grande. Eu perguntava para Deus: ‘Meu Deus do céu, estou vivo ou estou morto? Se eu estiver vivo, por favor, me deixe vivo porque eu quero muito voltar para a minha família, quero voltar para a minha esposa, para os meus filhos...’. Eu queria muito voltar para a minha família. Eu falava: ‘Me dá um sinal!’. Depois de um certo tempo eu ouvi uma voz feminina. Acho que era uma enfermeira. Ela passou a mão na minha cabeça e falou: ‘Calma, seu [José], calma! Você está na UTI do [hospital]’. Tenho essa memória muito clara. Foi um momento de superficialização, mas acho que também foi um momento muito íntimo com a religiosidade. Cada um tem a sua crença. Até mesmo quem não acredita em Deus... Tem algo maior... Cada religião dá um nome. Mas eu acho que acreditar em algo maior... Acho que, para mim, foi muito importante”. (Diário de Campo, José, 2022).

Em um momento de muito sofrimento, diante da possibilidade gritante de morrer, José conversa com Deus e lhe pergunta sobre sua condição: “Estou vivo ou estou morto?”. A resposta vem personificada em uma enfermeira, que toca sua testa e lhe sinaliza que está vivo, no hospital.

Entender o processo de adoecimento, acolher a dor, refletir sobre a própria morte e conferir sentidos à existência perpassa por uma abordagem da dimensão espiritual:

“Eu estive sete dias consciente. Nesse momento, eu e a minha esposa rezávamos juntos. Eu não sei se naquele momento eu estava em condições emocionais para exercer a fé. [...] Sou católico. A minha família, principalmente a minha esposa e a minha filha, ficou muito voltada para a religião diante de tudo o que aconteceu... A religiosidade, a dedicação, foi da minha família, a ponto de a minha aliança ficar o tempo todo junto a uma estátua de Nossa Senhora. A família rezava o tempo todo. A religiosidade da minha família é bem evidente. Eu até menos... Sou mais cético. Depois disso tudo, as coisas mudaram, e eu passei a acreditar mais porque o que aconteceu comigo não foi algo simples. Eu estava em um

dos melhores hospitais da América Latina, e as equipes médicas depois se reuniram comigo para contar tudo o que aconteceu. E eles disseram: ‘Inúmeras vezes você esteve fora do nosso alcance’. A concentração de pessoas que estava movendo uma corrente positiva para mim foi muito grande. Até um grupo de WhatsApp que começou com a família se estendeu para mais de 200 pessoas conectadas. Além disso, o que nós recebemos de manifestação solidária de amigos, amigos de amigos, pacientes... Pessoas que não me conheciam rezaram para mim... De várias religiões... Respeito cada uma [...]. Havia grupos de oração, missa, todo tipo possível de celebração ou movimentação religiosa em torno do meu nome. Amigos médicos que não são católicos, são judeus, pediram em grupos de orações deles pela minha recuperação. Agradeço a Deus, à minha família, aos meus amigos a corrente de oração que todos fizeram por mim”. (Diário de Campo, José, 2022).

Espiritualidade pode ser entendida como um conceito amplo que abrange religiões, mas não se restringe a elas: abarca também outras formas de conexão com o mundo, seja por meio da natureza, dos esportes ou da relação com a família. Segundo Waleska Aureliano (2011), espiritualidade diz respeito a formas pessoais e subjetivas de relação com o sagrado.

“Sou um psiquiatra, faço atendimentos normais, mas valorizo muito a espiritualidade dos pacientes, com extremo respeito ao credo de cada um deles. Um dos pilares, parâmetros, é nunca tentar impor nada. Isso seria um absurdo. Então, a gente respeita e usa apenas a parte saudável das crenças dos pacientes, seja qual for a religião, no sentido de trazer isso para ajudar o paciente a fazer o tratamento, a se cuidar e a ter uma vida mais saudável. Tenho pacientes testemunhas de Jeová, evangélicos, católicos etc. Quando os pacientes são espíritas, fica aberto todo o conhecimento dos estudos, da Associação [Médico-Espírita], etc., e isso é usado em prol do tratamento, da medicina complementar espírita, Evangelhoterapia, trabalho voluntário, reforma íntima, passe espírita, desobsessão etc. Eu também tenho uma especialização em Medicina do Estilo de Vida, que surgiu em Harvard em 2004. São seis pilares: evitar usar substâncias tóxicas; fazer exercícios físicos; ter uma saúde de relações bacana; ter uma saúde do sono boa; fazer manejo do estresse; e ter uma alimentação saudável, à base de vegetais. Para quem tem todos esses seis pilares – na realidade, há uma pesquisa que indica cinco desses pilares – bem estabelecidos, o índice de gravidade da Covid-19 e da necessidade de internação caía para menos de um

terço em relação a quem só tinha um desses pilares bem realizados. Então, o meu trabalho com os meus pacientes foi sobre promoção da saúde: continuar a fazer exercícios em casa, mudar a alimentação, coisas desse tipo, e, claro, dentro da espiritualidade, angariar forças para fazer o que precisa fazer para cuidar do corpo”. (Diário de Campo, Francisco, 2022).

“Acho [que as religiosidades e a espiritualidade podem interferir de forma positiva na saúde física e mental]. A grande dúvida que às vezes eu tinha, e agora isso tem mudado, é se o fato de ter fé, acreditar em um ser maior, fortalece interiormente, mentalmente, para que você resista ou saia dos momentos difíceis proporcionados pela doença física ou até mental. Eu acho que o grande ponto é ter fé em alguma coisa. A escolha dessa coisa depende da sua religião. Acho que a religiosidade é ter fé em algo. Se é Deus, se é Alá... Se é o espiritismo, se é o candomblé... O fato de você acreditar, ter fé, que aquilo pode fortalecer você, eu acho que é o que faz a diferença. Em momentos muito difíceis de procedimentos médicos, nos quais eu sentia que estava enfraquecendo, era a esse Deus que eu recorria para me ajudar, para me dar tranquilidade, para me dar serenidade, para sair daquela situação difícil. O fato de acreditar que existe um ser maior que, de alguma forma, ampara e tranquiliza você... As religiosidades e a espiritualidade podem amenizar as nossas escolhas e até ajudar nas nossas vidas”. (Diário de Campo, José, 2022).

“No hospital tem capelães. Tem outras pessoas que podem ajudar a gente a entender o que está acontecendo. Então, se o paciente tem uma figura religiosa de referência, a gente tenta trazer essa pessoa para ajudar, para conversar. Toda ajuda é bem-vinda quando o paciente está sofrendo muito. Dependendo do paciente, trabalhar a espiritualidade ajuda bastante. [...] Mas o que importa não é tanto a religião do paciente, mas o que ele interpreta daquilo e a forma como ele usa aquilo para lidar com o adoecimento dele. O que importa é a forma como o paciente se relaciona com o discurso religioso que ele traz. Então, às vezes, era importante saber que religião ele tinha, mas o mais importante de tudo [...] era saber a forma como aquilo influenciava o jeito de o paciente lidar com a própria doença e com a própria finitude”. (Diário de Campo, Maria, 2022).

“Com certeza [a minha religião, a minha fé, me ajudou]. É uma maneira de buscar um apoio em um cenário onde você tem incertezas. Eu acho que a fé vem para dar um suporte, para dar um rumo, para guiar. A fé vem para ajudar, para nos apoiar e para dar apoio

aos pacientes. Nas horas de desespero, de angústia e de medo, a fé vem para dar um suporte. Um suporte divino com certeza vem para acalmar o coração nessas horas de desafio. [...]. Com certeza [a fé] ajudou a lidar tanto com os meus [medos] quanto com os [medos] dos pacientes também. [...] Eu acredito que [a religião] é fundamental nessas experiências, principalmente nessas experiências de quase morte, de pessoas que são intubadas ou que estão extremamente críticas. A religião vem como ponto fundamental tanto para as pessoas quanto para os parentes, na expectativa de que o seu ente querido retorne”. (Diário de Campo, Antônio, 2022).

E essa dimensão da saúde incide, portanto, sobre as demais:

“Está bem estabelecido, em termos de saúde mental, que, em casos de depressão, ansiedade, dependência química, suicídio etc., as pessoas com índices maiores de espiritualidade – e isso é mensurado em escalas que avaliam religiosidade intrínseca ou religiosidade não-organizacional (que é aquela que acontece fora do contexto da organização religiosa, que é privada, que envolve a vivência no dia a dia dos valores da fé, ao invés de serem feitas coisas para os outros verem, como a ida a um centro religioso) – têm até sete anos a mais de sobrevida. Isso implica taxas absurdamente menores desses problemas, como o suicídio e a dependência química. Tem uma pesquisa interessante aqui no Brasil feita com meninos em situação de rua, segundo a qual o segundo fator mais protetor para problemas com drogas, depois de ter uma família bem estruturada, que foi o primeiro, foi ter uma espiritualidade/religião com maiores índices nas escalas. Isso não é uma dúvida na ciência, tanto que as associações mundial, brasileira e norte-americana de Psiquiatria, por exemplo, têm departamentos, residências, disciplinas obrigatórias etc. de saúde mental e espiritualidade. Então, isso não é uma dúvida, é uma certeza já”. (Diário de Campo, Francisco, 2022).

Francisco cita, ainda, a atuação da Associação Médico-Espírita (AME), não apenas na pandemia, mas também na atenção à saúde de modo mais geral, independentemente desse contexto de crise. A AME-Brasil, que conforma as AMEs espalhadas pelos estados brasileiros, busca aliar saúde e espiritualidade e, mais particularmente, medicina e espiritismo, na atenção à saúde.

“Faço parte da Associação Médico-Espírita de São Paulo. Essa associação existe desde 1968. É sem fins lucrativos. E o objetivo é divulgar o paradigma médico-espírita, que é a visão médica segundo o que tra-

zem as psicografias de Chico Xavier de mensagens de André Luiz, e a visão das doenças como uma espécie de medicação amarga, mas fruto de nossos próprios equívocos, de escolhas contrárias às leis divinas, às leis da natureza, e uma forma de a gente voltar mais rapidamente para o equilíbrio da alma”. (Diário de Campo, Francisco, 2022).

Segundo essa visão, como a vida continua após a morte, o processo de adoecimento seria parte de experiências desta e de outras vidas, uma oportunidade de aprendizado. Neste sentido, doença é cura, e não o oposto de saúde. As AMEs sustentam, destarte, um paradigma que, mediante a aliança entre a saúde e a espiritualidade, enxerga o ser humano em sua integralidade: como ser material e espiritual. A saúde e a doença se localizariam não apenas na matéria, mas também no espírito. Logo, além do tratamento fármaco-médico baseado em um modelo biologicista-fisicalista, seria necessária uma atenção voltada à espiritualidade (EVANS, 2013). De acordo com Francisco, o sofrimento seria um desequilíbrio da alma:

“São as próprias pessoas que se ajudam. Talvez eu ajude a pessoa a enxergar a melhor forma de ela fazer o que precisa para ficar bem, mas é sempre de dentro para fora. É sempre do próprio paciente que vem a saúde ou a doença. A gente, como profissional da saúde, pode minimamente ajudar a pessoa a enxergar melhor o que ela deve fazer e entender melhor o que está acontecendo, mas é sempre de dentro para fora. [...] A questão da fé, a conexão da própria pessoa com recursos internos, não é explorada ainda pela saúde porque não traz lucro – por exemplo, que lucro pode ser gerado com uma investigação sobre efeito placebo, que é poderosíssimo? É algo sobre o qual ninguém terá patente. Então, não tem muitas pesquisas avaliando como a gente pode potencializar os efeitos curativos das próprias pessoas em prol delas mesmas, essas potências da alma, que ainda não são conhecidos, que a questão da espiritualidade evoca e trabalha, e, ainda, a visão médico-espírita, a questão das intervenções dos corações desencarnados em benefício das pessoas, através de imposição de mãos, de trabalho perispiritual etc. Dentro do viés religioso médico-espírita, tem toda essa questão associada, mas ainda cientificamente é uma hipótese”. (Diário de Campo, Francisco, 2022).

“Quando chega determinado momento da saúde do paciente, você tem que ser honesto, você tem que dizer que, só com a Medicina, você não tem muito mais o que fazer por aquele paciente. Obviamente, você não vai simplesmente desistir dele, mas há momentos

em que os seus recursos se esgotam. Você vai esperar a resposta dele e o desenrolar... A fé chega como esperança, como forma de lidar [com a situação], daquela família. Algumas vezes, você vê que realmente é a saída e que [o paciente] responde. Você realmente vê que tem pacientes que saem de situações que só a Medicina não explicaria, só a ação humana, racionalmente pensando, não resolveria. Então, eu acredito que, algumas vezes, em alguns cenários, você vê que pacientes saem de situações extremas... ‘Meu Deus, como ele saiu dali?’” (Diário de Campo, Antônio, 2022).

OS CUIDADOS PALIATIVOS E A RESSIGNIFICAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE EXPERIENTES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O processo de adoecimento por si só requer atenção, em sentido amplo, às dimensões física, emocional, social e espiritual. Quando as pessoas têm doenças que ameaçam a continuidade da vida, essas dimensões merecem ser abarcadas por cuidados paliativos. Esses cuidados são direitos humanos necessários para reduzir o sofrimento.

Cuidar, e não curar, significa encarar a saúde de modo integral: cuida-se de pessoas, curam-se sintomas (ARANTES, 2016). Segundo a OMS, os cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida de pessoas doentes e de seus familiares por meio do alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual. Trata-se de uma responsabilidade ética global (OMS, 2022).

“Cuidados paliativos são cuidados que a gente oferece para um paciente que tem algum tipo de doença progressiva e ameaçadora da vida. São doenças como Alzheimer, Parkinson, câncer etc., aquelas doenças que ainda não têm cura”. (Diário de Campo, Maria, 2022).

Desta forma, profissionais da saúde, de diferentes categorias, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros, são encarregados desses cuidados. Se eles eram pouco conhecidos ou ainda vistos com certo preconceito, a Covid-19 visibilizou essa área de atuação.

Esses cuidados recaíram (ou deviam ter recaído) tanto sobre as pessoas que foram internadas e/ou vieram a óbito, quanto sobre os parentes delas,

que lidaram com o adoecimento de alguém próximo e/ou enfrenta(ram) um processo de luto. Ora, se a ritualização da morte, que é indissociável do processo de elaboração da perda, não pôde ser realizada durante o contexto pandêmico (GIAMATTEY *et al.*, 2022), os cuidados paliativos apresentam-se como serviços imprescindíveis para possibilitar ressignificar existências, as mortes dos que partiram e as vidas daqueles que sobreviveram:

“Normalmente a gente [paliativista] acompanha muitas famílias enquanto os pacientes estão sendo atendidos na sala de emergência, por exemplo. Fica no pós-óbito. E, depois de um tempo de comunicação de falecimento, a gente acompanha as famílias, fica com eles o tempo que precisarem, ajuda com os termos legais... A gente faz um acompanhamento longitudinal dos pacientes e das famílias e ajuda na comunicação entre equipe e pacientes”. (Diário de Campo, Maria, 2022).

“O grande ponto na minha vida daqui para frente é saber o propósito de eu ter ficado. O que eu posso fazer de melhor pelo meu próximo, pela minha família, até para agradecer a Deus de uma forma prática a oportunidade de eu ter ficado?”. (Diário de Campo, José, 2022).

Por que milhões de pessoas morreram de Covid-19 no mundo enquanto tantas outras sobreviveram? Como dar sentido à continuidade da vida e a tamanho sofrimento social diante de perdas tão dolorosas?

A emergência sanitária expôs a necessidade de investir em paliativistas, seja por uma escassez já persistente, seja pela falta emergente desses profissionais diante de um crescimento desmedido de pessoas doentes e mortas. A OMS tem estimulado que países incluam os cuidados paliativos como uma parte fundamental de seus sistemas de saúde (OMS, 2022).

No Brasil, por exemplo, houve a recente publicação, em 31 de outubro de 2018, da Resolução nº 41, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018). Não obstante, há poucos serviços disponíveis no país. Além disso, existe uma lacuna na própria formação dos profissionais da saúde. Falta igualmente a conscientização de formuladores de políticas e da sociedade mais ampla acerca dos benefícios que esses cuidados podem oferecer. Ora, os cuidados paliativos são uma necessidade de saúde pública (ANCP, 2022).

Além disso, esses cuidados ajudam a aceitar a nossa finitude. Eis uma questão bioética importante: admitir o limite da vida e reconhecer ser natural o processo de morrer. Afinal, quais são as consequências do prolongamento da vida a todo custo, em nome da quantidade de um tempo pretensamente infindo e em detrimento da qualidade da morte e dos cuidados que o final da vida requer (QUINAGLIA SILVA, 2019)? O reconhecimento desse confim entre a vida e a morte significa preservar a própria dignidade humana.

Para tanto, é necessário haver empatia e compaixão pelas pessoas que passam por experiências com algum sofrimento, seja ele físico, emocional, social e/ou espiritual (ARANTES, 2016). Não só elas, mas também seus familiares, devem ser ouvidos e ter a dor acolhida. Compartilhar emoções, entender as vivências de outrem e construir sentidos para elas faz parte do encontro entre essas pessoas, experientes, e profissionais da saúde.

Promover uma ética do cuidado e fortalecer o compromisso com a coletividade é uma tarefa desses profissionais, em geral, e dos paliativistas, em particular, a fim de sobrepujar essa dor sem limites:

“Como médico, como [profissional] da área da saúde, quando você começa a cuidar das pessoas, você vai se sentindo muito seguro de si. E, por mais que você tenha uma relação com a espiritualidade, você sempre acha que você é imortal. Acha que não vai ficar doente. Acha que sempre vai conseguir resolver o problema das pessoas, que você não erra, que o insucesso não existe (e é por isso que a gente se frustra muitas vezes, porque ele existe). Quando você fica doente, no começo, eu tinha certeza de que seria leve. Depois, com a minha evolução no hospital, eu fui ficando um pouco apreensivo, [...] com medo. É muito difícil você mudar de lado. A gente que cuida... Cuidar do outro, do próximo, é muito mais confortável do que ser cuidado e ficar na indefinição da evolução de uma doença”. (Diário de Campo, José, 2022).

Uma institucionalização do cuidado requer “mudar de lado”, considerar a perspectiva do outro por meio de uma escuta ativa e acolhedora. Afinal, todos nós estaremos “do outro lado” em algum momento. Essa é uma lição valiosa trazida pela vivência de José, que merece ter repercussões sobre a atuação de todos os profissionais da saúde.

E essa é igualmente uma das contribuições que as Ciências Humanas e Sociais podem trazer para as Ciências da Saúde. Uma das potencialida-

des da etnografia é justamente a de buscar compreender a perspectiva do outro e contemplar o mundo através desse novo olhar. Um dos resultados esperados deste estudo é provocar, para além dos profissionais da saúde, os leitores e as leitoras a assumir a possibilidade desse deslocamento e, quiçá, despertar neles e nelas o interesse e também a necessidade de invocar essa responsabilidade social.

CONSIDERAÇÕES DERRADEIRAS

Não é possível separar a dimensão física das dimensões emocional, social e espiritual quando se trata dos processos de adoecimento, de morte e de luto. Conforme relatos, uma afeta e complementa a outra. Para entender a complexidade e a profundidade desses processos, é necessário abarcar cada uma dessas dimensões e todas elas concomitantemente.

A pandemia de Covid-19 evidenciou isso ao escancarar a possibilidade do adoecimento e a inexorabilidade da morte. Essa calamidade global tem mostrado seus efeitos prolongados, para além da dimensão física mais visível.

E esta é uma oportunidade para alcançar dimensões pouco exploradas e mesmo desvalorizadas e para reconhecer as limitações e as potencialidades do conhecimento sobre o ser humano em sua integralidade. É, finalmente, um momento para a assunção de uma ética do cuidado e da responsabilidade sobre todas as vidas em sua condição mais humana, íntima e plena: a da mortalidade.

REFERÊNCIAS

ANCP. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos no Brasil**. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil>. Acesso em: 9 ago. 2022.

ANDRADE, Ana Paula Müller; MALUF, Sônia Weidner. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 273-284, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2017.v41n112/273-284/#>. Acesso em: 28 jul. 2022.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

AURELIANO, Waleska de Araújo. **Espiritualidade, saúde e as artes de cura no contemporâneo**: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil. Tese [Doutorado em Antropologia Social]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BRASIL. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 31 out. 2018.

CHUSJ. **Centro Hospitalar Universitário de São João**. Disponível em: <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/762>. Acesso em: 27 de outubro de 2022.

DICTECH. **Superficialização do nível de consciência**. 2022. Disponível em: [https://www.dictech.com.br/dicionario/termos-tecnicos/hospital/significado-](https://www.dictech.com.br/dicionario/termos-tecnicos/hospital/significado-de/superficializacao-do-nivel-de-consciencia/)

[de/superficializacao-do-nivel-de-consciencia/](https://www.dictech.com.br/dicionario/termos-tecnicos/hospital/significado-de/superficializacao-do-nivel-de-consciencia/). Acesso em: 27 out. 2022.

EVANS, Luciane. Por que adoecemos? Saiba a explicação do espiritismo. **Saúde Plena**. 26 de agosto de 2013. Disponível em: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2013/08/26/noticias-saude,193992/por-que-adoecemos-saiba-a-explicacao-do-espiritismo.shtml>. Acesso em: 29 jul. 2022.

GIAMATTEY, Maria Eduarda Padilha et al. Rituais fúnebres na pandemia de Covid-19 e luto: possíveis reverberações. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, número especial, v. 26, p. 1-9, 2022. Acesso em: 24 mar. 2022.

OMS. **Cuidado paliativo**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Acesso em: 25 jul. 2022.

OMS. **52ª Assembleia Mundial da Saúde, Genebra**, 17-25 de maio de 1999: registros literais das reuniões plenárias e lista de participantes. Genebra: WHO, 1999. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258945>. Acesso em: 27 out. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 27 out. 2022a.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pandemia de Covid-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo**. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>. Acesso em: 27 out. 2022b.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, n. 42, p. 377-391, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/n8ypMvZZ3rJyG3j-9QpMyJ9m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2022.

QUINAGLIA SILVA, Érica. Ideário da morte no Ocidente: a bioética em uma perspectiva antropológica crítica. **Revista Bioética – Conselho Federal de Medicina**, v. 27, n. 1, p. 38-45, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/NPvQ3WfCzb-CZpZM9JpYz4TR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.

QUINAGLIA SILVA, Érica; MELO, Karla Roberta Mendonça. “É uma dor sem limites”: o adoecimento, a morte e o luto na pandemia de Covid-19. **Áltera: Revista de Antropologia**, v.14, p. 1-18, 2022.

SILVA, Andreia Vicente; RODRIGUES, Claudia; AISENGART, Rachel. Morte, ritos fúnebres e luto na pandemia de Covid-19 no Brasil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 13, n. 30, p. 214-234, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unespar.edu.br/index.php/nupem/article/view/5684/3707>. Acesso em: 22 mar. 2022.

SILVA, Marisa Passos et al. Oxigenação por membrana extracorporeal na falência circulatória e respiratória – experiência de um centro. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 36, n. 11, p. 833-842, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255116303328>. Acesso em: 27 out. 2022.

Parte II

POLÍTICAS PÚBLICAS, SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES

“LÁ VEM A ONDA!”

NOTAS ETNOGRÁFICAS SOBRE OS IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA ATENÇÃO BÁSICA E NA POLÍTICA DE HIV/AIDS EM RIO TINTO/PB

*Luziana Marques da Fonseca Silva
Francisco Paulino de Oliveira Neto
Gabriel Cavalcante Bueno de Moraes*

A pandemia de Covid-19 impactou os sistemas e as políticas de saúde em nível global, alterando as práticas de gestão e as respostas a outros problemas de saúde pública. Desde a declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS), acerca de estado de pandemia em 11 de março de 2020, até o momento em que escrevemos este artigo, já se passaram mais de dois anos. E o que isso significa? Quais os efeitos da pandemia nesse período? Que tipo de ações foram implementadas em termos de políticas nacionais, pelo Estado brasileiro, para mitigar os efeitos de um processo de adoecimento que vitimou mais de 688 mil pessoas no país? Quais as experiências e desafios locais de enfrentamento à pandemia?

Neste capítulo, portanto, objetivamos responder a esses questionamentos a partir de uma análise dos impactos das “ondas da pandemia” na atenção ao HIV/Aids, tratadas aqui como complexos processos epidemiológicos variáveis e intermitentes, marcados, por sua vez, pela interação com questões sociais e políticas de diferentes ordens. A análise empreendida se alicerça em dados de uma investigação antropológica, ainda em curso, sobre os impactos da pandemia de Covid-19 na resposta ao HIV/Aids na Atenção Básica, na cidade de Rio Tinto/

PB, município litorâneo de pequeno porte, situado no Vale do Mamanguape. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL; PNAB, 2007, p. 12).

A definição contida na PNAB indica a complexidade acerca do processo de trabalho e territorialização do cuidado atribuído à Atenção Básica, além de demonstrar a importância das pessoas e dos contextos na relação com as dinâmicas locais envolvendo o processo saúde-doença-cuidado e assistência. Os elementos colhidos a partir das entrevistas semiestruturadas, realizadas *on-line* e presencialmente e em diferentes momentos no período de dois anos, e da análise documental de protocolos, manuais, boletins, decretos e notas produzidos pelo Estado brasileiro, apontam para os diferentes “altos e baixos” das ondas pandêmicas, caracterizadas pelas incertezas e aprendizagens e pela escassez de recursos e reverberações em outras condições de saúde, como no caso da resposta ao HIV/Aids. Logo, a Atenção Básica, conhecida como a “porta de entrada” dos usuários aos serviços de saúde, teve que se reorganizar, o que acabou intensificando as demandas nos atendimentos de saúde, sobretudo aquelas relacionadas à Covid-19, produzindo, assim, a exaustão dos gestores e profissionais de saúde da Atenção Básica.

Na discussão a seguir, iniciaremos o diálogo a partir da reflexão sobre o caráter intermitente da pandemia de Covid-19 ao redor do mundo e de suas distintas temporalidades em decorrência dos momentos (e diferentes variantes do vírus) de platô e declínios de casos/mortes pelo vírus, o que se convencionou chamar de ondas. Ao flexionar a questão para o cenário brasileiro e, mais especificamente, para a cidade de Rio Tinto, na Paraíba,

problematizaremos como a condução da pandemia, por parte de gestores da saúde (municipal, estadual e federal), colaborou para o modo como as ondas se manifestaram nos usuários da Atenção Básica. Com base nos resultados apontados na pesquisa supracitada, abordaremos os impactos da Covid-19 no cuidado em HIV/Aids em duas Unidades Básicas de Saúde riotintenses: a unidade Amora e a unidade Tulipa¹. Na sequência, após discutir os atravessamentos entre a política de saúde emergencial, as orientações de manejo e a realidade cotidiana dos atendimentos nas duas unidades investigadas, nos debruçaremos sobre os decretos, protocolos e manuais, a partir da ótica da Antropologia dos Documentos.

Esperamos com a discussão traçada nestas páginas contribuir para o aprofundamento das análises sobre os impactos da pandemia de Covid-19 no Brasil, especialmente no campo da produção antropológica em saúde. Além disso, almejamos que, com a continuidade do processo investigativo, o estudo empreendido possa orientar e nortear políticas públicas de saúde para populações interpeladas pela Covid-19 e pelo HIV/Aids.

À DERIVA: O CARÁTER INTERMITENTE DA PANDEMIA DE COVID-19

A chegada do novo coronavírus deflagrou um estado crítico na saúde pública mundial. À rápida disseminação do vírus, à ausência de evidências científicas e às diferentes respostas para mitigar a transmissão se somou, sobretudo no Brasil, a politização das abordagens técnicas, com um pretens embate entre saúde e economia. O caráter contingencial da pandemia, com a aceleração de casos e de mortes, em certos lugares, e a diminuição da curva de contágio, em outros, deu o tom da posição da OMS em defesa da percepção de uma grande onda (MENDES, 2020). Baseando-se na proposição de que são necessárias consistentes estratégias preventivas para evitar a propagação do vírus e achatar o crescimento de casos, a OMS, em um primeiro momento, percebeu a emergência do Covid-19 a partir dos altos e baixos de uma única onda.

Vale lembrar que, nos primeiros meses da pandemia, tratava-se uma única variante do vírus, logo, os sintomas e sua fisiopatologia direcionaram os

1 Todos os nomes da pesquisa etnográfica são fictícios, tanto das unidades básicas, quanto dos interlocutores, para prezar o anonimato de todos. Por se tratar de um território pequeno, a circulação dos nomes poderia ser rapidamente identificada.

estudos e as buscas por vacinas a partir das recentes evidências científicas, o que poderia endossar esse posicionamento de uma única onda. Ainda assim, Mendes (2020) chamou a atenção para as hipóteses levantadas na literatura sobre a Covid-19 que, a partir das observações das situações vivenciadas em vários países, apontavam para a eclosão de “ondas diferenciadas”. Na primeira onda², que atingiu o pico entre os meses de março, abril e maio de 2020, acompanhamos a aceleração dos casos, resultando na transmissão comunitária, no aprendizado experimental do manejo, nas respostas emergenciais, na criação de hospitais de campanha, no choque das demandas por serviços de saúde, no surgimento de protocolos clínicos, no fechamento das escolas e do comércio e nas medidas de isolamento e distanciamento social. Além disso, o mundo assistiu atônito aos altos índices de mortalidade em países como Itália, EUA e também no Brasil. Em junho de 2020, o Brasil se posicionou como o novo epicentro da pandemia. As distintas interpretações e os modos de responder à pandemia desenharam um panorama localizado do coronavírus, onde a ausência de um programa nacional de combate ao Covid-19, que pudesse orientar os estados e os municípios, deixou as gestões locais à sua própria sorte (SILVA *et al.*, 2021). Conforme relatado por uma de nossas interlocutoras, “a gente não tinha preparo de nada” (Serena, coordenadora da unidade básica amora, 2021).

Ainda que não houvesse no país uma resposta nacional consistente e capaz de frear o crescente aumento de casos e de mortes, apostava-se na capacidade estadual e municipal para realizar testagens e tratar os doentes. Segundo Mendes (2020), a depender das condições programáticas, sociais e econômicas para garantir as medidas preventivas e para tratar os doentes, além do respeito ao distanciamento social, poder-se-ia reduzir ou aumentar a possibilidade de uma nova onda. Nas palavras do autor: “Passado o pico da primeira onda e superado o choque de demanda por serviços de saúde provocado pela Covid-19, dá-se início a um processo de retomada de atividades econômicas e sociais interrompidas durante a primeira onda. O que pode levar a uma segunda onda” (MENDES, 2020, p. 5-6). Aqui, temos como horizonte que o surgimento de novos surtos, após a diminuição do número inicial de infectados pelo vírus, estaria relacionado à redução das medidas de

2 Embora os primeiros casos de Covid-19 tenham sido registrados na China ao final de 2019, foi em 11 de março de 2020 que a OMS declarou a pandemia, o que significa dizer que o vírus havia se espalhado por diferentes continentes e apresentava transmissão comunitária sustentada.

enfrentamento à pandemia e à falsa sensação de segurança devido à queda de casos. Acrescenta-se a esses elementos a chegada de novas variantes, o que colocou por terra uma possível imunidade de rebanho.

Tendo em vista a intermitente situação da pandemia ao redor do mundo, as temporalidades das ondas ocorreram em diferentes momentos. Enquanto o Brasil vivenciava a primeira onda e tentava estabilizar o número de contaminados pela Covid-19, a Europa entrava em setembro de 2020 em sua segunda onda. A chegada do verão europeu e a retomada de atividades sociais e econômicas mudaram a face da pandemia no continente. Embora a transmissão tenha atingido índices maiores aos da primeira onda no continente, o número de hospitalizações e óbitos não cresceu no mesmo ritmo. Segundo Mendes (2020), o cenário se explica pelo aumento de casos entre a população mais jovem, o que significaria a diminuição de agravos.

No Brasil, a segunda onda iniciou ao final de 2020, e de acordo com a Nota Técnica³ publicada pelo Ministério da Saúde em 22 de novembro daquele ano, a segunda onda já era evidente, pois a situação pandêmica no país havia se deteriorado, sendo um de seus momentos mais graves, com um número de mortes superior ao da primeira onda da doença. Na Paraíba, a pesquisa⁴ do professor Josenildo Brito de Oliveira, da Universidade Federal da Paraíba, alertou sobre o aumento de 44,26% de casos de pessoas diagnosticadas com Covid-19 nas duas primeiras semanas de novembro de 2020:

Não podemos ainda cravar que haverá, de fato, uma segunda onda da pandemia no Estado, mas os números são preocupantes e devem nos alertar. A curva que a Paraíba apresentou nos contágios está muito semelhante àquela apresentada em alguns países da Europa, pouco antes de explodir a segunda onda da doença. (OLIVEIRA, J. B., em entrevista ao Portal UFCG, em 17 de novembro de 2020)⁵.

O início de 2021 foi um período crítico no país. Após as festas de fim de ano e o aumento de aglomerações, as notícias informando acerca dos hospitais lotados e da falta de oxigênio aos pacientes indicavam o colapso

3 Conferir em: <https://central.to.gov.br/download/244190>.

4 *Boletim Informativo 31 Projeções Covid-19: casos e óbitos*. Campina Grande, 15 a 21 novembro, 2020.

5 Disponível em: <https://portal.ufcg.edu.br/ultimas-noticias/2388-pesquisa-da-ufcg-aler-ta-para-possivel-segunda-onda-de-covid-na-paraiba.html>.

do sistema de saúde. Em fevereiro de 2021, o Consórcio Nordeste⁶ divulgou em seu 14^o boletim⁷ a necessidade de medidas urgentes de contenção da transmissão do coronavírus. Segundo o comitê científico do Consórcio Nordeste, o fluxo de turistas no verão nordestino e o relaxamento das medidas de prevenção à Covid-19 colaboraram para o aumento de casos na região, seguido do crescimento de óbitos. O cenário confirmava a segunda onda no Nordeste e exigia respostas rápidas. Dentre as estratégias de prevenção estava a recomendação do cancelamento do carnaval e de festas. Na Paraíba, o Decreto n° 40.989, de 29 de janeiro de 2021, anunciou a suspensão do carnaval e de qualquer festa ou evento pré-carnaval, fosse eles promovidos por iniciativa pública ou privada. Embora os festejos tenham sido suspensos oficialmente, tomamos conhecimento, através de conversas informais com os moradores da região, que no município de Rio Tinto e na cidade vizinha de Baía da Traição ocorreram várias festas promovidas pela iniciativa privada. Somado aos impactos sanitários, sociais e econômicos da pandemia, estava o cenário de mudança da gestão municipal de Rio Tinto, o que, em termos práticos, se traduziu na troca do secretário de saúde, dos coordenadores das unidades básicas e das estratégias locais de resposta à pandemia. O desafio de iniciar a administração municipal em meio às intermitências das ondas perpassou o momento de aprendizagem para lidar com os altos e baixos da pandemia, servindo também para organizar a vacinação da população, como veremos mais adiante na discussão sobre o papel da Atenção Básica no enfrentamento à Covid-19 em Rio Tinto.

A chegada da vacinação para os grupos prioritários no Brasil, em janeiro de 2021, abriu uma janela de esperança no controle da transmissão e na contenção de novas ondas. Entretanto, muitos elementos se imbricavam à cobertura vacinal, o que dificultava o sucesso da resposta. Na medida em que a chegada das vacinas nos estados seguia um calendário escalonado, a partir da oferta para grupos prioritários, por outro lado, a chegada de novas variantes exigia novas doses de reforço e, com isso, a previsão de imunização da população foi se modificando ao longo de 2021. Para além das questões de logística e de temporalidade da imunização, o debate ideológico negacionista brasileiro in-

6 O Consórcio Nordeste foi criado em 2019 como um dispositivo político, econômico e jurídico de integração de nove Estados da região Nordeste do Brasil. Atua através da cooperação e pacto de governança entre os estados integrantes.

7 Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/secretaria-da-educacao-e-da-ciencia-e-tecnologia/horizontes-da-inovacao/noticias/comite-cientifico-de-combate-ao-coronavirus-do-consorcio-nordeste-passa-por-reestruturacao>.

sistia em minar a confiança nas vacinas, o que ainda tem resultado na recusa de algumas pessoas de se proteger contra o coronavírus. Segundo o médico epidemiologista e professor Eduardo Mota, em notícia⁸ publicada em 25 de março de 2022, no site da Universidade Federal da Bahia (UFBA), a má politização da pandemia pelo governo federal brasileiro de então gerou um negacionismo potencialmente trágico: “Negou-se a vacina contra a Covid-19 até quando não foi mais possível, e recentemente retardou-se o início da vacinação de crianças até que toda a sociedade pressionasse por seu início imediato”.

A condução da pandemia de Covid-19 e as suas consequências colaboraram no modo como as ondas se manifestaram e nos diferentes efeitos à saúde das pessoas acometidas pela doença, bem como em seus impactos na economia e nas relações sociais. A variante que passou a indicar o terceiro surto da pandemia, nomeada de Ômicron, chegou ao Brasil ao final de dezembro de 2021. O aumento de novos casos e de internações ganhou mais força nos primeiros meses de 2022, embora a terceira onda tenha se apresentado com menor gravidade do que as anteriores, tendo em vista a diminuição das internações em UTI e a redução da letalidade. Em março de 2022, apenas 33% da população brasileira tinha alcançado a cobertura do reforço vacinal, mesmo assim, Eduardo Mota (2022) acredita que devemos à vacinação essa redução de agravos.

Se as ondas comumente são percebidas a partir do viés epidemiológico nos momentos de platô e de estabilização de casos e mortes pela Covid-19, nos parece importante pensar para além dos doentes desse vírus e considerar os efeitos dessas ondas nas pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA). Ainda em 2020, Mendes (2020) levantou a hipótese de uma terceira onda que se instauraria nas pessoas acometidas por outros processos de adoecimento. Em longo prazo, o cancelamento de atendimentos e de monitoramentos de certas condições de saúde não causaria apenas danos colaterais, e sim, traria efeitos nefastos às pessoas afetadas por doenças e infecções crônicas, podendo até resultar em mortes comumente evitáveis. Para o autor, “a terceira onda atinge pessoas portadoras de condições crônicas não agudizadas, condições crônicas agudizadas e condições agudas não Covid-19 durante o período da pandemia” (MENDES, 2020, p. 13).

A negligência aos pacientes em condições crônicas (agudas ou não) durante a pandemia de Covid-19 foi problematizada por Lee (2020) através

8 Disponível em: <https://www.edgardigital.ufba.br/?p=23452>.

da noção de “paciente invisível”. A sobrecarga de demandas dos serviços de saúde em decorrência da emergência pandêmica, a redução do quadro de profissionais (trabalhadores em grupos de risco), as medidas de isolamento e o medo de ser infectado pela Covid-19 se desdobraram em cancelamentos de consultas, na protelação de cuidados vitais, em agravos e, às vezes, em morte; enfim, na falta de acolhimento e na invisibilidade de pacientes sem Covid-19. Em nosso campo de pesquisa, a Unidade Básica de Saúde centrou os atendimentos (nos meses iniciais da pandemia, março, abril e maio de 2020) em casos suspeitos de Covid-19. Os ônibus municipais que levavam gratuitamente às pessoas vivendo com HIV/Aids para o Serviço de Assistência Especializada (SAE) em João Pessoa passaram sem circular quase todo o ano de 2020. O hospital em que o SAE está alocado passou a ser referência para Covid-19, ocasionando, com isso, o cancelamento de consultas e destinou vários leitos às pessoas acometidas pelo coronavírus. Dito isso, como nos deteremos logo mais, é possível afirmar que, na Paraíba, especialmente em Rio Tinto, os usuários das unidades e as PVHA foram profundamente afetados pela pandemia, mesmo não tendo sido infectados pelo vírus.

A interação entre Covid-19, HIV/Aids e as condições socioeconômicas de pobreza dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Rio Tinto – que dependem exclusivamente do serviço público para o cuidado contínuo e proativo da saúde –, nos indicam o aprofundamento dos efeitos sindêmicos (SINGER, 2009) durante as ondas do vírus. Segundo Singer (2009), a sindemia pode ser entendida a partir da combinação entre condições sociais e ambientais que colaboram para o aumento da exposição aos danos da interação entre duas ou mais doenças. Sem o acompanhamento dos exames de carga viral, e diante da impossibilidade de os agentes de saúde circularem pelas casas e acompanharem os pacientes crônicos, sem acesso aos preservativos e testes rápidos, a atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids no município ficou à deriva. Em 2020, Mendes já vislumbrava que “os resultados da terceira onda no Brasil, em geral, e no Sistema Único de Saúde (SUS), em particular, poderão levar a um represamento dos eventos agudos não Covid-19 e das condições crônicas com aumento das filas e impactos na morbidade e na mortalidade” (MENDES, 2020, p. 47).

Não foi apenas em Rio Tinto que o cuidado em HIV/Aids tem se entrelaçado à pandemia da Covid-19, fragilizando a oferta de serviços em HIV. Em São João Del-Rei, município do interior de Minas Gerais, os pesquisadores Vinicius Rodrigues, Ana Cristina Pimentel, Rafael Agostini e Maria Luiza Pinto (2021)

concluíram que, mesmo com as estratégias pré-estabelecidas nas diretrizes de saúde durante a pandemia, ainda surgiram dificuldades na garantia de cuidado às PVHA, principalmente nos municípios localizados longe de centros urbanos. No Rio de Janeiro, Claudia Cunha *et al.* (2022) realizaram uma pesquisa quantitativa com jovens vivendo com HIV apoiados por ONGs, e, da mesma forma, houve um impacto negativo no cuidado à doença durante os avanços da Covid-19, caracterizado sobretudo por marcadores sociais e econômicos. Na capital cearense, em Fortaleza, Parker *et al.* (2020, p. 22) advertiram que “vários serviços de atendimento às pessoas que vivem com HIV foram desmontados [...] Um dos motivos alegados foi a falta de médicos infectologistas”. Os cenários adversos, mas análogos ao encontrado em Rio Tinto, nos lança a ideia de que as ondas da Covid-19 solaparam os serviços em HIV nos mais diversos setores, conforme mencionado nos estudos supracitados.

O que podemos dizer é que, em nosso campo, as previsões de Mendes (2020) acerca do represamento do atendimento aos sujeitos afetados por doenças crônicas, de fato, se confirmaram. Considerando a significativa diminuição da oferta de serviços na Atenção Básica provocada pela pandemia, discutiremos na sequência os impactos do Covid-19 no cuidado em HIV/Aids em duas unidades básicas de saúde do município de Rio Tinto.

NADANDO COM E CONTRA AS ONDAS

O uso metafórico das “ondas” – conforme já falamos anteriormente – aparece como uma referência ao movimento do aumento e queda de casos e mortes pela Covid-19, o que implica refletir acerca das práticas sociais e sanitárias e como estas reverberam nos resultados do enfrentamento da pandemia (MENDES, 2020). Muito se falou dos impactos de cada onda nas mais diversas esferas que compõem as sociedades ao redor do mundo, e, não obstante, no caso do Brasil, pareceu-nos oportuno analisar tais impactos quando pensamos no manejo, nas atividades e nas políticas de Atenção Básica voltadas aos usuários. Neste sentido, ao coadunar com o uso metafórico como um elemento explicativo de Susan Sontag (1984), movemos nossa reflexão em uma direção (também) metafórica: como a Atenção Básica “nadou” no mar das incertezas ocasionadas pelo efeito das ondas? Como as políticas de enfrentamento à Covid-19 afetaram os profissionais da saúde em Rio Tinto ao lidar com uma doença desconhecida? Os (novos) manejos de saúde afetaram as linhas de cuidado de outras demandas de serviços? Os usuários nadaram

junto das ondas ou ficaram “à deriva”? Essas provocações e o uso contínuo dessas metáforas acompanham o sentido literal de uma onda, marcando o lugar não apenas da Atenção Básica, mas também dos sujeitos atendidos diante da resposta à Covid-19. No entanto, esses questionamentos se complexificam ainda mais quando pensamos também no papel que a Atenção Básica tem ao lidar com o cuidado em HIV/Aids e às PVHA. Para responder a essas questões e nos aproximar ainda mais do que chamamos de “área costeira”⁹, tomamos como base alguns dados empíricos coletados durante a segunda e a terceira fase da etnografia realizada nos serviços de saúde do município.

Os primeiros protocolos para direcionar o papel da Atenção Básica durante o enfrentamento da Covid-19 foram elaborados logo nos meses iniciais do cenário pandêmico. Os “Protocolos de Manejo Clínico do Covid-19 na Atenção Primária”¹⁰ destinaram às unidades básicas de saúde uma função de extrema importância ao enfrentamento da pandemia, quando passaram a ser responsáveis pelo diagnóstico, encaminhamento e monitoramento dos que foram acometidos pelos efeitos do vírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). À primeira vista, algumas das estratégias incorporadas no manejo das unidades básicas de saúde não seriam diferentes das atividades realizadas antes da pandemia, como: testagens, notificações, medidas de prevenção às doenças de modo geral, entre outras. Entende-se que essas estratégias atribuem à Atenção Básica uma frente indispensável para localizar, auxiliar e propor a atenção à saúde da população adscrita de cada território. No entanto, ao aproximarmos as diretrizes do protocolo com os dados coletados durante a etnografia realizada, o que se constata é que há uma divergência com o que, de fato, aconteceu com a Unidade Básica de Saúde Amora. Nos três primeiros meses iniciais da pandemia, essa unidade permaneceu de portas fechadas à população, deixando as consultas, os acompanhamentos e os serviços voltados aos usuários sem Covid-19 à deriva. Azevedo e Costa (2010) nos lembram que a Atenção Básica tem relevância essencial, principalmente por sua atribuição e por ser a principal porta de entrada ao SUS, além de ordenar e coordenar as ações de cuidado em todos os âmbitos de nívelação nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

9 As ondas, caracterizadas metaforicamente para ilustrar os efeitos dos impactos da Covid-19, exprimem a ideia de distanciamento de uma “área costeira” que, por sua vez, evidencia uma estruturação dos serviços adequada para lidar com tais impactos.

10 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Serena, enfermeira que coordenava em 2020 a unidade Amora, evidenciou sua preocupação quando fora perguntada acerca do funcionamento da unidade nos primeiros meses de pandemia:

“Foi muito difícil, algo novo, nunca visto, nem estudado, não sabe o que é, sem definição até hoje, ninguém sabe definir... a gente tinha uma rotina de um jeito e, tipo assim, em janeiro a rotina é uma, fevereiro até o finalzinho era a mesma rotina que a gente tinha e, do nada, para tudo, fecha tudo, cancela tudo, só atende Covid, só faz... atendimento de pessoas com Covid, porque não existia só o Covid, não existe só o Covid, entendeu, mas trancou tudo, não faz vacina, não faz puericultura, gestante era só de alto risco”. (Serena, coordenadora da unidade básica Amora, 2021).

Se a premissa dos protocolos atribuiu à Atenção Básica tal papel imprescindível e indispensável para o “achatamento da curva” (MENDES, 2020), por que, então, nesse momento inicial, a unidade Amora permaneceu fechada? Acreditamos que esse fechamento coadunou com uma latente composição de multifatores, desde o nível nacional ao nível local. Na medida em que os protocolos de manejo direcionados à Atenção Básica apontavam para uma categorização de risco, que levava em consideração a idade dos funcionários e o risco diante de suas condições de saúde (MENDES, 2020; OMS, 2020)¹¹, essa categorização refletiu de forma precisa na composição do corpo profissional dessa unidade, tendo em vista que a maior dele se afastou. Além disso, a própria organização estrutural da unidade foi questionada se seria capaz de atender aos requisitos de distanciamento físico. De acordo com os Protocolos Sanitários dos Serviços de Atenção à Saúde do governo estadual da Paraíba de 2020¹², a organização interna de uma unidade básica deveria atender às demandas exigidas: espaçamentos de 1 metro de distância dentro de uma sala de espera, mudanças nas estruturas organizativas de atendimento, readequação dos espaços internos, rodízio de profissionais de saúde, entre outras. Além disso, a Recomendação nº 20 de abril de 2020, e o Parecer Técnico nº 128 de 2020, versavam sobre a proteção voltada aos trabalhadores do setor da saúde no manejo da Covid-19 (BRASIL, 2020).

11 Segundo Mendes (2012), as condições de saúde são definidas como circunstâncias na saúde das pessoas que apresentam de forma persistente, o que configura a exigência de respostas às questões sociais ao sistema de atenção à saúde.

12 Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/protocolos-sanitarios>.

Com o retorno das atividades dessa unidade em junho de 2020, a equipe enfrentou cenários desafiadores, desdobrando-se para dar conta das demandas pendentes da população com poucos profissionais, ora adoecidos, ora impossibilitados de atender aos protocolos. Contudo, esse retorno implicava em uma readequação dos profissionais para atender às novas demandas decorrentes do coronavírus, com testagens e encaminhamentos (para o hospital de referência na capital) das pessoas adoecidas em decorrência dele. Mas o ritmo que a unidade mantinha pré-Covid-19 não retomou, já que a Covid-19 desacelerou a oferta de outros serviços às demais linhas de cuidado. Savassi *et al.* (2021) reforçam que esses efeitos seriam condizentes com o que se deduziu dos impactos da primeira onda, ou seja, a readequação do manejo dos profissionais e a morbimortalidade ocasionada pela Covid-19¹³. Íris, agente de saúde da unidade Tulipa, reforçou que o foco centralizado no coronavírus deflagrou o apagamento de outros processos de adoecimentos dos usuários da unidade de saúde:

“Hoje a preocupação é essa. O governo federal em si, todos os profissionais, né, foram as orientações que recebemos, paramos no tempo, paramos na doença. Focou no Covid e outras coisas foram esquecidas... até o ano passado [2021], houve uma reclamação muito grande, porque cirurgias, medicações, estavam em falta. Tudo por causa do Covid. Tudo girava em torno do Covid. Então assim... teve coisas que estavam disponíveis, a medicação... para ficar mais fácil até para os hospitais de fora. Porém, teve perdas... Os hipertensos e diabéticos tiveram essa perda. Igual o HIV. Ele era obrigado a ir buscar essa medicação”. (Íris, agente de saúde, 2022).

O cenário adverso vivenciado nos serviços provocou uma preocupação com o momento de retomada devido à sobreposição das demandas, tendo em vista a interrupção dos atendimentos nos três primeiros meses da pandemia. Segundo Íris, “a realidade seria outra” daquela vivenciada antes do vírus. Sua exclusividade, a intermitência dos demais serviços não-Covid-19 e a falta de procura dos usuários ao tratamento de doenças agudas são efeitos gerados. E conforme apontam Savassi *et al.* ao falar da primeira à segunda onda:

13 Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/divulgacao-do-perfil-de-morbimortalidade-da-unidade-hospitalar-1>.

O receio de contaminação pela população leva a não procura a serviços de saúde, mesmo com sintomas compatíveis com doenças graves, resultando num cenário em que doenças agudas são negligenciadas, levando a desdobramentos duradouros (SAVASSI *et al.*, 2021, p. 3).

A criação do Centro Covid-19 no município, implementado no segundo semestre de 2020, aliviou a alta demanda de testagem das Unidades Básicas de Saúde. Serena reflete acerca dos momentos anteriores à criação dele e depois:

“Hoje a gente tem centro de Covid. Tipo assim, depois de seis meses, abriram um centro de Covid e a gente direcionava pro centro do Covid, mas antes era só a unidade. Então, a gente tinha que notificar, tinha que passar pelo médico quem tava com sintoma pra tomar não sei o quê, tinha que chegar na casa das pessoas que chegavam pra eles assinarem um termo pra não poder estar tráfegando no meio da rua”. (Serena, coordenadora da unidade básica Amora, 2021).

Anteriormente, refletimos sobre o modo de elevação de uma primeira onda à segunda. Agora, ao pensarmos nessa progressão e adensar os efeitos reverberados pela continuidade da pandemia no município de Rio Tinto, alguns pontos refletidos na Atenção Básica e no tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids são dignos de nota. Em primeiro lugar, entende-se que a Atenção Básica absorveu os efeitos da primeira onda de Covid-19 quando seus direcionamentos passaram a ser unicamente demandas da pandemia. O represamento de outros cuidados, principalmente para doenças crônicas, apareceu na fala de Íris, apontando uma sobrecarga e um novo manejo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, o que provocou alguns receios:

“É... eu ainda não recebi muita reclamação porque eu não sei estar em um lugar e não entrar. Porque existe assim... do portão pra fora. Não falar muito. Trabalhamos mais com redes sociais do que né...”

O mundo parou, mas assim, a volta vai ser preocupante quando for... agora que a gente tá buscando, que os trabalhos estão voltando ao normal, as visitas... entrar diretamente nas casas, a gente vai ver outra realidade”. (Íris, agente de saúde, 2022).

Íris redefiniu o modelo tradicional de trabalho como uma agente comunitária, mantendo as visitas domiciliares, embora tenha sido com a ressalva de não entrar nas casas e manter o diálogo com os moradores de sua área apenas do lado de fora delas. A estratégia de visitá-los trouxe consigo o receio de não conseguir atender ou identificar alguns problemas não falados, principalmente quando não havia muita procura nos serviços da unidade de saúde diante do medo de contaminação pelo vírus.

No território adscrito de Íris, localizamos três pessoas vivendo com HIV (Marjorie, Aurora e Melissa), atendidas tanto pela Atenção Básica da unidade Tulipa quanto pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) em João Pessoa. O trabalho de Íris, voltado às PVHA, se centra no acompanhamento de seus estados de saúde e na verificação das idas e vindas aos serviços especializados: “a gente fica em vigilância assim, a gente tá (sic) sempre indo nas casas pra ver se a pessoa não abandonou” (ÍRIS, agente comunitária, 2022). Além disso, Íris também direciona, quando necessário, os usuários até a unidade Tulipa. As entrevistas realizadas com Marjorie, Aurora e Melissa indicaram quando, de fato, elas buscam os serviços da unidade e quando se dirigem ao SAE de João Pessoa.

Melissa, mulher negra de 37 anos, disse que os únicos atendimentos realizados na Atenção Básica são voltados a seus filhos, exceto ao mais novo, que realiza junto com ela os exames no SAE. Marjorie, mulher indígena potiguara de 58 anos, cadastrada no polo indígena Unidade do Sol¹⁴, observa:

“Quando eu tô sentindo alguma coisa, aí eu vou lá. Mas é muito difícil eu ir. Mas assim tomando vacina, não é? É quando eu vou, quando tô precisando [...] porque tem exame aqui que eu faço, que a médica diz que não serve pra lá. Que é o que a mulher faz de seis em seis meses [citológico]”. (Marjorie, PVHA, 2022).

Aurora, mulher indígena potiguara de 60 anos, se encontra no mesmo caso que Marjorie, pois raramente procura o polo de saúde indígena, uma vez que todos os exames são realizados no Serviço de Assistência Especializada (SAE).

14 A Unidade do Sol fora cedida pela liderança indígena local e se encontra na Aldeia do Céu, território indígena do povo Potiguara. Nela se realiza uma estratégia em parceria com o polo de saúde indígena (SESAI), a unidade Tulipa e a unidade Amora. Uma vez por semana, as unidades básicas ofertam serviços no polo voltados à população indígena (com médico, técnica de enfermagem e uma agente comunitária da unidade). Nos demais dias da semana, os atendimentos no polo são realizados pela equipe de profissionais lotados no SESAI.

Neste sentido, todas as interlocutoras mencionam que, mesmo as demandas médico-terapêuticas que não sejam necessariamente voltadas ao HIV, são executadas nos serviços especializados e que raramente vão até a unidade básica para realizar algum atendimento, exceto nos casos de vacinação e serviço odontológico de urgência. No entanto, os efeitos da segunda onda de Covid-19 impulsionaram a alta demanda do vírus no Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids, que passou a ser referência também para os efeitos de adoecimento do coronavírus, pausando, assim, os atendimentos, os exames e as consultas direcionados às pessoas que vivem com HIV/Aids. Contudo, segundo as interlocutoras, a dispensação de medicamentos no SAE se manteve normalmente. Além disso, vale salientar que essa normalidade se refere à dispensação de medicação, o que não inclui os meios para se chegar até o serviço especializado.

Entende-se que a Atenção Básica municipal é responsável por direcionar as PVHA ao Serviço de Assistência Especializada através da disponibilização de transportes, tendo em vista que Rio Tinto se localiza a cerca de 60 km de distância de João Pessoa. Entretanto, a circulação do transporte também foi interrompida até o período equivalente à segunda onda, retomando apenas no início de 2022. Durante esse tempo, Marjorie e Aurora mantiveram a ida até o SAE com recursos próprios e retiraram a medicação antirretroviral. No entanto, isso não ocorreu com Melissa, que suspendeu temporariamente o uso dos medicamentos por não ter condições financeiras para ir até João Pessoa. Savassi *et al.* nos lembram que:

Pacientes com condições crônicas são mais susceptíveis à Covid-19, demandando isolamento social, mas mantendo demanda por cuidados contínuos em saúde. Há maior risco de prejuízo ao gerenciamento dessas condições pela inacessibilidade ao acompanhamento adequado e a medicamentos de uso contínuo. Além disso, pacientes com vulnerabilidade socioeconômica têm mais falhas no autocuidado, especialmente, na adesão medicamentosa, sendo mais sujeitos a complicações pela descompensação dessas doenças. (SAVASSI *et al.*, 2021, p. 6)

Essa pausa no tratamento nos provoca a pensar acerca dos efeitos da combinação entre a vulnerabilidade socioeconômica, a adesão ao tratamento de HIV/Aids e a pandemia da Covid-19. Por um lado, Melissa, mulher negra não alfabetizada, mãe de três crianças, vive apenas com o apoio do Bolsa Família para se manter. Além disso, não demonstra nenhum conhecimento sobre a Covid-19 e sobre o HIV; Marjorie, mulher indígena aposentada, com ensino

fundamental incompleto, consegue identificar elementos mais significativos no entendimento sobre prevenção ao coronavírus e ao tratamento do HIV; e Aurora, mulher indígena também aposentada, com ensino fundamental completo, compreende de maneira mais técnica os vírus e a pandemia. A falha no autocuidado mencionado pelos autores supracitados acompanha a dimensão socioeconômica das usuárias a partir do momento em que a única que teve a descontinuidade da terapia antirretroviral foi Melissa.

Portanto, se pensarmos na vulnerabilização das pessoas com condições crônicas e efeitos para além da Covid-19, a terceira onda redefiniu os serviços de saúde observados. Entende-se que o papel da Atenção Básica às pessoas vivendo com HIV/Aids tem uma grande importância para manter os sujeitos do território sob a luz das estratégias de cuidado dimensionadas que, por sua vez, se inserem nas demandas dos agentes comunitários. Por outro lado, a Atenção Básica também regulariza as estratégias de prevenção voltadas aos usuários do serviço de uma maneira mais ampla. Neste sentido, as ações municipais são construídas a partir de um diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários do território adscrito. Antes da Covid-19, sobretudo na Unidade Básica de Saúde Amora, constava na organização mensal das atividades o “dia D” da testagem para o HIV: uma vez por mês se divulgava para a comunidade a realização do dia de testagens rápidas de IST’s (sífilis, hepatite B e C e HIV). Mesmo que o dia estratégico fosse mensal, as ações de prevenção estabeleciam uma frente em conjunto com as testagens incorporadas no pré-natal para o enfrentamento do HIV. Após a paralisação da unidade e seu respectivo retorno, o “dia D” se dissolveu nas ondas, tornando-se parte apenas do passado. Além disso, esperava-se que as testagens se tornassem parte do pacote da procura espontânea dos usuários, o que, até março de 2022, não havia acontecido, uma vez que, segundo o relato de interlocutores, o medo da Covid-19 ainda rondava, prevalecendo diante de qualquer outro intuito de procurar os cuidados à saúde.

Até aqui, percebemos que, mais do que uma mirada epidemiológica que oriente a definição do movimento das ondas, temos uma pluralidade de elementos que colaboram para essa compreensão de períodos pandêmicos mais agudos e outros em decréscimo. Mais adiante veremos que interesses econômicos, a exaustão do isolamento social, o número de mortes, a atualização de conhecimentos sobre o vírus, a vacinação e as disputas políticas e ideológicas, margeiam e pressionam os caminhos da política pública de saúde do país, reverberando na oferta de serviços nas unidades de saúde.

Para compreendermos de maneira mais aprofundada as respostas da política emergencial de saúde às ondas e como estas refletem no manejo durante a pandemia de Covid-19, a seguir, refletiremos sobre os decretos, protocolos e manuais destinados à Atenção Básica, a partir de uma ótica da antropologia dos documentos.

ENTRE DECRETOS, PROTOCOLOS E MANUAIS: A COVID-19 E OS DOCUMENTOS

Eventos pandêmicos globais demandam dos sistemas de saúde uma readequação de suas políticas e práticas de gestão para uma resposta mais efetiva a determinados processos de adoecimento. Essa readequação não ocorre de modo simples e rápido, sendo necessárias *expertises* de gestores, cientistas e profissionais de saúde para lidar com as adversidades que, conseqüentemente, emergem de cenários complexos, como o vivenciado durante a pandemia de Covid-19.

Desde o início da emergência sanitária, e até mais recentemente (e provavelmente futuramente), foram e serão produzidos e publicados diversos documentos que tratam de orientações sobre o manejo clínico da doença, de suas especificidades, do modo como as equipes devem se organizar em seus variados níveis dentro do sistema de saúde, dentre outros temas. Documentos são “artefatos etnográficos” dotados de agência e que produzem efeitos nas relações sociais, na implementação de políticas e, conseqüentemente, nas relações de poder (pois produzem ordens e regras a serem seguidas), indo além de uma dimensão meramente informacional e instrumental, o que os tornam elementos necessários de serem levados em consideração na análise antropológica (LOWENKRON; FERREIRA, 2020).

Conforme já mencionamos no tópico anterior, a primeira onda da pandemia de Covid-19 foi marcada por incertezas e tensões. Não se sabia muito sobre como o novo coronavírus agia sobre o organismo, embora já houvesse na literatura científico-médica registros e estudos sobre outros tipos do mesmo vírus. A variabilidade e a mutação do vírus recente causaram instabilidade nos estudos, que precisaram rapidamente se atualizar para responder aos efeitos trágicos e fatais do cenário pandêmico. No Brasil, a Atenção Básica ocupa um lugar estratégico no SUS, sendo considerada “a porta de entrada” dos usuários aos serviços de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é alicerçada em um pressuposto territorial bem delineado:

Ter território subordinado sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade (BRASIL; PNAB, 2007).

A definição territorial que dá a tônica à Atenção Básica é, nesse sentido, um importante instrumento relacional e processual em saúde. Com o distanciamento físico imposto pela pandemia, a relação de proximidade entre os profissionais de saúde e os usuários foi alterada e teve que ser readequada no e para além do território físico. Em abril de 2020, um mês após a declaração de estado de pandemia global decretada pela OMS, o Ministério da Saúde do Brasil, a partir da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), publicou o “Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2020), um documento de caráter orientativo, voltado a gestores e profissionais da área.

No que diz respeito ao conteúdo do material, constam tópicos referentes à classificação e conceituação do novo coronavírus, os principais sinais e sintomas causados pela infecção, a forma de realização de diagnósticos, a realização de testagens e os tipos de testes disponíveis. O documento trata ainda dos cuidados que as equipes de saúde devem ter nas Unidades Básicas de Saúde, além de oferecer os serviços de teleatendimento e telemedicina como uma possibilidade de interlocução entre seus profissionais (médicos, enfermeiras e agentes comunitários) e a população adscrita aos territórios onde as unidades estão situadas. Embora, no protocolo, seja possível perceber uma tentativa de readequação ao cenário adverso, não conseguimos visualizar as ações e os serviços mencionados se efetivando em nosso campo de pesquisa. Estamos tratando de um material documental elaborado e publicado nos meses iniciais da pandemia. E sendo os documentos “artefatos etnográficos”, isto é, agentes produtores de ação sobre determinada coisa ou relação (HULL, 2012; LOWENKRON; FERREIRA, 2020; RILES, 2006), precisamos seguir também suas repercussões, implementações e contradições.

Nas interlocuções com as gestoras municipais em saúde do município de Rio Tinto de então, nos meses iniciais da pandemia (realizadas de modo *on-line*, através de videoconferência), foi possível dimensionar um pouco a relação entre “o que está no papel” e como determinado conteúdo é in-

ternalizado (ou não) nas práticas de gestão e nas práticas sociais. Aliás, no cotidiano, é muito comum ouvirmos a expressão: “uma coisa é o que está no papel, outra coisa é na prática”. Não queremos aqui incorrer na dicotomia entre o que é escrito *versus* o que é praticado em que a expressão se assenta. O que nos interessa é, talvez, evidenciar os desafios e as dinâmicas na relação com esses artefatos.

Quando questionadas acerca das demandas da Atenção Básica em Rio Tinto e das muitas portarias e decretos com orientações, Flora (Coordenadora da Vigilância em Saúde) e Luna (Coordenadora da Atenção Básica) naquele período, em 2020, mencionaram os desafios às suas práticas de gestão na relação com o material documental que surgia:

“Todo recurso de Covid, ele é direcionado através de várias portarias e através de uma funcional programática. Ele caiu em um bloco chamado bloco de manutenção, e aí, a população viu milhões nas contas dos municípios. E, inclusive, os gestores desses recursos tiveram muitas dúvidas que, na verdade, nunca foram sanadas completamente através de portarias que foram surgindo... se podiam trabalhar com compra de veículos, com aquisição de material permanente de laboratório, porque ele caiu no bloco de manutenção e não no bloco de investimento, que é onde são comprados materiais e equipamentos permanentes. Então, foi dessa forma que os municípios iniciaram, e o município de Rio Tinto iniciou seu trabalho”. (Flora, coordenadora da vigilância em saúde, 2020).

“A cada dia, na verdade, aumenta a questão das responsabilidades da Atenção Primária, principalmente em relação às doenças crônicas. E até relacionado ao Covid, como você falou, tão vindo algumas portarias pra atenções especiais a determinados grupos, como, por exemplo, ao grupo de gestantes. A gente hoje, aqui, já oferece mensalmente o teste do Covid como parte do pré-natal, faz parte do pré-natal de Rio Tinto a testagem do Covid, como atenção especial a gestantes. Está vindo também em relação às doenças crônicas. Hoje estava conversando com Flora [Coordenadora da Vigilância em Saúde na data da realização da entrevista], que a gente também vai começar a fazer a testagem desses grupos especiais que são aqueles que podem oferecer um maior risco, né, que são, justamente, os hipertensos, diabéticos, cardiovasculares, acamados. Então, a gente também vai começar, embora a gente tenha pouco tempo, a gente também vai iniciar a parte de atenção maior relacionada à Covid com os pacientes crônicos”. (Luna, coordenadora da Atenção Básica, 2020).

A partir dos trechos das entrevistas, é possível perceber como, na interação das gestoras com os decretos e as portarias, foram e vão sendo delineadas as relações entre os três níveis de governo da administração do Estado brasileiro: federal, estadual e municipal, sobretudo, no que diz respeito ao SUS, à Atenção Básica e suas dinâmicas. Flora chama a atenção para a confusão em torno das orientações relativas ao financiamento dos recursos voltados às demandas de Covid-19. Segundo a interlocutora, as portarias foram chegando de modo confuso, causando uma tensão, no sentido de que não se sabia como aplicar os recursos. Essa confusão pode estar relacionada à ausência ou à fragilidade do diálogo entre as diferentes instâncias (gestores municipais, estaduais, profissionais de saúde e governo federal) sobre a resposta ao coronavírus. Parece ter havido pouco diálogo entre as diferentes esferas governamentais sobre o que estava constando nos documentos, como se os decretos e as portarias falassem por si só. Dada a complexidade, as práticas de gestão assumiram um caráter experimental no início da pandemia, testando e verificando ações à medida que se acumulavam mais experiências e se divulgavam e transmitiam informações e estudos mais consistentes.

Já Luna, que além de comentar algumas mudanças ocorridas no período em que atuou como coordenadora da Atenção Básica na cidade, nos apresentou também alguns elementos importantes: as orientações relativas a grupos específicos, que comumente, na gestão em saúde, são considerados “populações-chave”. Luna, que iniciou sua trajetória no campo da saúde pública atuando no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), menciona as responsabilidades da Atenção Básica no cuidado às pessoas com condições crônicas e às gestantes. Apesar de não se aprofundar no tema, as informações apresentadas por ela concordam com o “Manual - Como Organizar o Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas na APS no Contexto da Pandemia” (BRASIL, 2020). O documento foi produzido em 2020 e trata da reorganização do processo de trabalho na Atenção Básica voltada às populações com doenças crônicas. O texto do material fala em “estratificação de risco” como um:

processo pelo qual se utilizam critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada pessoa deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral. (BRASIL, 2020).

Os “subgrupos” tratados no texto se referem majoritariamente àquelas populações acometidas por: doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e sintomas gripais, sobrepeso e obesidade, câncer e tabagismo. Embora haja uma menção às PVHA, está alocada apenas na tabela de “Estratificação de risco clínico para definição de prioridade no atendimento de pessoas com DCNT”. E dentro dessas prioridades, as PVHA ocupam as categorias de “Baixo Risco e Médio Risco”. Nesse processo de nivelamento de riscos, nota-se que, naquele momento, as PVHA não tinham prioridades nas estratégias de enfrentamento da Covid-19 em populações-chave. Apenas em 26 de janeiro de 2021, com a publicação da Nota Informativa nº 3/2021 - DCCI/SVS/MS¹⁵, e com o início do Programa Nacional de Imunização (PNI), foram alocadas como um grupo prioritário para a vacinação, mas somente aquelas com contagem de linfócitos TCD4+ (células responsáveis pela defesa do sistema imunológico) menor que 350. Em março de 2021, foi atualizada com o lançamento da Nota Técnica nº 282/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS¹⁶. E então, a partir da pressão do movimento social de HIV/Aids o critério de contagem de linfócitos foi retirado, sendo incluídas todas as pessoas de 18 a 59 anos que vivem com HIV/Aids no PNI.

Além dos documentos supracitados, o Painel Coronavírus, implementado pelo Ministério da Saúde, se tornou um dispositivo de registro das informações, sobretudo quantitativas e estatísticas sobre a pandemia, abarcando dados sobre o número de infecções, óbitos, populações afetadas e distribuição regional dos casos. Apesar de sua característica eminentemente estatística, o instrumento em questão – que deveria servir como um mecanismo de orientação dos gestores, dos profissionais de saúde e da população em geral – esteve imerso em contradições e tensões. Um dos casos envolveu o apagão dos dados em 2022, ocorrido em decorrência da mudança no modo de divulgação, que passou do número de óbitos ao de pessoas adoecidas pelo coronavírus que foram curadas. Outra iniciativa de registro, divulgação e orientação acerca dos dados foi a criação do Observatório Covid-19, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A temporalidade entre o apagão, o restabelecimento do sistema e a atualização dos indicadores, impactou consideravelmente nos números do Painel, o que, por sua vez, gerou questionamentos sobre a mudança da metodologia de divulgação dos dados.

15 Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_notas-informativas/2021/nota-informativa-no-3-2021-dcci-svs-ms/view.

16 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-Covid-19/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-no-282-2021-cgpni-deidt-svs-ms.pdf/view>.

E é necessário ressaltar que os dados não são apenas números. São histórias e vidas que foram afetadas e muitas delas silenciadas. A invisibilidade e a subnotificação podem, nesse contexto, aprofundar ainda mais a vulnerabilidade de populações específicas, como a população negra (SANTOS *et al.*, 2020), que compunha o grupo com maior mortalidade por Covid-19 e as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) (UNAIDS, 2021), já acometidas por uma doença crônica imunossupressora, logo, mais suscetíveis a agravos em caso de adoecimento pelo coronavírus.

A partir do caso envolvendo as PVHA e da discussão acerca do apagão de dados epidemiológicos, compreendemos que a dimensão intermitente da pandemia se apresenta também, de forma muito clara, nos documentos, protocolos, manuais e boletins. O vaivém de documentos e dados (reformulações, atualizações e novidades) demarca também, sem dúvida, o vaivém das ondas da pandemia, seus processos incutidos, suas contradições e os múltiplos agentes envolvidos.

E conforme mencionamos anteriormente, no Brasil, o movimento das ondas alcançou momentos agudos, com a persistência do platô de casos por meses. No entanto, ao menor sinal de redução dos índices de contaminações e mortes, seguia-se uma ofensiva para reacender o mercado e incentivar o retorno às atividades. E somando-se ao caráter ideológico negacionista do governo federal de então, que buscava minimizar os efeitos da pandemia, uma pressão significativa, por parte do empresariado, colaborou para que os gestores fossem instados a publicar decretos de reabertura do comércio. Além disso, o aprendizado de pesquisadores em “tempo real” (MALUF, 2020) acerca das medidas preventivas e do tratamento de pessoas em adoecimento pela Covid-19, mobilizou a reformulação de protocolos, embora a duras penas, tendo em vista os questionamentos ideológicos sobre o fazer científico e as constantes mudanças de ministros da saúde e suas diferentes interpretações sobre como tratar a pandemia. E ainda que a superação das ondas não tivesse ocorrido de fato, por vezes, a intermitência dos documentos obedecia à lógica das disputas entre os campos, como o científico, o ideológico, o político e o econômico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, traçamos o movimento das ondas da Covid-19 e os impactos que atravessaram a Atenção Básica no município de Rio Tinto, centrando-nos nas particularidades de duas Unidades Básicas de Saúde (Tulipa e

Amora), especialmente nos serviços voltados ao HIV/Aids. Os dados empíricos coletados foram constituídos por meio da análise antropológica e documental, o que possibilitou tecer um mapeamento das dimensões político-sociais que estão e estiveram orientando os serviços direcionados ao HIV e à Covid-19.

A análise constatou um caráter intermitente dos serviços na Atenção Básica municipal durante os períodos em que os ápices da pandemia se alastravam pelas ondas, desacelerando a procura de cuidados nas unidades e modificando as demandas dos profissionais. Mencionamos que, nos três primeiros meses da primeira onda, ambas as unidades permaneceram fechadas, momento em que a população esteve à deriva, em decorrência das dificuldades e dos desafios inerentes à readequação dos serviços de saúde diante da realidade pandêmica. Se, por um lado, o retorno da atividade nas unidades abarcou a inclusão de novas demandas ligadas à Covid-19, por outro, os serviços não-Covid-19 ficaram secundarizados e com baixa procura. Não obstante, o Serviço de Atendimento Especializado em João Pessoa, que antes da pandemia acolhia as demandas de HIV/Aids, depois dela passou a assumir outro papel de referência, tornando-se um centro hospitalar base para o atendimento de pessoas em adoecimento pela Covid-19, gerando, com isso, o cancelamento de consultas para o acompanhamento das PVHA.

E embora faça mais sentido para alguns epidemiologistas¹⁷ pensar em “arremetida da Covid-19” do que em ondas, uma vez que nunca zeramos o contágio – e também de que a lógica da pandemia não é cíclica, já que depende não apenas da mudança de variantes, mas de questões comportamentais e de medidas programáticas de prevenção –, entendemos que o modo como ela foi pensada politicamente como emergência mundial de saúde e a forma como essas questões chegaram aos serviços por meio das diretrizes governamentais, perpassam esse reconhecimento da Covid-19 por meio de ondas, a partir dessa dinâmica de movimento crescente e decrescente do aumento de casos/mortes e de seu recrudescimento expresso, inclusive nas contradições temporais contidas em documentos e nos indicadores epidemiológicos.

E ainda que o termo possa caracterizar a ideia de movimento natural e previsível, o que não é o caso da Covid-19, interessou-nos aqui pensar as ondas a partir da categoria nativa das profissionais de saúde, dos gestores e seus decretos, como uma tendência que deu contorno aos atendimentos, aos momentos de fechamento das unidades de saúde, ao cancelamento dos ôni-

17 Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/05/para-especialistas-pensar-na-pandemia-em-ondas-so-atrapalha-enfrentamento.shtml>.

bus etc. Do mesmo modo como, ao menor sinal de redução nos indicadores, orientou o retorno da vida social (mesmo sem zerar o contágio), decretando a reabertura das atividades comerciais e o relaxamento das medidas preventivas.

O sentido de trazer as ondas como um aparato metafórico, reluz especialmente na gradação de impactos na Atenção Básica. Vimos, na primeira onda, um momento mais agudo nas unidades básicas em Rio Tinto, logo na chegada da Covid-19, em março de 2020, com o fechamento de ambas até maio daquele ano. O cenário de incertezas, o medo, o isolamento social, o aprendizado para lidar com a nova emergência de saúde e o desamparo dos serviços e da gestão estadual/municipal pela ausência de uma resposta governamental federal consistente, marcaram esse primeiro momento, dando o tom das dificuldades enfrentadas pelo município e pelas pessoas que dependem da Atenção Básica. A retomada dos profissionais, em junho de 2020, foi carregada de inseguranças, e receios frente ao desconhecido e de novas demandas que não estavam programadas em suas atividades. Do mesmo modo, o corpo de profissionais reduzido, as novas metodologias de trabalho e as readequações de funções serviram para atender a população. De maneira alarmante, a procura dos usuários com suspeita de Covid-19 reverberou na própria rotina dos profissionais, definindo a maneira como eles nadavam contra as ondas, que aumentavam ainda mais as demandas. O afrouxamento ocorreu a partir da abertura do Centro Covid-19 no município, em novembro de 2020, onde os usuários com sintomas equivalentes ao adoecimento podiam se dirigir para fazer o teste, o que permitiu a reorganização interna das unidades, especialmente as mencionadas, e a retomada das demandas antes secundarizadas.

A segunda onda, que começou no Brasil em novembro de 2020 e se agudizou a partir de janeiro de 2021, foi marcada pelo aumento do número de mortes em relação à primeira, pela falta de oxigênio e de leitos nos hospitais. No início de 2021, a sinergia de diferentes elementos deu contornos ao cenário pandêmico, indo desde o cansaço da população em relação às medidas preventivas, à esperança em torno das vacinas, até o debate ideológico negacionista acerca da eficácia vacinal, minando, assim, a adesão ao imunizante. Nos serviços de saúde de Rio Tinto se incorporou ao quadro de atividades uma nova rotina de vacinação, dessa vez, voltada à Covid-19, o que reconfigurou as linhas de ação e aumentou a demanda de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde pesquisadas.

A terceira onda que, do ponto vista epidemiológico, remete ao período de chegada da variante Ômicron (dezembro de 2021 e meses iniciais de 2022), apresentou uma menor gravidade em relação às demais, embora, do ponto de vista dos efeitos, tenha sido o momento em que foi possível perceber o resultado do cancelamento das consultas, dos exames e do acompanhamento de outros processos de adoecimento. A centralização na nova emergência mundial de saúde acabou por invisibilizar, quando não desassistir, pessoas afetadas por doenças e infecções crônicas, a exemplo do HIV/Aids, da diabetes, da hipertensão, dentre outras.

E não obstante o serviço tenha tentado retomar a rotina de atendimento, o medo foi um elemento recorrente em nossos diálogos com os agentes de saúde, evidenciando que a baixa procura pelos atendimentos estava atrelada ao receio de contaminação pelo coronavírus. E para as PVHA, os desafios foram crescendo com os *swells* das ondas, o que implicou em apreensões e dificuldades para buscar atendimento, sobretudo com o cancelamento de consultas no hospital de referência na capital paraibana (apenas a entrega de medicamentos). Parte do impacto na atenção às PVHA pode ser entendida a partir do cancelamento do transporte oferecido gratuitamente pela prefeitura (Rio Tinto/João Pessoa) para se transladar às consultas no Serviço de Assistência Especializada. Sem esse suporte, a ida até o serviço de referência ficou por conta de cada cidadão.

Logo, elencar essa dificuldade é sinônimo de tornar evidentes os déficits socioeconômicos que ainda parecem atravessar diretamente os cuidados em HIV/Aids, tendo em vista que, das três interlocutoras entrevistadas (Marjorie, Aurora e Melissa), a última precisou interromper o tratamento antirretroviral por não ter condições financeiras para viajar até João Pessoa e ser atendida no SAE. E considerando que Marjorie é dependente de auxílios governamentais, mãe de três filhos pequenos, classificada e rotulada na Unidade Básica de Saúde como uma família vulnerável, a procura por tratamento para cuidar de algo invisível tornou-se algo secundário. Aqui, é interessante pensar na condição de PVHA assintomática. Durante a entrevista, Melissa mencionou que nunca teve nenhum adoecimento desde a descoberta de sua sorologia, e, portanto, nunca deu importância. A emergência de seu tratamento só se construiu com o pré-natal do terceiro filho. Deste modo, diante de uma vida cheia de dificuldades econômicas, e pelo fato de nunca ter sentido o efeito de sua sorologia positiva para o HIV, quiçá por tais motivos outras urgências podiam se sobrepor ao seu tratamento. A suspensão do tratamento

de Melissa, em decorrência do cancelamento do transporte público que a levaria ao hospital de referência, agrava-se pela falta de acompanhamento do *status* sorológico de seu bebê, que ainda estava em fase de verificação da transmissão vertical (passada de mãe para filho no parto ou amamentação).

A condução da pandemia demonstrou a ausência de respostas programáticas do governo federal em consonância com as instâncias estaduais e municipais. Com isso, analisando os artefatos etnográficos (portarias, manuais de manejo técnico e clínico e protocolos), encontramos contradições entre as diretrizes postas nos mais diversos documentos e as condições reais de aplicação nas unidades de saúde investigadas.

Desta forma, o intercruzamento entre as dinâmicas nas quais se localizam as duas unidades de saúde analisadas, os rebatimentos da pandemia do coronavírus para a Atenção Básica, suas intermitências em interação com a agudização e a complexificação da resposta ao HIV/Aids pela Atenção Básica produziram, e ainda produzem, efeitos preocupantes na atenção à saúde da população. É necessário, portanto, atentarmos aos efeitos desse fenômeno em longo prazo, a partir de uma observação antropológica etnográfica contínua e crítica.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Ana Lucia Martins; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>. Acesso em: 30 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção à Saúde. **Manual – Como Organizar o Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas na APS no Contexto da Pandemia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/arquivos/2020/manual_como_organizar_o_cuidado_de_pessoas_com_doencas_cronicas_na_aps_no_contexto_da_pandemia.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Informativa Nº 3/2021 - DCCI/SVS/MS**. Dispõe sobre a vacinação de Covid-19 em pessoas vivendo com HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_notas-informativas/2021/nota-informativa-no-3-2021-dcci-svs-ms/view. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Técnica Nº 282/2021 - CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Dispõe sobre a atualização das recomendações da vacinação contra a Covid-19 em pessoas vivendo com HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contr-a-Covid-19/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-no-282-2021-cgpni-deidt-svs-ms.pdf/view>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Painel Coronavírus** [internet]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 08 jun. 2023.

CUNHA, Claudia Carneiro et al. Na encruzilhada de duas pandemias: a experiência de redes de apoio social de jovens e adultos vivendo com HIV/Aids durante a pandemia de Covid-19. **Physis**, v. 32, n. 3, p. e320301, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/sJw3ZXY8TSsZw5vkrTLLYwq/>. Acesso em: 07 maio 2023.

FERREIRA, Leticia; LOWENKRON, Laura (Orgs.). **Etnografia dos documentos: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias**. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2020.

HULL, Matthew. Documents and Bureaucracy. **Annual Review of Anthropology**, v. 41, p. 251-267, 2012.

LEE, Thomas H. The invisible patient: caring for those without Covid 19. In: **Covid 19: managing the surge**. Waltham: NEJM Catalyst Collection, 2020.

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

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. Brasília: CONASS, 2020.

MOTA, Eduardo. **Pandemia da Covid-19**: a terceira onda ainda não acabou. Salvador: UFBA, 2022. Disponível em: <https://www.edgardigital.ufba.br/?p=23452>. Acesso em: 10 fev. 2023.

Organização Mundial da Saúde. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**, 30 jan. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 15 fev. 2023.

PARKER, Richard et al. **Aids e Covid-19**: o impacto do novo Coronavírus na resposta ao HIV. Rio de Janeiro: ABIA, 2020.

RILES, Annelise. Introduction: In Response. In: RILES, A. (Ed.). **Documents**: artifacts of modern knowledge. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2006. p. 1-38.

RODRIGUES, Vinicius Santos et al. O cuidado em HIV/Aids em contexto de Covid-19: A experiência e os desafios São João Del-Rei (MG). In: 4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SAÚDE,

2021, Rio de Janeiro. **Anais...** Campinas: Galoá, 2021. Disponível em: <https://proceedings.science/cbppgs-2021/trabalhos/o-cuidado-em-hivaids-em-contexto-de-covid-19-a-experiencia-e-os-desafios-sao-joa?lang=pt-br>. Acesso em: 20 out. 2023.

SANTOS, M. P. A. D.; NERY, J. S.; GOES, E. F et al. D. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>. Acesso em: 07 jun. 2023

SAVASSI, Leonardo Caçado Monteiro et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1006>. Acesso em: 10 set. 2022.

SILVA, Luziana M. F.; GUTIÉRREZ, Mónica L. F.; NETO, Francisco P. de O.; PONTES, Wertton. Jogos de Espelhos? Pensando sindicalmente o HIV/Aids e a Covid-19. In: SOUZA, Alessa C. et al. (Orgs.). **Compartilhando Saberes**: etnicidade, saúde e produtividade acadêmica em tempos de pandemia. 1ª ed. João Pessoa: Editora do CCTA, 2021. p. 141-162.

SINGER, Merrill. **Introduction to syndemics**: a critical systems approach to public and community health. [S.n.]: [s.l.], 2009.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Trad. de Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Global AIDS strategy 2021-2026**: End Inequalities. End AIDS. UNAIDS, 2021. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-globalAIDS-strategy>. Acesso em: 10 ago. 2021.

A PESSOA IDOSA E SUAS MÚLTIPLAS FACETAS DURANTE O PERÍODO PANDÊMICO

*Ana Paula Marcelino da Silva
Marcia Reis Longhi*

O presente capítulo¹ tem como pano de fundo um contexto marcado por uma crise sanitária, política e econômica. Estamos no Brasil, no início de 2020. A pandemia é uma realidade incontestável. A crise política, que já existia, se acentua e se personifica na falsa polarização entre “salvar a economia” – posição defendida (e performatizada) pelo governo federal – e “salvar vidas” – que na visão do governo de então seria a posição dos “adversários”. A realidade era, de fato, bem mais complexa e multifacetada, mas, apesar das muitas incertezas, buscava-se construir alguns consensos.

O principal objetivo deste texto é o de refletir criticamente acerca da construção de algumas “verdades” que passaram a nortear as decisões sanitárias, amparadas na ciência, quando havíamos nos confrontado com a realidade incontestável de que vivíamos uma pandemia: a) a melhor forma de proteção (antes das vacinas) era o distanciamento social e b) as pessoas idosas eram as mais suscetíveis a contrair a forma mais grave e agressiva da doença. Longe de querermos negar essas consta-

¹ As autoras do capítulo, integrantes da equipe do projeto Antropocovid, agradecem às coordenadoras do projeto e às organizadoras da coletânea pela oportunidade do presente *paper* integrar este volume.

tações, queremos refletir sobre os dispositivos acionados a partir delas e o que estes dispositivos nos falam sobre as relações intergeracionais, as dinâmicas de poder e o julgamento moral, em um contexto neoliberal e de crise institucional.

INTRODUÇÃO

Pensando na realidade brasileira, podemos dizer que, desde março de 2020, a pandemia de Covid-19 passou a reordenar a rotina das brasileiras e dos brasileiros. Foi preciso se adaptar às práticas de proteção e às variações de intensidade de contaminação pela doença, processos relacionados diretamente ao desenlace institucional federativo e à consequente ausência de uma política forte de enfrentamento do vírus. Durante todo o período pandêmico, a população se viu imersa em um ambiente tenso e confuso, tendo que lidar com a “guerra” de informações travada pelos mais diversos atores e atrizes sociais de então, dos poderes instituídos (legislativo, executivo e judiciário) às instituições oficialmente legitimadas, como o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Instituto Butantan e as universidades, além de especialistas reconhecidos, nacional e internacionalmente, pelo seu conhecimento científico no campo em questão.

Apesar do permanente tensionamento do poder executivo, algumas medidas de biossegurança, recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foram amplamente incorporadas, como a constante higienização das mãos, com água e sabão ou álcool em gel, e a utilização de máscaras faciais². No entanto, um dos aspectos de maior tensão foi referente à recomendação de isolamento social, referendada pela OMS, mas questionada por alguns segmentos e fortemente boicotada pela Presidência da República ao longo do período mais crítico da Covid-19. Esta questão mereceria um detalhamento mais aprofundado, pelo fato de ter sido o foco de intensos embates, que ganharam diferentes feições ao longo do tempo. No entanto, não o faremos neste texto, pois não é o cerne de nossa discussão. O aspecto relevante neste momento é destacar como e em que medida a população idosa foi central nesse debate e tentar entender quais elementos ampararam essa centralidade.

2 Esta recomendação ganha diferentes contornos ao longo do tempo, mas não iremos fazer esse detalhamento no texto. Caso tenham interesse pelo tema, recomendamos a leitura da dissertação em Sociologia de Maysa Carvalho de Souza, intitulada “Trabalhos de agulha e a pandemia da Covid-19 no Brasil: mulheres na produção de máscaras artesanais” (SOUZA, 2022).

A literatura mostrou que a Covid-19 atingiu mais a uns do que a outros (HENNING, 2020). Inicialmente, as discussões sobre o “cuidado” ganharam visibilidade no discurso público, surgindo como uma categoria fluída e polissêmica, que abarcava todas as dimensões da vida, mas rapidamente fomos percebendo que existiam nuances e especificidades, e que ser merecedor de cuidados dependia de elementos que nem sempre eram explicitados. Fomos percebendo também que fazer parte de um “grupo de risco” era carregar toda uma carga moral que essa terminologia incorporou ao longo da história, principalmente depois do HIV (COITINHO FILHO, 2020). Imediatamente, as pessoas idosas passaram a fazer parte do grupo “merecedor” de cuidados. Estatisticamente, este era o grupo mais atingido pela Covid-19, pois, de acordo com as primeiras constatações científicas, isso se devia a suas fragilidades físicas e associação a comorbidades (diabetes, hipertensão, colesterol alto etc.). De forma concomitante, foi contemplada também com o selo de “grupo de risco” e com todo o peso do estigma que é fazer parte dessa categoria. Com o tempo, no entanto, assistimos a volta da pessoa idosa à condição de invisibilidade. O presente texto pretende “destrinchar” as diversas facetas incorporadas pela pessoa idosa ao longo dos dois anos de pandemia e refletir sobre os sentidos e as pistas que estas facetas nos revelam sobre esse segmento etário, considerando que os determinantes da saúde são sociais (DEBERT; FÉLIX, 2020).

É importante frisar que utilizaremos a categoria “grupo de risco” por, pelo menos, dois motivos: primeiro, pela mesma ter sido fartamente usada, no senso comum, nos anos de 2020 e 2021, para identificar os idosos; segundo, porque acreditamos que sua utilização foi impregnada de um sentido moral que nos permite dialogar com a literatura crítica sobre o risco, a vulnerabilidade e a saúde elaborada na década de 1990 por ocasião da epidemia de HIV/AIDS³. Ao identificar um determinado grupo como um “grupo de risco”, com isso não apenas se criam mecanismos de exclusão – à medida que une “comportamentos individuais” e “características comuns” de grupo (DOURADO, 2020a), associando o risco da doença ao mesmo –, como se propicia a invisibilidade de outros fatores (sociais e físicos), que poderiam contribuir com o avanço da ciência, como a descoberta de outras ações preventivas. Assim como a assistência (no tempo mais crítico do HIV) focou sua atenção em quatro grupos específicos (homossexuais, haitianos, hemofílicos e heroínômanos), que passaram a ser

3 Para um maior aprofundamento acerca dessa discussão, indicamos os livros *Estigma e Saúde* (Fiocruz, 2013) e *Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde* (Hucitec/Fiocruz, 2009).

fortemente estigmatizados, e negligenciou outros (que também precisavam ser incluídos nas políticas públicas), também agora, nos dois anos de pandemia, houve uma generalização do idoso como um “grupo de risco”, sem considerar os inúmeros marcadores sociais presentes (gênero, raça, escolaridade, classe, entre outros). Outra lição aprendida com a epidemia do HIV/AIDS foi a de chamar a atenção para o fato de que, na hora que dividimos a população entre os que são de risco e são um risco (para os outros), negamos a dimensão social e travamos a possibilidade de ampliar as alternativas de solução.

Ainda sobre a velhice, homogeneizar um grupo (no caso, a velhice) impede que reconheçamos a existência de diferentes velhices e, conseqüentemente, que olhemos para as necessidades a partir de uma perspectiva interseccional e contextualizada. Essa análise também envolve questões como a variabilidade etária da própria categoria “idosos”. Cruzarmos os múltiplos marcadores e considerarmos a idade (já que a velhice, na contemporaneidade, abarca uma faixa em torno de 30 anos) são cuidados importantes quando pensamos nas políticas públicas existentes no âmbito da seguridade social, além das recomendações sanitárias específicas para esse grupo, como a prioridade na vacinação e o isolamento social. Ainda na linha da problematização, dialogaremos com dados advindos da demografia (CAMARANO, 2020) que revelam o lugar central do idoso em alguns segmentos sociais na manutenção das famílias durante o período pandêmico.

Para tanto, nos amparamos em textos acadêmicos produzidos entre 2020 e 2021, na perspectiva das Ciências Sociais, e em notícias jornalísticas, *lives*, *podcasts* e entrevistas. Lançamos também mão de alguns levantamentos feitos pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e pelo CEPEDISA (Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário) da Faculdade de Saúde Pública (FSP), da Universidade de São Paulo (USP).

O CONTEXTO NACIONAL

Desde que as primeiras recomendações sobre a prevenção ao contágio pelo novo coronavírus começaram a surgir no debate público, os idosos sempre figuraram entre as pessoas que faziam parte do chamado “grupo de risco”. Entretanto, consideradas as estatísticas acerca do processo de imunossenescência, isso não era nenhuma novidade trazida pelo contexto pandêmico. Mas a questão tomou uma complexidade diversa diante da dimensão da crise sanitária no Brasil, visto que o enfrentamento do problema por um governo

praticamente inerte diante da gravidade da situação contribuiu em muito com o elevado número de contaminação e mortandade provocado pela Covid-19.

As variáveis do contexto sociopolítico estabelecido pela pandemia de Covid-19, atreladas às condições de vida das pessoas idosas na sociedade brasileira, apresentam aspectos relevantes para o entendimento do processo de crise sanitária como um todo, visto que se trata de um grupo com especificidades que vão além de questões de ordem fisiológica, ainda que a maioria das recomendações dos órgãos e instituições competentes fosse embasada, necessariamente, em práticas de cuidado que buscam impedir a contaminação pelo patógeno. Neste sentido, ao falarmos de “grupo de risco”, onde se encontram os idosos, estamos falando de pessoas em risco não só de ordem biológica, mas sobretudo social, já que fatores como a baixa renda e a falta de suporte básico do Estado, em ramos como o de transporte público, de assistência social, de provisão de água e esgoto, de acesso à internet e de outras formas de contato remoto, deveriam ser sanados para evitar que pessoas fisiologicamente mais propensas a formas graves da doença saíssem de casa. Esse entendimento mostra quão extensa e polifônica é a própria noção de risco, pois não considera apenas os fatores de ordem estatística e epidemiológica, que normalmente norteiam as decisões governamentais (NEVES; JEOLÁS, 2012) e pessoais tomadas em momentos de crise sanitária, mas potencializa e estabelece relações com os demais fatores que se sobrepõem à vida prática das pessoas. Quais eram, pois, os riscos envolvidos quando se falava em “grupo de risco” e o que a presença, justificada do ponto de vista dos saberes médicos, dos idosos nesse grupo acabou provocando na forma como as pessoas acima dos 60 anos de idade eram vistas na sociedade brasileira? Em último caso, o que é ser idoso na sociedade brasileira e como a pandemia atingiu essa que, conforme já discutimos, representa um estrato da população bastante diverso, social e biologicamente?

ALGUMAS PONDERAÇÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VELHICE

Contextualizando...

Em 29 de março de 2020, o jornalista Vítor Belanciano (2020), cronista do jornal português *Público*, escreve uma crônica intitulada: “E se fossem as crianças o grupo de risco?”. Menos de um ano depois, em 27 de janeiro de 2021, a antropóloga brasileira Mirian Goldenberg (2021) escreve uma crônica na *Folha de São Paulo*, intitulada: “E se as crianças fossem o principal grupo de risco

da Covid-19?”. Podemos dizer que o fato de ambos, em países diferentes e em um intervalo de tempo inferior a um ano, escreverem crônicas com títulos tão similares, nos comunica algumas coisas: 1º colocam em questão a forma como os idosos são “olhados”, pelo fato de serem considerados de um grupo de risco; 2º relacionam essa categorização não ao indivíduo integrante dessa faixa etária, mas à sociedade contemporânea da qual faz parte e que valoriza o idoso negativamente. Como o idoso não tem um valor na sociedade ocidental, o fato de ele morrer não provoca grande comoção. Já as gerações mais jovens não se veem como um alvo (pois o que é ruim está no outro, neste caso, no velho) e não aderem, fortemente, ao isolamento social. Se fossem crianças, a sociedade se comprometeria mais. Mas como Vítor Belanciano chama a atenção, se vivêssemos em outro momento histórico, a lógica possivelmente se inverteria. A morte da pessoa velha provocaria uma maior comoção do que a morte de uma criança, indicando que estamos falando de construções sociais; e 3º esta valorização/desvalorização está associada também à lógica socioeconômica e ao paradigma da autonomia, próprios da sociedade neoliberal.

A velhice faz parte de um ciclo biológico, mas, na perspectiva das Ciências Sociais, é uma construção social que é vivida, tratada e atribuída de sentido a partir do contexto sócio-histórico-político em que está inserida e das relações de poder intergeracionais existentes. Como nos esclarece Debert, “a velhice, como as categorias etárias, étnicas, raciais ou de gênero, é uma forma de segmentar e classificar uma população, mas também de construir uma hierarquia entre diferentes segmentos assim constituídos” (DEBERT, 2011, p. 2).

A literatura mostra que, no Brasil, o olhar da sociedade sobre a velhice apresenta contornos específicos, a depender do momento histórico analisado. Para Groisman (1999), os anos 1990 foram marcados por uma espécie de “boom gerontológico”, quando se verificou um crescimento significativo de profissionais especialistas e serviços direcionados a essa etapa da vida. O amplo crescimento demográfico dessa categoria etária explica, em parte, essa visibilidade. No entanto, outros elementos contribuíram para que a velhice passasse a ganhar destaque e atenção da sociedade, como um todo, e das políticas públicas, em particular. As tecnologias de diferenciação (KATZ, 1996 *apud* GROISMAN, 1999) nos iluminam nesse sentido. Katz (1996) chama a atenção para três aspectos: a) a constituição de um discurso científico sobre o envelhecimento; b) o surgimento das pensões e aposentadorias, que contribuíram para tornar a “idade” um fator determinante para o estabelecimento de um novo *status* econômico e social para o indivíduo; e c) os asilos de velhos (KATZ, 1996 *apud* GROISMAN, 1999).

Groisman (1999), em seu texto “Asilos de Velhos: passado e presente”, tece, através de um levantamento de reportagens jornalísticas da época, a história da velhice, tendo como ponto de partida o Asilo São Luiz, no Rio de Janeiro, nas primeiras décadas do século XX. O autor nos mostra como foi sendo construída uma imagem ambígua, pois, enquanto, de um lado, se dizia que as pessoas idosas mereciam e precisavam ser cuidadas, de outro, ao mesmo tempo, eram associadas a tudo o que era negativo (algo muito próximo das imagens acerca da pobreza): não terem ninguém, não terem recursos, não terem saúde, nem física ou mental. Estarem no asilo era uma caridade da sociedade. O que nos interessa aqui é destacar que a imagem da velhice, principalmente a velhice pobre, é, pelo menos desde o início do século XX, associada tanto à fragilidade e necessidade de cuidado, quanto ao estigma de negatividade, como um peso social. Em momentos de crise, essa estigmatização se acentua, e isso foi o que assistimos nos primeiros meses da pandemia.

A VELHICE NO CONTEXTO PANDÊMICO

Conforme colocado no item anterior, o estigma social acerca das pessoas idosas não é um acontecimento inédito, tampouco fora provocado pelo contexto pandêmico. Entretanto, a conjuntura sociopolítica desencadeada pelo problema sanitário promoveu a intensificação dos valores sociais relacionados a essas pessoas (SATO, 2020). Tomando as orientações sobre a necessidade de isolamento social como um ponto de partida e cerne de todas as diretrizes sanitárias em março de 2020, é possível elencar algumas questões que contribuíram para a intensificação do estigma à velhice. Se era preciso “ficar em casa” por serem de um grupo de risco, as pessoas idosas que resistiam a essa recomendação, e que também seguiam com sua rotina de passeios, jogos e conversas pelo bairro, eram vistas como “velhos teimosos” que desconsideravam as recomendações. Muitos tiveram seus espaços de convivência isolados, como praças e parques que foram interditados ao acesso público. Em uma reportagem de abril de 2020, observamos o seguinte: “Eles [os idosos] andam tão resistentes que, em bairros com maior proporção de idosos, como Copacabana, há carros de som circulando com alerta especial para que eles cumpram o isolamento” (FERREIRA; GALDO, 2020).

O tom burlesco dessa suposta “teimosia” esconde, ao menos, duas questões que devem ser pontuadas: a primeira diz respeito ao caso específico de que se está falando de pessoas residentes em Copacabana, bairro sabidamente privile-

giado do ponto de vista econômico e estrutural; e a segunda, às consequências que o súbito impedimento de acessar esses ambientes de socialização fora de casa poderia trazer, inclusive, à própria saúde das pessoas idosas (o que se estava querendo proteger). Além disso, a dita teimosia esconde, na verdade, uma forma de discriminação baseada no marcador geracional, o etarismo, que, como vimos, impede que a autonomia, muitas vezes imposta como característica de um envelhecimento tido como adequado, seja de fato usufruída pelas pessoas idosas (BELTRÃO, 2020; COSTA, 2021). Nessa mesma direção, é importante acentuar que, antes da pandemia, o Ministério da Saúde era um forte apoiador do paradigma do envelhecimento ativo, defendido pela OMS, e que preconizava a busca por um envelhecimento autônomo e independente. É necessário pontuar que o que está em questão não é a orientação sobre a necessidade de isolamento, o que também não é algo novo quando se está falando de doenças infectocontagiosas (FOUCAULT, 2014), mas as consequências da implantação dessa medida para a vida social, visto que a vivência em sociedade é bem mais complexa e impossível de ser reduzida a questões meramente estatísticas, ainda que estas também sejam necessárias para a contenção de grandes problemas sanitários, como no caso da pandemia de Covid-19.

Com relação à primeira das questões pontuadas – o viés socioeconômico e as condições estruturais da região onde vivem –, sabe-se que não corresponde à realidade da maioria dos idosos no Brasil. De acordo com dados da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a pandemia de Covid-19 acentuou as desigualdades socioeconômicas entre as pessoas idosas, além de ter explicitado a carência de políticas públicas direcionadas a essa fatia da população brasileira que tende a crescer cada vez mais. A ausência do Estado, atrelada à dependência econômica de muitas famílias à renda dos idosos (CAMARANO, 2020), ficou bastante nítida durante os meses iniciais da pandemia, conforme atesta Guimarães:

Como principal grupo de risco da Covid-19, a recomendação era que os idosos evitassem sair de casa. Mas, para os quase 5,5 milhões de idosos que moram sozinhos no Brasil (cerca de 17% dessa população, segundo o IBGE), as coisas não foram tão fáceis. De acordo com a coordenadora do Sabe, em São Paulo, durante a pandemia, apenas 30% da população idosa conseguia usar o telefone para pedir compras, comida e medicamentos, entre outras necessidades. “Ou ele tinha ajuda ou saía de casa e quebrava a restrição [sanitária]”, resume. E completa: “Já se tinha que ter pensado em uma estratégia de política pública para ajudar essas pessoas. Mas isso não aconteceu”. (GUIMARÃES, 2022).

Com relação ao segundo dos pontos apresentados, propriamente a questão das consequências do isolamento para a socialização dos idosos, cabe pontuar que, independentemente da faixa etária e da condição socioeconômica, todas as pessoas que puderam permanecer em casa nos meses mais críticos da pandemia foram atingidas pela reorganização dos processos de socialização que ficou restrita ao formato digital, ao menos, aos que tinham acesso. Neste sentido, inclusive, muitas pessoas idosas, mesmo com acesso a esse “espaço virtual”, tiveram dificuldades em operar os aparatos tecnológicos, como *tablets*, *smartphones*, computadores etc.

Antes da pandemia, de acordo com dados do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação, no ano de 2019, 22% dos idosos brasileiros já haviam utilizado um computador, 38% haviam acessado a internet e 70% possuíam celular (5). O que indica que as tecnologias digitais que já faziam parte do cotidiano de muitos idosos e passaram a ser mais utilizadas especialmente por aqueles que vivem distantes de suas famílias que também passaram a ser cuidados por meio de contatos mediados por essas tecnologias. Dentre aqueles que já haviam acessado a rede, 82% acessavam todos os dias ou quase todos os dias, e o dispositivo mais utilizado foi o telefone celular (97%), seguido pelos computadores (34%) e televisão (23%). As atividades virtuais com maior percentual de realização foram: envio de mensagens instantâneas (83%) e chamadas por voz ou vídeo (69%); busca de informações sobre produtos e serviços (42%) e sobre saúde e serviços de saúde (39%); ouvir música (45%) e assistir programas, vídeos, filmes ou séries (40%); e compartilhamento de conteúdo (52%). (SOARES *et al.*, 2021, p. 19).

Com a chegada da pandemia, esse processo se intensificou, ainda que as dificuldades existentes, como a falta de habilidade para dominar as ferramentas básicas de aplicativos e *sites*, não tenham sido sanadas e que também tenha sido expandida a oferta de serviços de saúde por meio de atendimento remoto (SOARES *et al.*, 2021, p. 21).

De uma forma geral, a estratégia de proteção aos idosos, embora tenha sido estruturada muito tardiamente, reiterou, desde o início, o simbolismo desse grupo social como um “grupo de risco”, prioritariamente demandante de uma proteção generalizada e independente de especificações que comportassem as diferenças – classe, raça e gênero – existentes nesse mesmo grupo. Nessa

sseara, ainda é preciso considerar que o encerramento das pessoas idosas à perspectiva do risco não contempla as prerrogativas legais contidas em políticas públicas direcionadas a esse grupo social, de modo que isso representa uma contenção nos avanços, justamente em um momento crítico como a pandemia, que poderia proporcionar o aprimoramento dessas políticas.

Não se pode esquecer que há um movimento de inclusão dos mais velhos na esfera pública que está sendo tensionado pelas orientações de reclusão impostas pela pandemia do novo coronavírus. A luta pela conquista de direitos para a pessoa idosa no mundo parece conflitar com o apelo que hoje se faz para que fiquem em casa. O avanço da pandemia colocou em suspenso a legitimidade da demanda dos mais velhos por políticas públicas que garantam a sua inclusão em espaços de lazer e de sociabilidade e que viabilizem sua participação política na forma como esse grupo conhece e prioriza, presencial e direta. (DOURADO, 2020b, p. 157).

Porém, além dessas questões, uma leitura mais genérica do modo como o Estado brasileiro, principalmente o Executivo federal, enfrentou a pandemia de Covid-19, permite o apontamento de que essas supostas “práticas de cuidado” baseadas no risco faziam parte também da “estratégia federal de disseminação da Covid-19” (VENTURA; REIS, 2021), executada pelo governo federal de então. E isso, seja nos discursos de que “estariamos todos no mesmo barco”, ou então, nas frágeis respostas de contenção das crises que se sobrepuseram ao colapso sanitário. Por consequência, o enfrentamento da pandemia, no que diz respeito às pessoas idosas, que teve como principal ação o isolamento social, escondeu “gerontocídios” baseados na segregação daqueles corpos que não resistiriam à doença, caso fossem contaminados (HENNING, 2020). No arcabouço de questões ou possíveis causas desses gerontocídios, está o fato de que, mesmo sendo a principal indicação do ponto de vista do controle epidemiológico, o isolamento, de fato, não aconteceu ou apenas foi executado por uma parte muito pequena da população nos períodos mais extremos e incertos da crise.

E é necessário reiterar que o que se está discutindo aqui é a adesão ou não ao isolamento, independentemente dos motivos que levaram as pessoas a não se isolarem. Neste sentido, é possível questionar, inclusive, se se trata de uma prática de cuidado efetiva ou se sua efetividade está restrita a termos estatísticos e biológicos. Se avançarmos nessa questão, é possível indagar também se, do ponto de vista social, e dada a impossibilidade de o indivíduo viver isolado

dos demais, quais seriam as consequências psicossociais de medidas extremas como esta? Fica, portanto, o questionamento se a base se tratava apenas de uma questão fisiológica ou se as pessoas foram segregadas por não serem produtivas para o funcionamento do neoliberalismo, principal orientação ideológica do governo Bolsonaro. Esse questionamento, como nos mostra Henning (2020), foi percebido pelas próprias pessoas idosas durante a pandemia:

Angústia intensa, sofrimento psíquico, insegurança, crises de pânico e sensação de serem aberta e confessadamente vilipendiados(as) pelo Estado e pelo atual governo funeral – um governo com face-tas ironicamente gerontocráticas e gerontocidas – atravessaram as narrativas de muitos(as) interlocutores(as) na velhice desde o início da pandemia. “Eu não importo para esse país”; “estou por minha própria conta”; “se dependesse desse governo eu já tinha batido as botas”; “sou grupo de risco, se precisar ir ao hospital vão me deixar morrer sem nem chegar a ser internada, quem dirá conseguir um respirador” e outras afirmações do tipo acessei em abundância nos últimos meses. A sensação compartilhada por muitos(as) parece ser a de se descobrirem como uma espécie de “existência de segunda classe”, de serem um “peso morto”, de estarem “fazendo hora-extra”, sobrecarregando o sistema de seguridade social e a saúde pública, “atrapalhando a economia”, impedindo, enfim, o retorno à “normalidade”. (HENNING, 2020, p. 153).

Esses relatos indicam as características essencialmente paradoxais que nortearam as diversas ações de enfrentamento à pandemia de Covid-19 por parte do Estado brasileiro. No caso das pessoas idosas, isso fica bastante evidente, pois, ao mesmo tempo em que um risco de contaminação e morte gerava a necessidade de cuidados específicos, esse mesmo motivo deixava margem a considerações pejorativas a respeito desse grupo, como a visão de que seriam “pesos mortos” e “estariam sobrecarregando o sistema de saúde”, conforme vimos acima. As falas do presidente, em uma entrevista dada a um programa de televisão e uma vez em frente ao Palácio da Alvorada, no dia 28 de abril de 2020, são bem emblemáticas nesse sentido, deixando clara sua posição:

“Devemos, sim, cada família, cuidar dos mais idosos. Não pode deixar na conta do Estado. Cada família tem que botar o vovô e a vovó lá no canto e é isso. Evitar o contato com eles a menos de dois metros. E o resto tem que trabalhar, porque tá havendo uma destruição de empregos no Brasil”. (BOLSONARO, no programa Brasil Urgente, 2020).

[...] ao ser questionado por um repórter sobre o fato de o Brasil ter superado a China em número de mortos por Covid-19, afirmou: “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre”. (GARCIA; GOMES; VIANA, 2020, p. 04).

Antes de encerrarmos este texto, é importante registrar que, entre 2020 e 2021, assistimos iniciativas vindas de segmentos da sociedade civil com capacidade técnica especializada, com o propósito de instrumentalizar os potenciais operadores de políticas públicas com informações e dados. Uma delas foi o FGV Social (Centro de Políticas Públicas Sociais da Fundação Getúlio Vargas), que realizou a pesquisa “Onde estão os Idosos?”, e que, através de tabelas interativas, disponibilizou dados estatísticos sobre a população brasileira com sessenta anos ou mais. Esta pesquisa foi disponibilizada em abril de 2020.

Outra iniciativa foi a parceria realizada entre a Sociedade Brasileira de Gerontologia e Geriatria e a Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI para criar um protocolo de ações preventivas e protestativas na eminente chegada do novo vírus (também em 2020). Dessa iniciativa resultou um documento que serviu de referência para a elaboração do Plano Nacional de Contingência para o Cuidado às Pessoas Idosas, institucionalizado na pandemia da Covid-19, com orientações técnicas e estratégias para a contenção da contaminação pelo vírus, sob a gerência do Ministério da Saúde. É importante ressaltar que esse plano atuou na orientação dos gestores de todas as ILPIs do território nacional e que teve um papel importante no momento de expansão da Covid-19. Mas também é importante dizer que uma das primeiras resoluções foi justamente a proibição das visitas aos moradores das Instituições de Longa Permanência, o que remete, novamente, à discussão sobre o isolamento social. Não se questiona a necessidade de cuidados redobrados quando o público alvo é formado por pessoas muito idosas e com comorbidades que potencializam os efeitos da Covid-19, mas, considerando a importância da manutenção dos laços afetivos, esperava-se que as resoluções também contemplassem recomendações de práticas alternativas de contato, que não expusessem os idosos a riscos, mas que também não os expusessem a uma total invisibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A excepcionalidade provocada pela pandemia de Covid-19, além de ter se desdobrado em várias outras crises, como a econômica e a social, além da

sanitária, desvelou muitas desigualdades. E ainda que todas essas desigualdades fizessem praticamente parte de uma estrutura maior de sustentação de modelos socioeconômicos, como o viés neoliberal adotado no Brasil, a chegada de um novo agente patógeno de alta disseminação e mortalidade intensificou esse sistema.

Nesse escopo de observação, o caso da posição da pessoa idosa na sociedade brasileira é bastante complexo, considerando a interação do marcador geracional com outros marcadores sociais de diferença, como a classe (abordado ao longo do texto), raça e gênero, que se destacam no contexto nacional (mas que não foram aqui problematizados). Há também uma forte influência de viés econômico que, em tempos de crise, foi bastante importante para a manutenção de condições básicas de segurança sanitária, visto que essa era a principal via de enfrentamento da pandemia.

Entretanto, como vimos, a despeito de um claro avanço legal na construção de políticas públicas direcionadas às pessoas idosas e da existência de um sistema público de saúde, a resposta, principalmente aquela advinda do governo federal brasileiro, foi eficaz, quando existente, para garantir que a vulnerabilidade biológica das pessoas idosas não alcançasse altos índices de mortalidade nessa diversa fatia da população brasileira. Pelo contrário, essas políticas, muitas vezes elaboradas de maneira ampla e genérica, acabaram provocando a intensificação do estigma relacionado às pessoas idosas no país.

Outra questão que merece ser pontuada e que mereceria uma pesquisa bibliográfica mais intensa, diz respeito à queda drástica de publicações direcionadas a esse segmento etário, sobretudo após as doses obrigatórias e de reforço de vacina serem disponibilizadas a essa parcela da população. Sabemos que, apesar da disponibilização de vacinas no sistema público de saúde, muitas pessoas, devido ao local de moradia ou à falta de acesso a informações, não tomaram as de reforço. Sabemos também que, apesar de uma porcentagem significativa de idosos ter sido vacinada, isso não significa que a vida deles tenha voltado “ao normal”, de modo que seria muito importante saber como estão suas vidas no período pós-pandemia. Saíram do isolamento? Voltaram às atividades às quais se dedicavam antes da pandemia? Como está sendo a organização familiar? E os que contraíram o vírus, ficaram com sequelas? Como estão lidando com isso? A impressão é a de que, após deixarem de ser “um grupo de risco” para os outros grupos, os idosos voltaram à sua condição de invisibilidade social.

REFERÊNCIAS

BELANCIANO, Vítor. E se fossem as crianças o grupo de risco? **Público**, 29 de março de 2020.

BELTRÃO, J. F. Autonomia não se confunde com teimosia! Discriminação por idade em tempos de Covid-19. **Boletim Cientistas Sociais e o coronavírus**, n. 26, 2020. Disponível em: <https://sbpcsc.paginas.ufsc.br/files/2020/04/Boletim-26.pdf>. Acesso em: 30 out. 2023.

CAMARANO, A. A. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? **Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA)** - Nota técnica n. 81, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10145>. Acesso em: 30 out. 2023.

COITINHO FILHO, R. A (re)apropriação da categoria ‘grupos de riscos – da Aids ao Covid-19 – e a permanência do estigma sobre sujeitos em contextos pandêmicos. **Boletim Cientistas sociais e o coronavírus**, n. 39, 2020. Disponível em: <https://anpocs.org.br/2023/06/16/boletim-cientistas-sociais-e-o-coronavirus/>. Acesso em: 31 out. 2023.

COSTA, R. S. Ageísmo em tempos de pandemia: desvelando o preconceito contra idosos no Brasil. **Revista Longevidade**, v. III, n. 9, p. 5-14, 2021.

DATENA, José Luiz. Entrevista com Jair Bolsonaro. **Brasil Urgente** [televisão], 8 abr. 2020.

DEBERT, G. Velho, terceira idade, idoso ou aposentado? Sobre diversos entendimentos acerca da velhice. **Labjor**, Unicamp, 2011. Disponível em: https://www.academia.edu/6570229/Velho_terceira_idade_idoso_ou_aposentado_

[Sobre_diversos_entendimentos_acerca_da_velhice](#). Acesso em: 31 out. 2023.

DEBERT, G. G.; FÉLIX, J. Tendências e Debates. **Folha de São Paulo**, 19 de abril [2011]. Disponível em: https://www.academia.edu/6570229/Velho_terceira_idade_idoso_ou_aposentado_Sobre_diversos_entendimentos_acerca_da_velhice. Acesso em: 31 out. 2023.

DOURADO, Simone. Como pensar a velhice em tempos de coronavírus. **Boletim n. 49 - Ciências Sociais e coronavírus**, 2020. Disponível em: <https://anpocs.org.br/2023/06/16/boletim-cientistas-sociais-e-o-coronavirus/>. Acesso em: 31 out. 2023.

DOURADO, S. P. C. A pandemia de Covid-19 e a conversão de idosos em ‘grupo de risco’. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 29, n. supl., p. 153-162, 2020b.

FERREIRA, Marcelo Antonio; GALDO, Rafael. Mais vulneráveis ao coronavírus, idosos resistem à quarentena. **O Globo**, 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/coronavirus-servico/mais-vulneraveis-ao-coronavirus-idosos-resistem-quarentena-24319727>. Acesso em: 31 out. 2023.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2014. p. 171-189.

GARCIA, G.; GOMES, P. H.; VIANA, H. “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê?”, diz Bolsonaro sobre mortes por coronavírus; “Sou Messias, mas não faço milagre”. **G1**, 2020. Recuperado de: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/28/e-dai-lamento-quer-que-eufaca-o-que-diz-bolsonaro-sobre-mortes-por-coronavirus-no-brasil.ghtml>

GOLDENBERG, M. E se as crianças fossem o principal grupo de risco da Covid-19? **Folha de São Paulo**, 2021. Disponível em: <https://comentarios1.folha.uol.com.br/comentarios/6160015?skin=folhaonline>. Acesso em: 30 out. 2023.

GROISMAN, Daniel. Asilos de Velhos: passado e presente. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 2, p. 67-87, 1999.

GUIMARÃES, Kátia. **Um país velho**: o Brasil está preparado? Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/um-pais-mais-velho-o-brasil-esta-preparado>. Acesso em: 31 maio 2023.

HENNING, C. E. Nem no mesmo barco nem nos mesmos mares: gerontocídios, práticas necropolíticas de governo e discursos sobre velhices na pandemia de Covid-19. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 150-155, 2020.

KATZ, Stephen. **Disciplining Old Age**: the formation of the gerontological knowledge. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996.

NEVES, Ednalva Maciel; JEOLÁS, Leila Sollberger. Para um debate sobre risco nas Ciências Sociais: aproximações e dificuldades. **Política e Trabalho**, n. 37, p. 13-31, 2012.

SATO, Michele. Ser idoso em tempos de pandemia do coronavírus. *In: Os condenados da pandemia*. Cuiabá: GEPEA-UFMT/Ed. Sustentável, 2020. p. 47-50.

SOARES, Sônia Maria; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares et al. Tecnologias digitais no apoio ao cuidado dos idosos em tempos da pandemia de Covid-19.

In: SANTANA, R. F. (Org.). Enfermagem Gerontológica no cuidado ao idoso em tempos da Covid-19. Brasília: Editora ABEn, 2021. p. 28-33.

SOUZA, Maysa Carvalho. **Trabalhos de agulha e a pandemia da Covid-19**: mulheres e a produção de máscaras artesanais. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

VENTURA, Deisy de F. Lima; REIS, Rosana. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19. **Direitos na pandemia**: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil, n. 10, p. 6-31, 2021.

DAS INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS ÀS POLÍTICAS, OU DA AUSÊNCIA DELAS, NO ENFRENTAMENTO ÀS SITUAÇÕES DE SUICÍDIO:

ANOTAÇÕES ARRISCADAS SOBRE SUICÍDIOS A
PARTIR DA PANDEMIA EM JOÃO PESSOA/PB, BRASIL

*Heloisa Wanick
Ednalva Maciel Neves*

No início de 2020, as autoridades públicas federais brasileiras utilizaram a associação entre o distanciamento social (*lockdown*) e o aumento da taxa de suicídio para reforçar a proposta de “imunidade de rebanho”, adotada pelo Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia por Covid-19 que chegava ao Brasil¹. Esse posicionamento provocou revolta entre os profissionais de saúde, comprometidos com as práticas de gestão preventiva frente à calamidade que devastou o país, e na população em geral. De fato, a postura governamental apropriou-se da estratégia de desinformação² para fomentar o

-
- 1 A primeira manifestação do então Presidente da República ocorreu em 20 de março de 2020, e outros posicionamentos se repetiram como parte de uma estratégia política de se contrapor às medidas restritivas frente à pandemia.
 - 2 Uma reflexão acerca das tecnologias de desinformação se encontra no capítulo: “O ‘discurso da desinformação’ e as formas de produzir risco no contexto da pandemia de Covid-19”, que integra esta coletânea, e na tese de doutorado de Nascimento (2022).

terror entre aqueles que desconhecem a natureza multicausal e o sofrimento mental que dominam as experiências relacionadas ao suicídio.

Apesar dos repúdios, o posicionamento irresponsável se manteve nos discursos e aparições públicas do então Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro. Na defesa do modelo econômico, seu discurso era, e é (em 2022), carregado de ironia frente às consequências do isolamento social no enfrentamento da pandemia, assim como ocorreu em relação ao suicídio. Durante 2020 e 2021, por meio de afirmativas negacionistas, ele insistiu na tentativa de estabelecer uma associação entre o *lockdown* e a impossibilidade de sobrevivência econômica. Atribuía a limitação do acesso ao trabalho, dificultada pela necessidade de isolamento – e vivenciada sobretudo pelos trabalhadores informais – aos problemas relacionados ao suicídio.

A associação entre a depressão como consequência do isolamento social e esta como fator causal e único do suicídio também era comumente defendida por Bolsonaro, de tal modo que, em março de 2020, afirmou: “Se o emprego continuar sendo destruído da forma como está sendo, outras [mortes] virão e por outros motivos, depressão, suicídio, questões psiquiátricas”. Um ano depois, em março de 2021, em uma de suas *lives*, chegou a ler a carta de uma pessoa que se suicidou (SILVA; FRANÇA; PEREIRA, 2021), atitude reprovável pelas políticas de enfrentamento ao suicídio.

Diante dessa política de morte, cabe ponderar que se, no início da pandemia, pensava-se que o mar era o mesmo para todas as pessoas, como se propagava, as embarcações e as formas de navegar não eram e continuam não sendo as mesmas. Se os cenários biológicos e sanitários ameaçavam igualmente a todos, os cenários políticos, sociais e econômicos mostraram e mostram que seus efeitos produzem diferenciados impactos, a depender de quem e onde se está. Nossa ponderação é que as desigualdades social, racial e de gênero atravessam o evento da pandemia tanto quanto o fenômeno do suicídio, produzindo diferenciações na forma como afetam indivíduos, subjetividades, grupos e povos.

Temos como entendimento que, apesar do contexto epidêmico e social produzindo sofrimento social, a já anteriormente identificada inércia do Estado (em suas diferentes instâncias) quanto às políticas de enfrentamento do suicídio perdura e é intensificada durante a crise provocada pela Covid-19.

Sob a luz de uma abordagem multidisciplinar, propomos uma reflexão a partir do diálogo entre a Antropologia e a Epidemiologia (INHORN, 1995; GRIMBERG, 1998; NEVES; WANICK, 2021) acerca do suicídio, e de tendências e políticas no contexto pandêmico, considerando sobretudo que se trata de

um fenômeno social, complexo e multicausal. A intenção é contribuir para a compreensão da onda de suicídios em um contexto de saúde global alertada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no contexto brasileiro.

Ainda que o suicídio seja comumente visto como um evento decorrente de transtornos mentais, a exemplo da depressão e do transtorno afetivo bipolar, assim como do uso abusivo de substâncias (álcool e outras drogas), o pensamos como um fenômeno social, cuja abordagem sociológica tem seu precursor em Durkheim (2004). A continuidade da reflexão sobre o suicídio é abordada por diferentes disciplinas – Ciências da vida, Psiquiatria e Psicologia. No entanto, Nagafuchi (2019) considera que os estudos acerca do suicídio no domínio das Ciências Sociais são poucos, especialmente na Antropologia e na Filosofia, enfatizando a “conotação de tabu e de não-dito, mesmo no conjunto de estudos acadêmicos” (NAGAFUCHI, 2019, p. 102).

Chamamos a atenção para Minois (2018), quando identifica uma variedade de motivações para o suicídio, a partir de uma análise sócio-histórica. Em sua *História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária*, atravessa a história secular do Ocidente, apresentando tipologias de suicídio que se diferem em religioso, literário, filosófico, entre outros. Para Minois (2018), o suicídio se traduz em uma “morte voluntária”, ou seja, aquela morte que ocorre por ação do próprio sujeito.

Tomando por referência essa problematização – conceituação e caracterização do fenômeno –, nossa reflexão parte da compreensão do suicídio enquanto um processo complexo que não se esgota na morte, nem com o sujeito que pratica o ato, uma vez que envolve diferentes instâncias como família, amigos e apoio social; todos afetados pela *situação de suicídio*.

A expressão “situação de suicídio” é um conceito construído a partir de informações de campo e de nossas vivências, autoras deste capítulo, enquanto profissionais de saúde e antropólogas, em que reconhecemos o fenômeno do suicídio como um processo, que inclui desigualdades, conflitos, amizades, família, saúde mental, políticas e serviços de saúde, instituições, espaços sociais como a escola e o trabalho, instituições não governamentais e vulnerabilidades social, pessoal e familiar. A expressão “situação de” é inspirada na ideia de transitoriedade para contextualizar as situações de vida em que o suicídio torna-se um fenômeno social.

Para nós, o suicídio é um processo que não se esgota nem à ideação, nem à tentativa, nem à morte, mas mantém sua afetação para além do desfecho

e da pessoa. Como tal, deixa consequências, na medida em que marca as subjetividades, as famílias e os serviços de saúde, engendrados a partir das estigmatizações e do tabu que o acompanha.

Dada essa compreensão, trabalhamos com a expressão “pessoas em situação de suicídio” para nos referirmos tanto ao “tentante de suicídio/suicida”, quanto às pessoas de seu entorno social, afetadas pelas ocorrências, seja pelas tentativas ou ideias, seja pelo desfecho de morte. Nossa preocupação é que diferentes expressões (suicida, por exemplo) podem ocasionar a sobreposição de estigmas, como nos lembra Nagafuchi (2019). Por isso, buscamos acentuar o domínio das circunstâncias – da situação – como expressão da condição de sofrimento das pessoas que vivem ao redor desse acontecimento.

Deste modo, ao olharmos a noção de risco de suicídio nos termos da Epidemiologia, a partir da contabilização da primeira tentativa de suicídio (OWENS; HORROCKS; HOUSE, 2002), compreendemos que as tentativas acionam uma *situação de suicídio* – temporário ou não –, da possibilidade de novas tentativas e de seu desfecho de morte, que afeta a pessoa e seu entorno social, na maioria das vezes, desprezada pelos serviços de acolhimento de saúde, onde versa predominantemente a busca pela “estabilidade”³ da pessoa em *situação de suicídio*. Assim, para além da estatística epidemiológica, atribuímos importância ímpar a que seja dada ênfase à *situação de suicídio* na política de prevenção ao suicídio, suas diretrizes e orientações locais para o suicídio.

Abordado como um problema de saúde pública durante a primeira onda da pandemia, a taxa de suicídio apresentou redução de 13% em relação à taxa esperada para o período de março a dezembro de 2020, segundo Orellana e De Souza (2022). No entanto, o anúncio dessa redução acende o alerta para variações ocorridas em alguns estratos vulneráveis da população, envolvendo os marcadores sociais de geração – por exemplo, os idosos – e as condições sociais de “profunda relação com as desigualdades econômicas e de acessos aos serviços sociais e de saúde pública”, conforme publicação do *Portal Fiocruz Amazônia* (2022).

Embora o cenário epidemiológico de mortes por suicídio acima mencionado não corresponda, *ipsis litteris*, ao retrato evidenciado no município de João Pessoa/PB, durante os anos de 2020 e 2021 da pandemia, o tomamos

3 “Estabilizar”, verbo amplamente utilizado em prontuários e espaços de observações para registrar a conduta utilizada no atendimento a uma pessoa recebida no serviço de saúde devido a uma tentativa de suicídio.

como campo de visão e disparo de reflexões. A esse respeito, a subnotificação das tentativas de suicídio (e de outros agravos) emerge como um dos fatores quando se trata do número de notificações e registros no período; fato relacionado tanto às dificuldades de acesso aos serviços de saúde quanto pela redução do registro de informações pelos profissionais de saúde.

Diante disso, a proposta aqui levantada surge, por um lado, do incômodo de uma das autoras, diante das incursões de campo ocorridas durante sua tese de doutorado, na qual discute as “políticas de prevenção ao suicídio”, e, por outro, das discussões entre as autoras acerca do significado de risco à saúde. E isso, considerando que ambas tem formação em saúde pública e o quanto essa reflexão é relevante às práticas preventivas do suicídio. Enquanto conhecimento que fornece visibilidade aos fenômenos relacionados à saúde/doença, o conceito e o significado de risco motivaram a troca de ideias sobre o sumiço do suicídio enquanto objeto do planejamento e ação em saúde pública.

Resulta também de nossa percepção a inércia das instituições públicas da saúde para o enfrentamento do anúncio (e ocorrência) de uma onda de tentativas de suicídio e de suicídios, em meio às várias ondas de adoecimento e morte por Covid-19. Passados os dois primeiros anos da pandemia, percebemos que as ondas não se desmancharam; elas se mantêm no patamar de uma maré alta.

Enfim, pretendemos apresentar elementos para um debate que pode ser ampliado à medida que ganhe importância para a saúde social, mais até do que como problema de saúde pública, comumente reduzido ao domínio da saúde/adoecimento mental. Acreditamos que a Antropologia contribui para o entendimento dos meandros políticos da luta no enfrentamento ao suicídio, tanto pela descrição dos contextos quanto pela aproximação com agentes sociais que atuam nesse enfrentamento.

João Pessoa seguiu a mesma tendência de invisibilidade e de (não) enfrentamento do suicídio. Se, em tempos anteriores à pandemia, a situação epidemiológica do suicídio já era anunciada como o problema do século, nos tempos atuais é visível sua potencialização e a necessidade de direcionarmos nossos olhares para o “novo” fato. Novo, porque acreditamos que, com a pandemia, emergem novas facetas desse velho evento, a depender de seus marcadores, por exemplo, espaciais; de gênero e geração.

O fato instigante é que, se especialistas e governantes previam e temiam o aumento epidemiológico dos suicídios, por que isso não resultou em po-

líticas estratégicas de prevenção e atenção qualificada ao suicídio? Por isso, partimos de reflexões compartilhadas entre nós, pesquisadoras, acerca dos fatores relacionados ao suicídio, do risco de seu aumento e das inércias de um Grupo de Trabalho (GT) de Prevenção do Suicídio local, composto por representantes institucionais e interinstitucionais diversos, públicos e privados, que lidam com a temática.

Aportamos duas perspectivas: a primeira relacionada às informações epidemiológicas sobre o suicídio e suas variações nos dois anos referidos da pandemia, particularmente a partir de João Pessoa, comparando-as, por vezes, com as informações de anos anteriores, de modo a identificar singularidades que marcaram o fenômeno no período, sobretudo os alcances da abordagem de risco para lidar com o evento; na segunda, trazemos elementos do acompanhamento do GT, propositivo e responsável pelo seguimento de políticas de enfrentamento ao suicídio no município de João Pessoa, para contextualizar a discussão e vivificar nossa reflexão. Esses dois conjuntos de informações nos auxiliam a configurar uma reflexão sobre diferentes abordagens complementares – epidemiológica e antropológica –, na compreensão do suicídio.

VIGILÂNCIA AO SUICÍDIO E RISCO EM UMA PANDEMIA PARALELA EM “TEMPOS EXTREMOS”

Com a adoção do termo proposto pela 33ª Reunião Brasileira de Antropologia, em 2022, escolhemos “tempos extremos” da pandemia por Covid-19, os anos 2020 e 2021, como recorte temporal desta reflexão. Como contexto, olhamos para os alertas sanitários acerca da ocorrência paralela de uma onda relacionada à saúde mental, e particularmente para João Pessoa, com indicativos de tê-la como uma onda “comprida”⁴. Um cenário sem precedentes, histórico e nebuloso, frente aos efeitos e desdobramentos do impacto acumulado dos adoecimentos e mortes causados pela pandemia por Covid-19, especialmente quando somado ao impacto social do desgoverno de Bolsonaro e de suas repercussões na gestão de Saúde Pública.

4 Enfatizamos o *tempo* como categoria, dimensionando o cadenciamento da experiência pandêmica, seja na grande escala, seja no cotidiano da vida social, com seus períodos de agudização e extensão, semelhante à ideia de “doenças compridas”, expressão cunhada por Fleischer & Franch (2015).

Segundo a OMS (2013), o suicídio é um agravo complexo e multidimensional de importância mundial para a Saúde Pública. De impacto individual e coletivo, necessita ser enfrentado a partir de uma articulação multidisciplinar e intersetorial e conforme a contextualização local. Em 2013, a Organização já reconhecia o suicídio como a segunda causa de morte mais comum entre jovens no mundo e sua prevenção como uma importante prioridade na implementação de estratégias de promoção e prevenção da saúde mental (WHO [OMS], 2013; BRASIL, 2021).

No contexto da Saúde Pública brasileira, o conhecimento sobre as ocorrências de tentativas de suicídio e dos suicídios é um procedimento de rotina da Vigilância Epidemiológica (VE), especificamente, das áreas técnicas de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT's) das diversas secretarias estaduais e municipais de saúde. Essas áreas técnicas acompanham a situação epidemiológica dos respectivos eventos, por meio dos registros primários das notificações realizadas pelos serviços públicos e privados de forma compulsória e imediata (em até 24 horas)⁵, nos casos de confirmação ou suspeita; dos registros computados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); de seu monitoramento através dos serviços no território e acompanhamento dos óbitos através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Essa rotina é seguida pela Seção de DANT's da Gerência de Vigilância Epidemiológica (VIEP), da Secretaria Municipal de João Pessoa (SMS-JP). Essas informações epidemiológicas devem ser apropriadas pelos gestores e, a princípio, fundamentar a elaboração de políticas públicas de enfrentamento preventivo ao suicídio. Destacamos que nos debruçamos sobre o conjunto de informações epidemiológicas fornecido pelas DANT's/VIEP/SMS, enquanto espaço onde a primeira autora exerce suas atividades profissionais como sanitarista e desenvolve o trabalho de campo relativo à sua pesquisa para doutoramento. Conforme já apontado, essa Seção tem a responsabilidade de: consolidar e analisar dados, produzir boletins epidemiológicos, propor estratégias de intervenção e políticas públicas concernentes aos cenários apresentados e fomentar encaminhamentos de prevenção ao suicídio, compartilhando seus produtos técnicos com o GT supracitado.

5 Informamos que a notificação dessas ocorrências, embora já fossem previstas para serem realizadas a partir de Serviços Sentinelas desde 2006, ganha os *status* de compulsória e universal em 2011, com a publicação da Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e de notificação compulsória imediata a partir de 2014, com a publicação da Portaria 1.271, de 6 de junho de 2014.

Desse mesmo lugar, reunimos e sistematizamos as informações epidemiológicas acerca das tentativas e mortes por suicídio no município de João Pessoa. Apresentamos uma série histórica de 10 anos (2011 a 2021) e retratos referentes ao primeiro quadrimestre dos anos de 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022, no intuito de ampliar o entendimento sobre as ocorrências nos “tempos extremos” de 2020 e 2021. A escolha da série histórica se deu por serem anos pandêmicos e por reunirem dados considerados “fechados”, conforme jargão epidemiológico; portanto, menos sujeitos a alterações. Essa estratégia busca superar as diferenças nas notificações de agravos (tentativas e suicídios) nos sistemas de informação, como nos mostra Gianvechio e Mello Jorge (2022), que identificaram um aumento de 7,5 % nos boletins de ocorrência policial do sistema de Segurança Pública do Estado de São Paulo e nas informações obtidas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do MS, para o ano de 2015.

Em termos numéricos, ressaltamos que, contraditoriamente à tendência de aumento das ocorrências de tentativas de suicídio, observada entre 2011 e 2019, os registros epidemiológicos do número total de tentativas de suicídio se apresentaram decrescentes nos anos de 2020 e 2021 em relação a 2019 (Gráfico 1). Seguindo essa tendência, o número de total de óbitos foi menor em 2021 em relação a 2020 e 2019, ainda que, quando se observam os mesmos dados desagregados por sexo, verifica-se o aumento dessas ocorrências entre as pessoas do sexo feminino (Gráfico 4). Nessa perspectiva, ponderamos que a subnotificação tenha sido um agravante no registro desses eventos, resultando na não notificação real dessas ocorrências.

A esse respeito, entendemos que não é possível estimar o crescimento das ocorrências dos agravos. No entanto, é importante registrar também o estigma existente sobre as *situações de suicídio* (tentativas de suicídio e suicídio). Para confirmar essa tendência, e considerando sua relevância, expomos inicialmente a série histórica de 10 anos (2011-2021), seguida dos primeiros quadrimestres do período de 2018 a 2022, contemplando as ocorrências de tentativas de suicídio e os suicídios⁶. Essas informações foram trazidas para

6 Cabe antecipar que o processo de análise de dados e de notificação continuado dos eventos pelos Serviços de Saúde que atuam na atenção ao suicídio podem alterar os registros dessas informações nos sistemas de informação dos órgãos de saúde, de modo que os elementos gráficos compartilhados nas tabelas trazem os registros atuais, oriundos das notificações ocorridas até a escrita deste texto (outubro de 2022).

reforçar nosso argumento acerca da tendência dessas ocorrências a partir da perspectiva epidemiológica do risco, cuja abordagem fundamenta políticas públicas de enfrentamento preventivo ao suicídio.

Antes de focarmos no recorte espacial escolhido, a título de destaque e ilustração das afirmativas registradas, ressaltamos que o MS (BRASIL, 2021), em estudo descritivo sobre a mortalidade por suicídio no Brasil, por meio de uma série histórica de 2010 a 2019, chama a atenção para o aumento das taxas de suicídio entre adolescentes e jovens no Brasil e seu patamar como a 4ª causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos de idade no país.

A conclusão da publicação do MS (BRASIL, 2021) traz a afirmativa que “os resultados demonstram um aumento consistente nas taxas de mortalidade nos últimos 10 anos, com destaque para maior risco de morte em homens e para aumento das taxas de suicídio em jovens” (BRASIL, 2021, p. 8). No entanto, essa tendência, prenunciada nas informações epidemiológicas, não tem mobilizado o reconhecimento dos gestores e agentes coletivos que atuam no enfrentamento das *situações de suicídio* nas diferentes instâncias governamentais.

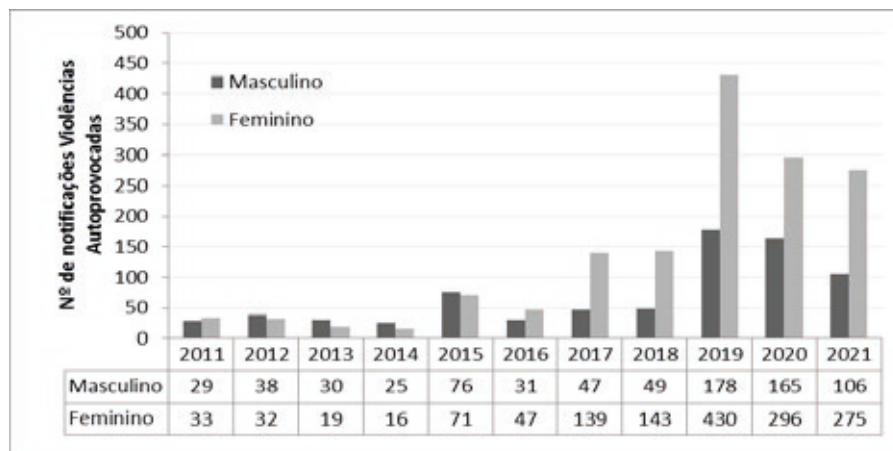
Iniciamos com a apresentação das informações sobre os casos de violências autoprovocadas. Segundo dados do SINAN e da série histórica 2011-2021, houve 22.992 notificações de violências interpessoais e autoprovocadas em João Pessoa, incluindo as notificações de pessoas residentes em outros municípios. Entre essas notificações, se encontram os registros de violências autoprovocadas de residentes em João Pessoa (sobretudo tentativas de suicídio⁷), que totalizam 15.183 ocorrências notificadas a partir de atendimentos realizados pelos serviços de saúde do município. Esse montante corresponde a 66% dos registros do conjunto das violências interpessoais e autoprovocadas. Estão inclusos aí o atendimento de residentes em outros municípios que foram atendidos em serviços de João Pessoa. Dentre as notificações de residentes do município, 3.413 (22,5%) foram caracterizadas como lesões autoprovocadas, sendo 2.276 (66,7%) confirmadas como tentativas de suicídio e/ou automutilação. Sobre as 867 (33,3%) notificações restantes, não se pode afirmar que todas sejam provenientes de suicídio, pois podem se tratar de

7 Fazemos essa ponderação considerando que, entre essas tentativas, pode haver caso de automutilação, raramente notificado pelos serviços de saúde. Sobre a automutilação, conferir Silva e Franch (2020).

automutilações ou serem, de fato, casos de tentativas de suicídio cujos registros de notificação apresentam incompletude dos dados⁸.

Dentre as 2.276 tentativas de suicídio e/ou automutilação da série histórica (Gráfico 1), a maioria corresponde a pessoas do sexo feminino: 1.501 (65,95%) notificações se referem a ocorrências com pessoas do sexo feminino e 774 (34,01%) notificações se referem a ocorrências com pessoas do sexo masculino⁹.

Gráfico 1 - Violências autoprovocadas e/ou automutilação, 2011-2021, segundo sexo, residentes em João Pessoa/PB



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Vigilância Epidemiológica de João Pessoa. Gráfico sujeito a alterações.

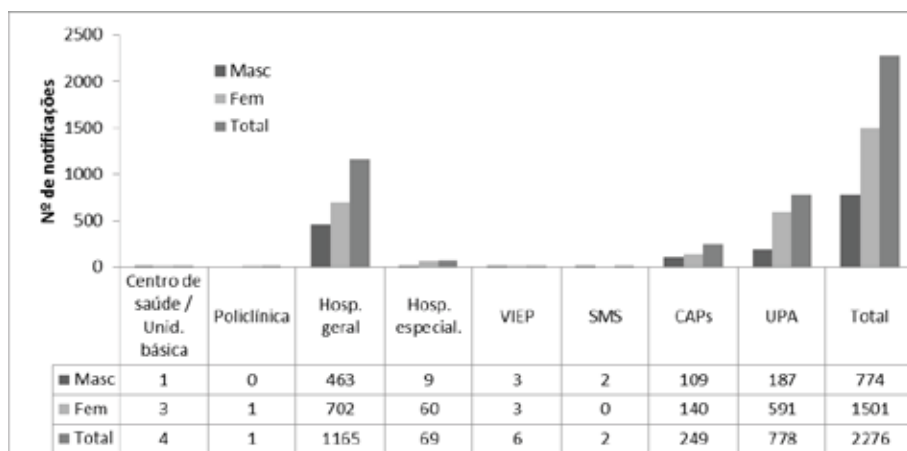
A maioria das vítimas de violências autoprovocadas é da raça/cor de pele parda, seguida das pessoas de pele branca e preta (respectivamente, aproximadamente 82; 11 e 2,5%). O principal local de ocorrência da violência é a residência, sobretudo quando pessoas do sexo feminino. Em seguida, as vias públicas são o local de maior ocorrência, principalmente quando de pessoas do sexo masculino. O meio mais utilizado é o envenenamento, seguido de objeto perfurocortante (por exemplo, facas), quando as pessoas são do sexo feminino. Entre as pessoas do sexo masculino, os meios utilizados nas tentativas de suicídio são o enforcamento, objeto contundente e arma de fogo.

-
- 8 Na ficha de notificação, a completude do registro de suicídio somente é garantida se houver a marcação simultânea do campo 54 como lesão autoprovocada, do campo 56 (tipo de violência) como "outros" e do campo 61, a "própria pessoa", como o autor da violência.
 - 9 Cabe registrar que consta uma ocorrência sem a indicação de sexo, na ficha de notificação.

Para a série histórica analisada, percebe-se que o número de notificações é ascendente (Gráfico 1), o que corresponde a um aumento de 833,33% de notificações de lesões autoprovocadas no sexo feminino e 365,52% no sexo masculino. Entre 10 e 69 anos, todas as faixas etárias apresentaram aumento percentual maior de 100% para as tentativas de suicídio. Chama a atenção o crescimento das tentativas de suicídio/automutilação na ordem de 733% na faixa etária de 10 a 14 anos; de 1.283% entre 15 e 19 anos; de 500% entre 20 e 29 anos e de 550% entre 50 e 59 anos. Sobressaem-se as ocorrências de tentativas entre as pessoas do sexo feminino, exceto nas faixas etárias entre 60 e 80 anos ou mais.

Outro elemento relevante diz respeito ao quantitativo de notificações, segundo a fonte. No período da série histórica 2011-2021, 85,37% delas (total de 2.276 registros) provinham da Rede de Urgência e Emergência (RUE), sendo 51,19% (1.165) de unidades hospitalares; 34,18% (778) de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e apenas 11,11% de Centros de Atenção Psicossocial e Unidades Básicas de Saúde, serviços responsáveis pelo cuidado contínuo. Nesta categoria, registram-se os serviços de saúde de reabilitação e prevenção, sendo 10,94% (249) das ocorrências provenientes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e 0,17% (4) das notificações dos Centros de Saúde/Unidades Básicas ou Unidades de Saúde da Família (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Notificações de violências autoprovocadas e/ou automutilação, 2011-2021, segundo fonte notificadora e sexo, João Pessoa/PB



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Vigilância Epidemiológica de João Pessoa. Obs.: Há duas notificações incluídas na fonte VIEP em razão de seus campos de fonte notificadora constarem como ignorado. Gráfico sujeito a alterações.

As informações sobre a série histórica nos ajudam a traçar o perfil das pessoas e as circunstâncias das tentativas de suicídio. Neste sentido, pode-se dizer que a maior incidência dessas ocorrências recai sobre as mulheres em todas as faixas etárias (exceto acima dos 60 anos de idade), com as tentativas ocorrendo em suas residências, através do uso de substâncias ou objeto perfurocortante. Quando as pessoas são homens, a via pública é o espaço das ocorrências em situações de agressão por objeto contundente e arma de fogo, enquanto nas residências o meio mais utilizado é o enforcamento. Nos homens, a maior incidência verifica-se quando ingressam na velhice, a partir dos 60 anos de idade. Vale ressaltar que o aumento das ocorrências ocorreu em todas as faixas etárias, com predomínio nas de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, quando duplica e quase triplica, respectivamente, o percentual de aumento das demais faixas etárias.

Já ao examinar os números absolutos das notificações do primeiro quadrimestre referentes aos anos imediatamente anteriores à pandemia (2018 e 2019) e aos três anos marcados pelo atravessamento dela (2020, 2021 e 2022), conforme registro na Tabela 1, observa-se a dinâmica de aumento percentual nas tentativas de suicídio, sobretudo do aumento do número absoluto de tentativas no primeiro quadrimestre de 2019 e 2020, tempos extremos da pandemia por Covid-19.

Segundo o recorte quadrimestral dos anos explicitados (Tabela 1), a maioria das notificações de tentativas de suicídio refere-se às pessoas do sexo feminino. Além de uma recrudescência expressiva do número de notificações no total, na ordem de 264,9%, verifica-se um aumento ligeiramente maior no número de notificações referentes a pessoas do sexo masculino (280,9%), quando o percentual é comparado com as notificações referentes a pessoas do sexo feminino (258,9%).

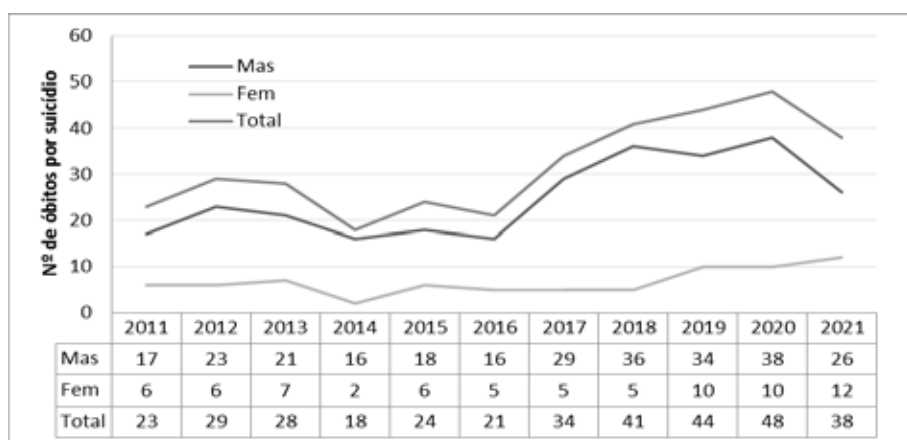
Tabela 1 - Número de notificações de violência autoprovocada (tentativas de suicídio), primeiro quadrimestre 2018-2022, segundo sexo, residentes em João Pessoa/PB

Sexo	2018	2019	2020	2021	2022	% 2018-2022
Masc	21	39	72	33	62	295,2
Fem	56	99	138	91	157	280,4
Total	77	138	210	124	219	284,5

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – Vigilância Epidemiológica de João Pessoa (2023). Tabela sujeita a alterações.

Em relação aos óbitos por suicídio (Gráfico 3), é possível afirmar que, apesar das variações no período, persiste um aumento das ocorrências a partir do ano de 2017. Poderíamos elencar vários fatores responsáveis por esse aumento, mas entendemos que um dos fatores relacionados à complexa compreensão do suicídio consiste na deterioração dos indicadores relacionados ao contexto social, político e econômico do país e que intensifica a produção de vulnerabilidades, agravando situações existentes ligadas a diferentes aspectos da vida pessoal, familiar e social.

Gráfico 3 - Óbitos por suicídio, 2011-2021, residentes em João Pessoa/PB



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Vigilância Epidemiológica de João Pessoa. Gráfico sujeito a alterações.

A maior frequência de óbitos por suicídio (Tabela 2) ocorreu em adultos (30-39 anos) e entre pessoas de cor parda. No entanto, ao analisar o aumento percentual, as maiores variações ocorreram na faixa etária de adolescentes (15-19 anos), adultos (50-59 anos), adultos (30-39 anos) e adultos (40-49 anos), com respectivamente 200, 200, 120 e 75% de aumento no período entre 2011 e 2021. Já na faixa etária de adultos (70-79 anos) houve decréscimo de 50% durante o mesmo intervalo. Ressalta-se que, no período extremo recortado por nós (2020 a 2021), ocorreram dois (2) óbitos na faixa etária de crianças e adolescentes (5-14 anos).

Tabela 2 - Óbitos por suicídio, 2011-2021, segundo faixa etária, residentes em João Pessoa/PB

Ano óbito	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	Total
2011	0	0	1	7	5	4	2	2	2	0	23
2012	0	0	0	11	5	6	1	4	1	1	29
2013	1	0	2	3	8	7	1	5	0	1	28
2014	0	3	0	1	5	2	2	3	2	0	18
2015	0	0	0	4	9	3	4	4	0	0	24
2016	0	0	1	3	5	4	4	2	1	1	21
2017	0	1	1	5	8	7	7	2	1	2	34
2018	0	1	7	3	11	4	10	3	2	0	41
2019	0	2	0	12	7	7	7	6	2	1	44
2020	0	1	1	12	10	9	7	4	1	3	48
2021	0	0	3	5	11	7	6	3	1	1	38

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Vigilância Epidemiológica de João Pessoa. Tabela sujeita a alterações.

No que diz respeito às mortes por suicídio, considerando o total de registros, a mortalidade por suicídio na população residente de João Pessoa apresentou variação percentual de 65,22%, entre os anos de 2011 e 2021 da série histórica.

Chama a atenção o aumento percentual de 100% dos óbitos por suicídio entre pessoas do sexo feminino na série histórica, de modo que foram registrados seis (6) suicídios em 2011 e 12 em 2021, conforme registrado no Gráfico 4. Neste sentido, embora o número absoluto de suicídios seja maior entre as pessoas do sexo masculino, o aumento percentual de mortes por suicídio foi de apenas 52,94% na série histórica.

Entre os anos de 2018 e 2021, o número total de óbitos por suicídio foi de 171, o que representa 8,1% do número total por causas externas para o mesmo período (Tabela 3). Em 2021, a taxa geral de mortalidade por suicídio de João Pessoa foi de 4,6/100 mil habitantes, variando de 3,14 em 2011 a 4,6 em 2020, um aumento de 46% no intervalo.

Tabela 3 - Óbitos por causas externas e suicídio, 2018-2021, residentes em João Pessoa/PB

Motivo do óbito	2018	2019	2020	2021	Total
Causas Externas	568	480	561	491	2100
Óbitos por suicídio	41	44	48	38	171

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Vigilância Epidemiológica de João Pessoa. Tabela sujeita a alterações.

Desta forma, quando analisamos as informações de notificação sistematizadas, conseguimos identificar uma tendência importante no aumento das tentativas de suicídio entre os homens, ocorridas principalmente durante a pandemia. Outra tendência verificada é que as mulheres em *situação de suicídio* buscam os serviços públicos de saúde mais do que os homens, especialmente as Unidades de Pronto Atendimento e raramente as Unidades Básicas. Embora não seja possível fazer muitas inferências, talvez seja o caso de pensar sobre os marcadores de classe e gênero, indicados nas informações epidemiológicas.

É importante ressaltar a tendência da efetivação do suicídio entre os mais jovens e os adultos, o que nos leva a pensar sobre os níveis de sofrimento social que atingem as pessoas em idades prematuras. Essas informações são relevantes enquanto conhecimento epidemiológico, com seus percentuais, índices e coeficientes como instrumentos para dar visibilidade aos problemas sociais e propor políticas públicas e sociais de enfrentamento.

É com base na concepção de risco que esse conhecimento é produzido, desvendando as tendências epidemiológicas e demográficas das pessoas em *situação de suicídio*, tanto pela saúde global quanto para o país. Ou seja, esse conhecimento disponibilizado nos sites oficiais da saúde pode mostrar quem, quando e quais as circunstâncias de risco às situações de suicídio. Nossa reflexão, no entanto, segue no sentido de que, quando se trata de suicídio, os alertas oriundos das instituições de saúde e pesquisa não recebem o respaldo social e da gestão em saúde com empenho necessário ao enfrentamento do tema.

DO ALERTA À INÉRCIA¹⁰ NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A principal inquietação que nos orienta nessa reflexão parte do reconhecimento de que, se temos, por um lado, informações epidemiológicas que indicam os riscos relacionados ao suicídio (quem, como, onde e local de atendimento), por outro, nos chama a atenção a inércia na luta pela efetiva promoção de políticas e ações em saúde em prol do enfrentamento ao suicídio. Então, após tecermos o levantamento de informações sobre os agravos e as mortes em situações de suicídio, à luz das previsões feitas como suposto efeito

¹⁰ Nos encontros da Rede Antropocovid, Sônia W. Maluf nos inspira, quando problematiza o que define como “inércia” do Estado e dos gestores em saúde na promoção de políticas públicas para o enfrentamento do problema de saúde pública relacionado à saúde mental, como o suicídio, especialmente intensificado na pandemia.

da pandemia, buscamos pensar o outro lado da equação, que compreende a elaboração e a implementação de políticas de prevenção ao suicídio.

Consideramos que, apesar da análise preliminar das informações de campo, elas trazem elementos para a compreensão do suicídio como um fenômeno antropológico, culturalmente instituído e atravessado por desigualdades sociais, raciais e geracionais, conforme visto anteriormente. Aqui trazemos uma sistematização sobre a composição, a dinâmica e a estagnação do GT de Prevenção ao Suicídio, em um contexto em que as instituições alertam para o aumento das ocorrências.

É preciso ressaltar que as informações epidemiológicas acerca das tentativas e do suicídio fundamentam o debate e a proposição de políticas nas reuniões do GT, desde sua fundação. Por isso, iniciamos com alguma problematização acerca do lugar do risco epidemiológico na proposição de políticas públicas, contemplando, em especial, o paradoxo da existência dessa informação e os limites da atuação do GT.

A esse respeito, para a Saúde Pública, do ponto de vista técnico, o risco epidemiológico é que, a princípio e de forma preponderante, deveria disparar ações, intervenções e políticas públicas. No entanto, tomando as doenças negligenciadas, como a malária, a doença falciforme, a tuberculose e, particularmente para o que interessa aqui, o suicídio, o risco, mesmo demonstrado, aceito e colocado em relevo como um problema ordinário de saúde pública e intensificado na pandemia, entra em um campo de disputas políticas e mercadológicas (sobretudo pela medicalização) que o transportam para a esfera individual, invisibilizado diante de outros agravos de saúde pública coletivos.

Neste sentido, diríamos que o suicídio se torna mais facilmente capturado, controlável e contornável através dos dispositivos biomédicos, como a disponibilização de psicotrópicos, ou então, de procedimentos como a eletroconvulsoterapia¹¹. A nosso ver, um campo de disputas de poderes desiguais prevalece diante da urgência de estruturar intervenções e estabelecer políticas permanentes e consistentes, que deem conta não somente do risco biológico do suicídio, mas, sobretudo, do risco social dele, defendido por nós como o de maior evidência epidemiológica nas tentativas e ocorrências dos suicídios.

11 Cabe destacar que, desde 2019, com o governo do presidente Jair Bolsonaro, ressurgiu um movimento de defesa da Eletroconvulsoterapia (ECT), contrariamente à posição da ABP (2020), perante o contexto de desinstitucionalização vinculado à Reforma Psiquiátrica no Brasil (ANDRADE; MALUF, 2016).

Segundo Neves (2008, p. 132), o risco epidemiológico antecipa a ocorrência de determinadas situações e de desfechos relacionados ao processo de saúde e doença, ainda que tenha limitações para predizer fenômenos complexos, como os eventos de suicídio. No caso dele, o risco epidemiológico é, por um lado, capturado por marcadores biológicos de adoecimento mental (por exemplo, transtornos mentais, especialmente o transtorno bipolar, a depressão e fatores genéticos), e, por outro, pelo marcador factual da ocorrência da primeira tentativa de suicídio. Mais recentemente, as (re) ocorrências das automutilações também vêm sendo apontadas como um desses fatores factuais, provavelmente em razão de ser uma prática que tem se tornado comum entre os adolescentes e os adultos jovens – efetivada predominantemente entre as meninas –, grupo no qual se observa um aumento no número de suicídios.

No geral, a abordagem sobre a importância da prevenção do suicídio traz considerações sobre a relação entre os fatores sociais e culturais e o desfecho das tentativas e das ocorrências de suicídio. No entanto, na Saúde, tende-se a privilegiar o foco donexo causal entre a doença (mental) e as tentativas e ocorrências de suicídio, ênfase que repercute nas práticas de saúde e tira de cena a complexidade social e cultural do evento, especialmente no planejamento para a intervenção e elaboração de políticas públicas.

Com isso, não queremos dizer que o cuidado individual de pessoas em *situação de suicídio* seja menor ou que a clínica ampliada não ocorra. Apenas acreditamos que o grau e a relevância atribuídos à complexidade social e cultural, como o nexocausal entre as tentativas e ocorrências de suicídio, são insuficientes para lidar com esse fenômeno como questão de saúde, tanto no planejamento da prática clínica individual, quanto no planejamento de intervenções coletivas e de saúde pública.

Para prosseguir nessa defesa, exploramos a experiência do GT de Prevenção ao Suicídio, que vem sendo acompanhado desde abril de 2018 pela pesquisadora e primeira autora deste texto e que integra o GT, na condição de sanitarista, atuante na VE, em exercício pelas DANT's/SMS de João Pessoa. Aqui, nos atemos, de fato, aos anos pandêmicos de 2020 e 2021, sobretudo acerca da composição, da dinâmica do GT e do silenciamento diante da previsão de agravamento no número de ocorrências de suicídio, o que era, no mínimo, preocupante.

O GT é um grupo coordenado pelo Ministério Público Estadual da Paraíba (MPPB), cujo compromisso governamental é garantir as políticas de prevenção

ao suicídio e atuar como uma instância colaborativa aos gestores públicos. É composto por representantes intersetoriais da secretaria municipal da saúde (DANT's/VIEP, Diretoria de Atenção à Saúde, Rede de Atenção à Saúde e Rede de Urgência e Emergência) e outras instituições que têm proximidade com a prevenção do suicídio ou com o cuidado de pessoas tentantes. Sua composição é variável, contando com a participação de instituições como: o Ministério Público Estadual, a Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, os conselhos profissionais de Medicina e Psicologia, o Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba, as instituições de ensino superior, o terceiro setor, as Promotorias de Justiça, o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), as organizações sem fins lucrativos que oferecem apoio a pessoas tentantes de suicídio e suas famílias, o Instituto de Polícia Científica da PB (IPC), os representantes de hospitais privados etc.

A VIEP/SMS-JP, através da DANT's, tem desempenhado um papel relevante, pois não apenas fornece as informações epidemiológicas (boletins situacionais), mas também busca motivar a continuidade das reuniões do GT para discutir o cenário do suicídio no município. No período de 2020 e 2021, essas informações foram compartilhadas, incluindo os alertas divulgados pelas OMS e FIOCRUZ acerca das previsões do aumento de suicídios em decorrência da pandemia.

O grupo foi instituído em abril de 2018 com o intuito de debater caminhos (políticas e intervenções) para a prevenção do suicídio, e se voltou à elaboração de um documento orientador para os gestores dos serviços e demais profissionais de saúde acerca das diretrizes para as ações de prevenção, assistência e posvenção em situações que envolvam suicídio e tentativas. O trabalho inicial resultou na publicação e publicização da Nota Técnica Conjunta nº 01/2019, em 13 de junho de 2019¹². O GT não se desfez após a publicação da Nota Técnica, mantendo-se por iniciativa da representante do MPPB.

Na ocasião, a continuidade do GT assume o objetivo de acompanhar o seguimento das orientações acordadas na Nota Técnica nº 01/2019 e dar continuidade à discussão sobre propositivas de prevenção ao suicídio, que ocorre a partir de reuniões regulares e presenciais até a chegada da pandemia e dos alertas sanitários para o isolamento social, com a transferência do trabalho

12 Sobre a publicação, conferir: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2019/06/14/orgaos-na-pb-assinam-nota-tecnica-com-orientacoes-sobre-casos-de-suicidio.ghtml>. Acesso em: 13 nov 2022.

presencial para o remoto. Diante dessas recomendações, as reuniões passaram a ocorrer remotamente, em número reduzido, até se extinguirem por completo, ainda em 2020, de modo que foram realizadas quatro (4) reuniões no formato remoto de videoconferência, pelo aplicativo Skype, conforme anotado nas respectivas atas. As reuniões ocorreram nos meses de julho e agosto de 2020, sendo duas (2) reuniões em cada mês.

Dois aspectos chamam a atenção: o primeiro é a estrutura do GT, mantida pela presença dos envolvidos em um grupo do Whatsapp. Embora tivesse tido uma rara troca de mensagens a partir da última reunião remota ocorrida (agosto de 2020), quando havia questionamentos acerca da continuidade do GT, a resposta afirmativa, emitida pela coordenadora, chegava com rapidez: “sim”; e o segundo diz respeito à Nota Técnica nº 01/2019, na diretriz sobre o cuidado da pessoa em *situação de suicídio*, na qual se estabelece que: “(k) após o acolhimento inicial os encaminhamentos devem ser realizados de forma corresponsável entre as equipes dos diversos serviços, garantindo referência e contrarreferência, a fim de acompanhar o caminho que o sujeito faz pela rede de saúde”. A sistematização desse fluxo entre os serviços de saúde que oferecem cuidado às pessoas em *situação de suicídio* no município ocorre de forma precária e insuficiente em relação à demanda, agravada quando surge a emergência sanitária de Covid-19.

Os tempos pandêmicos eram nebulosos. Os alertas sobre uma pandemia paralela de adoecimento mental chegavam. Relatórios com dados sobre o aumento do número de atendimentos e notificações de ocorrências de tentativas de suicídio em João Pessoa eram elaborados e compartilhados no GT, inclusive com registros relativos às ocorrências entre crianças e adolescentes. Ainda assim, aos poucos, as reuniões diminuíram em número e em participantes, dando lugar ao silêncio e à paralisação de um GT, que deveria ser atento e propositivo.

Em 2020, o impacto da pandemia foi extenuante nas políticas e nos serviços de saúde, afetando a atenção sobre os eventos não relacionados à Covid-19. Nesse rol, incluíam-se as pessoas em *situação de suicídio*, que contabilizavam 461 tentativas e 48 suicídios. Inferimos que se tornou mais difícil buscar atenção nos serviços de saúde, seja pelo medo da infecção por Sars-CoV-2, seja pelas limitações da atenção ofertada pelos CAPs. No entanto, parecia premente a atenção a ser dada à possível gravidade do cenário que se desenhava.

As reuniões ocorridas em 2020 se dedicaram à discussão acerca das informações epidemiológicas compartilhadas pela VIEP/SMS e às tentativas de

organizar uma campanha do Setembro Amarelo¹³ que, em razão da pandemia, foi organizada no formato virtual. A proposta consistiu no lançamento da campanha intitulada: “Eu te acolho”¹⁴, na qual se divulgam vídeos e uma lista de serviços de saúde voltados às pessoas em *situação de suicídio*.

Em 2021, a descontinuidade do GT não significou que iniciativas institucionais localizadas não tivessem ocorrido, a exemplo da campanha do Setembro Amarelo, organizada pela Área Técnica de Saúde Mental com a Seção de DANT’S da SMS de João Pessoa, levada a cabo durante todo o mês de setembro através de uma série de *lives*, transmitidas no canal “Saúde Mental SMS JP”, no Youtube.

Em termos institucionais, a OMS, referenciada por muitos profissionais e gestores da Saúde para legitimar condutas, propostas interventivas, proposições e políticas públicas, partilha do entendimento de que o suicídio deve ser olhado de forma ampla, deixando de lado a exclusividade da relação entre o suicídio e o adoecimento mental. Contraditoriamente, no caso específico da prevenção ao suicídio no contexto em que voltamos nosso olhar, as recomendações da instituição e de outras *expertises* reconhecidas, como a Fiocruz, o Conselho Federal de Psicologia e a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção de Suicídio (ABEPS), foram silenciadas pela inércia que dominou o GT a partir da pandemia.

A não convocação de reuniões, mesmo remotas, e a ausência de diálogo no grupo de Whatsapp nos fez ponderar sobre a ideia do silêncio como uma modalidade de (não) intervenção e, quiçá, de impotência diante de fazer política e prevenção durante a pandemia. Se em tempos não pandêmicos, as políticas de prevenção e posvenção do suicídio eram limitadas por todas as problemáticas aqui pontuadas (relacionadas aos fatores sociais e culturais, tabu do suicídio, rede de serviços de saúde de cuidado, estigma e preconceito etc.), na pandemia, a estagnação da atuação do GT reforçou a negligência política frente ao suicídio, sobretudo porque as instituições de referência anunciavam uma epidemia de adoecimento mental/emocional decorrente da

13 A campanha Setembro Amarelo surge nos EUA em 1994, com o apoio da OMS, após o suicídio de um jovem de 17 anos. No Brasil, foi criada em 2015 por iniciativa de três instituições: CVV (Centro de Valorização da Vida), CFM (Conselho Federal de Medicina) e ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria), buscando associar a cor ao dia Mundial de Prevenção do Suicídio, em 10 de setembro. Conferir: <https://www.setembroamarelo.org.br/o-movimento/>.

14 Conferir: <https://www.mppb.mp.br/index.php/17-estatico/22668-campanha-setembro-amarelo-2020-eu-te-acolho>.

pandemia e da sindemia que afligia a população do país, em um cenário de avanço das políticas neoliberais e das mortes causadas pelo governo federal.

Não podemos afirmar sobre como os atores (instituições e pessoas) que compõem o GT foram afetados pela pandemia. No entanto, esse silêncio, que perdura até os dias atuais, nos faz refletir sobre o retrocesso nas políticas de saúde mental (com excessiva medicalização, práticas manicomiais, internações etc.). Para além do nosso entendimento sobre a complexidade que envolve as *situações de suicídio*, o fato é que, nos últimos anos, o suicídio está inserido no campo das políticas como um problema de saúde mental, integrando as mesmas diretrizes do modelo prepoderante de intervenção.

Apesar da subnotificação (MARCOLAN; SILVA, 2019) comum em tempos ordinários e exacerbada em tempos extremos, como o que atravessamos, havia dados minimamente suficientes que apontavam uma realidade demandante de atenção, mobilização e ação. Mesmo assim, essas informações não foram suficientes para sensibilizar pela continuidade do GT e reforçar a prioridade do suicídio como um problema de saúde pública que afeta, cada vez mais, grupos diferenciados, seja pela geração, seja pelas condições de vida.

Durante os anos pandêmicos, as instituições e as organizações de saúde pública se preocuparam com o fato de que, quando todos os esforços haviam se voltado à pandemia de Covid-19, o histórico de ausência de cuidado e intervenção (e logo de subnotificação) se ampliou consideravelmente. E certamente esse fato aconteceu com muitas outras doenças crônicas, quando as pessoas preferiam não recorrer aos serviços de saúde com medo de se contagiar com o vírus.

A TÍTULO DE PONDERAÇÃO FINAL

Após tecermos algumas considerações acerca das informações epidemiológicas envolvendo as notificações relacionadas às tentativas e ao suicídio e da repercussão do retrato registrado no período da pandemia aguda e da época imediatamente anterior e corrente, entendemos o ato de fazer política pública, especialmente a partir do silêncio do GT de Prevenção ao Suicídio, entre os anos de 2020 e 2022. Embora esse silêncio não signifique o não fazer individual de seus membros, reforçamos que a ausência do pensar e do fazer coletivo foi evidente nos respectivos anos e segue tímida até o momento desta escrita, em outubro/novembro de 2022.

O que podemos acrescentar diz respeito à complexidade da experiência pandêmica implicada enquanto uma ameaça à vida (existência própria e de

próximos), pois se, de um lado, afeta todos, inclusive os integrantes do GT, do outro, deveria sensibilizar com a produção de estratégias para pensar o fenômeno do suicídio e das pessoas em *situação de suicídio* durante e depois da pandemia, tais como: os canais de escuta, as redes de atenção etc.

No Brasil, sob a ótica de risco da Epidemiologia, e a nosso ver, o suicídio, tomado como um evento relevante para a saúde pública – e considerando, por exemplo, a inclusão das violências/lesões autoprovocadas (tentativas de suicídio e automutilação) na lista de eventos de notificação compulsória em até 24 horas – tem, conforme ponderamos, as tentativas como o marcador de risco para a sua ocorrência.

Se estivermos consistentes com nossos argumentos, o monitoramento e o acompanhamento das tentativas e da automutilação deveriam ser o primeiro objeto disparador de medidas interventivas para a prevenção do desfecho de morte por suicídio. Pensamos e defendemos que muito se faz em tempos ordinários, sobretudo pelos aplicadores de medidas intervencionistas atuantes na ponta dos serviços, ainda que sejam disparados de maneira insuficiente, descoordenados da Rede de Atenção à Saúde e, por vezes, com carência de direção técnica.

No entanto, em tempos extraordinários, como o da pandemia, as iniciativas de intervenção se tornaram tímidas e acabaram saindo tanto da cena local dos territórios, quanto da cena do rol de agravos merecedores de atenção; o risco, além de desprezado, parece sumir do cenário da saúde pública local. Mesmo com os alertas sanitários de uma pandemia paralela de adoecimento mental, as poucas medidas interventivas foram suspensas; os dados epidemiológicos que demonstravam a tendência de crescimento do fenômeno em território brasileiro, ainda que reconhecidamente subnotificados, eram desprezados pelos fazedores de políticas, gestores e planejadores de intervenções locais. A população ficou à deriva, em um contexto de tensão e insegurança, em um barco sem leme, exposta à própria sorte e a intervenções pouco técnicas. Somaram-se a essas poucas e insuficientes intervenções, o julgamento, o preconceito e o tabu frente ao suicídio, no cotidiano de lidar com as ocorrências no território.

A nosso ver, esse acompanhamento e a análise dos retratos epidemiológicos poderiam produzir um planejamento e intervenções que buscassem trazer respostas preventivas às situações submersas; ou seja, poderiam produzir, a partir da ideia teórica de risco em predizer as ocorrências de determinado agravo (o suicídio propriamente), seus desfechos finais, a morte

por suicídio. E, nesse caso, acompanhado do desafio de predizer um evento final carregado de complexidade causal.

Nesse contexto, a abordagem antropológica expôs a complexidade que envolve o fenômeno do suicídio, como um fato social total (MAUSS, 2003), corporificando a dimensão psicossocial das instituições culturais, políticas e pessoais. Para além da grade de compreensão do suicídio, a Antropologia propicia o exercício da pesquisa mediante uma perspectiva ampliada e dialógica, não apenas com o terreno da investigação, mas com outros campos disciplinares, da Saúde Pública à Epidemiologia. Por fim, enfatizamos que a Antropologia nos inspira, nessas anotações arriscadas, a acolher o pensamento de Gonçalves (2017, p. 17), quando afirma que o suicídio expressa “o grito final de uma dor aguda que, nem sempre, somos/estamos capazes de escutar” em um contexto societário que permanece surdo aos gritos e às experiências daqueles que vivem em *situação de suicídio*.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Ana Paula Müller; MALUF, Sônia Weidner. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil.

Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 251-270, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100014>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Nota aos Médicos e à Sociedade**.

Divulgada em 14 de outubro de 2020. Disponível em: https://www.abp.org.br/_files/ugd/c37608_1a135ea7d93a42ff959810b99c9f4ff2.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico – Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. Brasília, v. 52, nº 33, set. 2021.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FLEISCHER, S.; FRANCH, M. Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma antropologia das doenças compridas. **Revista de Ciências sociais, política e trabalho**, [S. l.], v. 1, n. 42, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/25251>. Acesso em: 12 nov. 2022.

FIOCRUZ AMAZÔNIA. **Fiocruz avalia excesso de suicídios no Brasil na primeira onda de Covid-19**. Publicado em 22 de abril de 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-avalia-excesso-de-suicidios-no-brasil-na-primeira-onda-de-covid-19>.

GIANVECHIO, Víctor Alexandre P.; MELLO JORGE, Maria Helena P. de. O suicídio no estado de São Paulo: comparando dados da segurança pública e da saúde.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 6, p. 2427-2436, 2022. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-suicidio-no-estado-de-sao-paulo-comparando-dados-da-seguranca-publica-e-da-saude/18192>.

GONÇALVES, Iracilda Cavalcante de Freitas (Org.). **Suicídio: prevenção, posvenção e direito à vida**. Vol. 2. João Pessoa: Cuide-se - Espaço Integrado de Educação Emocional, 2017.

GRIMBERG, Mabel. Relações entre epidemiologia e antropologia. In: ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam C. (Orgs.).

Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará, 1998.

INHORN, Marcia C. Medical Anthropology and epidemiology: divergences or convergences. **Soc. Sci. Med.**, v. 40, n. 3, p. 285-290, 1995.

MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, v. 4, n. 7, p. 31-44, 2019. DOI: <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.31-44>.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MINOIS, Georges. **História do Suicídio:** a sociedade ocidental diante da morte voluntária. São Paulo: Editora UNESP, 2018.

NAGAFUCHI, Thiago. Um olhar antropológico sobre o suicídio: devir, formas de vida e subjetividades. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, v. 4, n. 7, p. 101-124, 2019. DOI: <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.101-124>.

NASCIMENTO, Ana Maria Guedes do. **Risco como dispositivo biopolítico e seus sentidos frente ao novo coronavírus:** cartografia da pandemia de Covid-19 no Brasil. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

NEVES, Ednalva Maciel. **Antropologia e Ciência:** uma etnografia do fazer científico na era do risco. São Luís: EDUFMA, 2008.

NEVES, Ednalva M.; WANICK, Heloisa. Velhos debates, novas intersecções: anotações antropológicas sobre as aproximações entre antropologia e epidemiologia em tempos de pandemia por Covid-19. In: LONGHI, Marcia R.; PAZ TELLA, Marco Aurélio; GOLDFARB, Patrícia L. (Orgs.). **Antropologias, diversidades e urgências:** 10 anos de pesquisa no PPGA/UFPB. João Pessoa: Editora UFPB, 2021.

ORELLANA, J. D. Y.; DE SOUZA, M. L. P. Excess suicides in Brazil: Inequalities according to age groups and regions during the Covid-19 pandemic. **Int J Soc Psychiatry**, v. 68, n. 5, p. 997-1009. 2022. DOI: [10.1177/00207640221097826](https://doi.org/10.1177/00207640221097826).

OWENS, D.; HORROCKS, J.; HOUSE, A. Fatal and nonfatal repetition of self-harm. Systematic review. **British Journal of Psychiatry**, n. 181, p. 193-199, 2002. Disponível em: DOI: [10.1192/bjp.181.3.193](https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193). Acesso em: 11 nov. 2022.

SILVA, Everton L.; FRANCH, Mónica. **Queridas lâminas:** uma etnografia sobre automutilação. João Pessoa: Editora UFPB, 2020.

SILVA, Sabrina Lacerda; FRANÇA, Felipe; PEREIRA, Igor Corrêa. O discurso de Bolsonaro sobre o suicídio na pandemia: uma ferramenta política que faz morrer. **Brasil 247**, publicado em 15 de abril de 2021 e atualizado em 11 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.brasil247.com/brasil/o-discurso-de-bolsonaro-sobre-o-suicidio-na-pandemia-uma-ferramenta-politica-que-faz-morrer>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva: World Health Organization Press, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>. Acesso em: 05 jul. 2022.

Capítulo X

VICISSITUDES DO AUXÍLIO EMERGENCIAL

*Pedro Nascimento
Amanda Gioriatti Lunkes
Vitória Mamede*

Depois de vários meses impedidos de realizar pesquisas presencialmente, nosso retorno ao campo em Rio Tinto ocorreu em diálogo com os gestores e técnicos da Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social (STAS), lugar que abriga o setor responsável pelo Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal, o CadÚnico. Em uma de nossas idas à sede da secretaria, chamou-nos a atenção, particularmente, um aviso colocado nas paredes do *hall* de entrada, ambiente que concentra a recepção e a sala de espera para o atendimento. Impressos em cor azul e no tamanho da metade de uma folha A4, destacavam-se a logomarca do CadÚnico no topo e o seguinte texto:

ATENÇÃO! Toda declaração FALSA ou diversa da que deveria ser declarada em documento público ou particular, com o intuito de se beneficiar, constitui-se CRIME DE FALSIDADE IDEOLÓGICA. PENA - Prisão, de 1 a 5 anos, devolução dos valores pagos indevidamente, multa (art. 299 do Código Penal). TIPOS DE DECLARAÇÕES FALSAS MAIS COMUNS IDENTIFICADAS: 1. Declarar que não tem cônjuge ou companheiro; 2. Declarar renda inferior a que realmente ganha; 3. Declarar que não trabalha.

Nosso primeiro contato com esse cartaz ocorreu no dia 1º de junho de 2022, e desde o início nos forneceu pistas da forma como o acesso ao CadÚnico, que sempre gerou disputas e conflitos, apresentava particularidades no cenário

daquele momento. As principais questões trazidas neste capítulo se referem a questionamentos acerca desse curioso cartaz.

Realizamos nove idas a campo, na maioria das vezes, em dupla ou em trio, no turno da manhã. A equipe era composta pelos três autores. Fazíamos atividades de pesquisa de campo e, ao retornarmos a João Pessoa, escrevíamos os diários de forma colaborativa por meio do Google Docs, ferramenta *on-line* do Google Drive que permite a escrita simultânea de mais de uma pessoa em um mesmo documento. Nossa ideia era tornar menos exaustiva a tarefa de escrever e buscar aproveitar ao máximo essa ferramenta de pesquisa para traçar os caminhos percorridos em campo, os diálogos e os momentos vivenciados. A escrita do diário era feita a muitas mãos, compartilhando a compreensão de Soraya Fleischer em seu relato sobre a produção de diário de campo e posterior circulação entre as integrantes de sua equipe em uma pesquisa com mães de micro. Para ela, “circular esse material dentro da equipe funciona como um importante passo metodológico e pedagógico e permite criar um *corpus* empírico que pode ser (re)utilizado por essa e equipes futuras” (FLEISCHER, 2018, p. 128).

Nossos encontros com pessoas ligadas à gestão da assistência social ocorreram mediante agendamento via WhatsApp ou ligação telefônica. Geralmente o coordenador do projeto, Pedro, fazia o primeiro contato com elas, falando brevemente sobre nosso projeto de pesquisa atual e marcando um dia e horário que melhor se adequasse a ambas as partes. As conversas eram conduzidas, algumas vezes, por um roteiro semiestruturado que nos orientava acerca dos pontos mais relevantes, mas que não caracterizamos como uma entrevista; eram antes um momento de aproximação informal com as gestoras e de atualizar nossa equipe sobre a realidade da cidade nos últimos anos.

O contato com os usuários da assistência social foi feito principalmente na fila de espera para o setor do CadÚnico, na STAS¹. Buscávamos conversar com as pessoas a partir de assuntos relacionados ao próprio cadastro: você veio atualizar seus dados? É a primeira vez que vem fazer o cadastro? etc. Se o assunto engrenasse, falávamos sobre a pesquisa e perguntávamos se a pessoa estaria disposta a conversar em outro momento fora daquele espaço. Com algumas, a conversa rendia até o momento de mencionarmos a

1 Como nosso objetivo era poder nos aproximar dos gestores e dos usuários, a STAS acabou se apresentando como um espaço de pesquisa mais produtivo que o CRAS que, em outras fases de pesquisa, havia sido central para a equipe. A STAS concentra, além do setor de cadastramento do CadÚnico, as concessões dos chamados benefícios eventuais, como os auxílios alimentação (cestas básicas), natalidade, mortalidade, agasalho etc. Um primeiro momento de contato com os “usuários” da assistência social foi feito na fila de espera para o setor do CadÚnico.

pesquisa; se percebíamos algum receio por parte delas, buscávamos encerrar o diálogo. Com outras, conseguíamos avançar um pouco mais e estas nos passavam contato telefônico. Optamos por manter o anonimato de todos os interlocutores e interlocutoras. Embora tivéssemos conversado com diferentes pessoas naquele período, as reflexões trazidas aqui correspondem, primeiro, a diálogos travados mais diretamente com quatro profissionais da gestão municipal da rede de assistência social que ocupam diferentes cargos, e segundo, a diálogos com os beneficiárias do Auxílio Brasil, a fim de captar diferentes perspectivas acerca do benefício.

Este capítulo apresenta os primeiros resultados dessa etapa da pesquisa, destacando os sentidos produzidos em torno das mudanças no acesso a programas sociais com a emergência da pandemia, passando pelo Auxílio Emergencial (AE) e pelo surgimento do Auxílio Brasil e consequente extinção do Programa Bolsa Família. Trabalhamos com a compreensão de que as questões colocadas pelo AE não se encerraram com o último pagamento do benefício. E isso permite que as mudanças efetuadas na forma de implementação e acesso ao Auxílio Brasil deixem entrever dilemas acerca do modo como a gestão da pobreza é feita no país, o que inclui uma gramática de como lidar com os pobres, assim como o texto do cartaz de abertura acima citado permite considerar.

RIO TINTO: UMA CIDADE OUTRORA FABRIL

Antes de apresentarmos os dados mais específicos acerca da caracterização dessas políticas no contexto de Rio Tinto, alguns elementos históricos de sua configuração como cidade podem ser elucidativos. O município de Rio Tinto está localizado na microrregião do litoral norte da Paraíba, a 54 km da capital João Pessoa. Ficou conhecido como a cidade fabril após a família austríaca Lundgren comprar terras de proprietários de engenhos locais e tomar títulos de terras do povo Potiguara na década de 1920, iniciando as atividades da Companhia de Tecidos Rio Tinto (CTRT):

A instalação da CTRT nas terras indígenas, a construção da fábrica e da cidade criaram uma estrutura de poder que enfeixou todos os aspectos da vida social nesta região durante mais de cinco décadas. A cidade de Rio Tinto é produto da fábrica, que com sua crescente demanda por terras, madeira e mão-de-obra transformou completamente o cenário da antiga sesmaria dos índios de Mont-Mor a partir da década de 1920. (PALITOT, 2005, p. 106).

O regime de controle social, de repressão e terror operado pela CTRT promoveu fugas e a negação da identidade étnica que até hoje marcam a memória dos Potiguaras (PALITOT, 2005, p. 108). O controle da vida social também se estendia aos trabalhadores sertanejos recrutados de outras regiões para trabalhar na fábrica.

A Manchester Paraibana, como ficou conhecida na época (PALITOT, 2005, p. 109), foi emancipada em 1956 da cidade vizinha da qual fazia parte, Mamanguape (Lei Estadual nº 1622, de 6 de dezembro de 1956). Durante as décadas de 1960 e 1970, a CTRT foi perdendo seu poder de competitividade em razão da modernização da indústria têxtil e da crise econômica, na mesma época em que o governo federal lançava o Programa Nacional do Alcool (PROALCOOL), até que, na década de 1980, a companhia vende a maioria de suas terras para as usinas de álcool, encerrando suas atividades (PALITOT, 2005, p. 109-111; SOUSA, 2013, p. 121).

É a partir desse momento que a economia e a paisagem local passam a ser dominadas pelo monocultivo da cana-de-açúcar, situação que se estende até os dias atuais, causadora do desmatamento da Mata Atlântica nativa para o plantio e da expulsão de famílias de agricultores (PALITOT, 2005, p. 110-111). Além do trabalho nos canaviais, “os trabalhadores locais investem na agricultura de subsistência, produzindo milho, feijão, macaxeira, inhame e batata doce, bem como na atividade de pesca dos ribeirinhos” (SOUSA, 2013, p. 120). E faz parte da cidade o território indígena Potiguara Mont-Mór.

De acordo com as estimativas do IBGE de 2021, o município conta com uma população de 24.258 pessoas (IBGE, 2021). Do total da população, 3.907 pessoas (16,1%) exerciam alguma ocupação em 2020 e 49,8% contavam com renda mensal *per capita* de até meio salário-mínimo, de acordo com os dados do último censo feito em 2010 (IBGE, 2023).

Em abril de 2020, quando o Auxílio Emergencial começou a ser pago, o total de famílias cadastradas no CadÚnico era de 5.885 (13.882 pessoas), e destas, 4.635 estavam em situação de pobreza extrema e 5.307 famílias (13.174 pessoas) tinham renda *per capita* mensal de até meio salário-mínimo. Em dezembro de 2022, quando finalizamos a pesquisa, as famílias cadastradas somavam 10.208 (17.735 pessoas), e destas, 8.326 estavam em situação de pobreza extrema e 9.338 famílias (16.734 pessoas) tinham renda *per capita* mensal de até meio salário-mínimo. A média de pessoas por família em abril de 2020 era de 2,35, enquanto que em dezembro de 2022 passou para 1,73 (PESSOAS..., 2023). Entre as famílias pertencentes a grupos populacionais tradicionais específicos, 1.224 são indígenas, 489 são agricultoras familiares e 265 são pescadoras tradicionais, constituindo os 3 maiores grupos desse tipo (RELATÓRIO, 2023).

POBREZA E DESIGUALDADES - NA PANDEMIA E ALÉM

Para compreendermos as implicações das mudanças em curso que abordaremos neste capítulo, é importante retornar aos primeiros meses de isolamento social, em 2020. Naquele período, ganhou centralidade no Brasil o debate sobre a necessidade de ações do governo federal frente ao crescente desemprego e o empobrecimento da população. Isso ocorreu ao lado de iniciativas implementadas em outros países, com investimentos massivos para garantir a sobrevivência de parte da população sem acesso a salários e fontes de renda.

Em 2 de abril de 2020, a Lei nº 13.982 instituiu o Auxílio Emergencial² para o enfrentamento da pandemia de Covid-19. Naquele mesmo ano, em 30 de junho, ocorreu a prorrogação do benefício por mais dois meses, no mesmo valor, e não de forma decrescente como havia sido cogitado. O pagamento de quatro parcelas de 600 reais para inscritos em geral, e de 1200 para mães solo, mobilizou um conjunto de eventos que evidenciou a vulnerabilidade de uma ampla parte da população brasileira.

Algumas das imagens daquele período retratavam imensas filas em frente a agências da Caixa Econômica Federal. Fomos percebendo que evidenciavam um amplo conjunto de questões reveladoras da desigualdade historicamente presente em nossa sociedade, e que agora eram ampliadas e explicitadas. Na fila havia pessoas sem acesso à internet ou mesmo aparelhos de celular compatíveis; havia pessoas com dificuldade de fazer o cadastro para acessar o Auxílio Emergencial, seja por não terem conseguido baixar e habilitar o aplicativo criado para esse fim, ou por não terem conseguido sacar o dinheiro previsto. As matérias jornalísticas destacavam alguns elementos importantes acerca dessas “aglomerações”:

Na agência da CEF, no bairro da Encruzilhada, na zona norte da capital, a fila estava desorganizada e as pessoas tentavam derrubar os portões para entrar primeiro no banco. Seguranças tiveram que agir para que a agência não fosse invadida. O tumulto foi tão grande que os beneficiários do auxílio não respeitavam a distância mínima de um metro entre as pessoas, causando aglomeração por conta de alagamentos provocados pela chuva. (GAMA, 2020).

2 Sobre o Auxílio Emergencial, conferir: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13982&ano=2020&ato=e4fcXQ61EMZpWT2e6>.

A ênfase nos elementos de desorganização, a ameaça de depredação, a baixa compreensão da necessidade de proteção ao vírus e sem o distanciamento mínimo, além do tumulto, contribuíam para a produção de uma imagem das pessoas que haviam participado daquele evento como se fosse algo novo, mas que revelava, ao mesmo tempo, algo conhecido, pois era dos pobres que se falava. Embora os recursos para a perpetuação de estereótipos sobre os pobres seja algo presente em nossa reflexão, é a respeito desse aspecto de novidade que as filas fizeram perceber que nos deteremos agora, ao chamar a atenção para algumas diferenças importantes que se fizeram presentes.

A maioria das pessoas que teve dificuldade de acessar o benefício não estava previamente inscrita no CadÚnico. Os já cadastrados e recebedores do Bolsa Família, por exemplo, recebiam automaticamente o valor adicional do AE em suas contas. Naquela fila estavam também aqueles que, não sendo os beneficiários “típicos” de programas sociais como o Bolsa Família, estavam sem poder trabalhar e não contavam com nenhuma outra garantia trabalhista e previdenciária, sendo a maior parte deles informais. Embora houvesse muitos no perfil tradicional fora do cadastro e sem acesso aos programas, a “novidade” ali era a explicitação dos “vulneráveis à pobreza” em um número que não poderia ser desconsiderado.

Muito se falou naquele momento sobre os que estavam fora da rede de proteção social do governo federal, de modo que o AE proporcionou uma discussão acerca das formas de transferência de renda não condicionadas e não focalizadas, aos moldes de uma renda básica universal. Embora essa discussão não tenha redundado em uma mudança na direção da renda básica de cidadania, alguns pontos se tornaram importantes para repensar as políticas implementadas até o momento. Nossa percepção é de que, a despeito dos usos feitos pelo governo Bolsonaro e das distorções produzidas, é possível estabelecer relações entre os dois programas que podem perdurar para além da apropriação com fins eleitorais. Os aprendizados do primeiro período pandêmico se mostraram pertinentes para o acompanhamento da transição ao Auxílio Brasil e podem colaborar para a análise dos processos de reprodução das desigualdades na sociedade brasileira e aumentar as possibilidades de resposta em termos de políticas públicas.

Embora o contexto da pandemia de Covid-19 seja prolífico para esta discussão, esse evento dramático por si não explica o acirramento das desigualdades. Não se sustenta uma oposição simples entre um antes e depois da incidência do coronavírus, como se as adversidades manifestadas na

pandemia estivessem resolvidas previamente. É necessário considerar os desdobramentos recentes das políticas sociais, sobretudo a partir de 2016, embora estejamos cientes de que o debate sobre as transformações recentes não pode se desassociar das transformações históricas do modelo de proteção social brasileiro adotado nas últimas décadas (FAGNANI, 2017).

Alguns autores consideram o período que culminou no governo de Jair Bolsonaro um momento marcado pela crise do “breve ciclo da cidadania social no Brasil” (FAGNANI, 2017). No entanto, outros preferem diferenciar as mudanças ocorridas entre 2016 e 2018 daquilo que marcou a deterioração da rede de proteção social a partir de 2019 (COHN, 2020). A política de austeridade defendida por Michel Temer, após o *impeachment* de Dilma Rousseff, implicou na redução de investimentos em áreas centrais para o enfrentamento da pobreza. E isso, aliado ao desinvestimento particular na Assistência Social, o que fragilizou ainda mais o Sistema Único de Assistência Social, o SUAS.

No que concerne à pobreza ou desigualdade de renda, desde 2014 a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD - IBGE), indica o crescimento dos índices de pobreza no país. Em 2020, diante da pandemia de Covid-19, a Organização das Nações Unidas (ONU) estimou que, na América Latina, cerca de 83,4 milhões de pessoas poderiam ser afetadas pela pobreza extrema (ou seja, viveriam com menos de 1,9 dólar/dia).

De forma paralela a isso, indicadores responsáveis por medir índices de pobreza, fome e insegurança alimentar têm evidenciado um crescimento desses fenômenos nos últimos anos. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018 (IBGE, 2019), a insegurança alimentar grave atingiu 10,3 milhões de brasileiros entre 2017 e 2018. Por sua vez, a pesquisa da Food for Justice realizada em 2020 indica que cerca de 125,6 milhões de brasileiros (59% dos domicílios entrevistados) passaram por situação de insegurança alimentar (GALINDO *et al.*, 2021).

Os resultados apresentados pelo II Inquérito de Segurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 (II VIGISAN, 2022)³, da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (PENSSAN), apontam que 15,5% da população, cerca de 33 milhões de pessoas, conviviam com a fome (insegurança alimentar grave) e 125,2 milhões de pessoas residiam em

3 Os dados da pesquisa foram coletados entre novembro de 2021 e abril de 2022 em entrevistas presenciais, enquanto a amostra abrangeu 12.745 domicílios em todos os 26 estados e distrito federal, nas 5 macrorregiões do país, em áreas urbanas e rurais (II VIGISAN, 2022, p. 17).

domicílios com algum nível de insegurança alimentar (p. 17). Entende-se por insegurança alimentar quando uma pessoa não tem acesso regular e permanente aos alimentos, sendo classificada em 3 níveis: leve, quando se tem incerteza se terá acesso a alimentos em um futuro próximo e/ou quando a qualidade da alimentação já está comprometida; moderada, quando há quantidade insuficiente de alimentos; e grave, nas situações de privação no consumo de alimentos e fome (II VIGISAN, 2022).

As regiões norte (25,7%) e nordeste (21%) são as mais afetadas pela insegurança alimentar grave, assim como os domicílios em áreas rurais (18,6%), as famílias com renda *per capita* de até um quarto do salário mínimo (43%) e as que contam com mulheres e/ou pessoas pretas e pardas como pessoa de referência (chefe) (II VIGISAN, 2022, p. 17). O inquérito avaliou que:

A progressiva crise econômica, a pandemia e o desmonte das políticas públicas que poderiam minimizar o impacto das duas primeiras explicam o recrudescimento da IA e da fome entre final de 2020 e o início de 2022. Mesmo o Auxílio Brasil, vigente no período do inquérito, não mitigou a grave situação social do povo brasileiro, uma vez que a fome ainda estava presente em 21,5% dos domicílios das famílias que solicitaram e conseguiram receber o benefício deste programa social. [...] Entre o último trimestre de 2020 e o primeiro de 2022, a IA grave subiu de 9,0% para 15,5%, incorporando, em pouco mais de 1 ano, 14 milhões de novos brasileiros ao exército de famintos do país. (II VIGISAN, 2022, p. 18).

O quadro desenhado por esses números nos coloca diante da discussão sobre as políticas e os programas sociais. Considerando o Programa Bolsa Família, desde 2017 até sua extinção, mais de um milhão de beneficiários tiveram seus benefícios cortados, levando a um aumento sem precedentes na fila do CadÚnico (VALFRÉ; FERNANDES, 2020). Essa perspectiva – e a transição desse cenário para a institucionalização do Auxílio Brasil – aconteceu em um momento de desinvestimento em uma vasta gama de serviços socioassistenciais, capitaneada pelo SUAS, que, segundo alguns analistas, corria sérios riscos de continuidade no cenário pós-pandemia (LÍCIO; PAIVA; PINHEIRO; 2021).

Considerando a rede de assistência social, os programas sociais e os impactos da pandemia de Covid-19, o Auxílio Emergencial traz lições sobre a exclusão por meio das dificuldades de acesso, conforme abordamos ini-

cialmente. Ampliou-se a percepção do estigma sobre os pobres, ao trazer a público os desafios de uma parcela da população que busca ser reconhecida como alguém que “precisa” de assistência estatal (NASCIMENTO *et al.*, 2020; NASCIMENTO; IUMATTI, 2020). Ao mesmo tempo, explicitou desigualdades internas: aqueles já “incluídos” pelo Estado estiveram em vantagem para realizar o cadastro e receber o benefício.

Adicionalmente, o Auxílio Emergencial explicitou os limites do modelo de proteção social brasileiro, focado no trabalhador formal, evidenciando que as políticas em curso não cobriam a gama dos excluídos. Conforme argumenta Mônica Dias Martins, a pandemia expôs de forma escancarada a desigualdade social, fazendo de vítimas “os trabalhadores temporários e sub-remunerados, os que vivem de atividades informais e os desempregados, por habitarem as áreas mais precárias das grandes cidades brasileiras” (MARTINS, 2020, p. 162).

De acordo com dados da Receita Federal, das 19 milhões de pessoas que pediram a regularização do CPF para fins de cadastramento no Auxílio Emergencial, atendidas por meio de canais eletrônicos, o maior número de pendências, mais de 12 milhões, referia-se aos cidadãos que não haviam votado nos últimos anos (IBIAPINA, 2020). Para esse elevado número de pessoas sem votar, estar sem CPF implica estar fora de muitas iniciativas governamentais, além de votar e ser votado, participar de concurso público ou conseguir emprego. E também, ao que nos interessa particularmente, não poder se inscrever no CadÚnico, o que não os habilitaria a outros programas e benefícios estatais. Além dessas dificuldades, é importante considerar o fato de o Auxílio Emergencial ter sido centralizado pela Caixa Econômica Federal, sobrepondo um novo sistema ao CadÚnico. O SUAS ficou completamente de fora da etapa de implementação do auxílio.

Outra questão apontada por alguns estudos é a forma como os programas do governo são orientados politicamente. A cientista política Renata Bichir afirma que, a partir da gestão de Michel Temer, houve uma redução da busca ativa para encontrar brasileiros pobres e registrá-los no Cadastro Único. De 2015 a 2020, apesar de o percentual da população pobre, que vive com menos de um quarto do salário-mínimo per capita, ter subido de 10,3% para 12,4%, o número de pessoas registradas no Cadastro Único caiu de 82 milhões para 75 milhões. “Isso significa que o Estado brasileiro tem hoje informações menos precisas sobre quem são e onde estão os pobres”, estimando-se cerca de 20 milhões de pessoas fora do CadÚnico (LUPION, 2020).

AUXÍLIO EMERGENCIAL E O DESMONTE DO SUAS DO PONTO DE VISTA DE GESTORES E TÉCNICOS

Um diálogo com uma das assistentes sociais do município nos chamou a atenção. Para ela, a retirada da autonomia da rede do SUAS seria uma opção política colocada em prática, seja por meio de repasses federais irregulares, o que impossibilitaria as secretarias municipais de fazer um planejamento sistemático das ações ao longo de um ano, seja por meio do escanteamento da pasta no planejamento e execução de políticas públicas, que é o caso do Auxílio Emergencial, gerenciado durante a pandemia pela Caixa Econômica Federal.

O auxílio teria sido, de acordo com a interlocutora, um dos pontapés para o esfacelamento do CadÚnico. Ela avalia que a operação do AE por esse meio teria causado grandes impactos na assistência social nos últimos anos, pois, principalmente nos primeiros meses da concessão do Auxílio Brasil (PAB), logo após o fim do Auxílio Emergencial, uma enxurrada de pessoas teria buscado a secretaria para cadastramento e atualização cadastral, sobrecarregando o sistema⁴. A profissional entende que, por meio dessas e de outras medidas, objetiva-se um retorno ao assistencialismo, que busca resumir a assistência social a “centros de distribuição de cestas básicas, centros de ajuda humanitária”, de acordo com suas palavras.

Durante os primeiros meses da implementação do Auxílio Brasil, muitas pessoas haviam procurado a STAS com medo de não poderem mais acessar o benefício e com dúvidas sobre quais mudanças o novo programa traria. A informação passada às pessoas, segundo uma das gestoras, é que “tudo seguiria igual”, ou seja, quem já recebia não corria o risco de perder o valor e não precisaria fazer nenhum outro procedimento para garantir a manutenção do benefício. Esse medo do corte movido pelo desconhecimento das regras dos programas é algo recorrente em diferentes fases da pesquisa (XAXÁ, 2017; NASCIMENTO; LUNKES, 2019, 2022). E era unanimidade entre as interlocutoras que o PAB foi um programa eleitoreiro de Jair Bolsonaro, sem nenhuma segurança jurídica que garantisse sua continuidade.

4 O governo estava utilizando uma base de dados à parte para o Auxílio Emergencial, e quando este terminou, esses dados não migraram para o CadÚnico, fazendo com que as famílias que não recebiam o Bolsa Família antes da pandemia precisassem fazer todo o processo novamente (VICK, 2022).

Mudança no perfil dos usuários: entre rumores e acusações

O principal rumor que rondava os corredores da gestão dessa pasta em Rio Tinto era de que as famílias beneficiárias do PAB, ao receberem a notícia de que o auxílio seria de R\$ 400,00, teriam começado a desvincular seus membros em cadastros individuais para receberem mais de um benefício por família. Uma profissional, em especial, nos repetiu diversas vezes: “Eles estão mentindo!”, “O Cadastro Único é um cadastro de mentiras, não tem realidade ali!”. E lembrou com nostalgia do tempo em que o CadÚnico era a melhor base para se ter um panorama da realidade da população brasileira em situação mais vulnerável.

Um indicativo de que esse desmembramento das famílias teria acontecido é parte da percepção da gestão a respeito de uma mudança de perfil entre as pessoas que estavam buscando o setor do CadÚnico. “Homem aqui era muito raro, mas agora é atrativo”. Essa presença masculina nas filas de busca pelo auxílio, juntamente com as mulheres que estariam retirando seus companheiros de seus cadastros, seria responsável por parte dessa deturpação das informações do cadastro. O CadÚnico é feito de forma autodeclaratória, ou seja, as informações inseridas são as que os usuários e usuárias informaram previamente, de modo que a veracidade delas é uma responsabilidade de quem as declarou, conforme se anuncia nos cartazes da sala de espera da STAS.

A deturpação dessa base de dados tem sido denunciada por especialistas e gestores de políticas que apontaram como principal problema o desenho mal feito do Auxílio Brasil, que, junto do empobrecimento da população, teria contribuído para que as famílias se desmembrassem em busca de mais de um auxílio para o mesmo domicílio (BARTHOLO *et al.*, 2022).

Outro rumor era de que o Ministério da Cidadania estaria usando uma estratégia peculiar para zerar mensalmente as filas do Auxílio Brasil, a chamada “dança das cadeiras”. A estratégia consistia em incluir por um curto período pessoas com cadastros recentes na folha de pagamento do PAB para depois bloquear o benefício. Isso estaria acontecendo, principalmente, com as pessoas que foram desvinculadas do cadastro do titular do auxílio; seriam os casos daqueles que “estão mentindo”. Nenhuma justificativa era dada aos beneficiários que passavam pelo bloqueio, enquanto que o setor cadastral também não recebia informações a respeito, ficando, portanto, de mãos atadas em relação a alguma possível medida a ser tomada para reverter o processo.

Outra profissional, ao ser perguntada sobre as mudanças na pasta da assistência social naquela região, falou enfaticamente que não sabia como os

novos benefícios estavam sendo liberados. Disse que “só pode ser por sorteio”, não acreditando que estivesse sendo feita uma real triagem em Brasília. Isso estaria causando uma série de confusões entre a gestão e os usuários, pois os últimos acabavam acusando os profissionais por conta de problemas no recebimento dos benefícios, visto que não conseguiam obter justificativas satisfatórias para os bloqueios.

Esse fato alimentava a tese de que, não havendo um critério de credenciamento e descredenciamento dos usuários naquele momento, criava-se uma percepção fantasiosa de que a fila estaria zerada, excluindo uma série de pessoas ao mesmo tempo em que outras eram incluídas. Essa era uma percepção comum entre as interlocutoras. De modo geral, os desbloqueios e cortes eram interpretados pelas gestoras e gestores da cidade como um aspecto positivo, resultado de uma boa fiscalização contra os que “recebem sem precisar”. O que se destacava agora era o desconhecimento dos critérios para a entrada e o desligamento de beneficiários.

As interpretações das gestoras convergiam também em outro ponto, sobre a mudança significativa no perfil dos usuários que buscavam a rede de assistência social, especialmente o CadÚnico. Seriam as mulheres que afirmavam não incluir o companheiro no cadastro, algo que já foi ouvido por nossa equipe em outros momentos de pesquisa, mas que, segundo elas, esse tipo de afirmação estaria sendo feito de forma mais direta, e os novos cadastros em nome de homens e de adolescentes.

Apesar de a maioria das interlocutoras ter analisado o desmembramento dos cadastros das famílias a partir de um viés acusatório, uma das profissionais tinha outra percepção das mudanças em curso. Ao mencionar os desmembramentos, comentava logo em seguida a situação de empobrecimento da população durante a pandemia e a inflação galopante que corroía o poder de compra, localizando esse desmembramento como resultado de um contexto mais amplo de vulnerabilidade.

Da fila do cadastro ao cotidiano das beneficiárias

O enunciado no cartaz alertando acerca das penalidades no caso de autodeclarações com dados falsos e os problemas enfrentados pelos beneficiários em relação ao recebimento do auxílio, somados à presença dos pesquisadores, condensava a hipótese de uma rígida fiscalização e resultava em uma conduta de vigília e uma postura defensiva por parte dos beneficiários.

Por outro lado, havia também aqueles que se dispunham a falar, não para colaborar com a pesquisa, mas para manifestar o amargor de toda a situação que estava sendo vivenciada em torno do auxílio.

Diante desse cenário, foi necessário desenvolver uma leitura subjetiva da linguagem corporal, observar e identificar a apreensão, o nervosismo e a raiva de quem estava disposto a falar conosco. Deste modo, era árduo o trabalho de dialogar com as pessoas na sala de espera da SMTAS. As manhãs no lugar eram sempre muito movimentadas, sendo que, algumas vezes, se completavam com os episódios de alagamento na cidade, o que tornava o contato ainda mais complexo por conta do corre-corre da gestão para dar conta das demandas da população atingida, como abrigo, comida, móveis etc. Ainda assim, tivemos algumas oportunidades de dialogar com usuárias dos serviços oferecidos pela Secretaria e que nos deram um panorama da situação de desproteção social a que estavam submetidas. Mesmo que as leituras que baseiam nossa pesquisa nos dessem ciência da gravidade da situação, sem o contato direto com as pessoas beneficiárias, essa realidade parecia estar mais associada à realidade metropolitana, em bairros mais afastados e famílias que já enfrentavam em seu contexto as dificuldades aqui citadas.

Foi bastante comum encontrarmos nas filas usuários que eram moradores de cidades vizinhas, como Marcação e Baía da Traição, e que relataram ter perdido o emprego em grandes cidades durante a pandemia. Com o desemprego e o aumento do custo de vida, viram como saída retornar às suas cidades de origem, onde poderiam contar com uma rede de apoio familiar, sendo que, naquele momento, buscavam a rede de assistência social para acessar o Auxílio Brasil.

Ao dialogar com as pessoas nas filas, passamos a visualizar a expressão da fome além dos números e nuançar os desafios que a transição do Auxílio Emergencial para o Auxílio Brasil colocava, conforme anunciado na fala das profissionais. Entre nossas interlocutoras, o desabafo era sobre o constrangimento que sentiam em pedir alguns alimentos a vizinhos e familiares. Relatavam que muitas vezes essa era a única saída, pois na cidade era difícil conseguir emprego fixo, ao passo que o ganho de serviços esporádicos servia apenas para compras pequenas. E mesmo com o corte de despesas, como trocar o gás por lenha, por exemplo, o preço da alimentação ainda era o que mais pesava em uma casa com sete pessoas.

Programas de transferência de renda tendem a produzir julgamentos e estigmas sobre o caráter dos beneficiários, tidos como mentirosos, pregui-

çosos e agentes da própria pobreza. Diante desses estigmas e julgamentos, aumenta a desconfiança referente aos cadastros a fim de eliminar os que não são os “mais necessitados” ante a lógica de que a ocultação ou manipulação na autodeclaração expõe a “não necessidade” do cadastrado, associado a uma espécie de “oportunismo”.

À medida que ouvíamos o relato expresso de exaustão e tristeza das beneficiárias, nos deparamos com a necessidade além da fome ou do emprego, pois era evidente também a falta de autoestima, de cuidado e autocuidado, ao terem sido encurraladas a abdicar delas próprias para alimentarem seus filhos, e ainda assim serem acusadas de receber tal benefício. A queixa de uma das interlocutoras comparava as possibilidades de cuidar de si e da própria aparência na época do Bolsa Família e agora com o Auxílio Brasil. A maneira como se via naquele momento a deixava triste, envergonhada e cansada dos esforços que rendiam apenas a alimentação, sendo que, muitas vezes, a distribuição era feita de maneira racionada. Uma delas nos disse: “Pensa que eu andava desse jeito? Antes dava até pra comprar uma blusinha, ia ali no centro, fazia o meu cabelo... hoje em dia se eu fizer isso... porque tem conta de energia, tem comida, tem gás... lá em casa eu só uso o gás para cozinhar coisa rápida, um cuscuz, um café... O resto cozinho tudo no fogão a lenha”.

Em nosso encontro, falamos sobre o Auxílio Brasil, e de maneira espontânea essa interlocutora disse que não havia incluído seu marido no cadastro, pois naquela época não moravam juntos. Seu medo era que, se ele fosse inserido em seu cadastro, o auxílio poderia ser cancelado, ou então haveria uma redução no valor, mesmo que isso não pudesse ocorrer, pois em uma família com sete pessoas, sobrevivendo com um salário-mínimo, ela teria o auxílio garantido. Esse é o medo do corte sobre o qual comentamos anteriormente. No dia em que a conhecemos, ela tinha ido buscar uma cesta básica, pois seus mantimentos haviam acabado, relatando que era pequena: “Eles pegam uma e fazem duas”. Segundo ela, a cesta, que devia durar um mês, acabava em duas semanas, e isso com a família comendo de maneira racionada. Ela também comentou que, se não fosse por conta da ajuda de vizinhos e de sua irmã, ela estaria em apuros, e que mesmo quando não lhe oferecem ajuda, ela pede.

Apesar do cansaço e constrangimento em pedir alimentos, pois há dias se sentia desesperada em não saber se iria comer, o que mais a afligia era não conseguir alimentar seus filhos: “Peço pra um, peço pra outro, sempre tem alguém que ajuda. Meu mais novo só come com macarrão, aí sempre consigo

2 reais com alguém pra comprar”. Mencionou que seu marido a chamava de “guerreira”, pois ele já havia se relacionado com mulheres que passavam dificuldades, mas que não pediam ajuda por vergonha. Comentou que não media esforços para não faltar alimento para seus filhos e dizia ser grata a Deus por não ter deixado faltar até aquele momento, pois todos os dias, apesar da insegurança, sempre tinha algo para comer durante as refeições:

Eles não têm culpa de tá no mundo, eu tenho. O povo fala que era pra eu botar meus filhos pra fazer bico, mas eu não acho certo. O mais novo tem 14 anos. Mas eu quero que meus filhos estudem... Eu não tenho estudo, fiz até a 6ª série, não consigo arrumar emprego. Já tentei vaga como gari e na limpeza do banheiro público da feira, mas nada.

Houve muitos pontos que sinalizaram uma maior necessidade das pessoas de terem acesso ao auxílio. As mais evidentes eram as demandas por roupa, saúde e alimentação, que tornaram o custo de vida cada vez mais oneroso, a ponto de tornar carne e leite alimentos inacessíveis. A aquisição de roupas e desfrutar de momentos de lazer passaram a ser um luxo. Nesse cenário, entendemos que considerar o desmembramento familiar e ocultar dados na autodeclaração como uma questão de desonestidade é não levar em conta o que as pessoas estão vivenciando em termos de necessidades financeiras e tentativas de garantir acesso aos programas a que têm direito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de campo nos possibilitou acessar um panorama mais geral da percepção das gestoras da assistência social de Rio Tinto acerca das mudanças na pasta naquele período. Entre os pontos que merecem destaque é o entendimento de parte da gestão de que os usuários estariam dando informações falsas ao fazerem a autodeclaração para o CadÚnico, prática que busca ser coibida com certo tom intimidatório fixado nos avisos colados na sala de espera do setor responsável pelo cadastro. Para as profissionais, esse comportamento dos usuários, acrescido da retirada da autonomia da assistência social pelo Ministério da Cidadania durante a execução do Auxílio Emergencial, além dos repasses federais irregulares, teriam comprometido severamente a função do Cadastro Único enquanto base nacional de dados

socioeconômicos, fundamental para o funcionamento de diferentes programas sociais.

Uma dimensão não ouvida em campo, considerada por especialistas, é que há um contingente enorme de pessoas que estão fora dos radares do CadÚnico. Em entrevista, Tereza Campello (economista e ex-ministra do extinto ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome) afirmou que, com o avanço do desmonte do SUAS, os programas de busca ativa da população em situação mais vulnerável foram prejudicados, ou seja, o CadÚnico e os programas sociais não teriam chegado a essas pessoas (PIAUI, 2022).

A mudança no perfil dos usuários, principalmente em relação à presença de homens nas filas do CadÚnico, é um dado novo que merece atenção em fases posteriores da pesquisa. A dimensão moral do homem enquanto “provedor”, na posição de pai e de trabalhador (FONSECA, 2004), havia sido até então um fator que mantinha certo peso no afastamento desse gênero em relação aos programas da assistência social, sobretudo os de transferência condicionada de renda, que são geralmente focalizados na figura da mulher-mãe, cuidadora (EGER, 2013). Essa evitação, por parte dos homens, parece estar sendo quebrada nos últimos anos, desde a implementação do Auxílio Brasil e do Auxílio Emergencial.

Para além dessa questão, se sobressaiu a compreensão de que os rumores e as acusações acerca do acesso aos diferentes programas e serviços fazem parte de uma mesma matriz, atualizada pela pandemia de Covid-19, mas anterior a ela – de uma dificuldade de incorporação do debate sobre a pobreza e as desigualdades no Brasil como objeto de políticas que não implique no julgamento das pessoas a que se destinam. Após o “breve ciclo de cidadania social no Brasil”, o Auxílio Emergencial permitiu o debate, entre outras questões, sobre a necessidade de uma renda universal em substituição a programas focalizados de transferência de renda, já há alguns anos estagnada no Brasil. Esse debate voltou à tona em parte pelo reconhecimento de uma ampla parcela da população que não era contemplada pelas políticas vigentes. A ideia era ampliar a rede. Após os elementos apresentados neste capítulo, é possível perceber que essa ampliação não ocorreu, assim como tivemos dificuldades de antever o cenário real de desassistência a que a população seria acometida na conjunção de uma pandemia e um governo voltado à negação de direitos, sobretudo aos mais pobres.

Ao mesmo tempo, o reconhecimento disseminado da necessidade de aumento real e sustentável dos valores pagos pelo Bolsa Família, e depois

pelo Auxílio Brasil, desafiando artimanhas fiscais como o teto dos gastos, mostra que o debate provocado pelo auxílio emergencial não se encerrou com a sua extinção. Com o início do governo do presidente Lula em 2023, o Bolsa Família foi retomado em lugar do Auxílio Brasil e o valor de R\$ 600,00 foi mantido. No momento em que concluíamos este capítulo, o IBGE divulgou dados demonstrando que a desigualdade de renda no Brasil havia caído em 2022 ao menor nível da série histórica iniciada em 2012, estimulada pelo pagamento do Auxílio Emergencial, assim como pela recuperação gradual do emprego (AUXÍLIO..., 2023). Embora o Brasil continue sendo um dos países mais desiguais do mundo, esses dados reforçam a permanência dos impactos produzidos pelo Auxílio Emergencial.

REFERÊNCIAS

AUXÍLIO e recuperação do emprego reduzem desigualdade no Brasil.

Nexo Jornal, 11 maio 2023. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/extra/2023/05/11/Auxílio-e-recuperação-do-emprego-reduzem-desigualdade-no-Brasil>. Acesso em: 12 maio 2023.

BARTHOLO, Leticia; MODESTO, Lucia; SAMPAIO, Ellen; BADDINI, Claudia. Bolsonaro deturpa base de dados do Bolsa Família e Auxílio Brasil. **Folha de São Paulo**, [on-line], São Paulo, 09 jun. 2022. Ilustríssima. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2022/06/bolsonaro-deturpa-base-de-dados-do-bolsa-familia-e-auxilio-brasil.shtml>. Acesso em: 15 nov. 2022.

COHN, Amélia. As políticas de abate social no Brasil contemporâneo. **Lua nova**: revista de cultura e política, n. 109, p. 129-160, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/ln/a/Y3jzjrjsLPLS9QfRhnc3kvG>. Acesso em: 15 jul. 2020.

EGER, Talita Jabs. **Dinheiro e moralidade no Bolsa Família**: uma perspectiva etnográfica. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/81383>. Acesso em: 05 jun. 2022.

FAGNANI, Eduardo. **O fim do breve ciclo da cidadania social no Brasil (1988-2015)**. Texto para Discussão. Unicamp. IE, Campinas, n. 308, jun. 2017. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/3537/TD308.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.

FLEISCHER, S. Cenas de microcefalia, de cuidado, de antropologia (Recife, setembro de 2017). **Cadernos de Campo** (São Paulo - 1991), v. 27, n. 1, p. 118-131. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/143628>. Acesso em: 15 nov. 2022.

FONSECA, Claudia. **Família, fofoca e honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. 2ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

GALINDO, Eryka; TEIXEIRA, Marco Antonio; ARAÚJO, Melissa de; MOTTA, Renata et al. Efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil. **Food for Justice Working Paper Series**, Berlin, n. 4. Food for Justice: Power, Politics, and Food Inequalities in a Bioeconomy. 2021. Disponível em: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/29813/WP_%234_final_version.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

GAMA, Aliny. Beneficiários enfrentam chuva e fila para sacarem Auxílio Emergencial em PE. **UOL Economia**, Maceió, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/04/27/beneficiarios-enfrentam-chuva-e-fila-para-sacarem-auxilio-emergencial-em-pe.htm>. Acesso em: 15 nov. 2022.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018**: primeiros resultados. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IBGE. **Panorama, Rio Tinto**. 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/rio-tinto/panorama>. Acesso em: 25 maio 2023.

IBIAPINA, Rosa. Os “SEM SEM” no Brasil de pandemia Covid-19: desenCPFados Anônimos-Aparentes e o Auxílio Emergencial. In: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Orgs.). **Cientistas sociais e o Coronavírus** [recurso eletrônico]. 1ª ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 587-591. Disponível em: <http://anpocs.org/index.php/publicacoes-sp-2056165036/boletim-cientistas-sociais/2358-boletim-n-43-cientistas-sociais-e-o-coronavirus>. Acesso em: 30 jun. 2021.

LÍCIO, Elaine Cristina; PAIVA, Andrea Barreto; PINHEIRO, Marina Brito. Serviços socioassistenciais sob risco no pós-pandemia. **Nexo Jornal** [on-line], 22 abr. 2021. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/ponto-de-vista/2021/Serviços-socioassistenciais-sob-risco-no-pós-pandemia>. Acesso em: 23 abr. 2021.

LUPION, Bruno. Na epidemia, governo ignora sistema que protege os mais pobres. **Deutsche Welle**, 22 maio 2020. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/na-epidemia-governo-ignora-sistema-de-assistência-social-que-protege-mais-pobres/a-53537488>. Acesso em: 29 out. 2023.

MARTINS, Mônica Dias. A pandemia expõe de forma escancarada a desigualdade social. In: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Orgs.). **Cientistas sociais e o Coronavírus** [recurso eletrônico]. 1ª ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 162-165. Disponível em: http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim_CS/livro_corona/Livro_Cientistas%20Sociais_eo_Coronavirus.pdf. Acesso em: 23 abr. 2021.

NASCIMENTO, Pedro F. G.; SCALCO, L. M.; ALLEBRANDT, D.; MEINERZ, N. E. **O que podemos aprender com a pandemia**

de Covid-19 com pesquisas sobre programas sociais? 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=T1hmbPmv2x4>.

NASCIMENTO, Pedro F. G.; IUMATTI, C. **Podcast Covid 19, políticas públicas e cidadania**. Observantropologia. 2020. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/0bpF7zbas1Vv0AjdNfmAUg>.

NASCIMENTO, Pedro; LUNKES, Amanda. Saúde, cuidado e vínculo familiar: apontamentos iniciais sobre o programa Criança Feliz em Rio Tinto/Paraíba, Nordeste do Brasil. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 13, 22-25 jun. 2019, Porto Alegre. **Anais da XIII Reunião de Antropologia do Mercosul** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - UFRGS, 2019.

NASCIMENTO, Pedro; LUNKES, Amanda. Futuro sem presente: notas etnográficas sobre o Programa Criança Feliz no interior da Paraíba. **Anuário Antropológico** [on-line], v. 47 n. 2, p. 263-286, maio/ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/aa.9727>. Acesso em: 25 ago. 2022.

PALITOT, E. M. **Os Potiguara da Baía da Traição e Monte-Mór**: história, etnicidade e cultura. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/14651>. Acesso em: 23 maio 2023.

PESSOAS e famílias inscritas no Cadastro Único - quantidade total e por faixa de renda per capita. **VIS Data**. Ministério do Desenvolvimento e assistência social, família e combate à fome. Secretaria de avaliação, gestão da informação e cadastro único. 2023. Disponível em: <https://tinyurl.com/mry63sjc>. Acesso em: 26 maio 2023.

RELATÓRIO de programas e ações.

Relatório de Informações - RI v.4. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. 2023. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/cidadania/>. Acesso em: 26 maio 2023.

SOUSA, M. S. **Representações sociais do adoecimento e da cura em usuários do SUS – Rio Tinto**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2013. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/27765>. Acesso em: 29 out. 2023.

VALFRÉ, Vinícius; FERNANDES, Adriana. Fila do Bolsa família já tem 3,5 milhões de pessoas; municípios voltam a dar cesta básica. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 18 fev. 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,fila-do-bolsa-familia-ja-tem-3-5-milhoes-de-pessoas-municipios-voltam-a-dar-cesta-basica,70003201822>. Acesso em: 05 maio 2020.

II VIGISAN: Relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil** [livro eletrônico]. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert/Rede PENSSAN, 2022. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2022/06/seguranca-alimentar-covid-8jun-2022.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

VICK, Mariana. Como reorganizar o Cadastro Único, base do Bolsa Família. **Nexo Jornal** [on-line], 13 dez. 2022. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2022/12/13/Como-reorganizar-o-Cadastro-Único-base-do-Bolsa-Família>. Acesso em: 30 out. 2023.

XAXA, Yago Geovanne Oliveira Ono. **Biopolíticas e Bolsa Família**: um experimento etnográfico na cidade de Rio Tinto, Paraíba. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Antropologia). Universidade Federal da Paraíba, Rio Tinto, 2017.

PACTO PELO ENCARCERAMENTO:

PRISÕES BRASILEIRAS E A PANDEMIA DE COVID-19¹

Fábio Leite de Carvalho

O presente capítulo examina os impactos iniciais da Covid-19 entre os meses de março e junho de 2020, dedicando atenção ao sistema carcerário brasileiro. A régua do tempo, às vezes, vai ser movida para antes e, principalmente, para depois dos impactos iniciais da pandemia, pois dados colhidos posteriormente contribuem para ilustrar hipóteses e proposições analíticas acerca desse momento inicial da pandemia, além de traduzirem repercussões relevantes. Uma das formas para verificar como a Covid-19 aprofundou problemas antigos das prisões no Brasil, conhecidos desde antes do advento da pandemia, foi a partir de intensas disputas ocorridas entre os governos federal, estaduais e municipais, que não concertaram a formulação de uma política pública de saúde para o enfrentamento da doença. O objetivo é demonstrar como, apesar da guerra de narrativas entre autoridades de esferas diversas para combater a Covid-19, houve um grande consenso entre os governos federal e estaduais sobre o que fazer nas prisões: suspender imediata e completamente as visitas de familiares, ignorar recomendações do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para

1 Este capítulo é uma adaptação de parte dos argumentos da pesquisa de mestrado do autor: CARVALHO, Fábio Leite. Ser família não é crime: mulheres de presos, redes e cuidado durante a pandemia. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/242652>. Acesso em: 17 abr. 2023.

diminuir o excedente de indivíduos no superlotado sistema prisional brasileiro e negligenciar a promoção de medidas compensatórias para mitigar a ampliação do isolamento social já experimentado pelos encarcerados.

METODOLOGIA

Uma vez que as prisões brasileiras ficaram fechadas durante o período analisado, inviabilizando a exploração presencial do campo de pesquisa, pode-se dizer que a pandemia também determinou as formas de pesquisar e o ecletismo metodológico, que não é inédito em abordagens antropológicas, foi mais largamente utilizado. A combinação de vários métodos foi a estratégia verificada em outra investigação sobre o sistema prisional brasileiro, feita também durante a pandemia, na qual Fábio Mallart e Fábio Araújo (2021) mesclam dados etnográficos de pesquisas realizadas nos últimos anos, análise documental, trechos de relatórios de inspeções institucionais, a exemplo das conduzidas pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro, reportagens e entrevistas feitas com interlocutores diversos. O ecletismo metodológico não somente não é novo, como também não se restringe à temática das prisões. Sônia Maluf (2011), ao fazer um estudo antropológico sobre as práticas rituais no Brasil, muitas delas na confluência entre a religiosidade e o terapêutico, observa os trânsitos individuais dos sujeitos que vivenciam essas práticas a partir de diversos lugares: a pesquisa multissituada combina planos e platôs diferenciados, tais como conversas e entrevistas, participação em cursos e oficinas, mapeamento e leitura de materiais que circulam entre esses sujeitos, produção midiática sobre essas práticas, visitas a livrarias e lojas especializadas, entre outras investidas exploratórias.

A metodologia deste capítulo utiliza, principalmente, o exame de dispositivos legais, tanto os anteriores quanto os editados durante a pandemia, e as formas como foram aplicados, além de recorrer a pesquisas quantitativas sobre o sistema prisional, estatísticas e declarações oficiais, reportagens que contribuem para ambientar os impactos iniciais trazidos pela circulação do novo coronavírus, bem como a revisão bibliográfica sobre o sistema prisional e seu entorno. Outros aportes, cujos dados não foram utilizados em toda sua amplitude neste capítulo, são trazidos à medida que confirmam, relativizam ou refutam postulados colhidos e examinados na descrição documental mais adensada. Refiro-me às considerações de familiares e amigos de presos alcançados a partir de quatro grupos fechados do Facebook, notadamente suas

mães e mulheres², que observei, de modo pouco participante, entre a metade de 2020 até o final de 2021. Por pouco participante, compreendem-se as raras interações e comentários que fiz nesses grupos, alguns deles com dezenas de milhares de integrantes. Ao acompanhar o que essas mulheres discutiam e os temas que mais mobilizavam seus interesses, isto é, os conteúdos que eram postados e comentados por elas, o campo me conduziu a três interlocutoras no primeiro semestre de 2021 (duas delas são nominalmente citadas no presente artigo). Apesar de suas trajetórias individuais distintas, essas interlocutoras eram líderes ou integravam associações e movimentos de defesa dos direitos de presos, com agências variadas. Com elas incursionei, ainda que a distância, através de videochamadas e mensagens trocadas no WhatsApp, por São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, razão que justifica a escolha preferencial pelo exame de normativas e resoluções desses três estados sobre seus respectivos sistemas prisionais. A partir do contato com essas lideranças e com coletivos de amigos e familiares de pessoas presas, também acompanhei, presencialmente, em Porto Alegre/RS, um protesto contra o fim de restrições a visitas em unidades prisionais gaúchas no final de 2021, quando conversei com mães e mulheres de homens presos no Rio Grande do Sul.

BREVE HISTÓRICO E CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO PRISIONAL

O sistema prisional no Brasil é caótico desde muito antes do advento da pandemia. Durante a ditadura militar, entre 1964 e 1984, o Ato Institucional 5 (BRASIL, 1968) suspendeu o direito de *habeas corpus* para os presos políticos, mas as práticas de tortura e de morte sempre foram tão ilegais quanto comuns. Teresa Caldeira (2000) salienta que a luta em defesa de direitos humanos nas prisões brasileiras tinha apoio popular até a anistia a perseguidos políticos, ocorrida em 1979. Observo que os presos políticos tinham perfil socioeconômico mais escolarizado, mais branco e mais inserido na metade superior da pirâmide social brasileira. A violação da integridade de seus corpos vincula-se “à deslegitimação dos direitos civis e está no cerne dos debates sobre a democracia brasileira” (CALDEIRA, 2000, p. 365). Após a

2 Os quatro grupos fechados do Facebook que acompanhei mimetizavam as filas que se formavam à entrada das penitenciárias nos dias de visita, antes do advento da pandemia. Isto é, tais grupos eram compostos e administrados por mulheres em sua esmagadora maioria, de modo que sempre será empregada a declinação de gênero no feminino para fazer referência às visitantes ou integrantes desses grupos. As mulheres também estão à frente de associações e coletivos, seja na liderança, seja integrando a maioria dos grupos de amigos e familiares de pessoas presas.

anistia, ficaram nos cárceres os presos comuns, os negros e pobres de sempre, de modo que os defensores de direitos humanos perderam a batalha do debate público, tornando-se, ainda conforme Caldeira (2000), defensores de privilégios para bandidos junto a estratos diversos da sociedade brasileira, inclusive entre segmentos da metade inferior da pirâmide social.

A taxa de encarceramento no país começa a crescer de modo mais consistente durante a década de 1980 e sua aceleração é observada nas décadas seguintes, de modo que as unidades prisionais construídas desde então não foram suficientes para conter o excedente de presos ingressantes no sistema. O Brasil tendeu a reproduzir o modelo de ampliação do encarceramento observado nos Estados Unidos a partir de meados da década de 1970, alinhado à implementação da política de guerra às drogas, de concepção fundamentalmente estadunidense, e de onde também foram importados outros paradigmas de enfrentamento da criminalidade, a exemplo da controversa política de tolerância zero, introduzida na gestão de Rudolph Giuliani, prefeito de Nova Iorque, entre o final do século XX e início do século XXI.

Conforme observa Loïc Wacquant (2001), o número de pessoas presas nos Estados Unidos declinava lentamente, cerca de 1% ao ano, na década de 1960, chegando a menos de 380 mil pessoas presas em 1975, quando essa curva se alterou: em 1985, os Estados Unidos já somavam 740 mil presos, alcançando quase 2 milhões de encarcerados em 1998. Eram, em maioria, homens condenados pelo comércio de drogas, furtos, roubos e atentados de pequena importância à ordem pública, “oriundos das parcelas precarizadas da classe trabalhadora e, sobretudo, das famílias do subproletariado de cor” (WACQUANT, 2001, p. 83). Para efeito de rápida comparação, o perfil estatístico dos presos brasileiros é de um homem jovem (54% têm menos de 30 anos), pouco escolarizado (60% não concluíram o Ensino Fundamental), sendo que 75% deles foram condenados por furtos, roubos ou tráfico de drogas, enquanto os negros (63,6% da população carcerária) estão sobre-representados (MOURA, 2019).

Em 2020, no Brasil, a população prisional era superior a 750 mil pessoas e faltavam 240 mil vagas no sistema (BUENO; LIMA, 2021). De acordo com o relatório oficial do Ministério da Justiça, esse contingente subiu de 90 mil para mais de 720 mil presos entre 1990 e 2017, o que corresponde a um aumento de 700% (MOURA, 2019). No mesmo período, a população brasileira, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aumentou de 149

milhões³ para 207 milhões de pessoas⁴, equivalente a um crescimento demográfico de 38%, número bem mais modesto se comparado ao grande incremento da população prisional. Embora a parcela de pessoas em prisões domiciliares tenha observado modesto percentual de aumento (de 6,9%, em 2020, para 9%, em 2021), a população prisional continuou crescendo durante a pandemia, alcançando mais de 820 mil pessoas ao final de 2021 (BUENO; LIMA, 2022).

AGRAVAMENTO DAS MAZELAS DO CÁRCERE

O contexto pandêmico alterou de modo abrupto e profundo o cotidiano da população prisional, agravando problemas antigos e inaugurando outros, impondo ainda dramas adicionais a seus familiares e visitantes. No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou ser a Covid-19 uma pandemia⁵. Com exceção de cinco estabelecimentos federais, todas as prisões brasileiras, inclusive as carceragens das polícias, são de responsabilidade estadual. Na semana seguinte, compreendida entre 16 e 22 de março, enquanto tinha início a disputa entre os governos federal, estaduais e municipais acerca de medidas a serem adotadas para o enfrentamento da pandemia, o sistema penitenciário suspendeu completamente as visitas sem que nenhuma controvérsia tenha sido registrada entre as autoridades de esferas diversas. Ou seja, o direito de receber visitas, um dos mais importantes da Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984), foi extinto, de modo consensual, entre os diversos governos, a partir da segunda quinzena de março de 2020.

Na prática, os termos da portaria nº 5, do Departamento Penitenciário Nacional, vinculado ao Ministério da Justiça (BRASIL/MJ/DEPEN, 2020a), de 16 de março de 2020, foram aplicados, sem alterações relevantes, nas normativas e resoluções de todos os estados brasileiros. A norma federal, desde o *caput*, não deixa dúvida: “suspende as visitas, os atendimentos de advogados [contatos restritos a urgências processuais], as atividades educacionais, de

-
- 3 Gráfico da evolução demográfica brasileira entre 1980 e 2010, conforme pesquisas censitárias do IBGE. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/populacao-total-1980-2010.html>. Acesso em: 18 jun. 2022.
 - 4 População brasileira estimada pelo IBGE em 2017. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579#resultado>. Acesso em: 18 jun. 2022.
 - 5 Declaração do diretor-geral da Organização Mundial da Saúde, Tedros Adhanom, em 11 de março de 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881>. Acesso em: 19 abr. 2022.

trabalho, as assistências religiosas” (ibidem). Sendo assim, o isolamento já experimentado pela população carcerária desde antes da pandemia – o sistema penal anuncia a pretensão de reeducar os condenados pela supressão do convívio em sociedade, embora seja o convívio social, em tese, o mais óbvio mecanismo a orientar práticas de sociabilidade – foi ampliado não somente pela falta de contato com os familiares, mas também pelo constrangimento de vasos comunicantes institucionais (GODOI, 2010, 2015), tais como os observados com as pessoas que prestam assistência religiosa, que coordenam as práticas laborais e que desenvolvem atividades pedagógicas dentro das penitenciárias.

Contrariedade houve quando, no dia seguinte, em 17 de março de 2020, foi publicada a recomendação 62 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2020), notadamente quanto às orientações para tentar diminuir a superlotação do sistema prisional. A reavaliação de prisões provisórias, a substituição de penas em regime fechado por prisões domiciliares para pessoas idosas, portadoras de doenças como diabetes e tuberculose, gestantes, lactantes, bem como a antecipação de saída aos que já cumpriam pena em regime semiaberto, dentre outras recomendações, estavam listadas. O próprio CNJ publicou um relatório para monitorar o rotundo fracasso na concessão de *habeas corpus* pelos juízes criminais pautados pela sua recomendação. “Ao observarmos a quantidade de presos por unidade da federação, entretanto, vemos que o número de presos soltos foi consideravelmente pequeno, somando, no total nacional, 4,64% (35.026 presos de um total de 755.274)” (LANFREDI *et al.*, 2020, p. 8).

A oposição às recomendações do CNJ (2020) foi difusa, alcançando manifestações de autoridades de variadas competências, representantes de todos os poderes constitucionalmente estabelecidos, bem como disseminada pelas redes sociais, onde o conteúdo viral atualizou o já conhecido desprezo por garantias de direitos humanos à população carcerária. Nessa época, profissionais de saúde que atendiam a pessoas hospitalizadas com Covid-19, mais expostos à infecção dada a natureza de sua atividade, notadamente médicos e enfermeiros, mereceram manifestações de reconhecimento social, a exemplo de aplausos desde as janelas dos apartamentos em diversas cidades brasileiras⁶. Durante o primeiro semestre de 2020, uma frase, cuja verdadeira autoria

6 “Coronavírus: profissionais de saúde são homenageados com aplausos nas janelas”. Notícia publicada pelo noticiário *on-line* de **O Globo**, em 20 de março de 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/coronavirus-profissionais-de-saude-sao-homenageados-com-aplausos-nas-janelas-24319194>. Acesso em: 17 maio 2022.

é difícil de rastrear, foi compartilhada nas redes sociais por um parlamentar de São Paulo, uma juíza da Bahia e um sem-número de pessoas pelo país afora. A frase ilustra as contrariedades à recomendação 62 do CNJ (2020) e a aprovação que as políticas de deixar morrer têm junto a diversos estratos da sociedade brasileira: “Se um médico e um enfermeiro podem morrer no cumprimento de seu dever, por que um preso não pode morrer no cumprimento de sua pena?”. Evocativa do corpo incircunscrito e deslegitimado de direitos (CALDEIRA, 2000), compreende-se essa frase viral como a versão pandêmica da antiga expressão enraizada no discurso social: bandido bom é bandido morto.

Natália Vasconcelos *et al.* (2020) pesquisaram o baixo impacto da recomendação do CNJ (2020) nas decisões do Tribunal de Justiça de São Paulo. Houve um pico de pedidos de *habeas corpus* entre o final de março e o início de abril de 2020. A maioria desses pedidos foi negada, mesmo nos processos em que os juízes examinaram demandas de pessoas de grupos de risco, ou quando o crime cometido pela pessoa presa não estava associado à violência ou grave ameaça, como são os casos de diversas condenações por tráfico de drogas. Um trecho da decisão judicial que não concedeu liberdade a um preso com base na recomendação do CNJ (2020) foi reproduzida na pesquisa:

Em ambas as situações o que se visa proteger é a saúde pública, o bem-estar de todos, não havendo por que então esperar-se tratamento diverso. O vírus liberto é perigoso, e como não dá para prendê-lo, prendemo-nos nós. O traficante livre também é perigoso, mas dele podemos nos ver livres desde que o prendamos ou o mantenhemos preso, ainda que por um período que o faça refletir sobre a gravidade do que fizera (*Habeas Corpus* n° 2053292-65.2020.8.26.0000 *apud* VASCONCELOS *et al.*, 2020, p. 1482).

Além de tentar diminuir a superlotação nas prisões, a recomendação do CNJ (2020) orientou gestores de presídios a adotarem um plano de contingência para a visitação de presos, determinando a proibição de ingresso apenas a quem tivesse febre ou sintomas respiratórios associados à Covid-19, mas não como norma geral. Havia, por exemplo, sugestões para fracionar as visitas em dias e horários diferentes, bem como para criar medidas compensatórias à eventual falta de contato presencial familiar, facilitando a utilização de outros meios de comunicação. “Na hipótese de restrição de visitas, não poderá ser limitado o fornecimento de alimentação, medicamentos, vestuário, itens de higiene e limpeza trazidos pelos visitantes” (CNJ, 2020, p. 13).

Porém, aconteceu exatamente o contrário do recomendado. Além de proibirem completamente a visita presencial, normativas de diversos estados, a exemplo da resolução 52, da Secretaria de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2020), de 19 de março de 2020, proibiram a entrega desses itens pessoalmente, restringindo alimentação, vestuário, itens de limpeza e higiene pessoal ao envio por Sedex. Essa sempre foi a alternativa mais cara a familiares de presos, pois, além de adquirir os itens, o serviço postal é custoso: quanto mais itens, mais pesada a remessa, logo, mais caro o envio. Provedoras responsáveis pela introdução de parte importante de gêneros inexistentes ou insuficientes nos cárceres, vasos comunicantes essenciais (GODOI, 2010, 2015) entre o lado de dentro e o de fora das prisões, muitas mães e mulheres de presos são pobres e estavam ainda mais empobrecidas pela pandemia. Além disso, quando chegavam à penitenciária, esses itens, vezes tantas, ficavam em quarentena antes de serem inspecionados, retardando sua entrega aos custodiados.

Nos quatro grupos fechados do Facebook que acompanhei, os conteúdos e os comentários de familiares de presos evidenciavam que a suspensão de visitas também impedia a entrega presencial desses itens à portaria dos presídios, isto é, sem o ingresso da visitante nos pátios internos. As dificuldades para enviar alimentos e o constrangimento dos canais de comunicação com o familiar preso eram, de longe, os temas que mais mobilizavam o interesse de familiares e de mulheres de presos nos grupos acompanhados. “As famílias foram afastadas e o Sedex fica jogado no presídio. Às vezes, [o Sedex] é devolvido sem nenhuma explicação”, disse-me Maria Tereza dos Santos, mais conhecida como dona Tereza, presidente da Associação dos Amigos e Familiares de Pessoas Privadas de Liberdade de Minas Gerais, durante uma videochamada, em junho de 2021.

Eduardo Dyna e Thainá Sales (2020) anotam que a suspensão das visitas presenciais em São Paulo afetou negativamente o cotidiano dos detentos, pois a remessa do *jumbo*⁷, historicamente construída por uma relação da ausência do Estado frente a demandas dos detentos, ficou restrita. Natália Padovani (2020) relata o dia em que acompanhou o momento da soltura de uma mulher – que ela não somente conhecia, mas visitava desde 2017 – durante a pandemia, em abril de 2020. Essa mulher estava presa na Penitenciária

7 *Jumbo* é uma terminologia nativa típica de São Paulo, que significa um “conjunto de itens levados pelas visitantes aos prisioneiros. Pode ser composto por mantimentos, produtos de limpeza, medicamentos, materiais para artesanato e o que mais for permitido pela instituição” (BIONDI, 2010, p. 241). Terminologias nativas serão grafadas em itálico ao longo do capítulo.

Feminina da Capital, em São Paulo. A pesquisadora estava à sua espera, do lado de fora, na calçada vazia, onde, nos dias de visita, havia o comércio de barracas a vender “refrigerante gelado, pudim de leite e sorvete, alimentos que dificilmente resistem ao percurso de visitantes até a prisão” (PADOVANI, 2020, p. 6), denotando que não somente as visitantes levavam alimentos consigo, mas também compravam, à porta da penitenciária, os itens gelados. Na precisa distinção feita por Jacqueline Ferraz de Lima (2013), esse tipo de comércio confirma a existência de dois tipos de *jumbo* antes da pandemia: o de produtos industrializados, que a visitante deixava com o preso, e o da comida fresca, compartilhada por presos e familiares durante os dias de visita regular. E como estaria a entrega do *jumbo* nas cadeias paulistas durante a pandemia? Natália Lago informa como a suspensão de visitas aprofundou um problema já existente:

Com as visitas suspensas, **os jumbos também se restringiram**. Abastecer a prisão e as pessoas presas com mantimentos agora é possível apenas via Sedex, ou seja, o envio de compras por correio com produtos de alimentação, limpeza e higiene [...]. As regras para o envio e o recebimento do Sedex fazem com que essa modalidade seja mais cara do que o *jumbo* regular, que conta com o trabalho de mães e mulheres de preso para comprar os itens, embalá-los de acordo com as regras de cada unidade penitenciária e carregá-los consigo para que sejam revistados e entrem nos dias de visita. **O esforço de mulheres para que seus presos tenham comida dentro das prisões é, no contexto da pandemia, amplificado.** (LAGO, 2020, p. 3, grifo do autor).

Diversas pesquisas etnográficas elaboradas antes da pandemia, dentro dos presídios ou no seu entorno (BIONDI, 2010; GODOI, 2010, 2015; LAGO, 2019; LIMA, 2013), anotam a centralidade do *jumbo* – ou a terminologia regional nativa equivalente, tais como *sacola* no Rio Grande do Sul, *kit* em Minas Gerais, *feira* na Paraíba, *custódia* ou *sucata* no Rio de Janeiro – na relação dos presos com um sistema que não provê recursos materiais suficientes à sobrevivência. Algumas penitenciárias têm cantinas, mas os preços são mais altos do que os do comércio extramuros e, mesmo assim, o dinheiro para que o preso adquira esses itens nas cantinas, denominado *pecúlio*, também é depositado por familiares na maioria das vezes (são exceções os estabelecimentos penais onde o preso tem função laboral remunerada, podendo, ele mesmo, constituir seu próprio *pecúlio*).

Acompanhei *in loco* um protesto pelo fim de várias restrições a visitas presenciais no Rio Grande do Sul, em novembro de 2021, quando a curva de infecções e de óbitos por Covid-19 no país parecia mais próxima do controle e boa parte da população brasileira já tinha esquema vacinal completo, tendo recebido pelo menos duas doses de imunizante (ou estava vacinada com alternativa de dose única). O protesto aconteceu à frente do Palácio Piratini, em Porto Alegre/RS, sede do governo estadual. Nessa época, as visitas às penitenciárias gaúchas tinham sido restabelecidas, mas remanesciam diversas restrições. Antes da pandemia, havia duas visitas por semana, que duravam sempre mais de seis horas cada uma. Em novembro de 2021, era apenas uma visita semanal durante, no máximo, três horas. Além disso, o número de pessoas autorizadas a entrar em uma visita era reduzido, às vezes limitado a apenas uma visitante, e não era admitida a entrada de familiar com nenhum tipo de alimento, industrializado ou fresco, tampouco com produtos de higiene. Nesse dia, a mãe de um preso contou-me que um sabonete comum, que custava cerca de R\$ 2 no comércio extramuros, era vendido por R\$ 7 na cantina da unidade prisional que ela visitava. A esposa de outro preso disse que um Sedex nunca custava menos de R\$ 100 e que havia ficado três meses sem conseguir enviar um a seu esposo. Isso reforça as observações de Natália Lago (2020) em São Paulo, bem como uma das principais queixas nos grupos fechados do Facebook, que reuniam familiares de diversos estados brasileiros: manter os cuidados de provisão foi financeiramente desafiador a mães e mulheres de presos, sendo que essa dificuldade se manteve mesmo quando o isolamento social já não era experimentado pela população brasileira. Em outras palavras, as unidades prisionais se fecharam completamente à visita na semana seguinte à declaração de pandemia feita pela OMS, mas diversas restrições a um dos mais importantes direitos do preso, o de se ser visitado (BRASIL, 1984), restaram mantidas mesmo quando não se observava mais o isolamento na sociedade em geral: além de consensual, a suspensão de direitos de presos foi uma decisão célere e com efeitos duradouros.

Como forma de dimensionar os variados significados da restrição à entrada de alimentos, também é preciso compreender outras características do envio do *jumbo*, como o fato de ele ser exclusivo dos presos que recebem visitas, de modo que os que são abandonados pelas famílias enfrentam dificuldades materiais extraordinárias nos cárceres, bem como têm sua reputação prejudicada junto a agentes carcerários: se até familiares os abandonam, significa que não são boa coisa (LIMA, 2013). Mirella Brito (2007) observa não somente a inspeção

pela qual passam os itens levados pelas visitantes de uma unidade prisional catarinense, mas também os modos como se constituem em moeda de troca intramuros. Julita Lemgruber fez sua pesquisa de campo em 1976 e informa sobre o auxílio financeiro prestado por familiares de mulheres que cumpriam pena em uma penitenciária fluminense. “Algumas recebem ajuda em dinheiro [...], em geral gasta-se [na cantina] com alimentos e artigos de primeira necessidade, **que não são fornecidos pela instituição**, como sabonete, pasta de dente etc.” (LEMGRUBER, 1999, p. 50, grifo do autor). Logo, observa-se que os familiares de presos brasileiros custeiam os itens de primeira necessidade nos presídios há muitas décadas, sendo que a abrupta suspensão do direito de receber visitas comprometeu o cotidiano do cárcere, muito embora o discurso oficial, conforme demonstraremos a seguir, observasse elaborações em sentido oposto.

No dia 30 de março de 2020, o ministro da Justiça, Sérgio Moro, publicou um artigo na imprensa. No texto, ele afirma não haver previsão legal para a liberação de presos em caso de pandemia. Dos 28 sistemas prisionais do país, de acordo com o ministro, 27 haviam suspenso totalmente a entrada de visitantes, enquanto apenas um deles adotou suspensão parcial. Sem fazer referência direta à recomendação 62 (CNJ, 2020), Sérgio Moro trouxe ainda uma interpretação especial para o significado do *fique em casa* – expressão deplorada pelo presidente da República, Jair Bolsonaro, contrário a medidas de isolamento social – a pessoas presas, assinalando, por derradeiro, preocupações com a manutenção da saúde e das garantias de alimentação aos presos.

Os presos devem permanecer nas unidades prisionais e sem acesso a visitantes. O “fique em casa” defendido como medida universal, para os presos deriva em ficar nas prisões, domicílio precípua dessa população. Presos com problemas de saúde devem ser segregados e manter o tratamento nas unidades prisionais. Caso sejam soltos, provavelmente terão dificuldades em manter o tratamento, sobrecarregando os sistemas de saúde. Além disso, deve-se considerar que, em todas as unidades prisionais, todo preso recebe ao menos três refeições diárias. Colocá-los nas ruas ou em prisão domiciliar trará mais riscos para essa população, além de repercutir em graves riscos para a segurança pública (MORO; BOURDIGNON)⁸.

8 “Prisões, coronavírus e ‘solturavírus’”. Artigo do ministro da Justiça, Sérgio Moro, e do diretor do Departamento Penitenciário Nacional, Fabiano Bourdignon, publicado no blog do jornalista Fausto Macedo, hospedado no site do jornal **O Estado de São Paulo**, em 30 de março de 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/priso-es-coronavirus-e-solturavirus/>. Acesso em: 25 abr. 2022.

Colocadas em perspectiva histórica, em uma relação de ausência do Estado na provisão de itens essenciais, as garantias de alimentação e de atendimento de saúde à população prisional, tal como citadas pelo ministro, podem ser contrastadas com 83 laudos cadavéricos de presos mortos por denominadas “causas naturais” em unidades prisionais fluminenses, entre 2014 e 2015. Esses dados foram analisados pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro (*apud* MALLART; ARAÚJO, 2021), quando se constatou que 30 corpos necropsiados apresentavam caquexia, que indica um grau extremo de emagrecimento, ou sinais de desnutrição, bem como uma maior prevalência de doenças como tuberculose e sarampo entre presos se comparada à da população em geral. As políticas de deixar morrer, reelaboradas mais recentemente pelo conceito de necropolítica, de Achille Mbembe (2018), são estruturantes das unidades prisionais brasileiras, tendo sido aprofundadas no contexto pandêmico.

Sempre a anotar um senão contrário à recomendação para tentar diminuir a superlotação nos presídios durante a pandemia, o ministro Sérgio Moro concedeu entrevista a uma rádio de Porto Alegre/RS no dia 2 de abril de 2020, na qual voltou a justificar o fim das visitas de familiares sem declinar medidas compensatórias à supressão de direito da população carcerária. “A estratégia que tem sido adotada não é diferente da população no geral. Se recomenda o isolamento. Então, se baniu [sic] as visitas”⁹.

A imprensa franqueava espaços não somente às compreensões do ministro da Justiça, mas também repercutia endosso proeminente no mesmo sentido. “Os juízes criminais devem ter em mente que o CNJ recomendou e não determinou a liberação dos presos em regime semiaberto, sob pena de a dose recomendada de remédios matar a sociedade doente e gerar uma crise sem precedentes na segurança pública nacional”¹⁰, disse Luiz Fux, ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), no dia 5 de abril de 2020, ampliando a difusão de enunciados para, com a devida *venia*, driblar a recomendação do CNJ (2020).

9 “Não podemos ter uma crise na segurança junto com a crise na saúde, diz Moro sobre soltura de presos”. Entrevista veiculada na **Rádio Gaúcha**, em 2 de abril de 2020. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/politica/amp/2020/04/nao-podemos-ter-uma-crise-na-seguranca-junto-com-a-crise-da-saude-diz-moro-sobre-soltura-de-presos-ck8ioefv00rn01pmf17ie82o.html>. Acesso em: 17 maio 2022.

10 “Liberação de presos pode gerar crise sem precedentes na segurança pública nacional, diz Fux”. Notícia publicada pela **Folha de São Paulo**, em 5 de abril de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2020/04/liberacao-de-presos-pode-gerar-crise-sem-precedentes-na-seguranca-publica-diz-fux.shtml>. Acesso em: 17 maio 2022.

RISCOS DE CONTÁGIO, VIOLAÇÕES E INCOMUNICABILIDADE

No início da pandemia, um controle sanitário foi firmemente recomendado a todos os países. “Temos uma mensagem-chave: testem, testem, testem”, disse Tedros Adhanon, diretor-geral da OMS, em março de 2020¹¹. Por variadas razões, que não cabem aqui ser enumeradas, testagens para monitorar a circulação do novo coronavírus não foram feitas na população brasileira de maneira geral. O risco maior, representado por muitas pessoas aglomeradas em espaços exíguos, com pouca ventilação e sem uso de máscaras, não fez com que os estados brasileiros adotassem como regra, em nenhum momento da pandemia, a recomendação da OMS nos cárceres. A testagem não amparou a gestão da população prisional, nem mesmo para monitorar os ingressantes do sistema, o que poderia, em tese, introduzir o vírus entre aqueles que já estavam isolados, em confinamento. Oficialmente, entre o início da pandemia até o dia 31 de janeiro de 2022, menos de 370 mil testes foram feitos entre os presos em todo o país (CNJ, 2022).

Em sentido diverso, o governo federal tentou uma outra maneira – bastante conhecida pela violação de direitos humanos – para lidar com a superlotação e a necessidade de segregar presos com sintomas de Covid-19, ou com suspeita de infecção. Em 19 de abril de 2020, o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) solicitou a suspensão das diretrizes de arquitetura penal ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP). “Existe a possibilidade de serem criadas vagas por meio de instalações provisórias com estruturas metálicas, uso de contêineres adaptados, a exemplo do aplicado em hospitais de campanha e abrigos para refugiados ou desabrigados”, conforme registrou um ofício obtido pelo jornal *Folha de São Paulo*¹².

Dias depois, veio a público um documento de 35 páginas, no qual se justificava a adoção de contêineres para segregar presos devido ao “notório déficit de vagas nas unidades penais brasileiras” (BRASIL/MJ/DEPEN, 2020b, p. 1). O texto oficial faz referência a modernas técnicas de engenharia, mais baratas e de qualidade supostamente superior à tradicional alvenaria, trazendo ainda

11 Texto e vídeo publicados no site da **BBC**, em 16 de março de 2020. Disponível em <https://www.bbc.com/news/av/world-51916707>. Acesso em: 25 abr. 2022.

12 “Com mortes por coronavírus, Ministério da Justiça quer vagas para presos idosos e doentes em contêineres”. Notícia publicada pelo jornal **Folha de São Paulo**, em 20 de abril de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/com-mortes-por-coronavirus-ministerio-da-justica-quer-vagas-para-presos-doentes-e-idosos-em-conteineres.shtml>. Acesso em: 25 abr. 2022.

imagens de celas em contêineres, brancas e limpas, adotadas em prisões da Nova Zelândia e Austrália. Mais adiante, o mesmo documento cita a razão de essa experiência ter sido banida no Brasil: no Espírito Santo, em 2008, houve “violações flagrantes de direitos humanos” (p. 9) nas instalações que ficaram conhecidas como celas micro-ondas, depois que inspeções registraram sensação térmica de 50 graus Celsius em seu interior¹³. Posteriormente ao ocorrido em uma unidade prisional capixaba, o uso de cela-contêiner foi proibido no Brasil. O CNPCP vetou a tentativa de implementá-la novamente devido à pandemia.

Em boa medida, a manutenção dessa proibição decorreu de protesto de lideranças de familiares e amigos de pessoas presas, a exemplo do conduzido a partir da Agenda Nacional pelo Desencarceramento (PADOVANI, 2020) – coletivo no qual dona Tereza, minha interlocutora de pesquisa, também empreendia sua combativa militância. Mas, antes do veto do CNPCP se confirmar, a possibilidade de reintrodução da cela-contêiner trouxe desespero a Christiane Pinagé, mãe de um ex-presidiário e vice-presidente da Associação dos Familiares de Presos e Egressos do Estado do Rio de Janeiro, que escreveu, no dia 9 de maio de 2020, uma carta aberta intitulada: “Feliz Dia das Mães?”, de onde extraio o excerto a seguir:

A desumanidade já não se satisfaz em colocar pessoas em cubículos insalubres e fétidos, a promessa de montagem de um hospital de campanha foi deixada de lado, agora cogita-se colocá-las em contêineres onde a temperatura alcança facilmente os 50 graus. Entregues à própria sorte, aguardamos por um milagre divino (PINAGÉ, 2021, p. 19).

Cartas, ou sua ausência, são outra evidência rastreável para compreender como a Covid-19 agravou as mazelas do cárcere. Nos primeiros meses de pandemia, além da suspensão das visitas presenciais, as comunicações por escrito, outro direito previsto na Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984), também ficaram constrangidas, seja porque o correio enfrentou dificuldades logísticas extraordinárias, seja porque as cartas ficavam por longo período

13 “Violação de direitos humanos em presídios no ES será discutida na ONU”. Notícia publicada pelo portal **UOL**, em 15 de março de 2010. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2010/03/15/violacao-de-direitos-humanos-em-presidios-do-es-sera-discutida-na-onu.htm>. Acesso em: 25 abr. 2002.

retidas, em quarentena ou à espera de inspeção de seu conteúdo. Natália Padovani (2020, p. 4) confirma a escassez da troca de correspondência escrita durante a pandemia e informa que as funcionárias lotadas na Penitenciária Feminina da Capital, em São Paulo, “trabalhavam em regime especial de plantão, de modo que as atividades de coleta e recebimento de cartas ficaram parcialmente comprometidas”.

Não somente não há previsão legal para manter o regime de incomunicabilidade durante as pandemias, mas a troca de correspondência escrita, em tese, inscrevia-se como uma alternativa segura à manutenção de contato entre os presos e os familiares quando se determinou a suspensão das visitas. Cartas, portanto, eram uma previsão legal desde antes da pandemia e poderiam contemplar, ainda que em parte, as recomendações feitas pelo CNJ (2020) para resguardar os direitos das pessoas presas se fossem adotadas formas de facilitar sua circulação. A eventual dificuldade de remessa via correio, em razão da pandemia, poderia ser contornada pela efetiva ampliação de envio e recebimento de correspondência eletrônica (*e-mail*) entre presos e familiares, o que inclusive driblaria a necessidade de deixar as cartas comuns em quarentena antes de terem seus conteúdos inspecionados pelos servidores do sistema penitenciário; a inspeção de correspondência eletrônica poderia ser feita por trabalho remoto.

As cartas, que passaram a ser mais raras ou inexistentes na pandemia, aparecem de diversas formas ao longo da pesquisa: em reportagens¹⁴, em artigos acadêmicos (LAGO, 2020; PADOVANI, 2020), em postagens nas redes sociais e também na videochamada que realizei com Andreina Amélia Ferreira, que prefere ser identificada como Andreia MF, então com 54 anos, líder do Movimento Mães do Cárcere, em Praia Grande/SP, interlocutora alcançada, assim como dona Tereza, a partir de referência feita a ela em um dos grupos fechados do Facebook que acompanhei. Quando jovem, Andreia MF teve 16 passagens pela antiga Febem¹⁵ e pelo sistema prisional, onde teve seu primeiro filho. Portanto, ela guarda consigo a experiência de vida no cárcere e do sentimento de abandono na prisão. “Agora está sem visita, então a carta é uma visita. O

14 “Os presos estão sem receber cartas e a comida foi racionada, dizem familiares”. Notícia publicada pela **Ponte Jornalismo**, em 12 de abril de 2020. Disponível em: <https://ponte.org/os-presos-estao-sem-receber-cartas-e-a-comidafoi-racionada-denunciam-familiares/>. Acesso em: 16 maio 2022.

15 Em São Paulo, a antiga Fundação Estadual para o Bem-estar do Menor (Febem) é hoje denominada Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Fundação CASA).

preso cheira a carta, dorme com a carta, lê e relê a carta, até que chega outra carta”, disse ela, em março de 2021, sublinhando como essa medida poderia reforçar laços ou amenizar os sofrimentos de quem estava preso.

Há ainda dois exemplos reveladores do desprezo com que as cartas foram, na prática, tratadas pelo sistema prisional durante a pandemia. Um caso emblemático foi colhido pelo Movimento Estadual de Combate e Prevenção à Tortura do Rio de Janeiro (MECPT/RJ). Uma mulher presa faleceu vítima de Covid-19 em junho de 2020, mas, antes do óbito, ela teve várias internações, de modo que o agravamento de seu quadro foi progressivo. Sua família jamais soube que ela havia sido levada, mais de uma vez, a um hospital:

No momento da recepção da notícia do óbito foi entregue a familiar 30 cartas que estavam na direção da unidade. Sua filha escreveu durante todo processo de agravamento da doença e intenso sofrimento até o seu óbito cartas que jamais puderam ser respondidas, por falta de entrega pela unidade prisional, produzindo danos profundos à integridade de sua mãe e à da própria presa, cuja comunicação em seus últimos dias foi negada pelo Estado (RIO DE JANEIRO/MECPT, 2020, p. 95).

Outro caso foi anotado por mim em 14 de fevereiro de 2021. A Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) de São Paulo publicou, em sua página no Facebook, uma imagem com vários envelopes de cartas, encimada com texto no qual afirmava incentivar o vínculo de presos com familiares no “Dia Mundial do Amor”. Nessa data, 14 de fevereiro, dia de São Valentim, comemora-se o Dia dos Namorados em países como Inglaterra e Estados Unidos. Porém, o tal “Dia Mundial do Amor” deixou as mulheres de presos indignadas, seja nos comentários postados na própria página da SAP (“agora eu sei onde estão as minhas cartas!”), seja na repercussão nos diversos grupos fechados do Facebook que acompanhei, com muitas interações. A SAP suspendeu sua própria postagem. Tempos depois, a mesma postagem foi reinsertada, porém, cerca de cem interações tinham sido suprimidas e diversos comentários apagados permanentemente na página da SAP no Facebook.

A falta de contato com a pessoa presa historicamente aflige seus familiares, mas a absoluta ausência de notícias agravou sobremaneira um problema já conhecido. De acordo com Natália Lago (2020), um grupo de familiares de presos paulistas se cotizou para custear um advogado, mas não porque precisava de serviços jurídicos propriamente ditos. A estratégia era outra, qual

seja, que esse profissional conseguisse ingressar na penitenciária, mantivesse contato visual e comunicação com o preso, ainda que a conversa fosse breve e restrita ao parlatório. Foi uma solução criativa, embora custosa, para driblar regimes de incomunicabilidade. Apesar de pontual e aparentemente isolada, essa investida demonstra como os vasos comunicantes (GODOI, 2010, 2015) são capazes de reinventar seus fluxos ante o fechamento das vias normais para que a família tivesse notícias da pessoa presa.

Medidas compensatórias, como as visitas virtuais, videochamadas de apenas cinco minutos, só foram implementadas, em São Paulo, pela resolução nº 110 da Secretaria de Administração Penitenciária, em 22 de julho de 2020 (SÃO PAULO/SAP, 2020). Para conseguir fazer a visita virtual, não bastava o cadastro como visitante, pois era necessário fazer um pedido com senha, ter um endereço eletrônico válido e aguardar mensagem de confirmação com data e hora agendadas. O sistema, por diversas vezes, travou ou ficou instável, enquanto as mulheres de presos passavam noites inteiras na tentativa de conseguir o agendamento, muitas vezes sem sucesso. Como eram acompanhadas por agentes carcerários, as visitas virtuais, de acordo com os comentários de familiares nos grupos do Facebook, poderiam constranger as queixas e denúncias dos presos sobre eventuais maus-tratos, torturas, fome, doença etc.

No Rio Grande do Sul, a mesma medida compensatória foi criada em 8 de abril de 2020, através da portaria conjunta nº 2 da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária e da Superintendência de Serviços Penitenciários (RIO GRANDE DO SUL/SEAPEN/SUSEPE, 2020). As visitas virtuais gaúchas duravam, no máximo, dez minutos, e eram sempre assistidas pelos agentes carcerários, mas não alcançaram todas as unidades prisionais. Dias depois do anúncio de sua implementação, uma nota explicativa informou que a visita virtual aconteceria se houvesse condição operacional e que “não constituía um novo direito do preso”¹⁶. Sem visita presencial, com comunicação escrita que demorava a chegar ou não chegava, além de medidas compensatórias tardias ou de extensão limitada, não raras vezes o resultado foi a completa incomunicabilidade ao longo de meses, durante a pandemia.

16 “Seapen e Susepe detalham a regulamentação de visitas virtuais nos estabelecimentos prisionais do RS”. Notícia publicada pelo site da **Superintendência de Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul** (Susepe/RS), em 15 de abril de 2020. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=4&cod_conteudo=4826. Acesso em: 18 jun. 2022.

COVID-19 NAS PRISÕES BRASILEIRAS

O advento da pandemia afetou o mundo todo, mas esse truísmo genérico pode sugerir, de modo bastante equivocado, que tudo foi afetado do mesmo modo mundo afora. Além do empobrecimento, populações vulneráveis ficaram mais expostas ao risco tanto pela impossibilidade de se manter em isolamento, pois o *fique em casa* foi antes um privilégio de parte da sociedade, quanto também pelas dificuldades de acesso a equipamentos de proteção individual, conforme percebido por Sônia Maluf (2021) entre os vendedores ambulantes do pequeno comércio praieiro e os operários da construção civil em João Pessoa/PB. No início da pandemia, Natália Padovani (2020) mantinha contatos telefônicos regulares com uma assistente social sexagenária de uma penitenciária paulista, portanto, considerada do grupo de risco. Essa servidora pública lhe contou que não havia recebido nenhum tipo de dispensa do trabalho, tampouco máscara de proteção individual, de modo que “costurava, ela mesma, com tecido, linha e elástico pagos com seu salário, as máscaras [...], comprava, ela mesma, luvas de vinil e álcool em gel” (PADOVANI, 2020, p. 5).

As repercussões iniciais da pandemia observaram – diferentemente do grande consenso nacional ocorrido para, de maneira célere, suprimir os direitos dos presos nos cárceres sem a efetivação de medidas compensatórias e sem acolher as recomendações para tentar diminuir a superlotação das unidades prisionais – um intenso dissenso no proceder dos governos federal, estaduais e municipais. No primeiro semestre de 2020, enquanto prefeitos e governadores, de modo geral, adotavam medidas para estimular o isolamento social, tais como o fechamento de escolas, de parte do comércio, além de restrições à circulação do transporte público, o presidente da República promovia deliberadas aglomerações sem o uso de máscaras, criticava reiteradamente o *fique em casa* e promovia terapias medicamentosas sem eficácia comprovada; posteriormente, ele fazia falsos alardes contra a segurança de imunizantes e retardaria sua aquisição.

Logo, o *fique em casa* tornou-se um marco de uma guerra de narrativas no Brasil – o sentido de narrativa restou vulgarizado, de modo que a palavra passou a significar apenas o falseamento intencional de fatos, e não mais a complexidade das diferentes formas de ver e de experimentar a realidade, as histórias dos sujeitos que estão no mundo, ou que a ele estão sujeitados. Uma grande batalha dessa guerra de narrativas ocorreu quando, em abril de 2020,

o STF decidiu que os municípios, os estados e a União tinham competência concorrente no enfrentamento da pandemia¹⁷. Esse julgamento, longe de efetivar um esforço coordenado e de trazer contornos apaziguadores, serviu à retórica segundo a qual as decisões do Palácio do Planalto, referentes ao enfrentamento da Covid-19, estariam, supostamente, proibidas por decisão do STF. Essa foi, pois, a “narrativa” do governo federal.

Desde seu primeiro pronunciamento oficial, Jair Bolsonaro, em março de 2020, comparou a doença a uma *gripezinha*, dando início a sucessivos estímulos ao uso de medicamentos ineficazes. “O FDA americano e o Hospital Albert Einstein, em São Paulo, buscam a comprovação da eficácia da cloroquina no tratamento da Covid-19. Nosso governo tem recebido notícias positivas sobre esse remédio fabricado no Brasil”¹⁸, disse o presidente. A insistência em fazer da cloroquina o centro da política nacional de enfrentamento ao novo coronavírus foi o fator mais saliente para o Ministério da Saúde ter, apenas entre os meses de abril e maio de 2020, três ocupantes no cargo de ministro¹⁹. Mas o FDA (tampouco sua equivalente brasileira, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária) jamais recomendou o uso dessa droga para tratar a Covid-19. Em julho de 2020, a pesquisa do Hospital Albert Einstein²⁰, citada pelo presidente, concluiu que o uso de hidroxicloroquina, associado ou não à azitromicina, não tinha efeito nos tratamentos de quadros leves e moderados de Covid-19 (CAVALCANTE *et al.*, 2020), mas isso também não fez cessar a promoção de terapias sem eficácia por parte do governo federal.

Não surpreende, portanto, o fato de a terapia medicamentosa sem eficácia ter se tornado política de enfrentamento à Covid-19 também em unidades

17 “STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19”. Decisão unânime do Pleno do STF, em 15 de abril de 2020, durante julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>. Acesso em: 19 abr. 2022.

18 Trecho do primeiro pronunciamento oficial do Presidente da República, Jair Bolsonaro, após o início da pandemia, em 24 de março de 2020. Íntegra em vídeo publicada no canal da *BBC Brasil* no **YouTube** em 25 de março de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zuBsONVr-70>. Acesso em: 25 abr. 2022.

19 O ministro Luiz Henrique Mandetta foi exonerado do Ministério da Saúde em 16 de abril de 2020; Nelson Teich assumiu a titularidade da pasta em 17 de abril de 2020 e exonerou-se em 15 de maio de 2020; o general do Exército Eduardo Pazuello tornou-se ministro interino em 15 de maio de 2020 e foi efetivado em 16 de setembro de 2020, permanecendo como titular até 23 de março de 2021, quando se exonerou do cargo.

20 Participaram do ensaio clínico 667 pacientes de 55 hospitais brasileiros. Entre as instituições vinculadas ao estudo está o Hospital Albert Einstein. Disponível em: <https://vidasaudavel.einstein.br/coronavirus/hidroxicloroquina-nao-tem-efeito-no-tratamento-de-casos-leves-e-moderados-da-covid-19/>. Acesso em: 25 abr. 2022.

prisionais. No Pará, a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (SEAP) distribuía cloroquina a presos em maio de 2020²¹. Em julho de 2020, o plano de contingência no sistema prisional daquele estado foi atualizado, sendo mantida a distribuição de cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina, azitromicina, entre outros fármacos, tanto aos servidores do sistema penal quanto aos presos (PARÁ/SEAP, 2020). Em março de 2021, no pior momento da pandemia no país, um médico prescrevia cloroquina a presos em uma unidade prisional do Rio Grande do Norte²².

Nos grupos fechados do Facebook, os familiares de presos reagiam com orações e súplicas a Deus a notícias compartilhadas sobre os surtos de Covid-19 em unidades prisionais. Em sua maioria, as integrantes desses grupos eram céticas, ou simplesmente não confiavam nos informes oficiais sobre o número de infecções e de óbitos no sistema prisional. Dona Tereza, durante a videochamada realizada no primeiro semestre de 2021, assinalou a mesma desconfiança em relação às comunicações oficiais do governo de Minas Gerais sobre a Covid-19 nas penitenciárias.

Entre o final de 2020 e o início de 2021, as notícias sobre priorizar a vacinação da população carcerária contra a Covid-19 chegaram aos grupos do Facebook com mais comentários de apoio, mas sem consenso entre os familiares dos presos, que reproduziam os falseamentos sobre a falta de segurança de imunizantes alardeados pelo presidente da República. Jair Bolsonaro já havia comemorado o suicídio de um voluntário da fase de testes de imunizante²³ e celebrizado a metáfora de que a vacina transformaria ser humano em jacaré²⁴. Logo, o fato de os presos terem sido colocados no segmento prioritário, denominado Grupo 1, reforçou as suspeitas dos familiares.

21 “Sistema penitenciário estadual recebe reforço de medicamentos contra a Covid-19”. Notícia publicada pela **Agência Pará**, veículo oficial de notícias do governo do Pará, em 22 de maio de 2020. Disponível em: <https://agenciapara.com.br/noticia/19716/>. Acesso em: 30 jun. 2022.

22 “Médico de penitenciária de Alcaçuz é questionado por uso de medicação sem comprovação científica para tratar Covid-19 entre presos”. Notícia publicada pela agência de reportagem **Saiba Mais**, em 26 de março de 2021. Disponível em: <http://bit.ly/saiba-mais-medico-da-penitenciaria-de-alcaucz-e-questionado>. Acesso em: 31 jun. 2022.

23 “‘Mais uma que Jair Bolsonaro ganha’, diz presidente sobre suspensão de testes da CoronaVac”. Notícia publicada pelo portal **G1**, em 10 de novembro de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/11/10/mais-uma-que-jair-bolsonaro-ganha-diz-o-presidente-ao-comentar-suspensao-de-testes-da-vacina-coronavac.ghtml>. Acesso em: 25 abr. 2022.

24 “Se tomar vacina e virar jacaré, não tenho nada a ver com isso”. Vídeo publicado pelo canal do portal **UOL** no YouTube, em 17 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lBCXkVOEH-8>. Acesso em: 25 abr. 2022.

“Querem fazer os presos de cobaia, já falei para o meu marido não tomar de jeito nenhum”, escreveu a mulher de um preso.

De fato, o Plano Nacional de Imunização (PNI) previu, inicialmente, vacinar a população carcerária no Grupo 1, que também incluía profissionais de saúde, servidores de segurança pública e do sistema penal, idosos, portadores de comorbidades de importância para a Covid-19, entre outros. Mas o plano sofreria uma tentativa de alteração em dezembro de 2020, quando os presos foram retirados do grupo prioritário, incomodando pesquisadores e técnicos do Ministério da Saúde²⁵, bem como muitas mulheres de presos, que protestaram com postagens sobre a superlotação, a ventilação deficiente e os isolamentos inexistentes ou precários para os casos de Covid-19 nos presídios. Os presos voltaram ao Grupo 1 do PNI, mas não se tornaram prioridade de fato.

Em julho de 2021, apenas 6% da população carcerária de São Paulo, a maior do país, havia sido imunizada, percentual que mal atingia o número de apenados com comorbidades do grupo de risco, conforme dados da Defensoria Pública de São Paulo²⁶. Mais uma vez, apesar de haver uma guerra de narrativas instalada no Brasil, a (não) vacinação de presos observou a sintonia entre o ensaio de recuo da política federal desenhada no PNI e a prática de um governo estadual, embora houvesse enfrentamentos públicos entre o governador de São Paulo, João Dória, e o presidente da República sobre a vacinação de pessoas em geral. Oficialmente, o governo paulista deixou de informar “dados de doses de vacinas aplicadas por grupos prioritários, razão pela qual os dados de São Paulo foram retirados do Monitoramento Local Covid-19, 25ª edição, realizado pelo Conselho Nacional de Justiça” (BUENO; LIMA, 2021, p. 204, nota de rodapé nº 3). No Brasil, até dia 22 de junho de 2021, 72,5% dos servidores do sistema penitenciário haviam recebido pelo menos a primeira dose de vacina contra a Covid-19 e 31,4% tinham esquema vacinal completo; entre as pessoas presas, até a mesma data, 8,8% receberam a primeira dose e apenas 0,2% tinham esquema vacinal completo (BUENO; LIMA, 2021).

25 “Retirada de presos do plano de vacinação não teve aval de chefe de programa e causa racha no Ministério da Saúde”. Notícia publicada pelo jornal **O Globo**, em 9 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/coronavirus/retirada-de-presos-do-plano-de-vacinacao-nao-teve-aval-de-chefe-de-programa-causa-racha-noministerio-da-saude-24789070>. Acesso em: 20 maio 2022.

26 “Governo Dória descumpre plano e vacina apenas 6% da população carcerária”. Notícia publicada pelo site **Rede Brasil Atual**, em 5 de julho de 2021. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2021/07/doria-plano-vacinacao-populacao-carceraria/>. Acesso em: 20 maio 2022.

Os números de mortes no sistema penal têm diferenças abissais entre os agentes penitenciários e os presos. Desde o início da pandemia até o dia 31 de janeiro de 2022, o Brasil somou mais de 69 mil casos de Covid-19 entre pessoas presas e registrou 314 óbitos nessa população: oficialmente, a doença foi muito mais letal entre os servidores do sistema penitenciário, pois, em um total de 28 mil infecções, houve 339 óbitos acumulados no mesmo período (CNJ, 2022). As taxas de mortalidade, calculadas por grupo de 100 mil indivíduos, foram, respectivamente, de 38,5 entre pessoas presas e de 287,3 entre funcionários do sistema penitenciário (BUENO; LIMA, 2022).

Alguns dados ajudam a explicar parte dessa discrepância. Cerca de 90% da população carcerária tem menos de 45 anos (MOURA, 2019), segmento demográfico menos atingido por quadros severos da doença e, portanto, estatisticamente menos suscetível a evoluções para óbito. Em 2020, os primeiros dados já indicavam uma taxa de infecção por coronavírus no ambiente prisional 62% maior que a taxa geral do país, mas a uma taxa de mortalidade de 15,1 óbitos a cada grupo de 100 mil presos, enquanto a taxa brasileira era de 67,3 óbitos por 100 mil habitantes (BARROS, 2021). Todavia, não se pode negligenciar a possibilidade de subnotificação, não somente porque os familiares de pessoas presas assinalassem constantemente a falta de confiança nos dados oficiais sobre o sistema prisional, mas também porque há grandes variações em outros números que são merecedoras de registro e carentes de explicações. Um exemplo é o fato de mortes por causas desconhecidas entre pessoas presas ter aumentado 217% em 2020 no comparativo com 2019 (BUENO; LIMA, 2021), mas sofrer redução de 51,7% em 2021 no comparativo com o ano anterior (BUENO; LIMA, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Covid-19 trouxe dúvidas e inquietações mundo afora, muitas das quais permanecem, a exemplo da exata forma como o novo coronavírus foi introduzido entre os seres humanos. No primeiro trimestre de 2022, já com uma expressiva parcela da população brasileira com esquema de imunização completo, os óbitos baixaram. A cloroquina e outras medicações *off label* perderam espaço no debate público. A intensa guerra de narrativas instalada no país para o enfrentamento da doença contrasta, sobremaneira, com o consenso ocorrido para suprimir os direitos dos presos, ignorar recomendações de modo a reduzir, significativamente, a superlotação do sistema prisional e

não implementar, ostensivamente, medidas compensatórias à supressão de direitos da população carcerária ante contingências pandêmicas. Às circunstâncias de incomunicabilidade entre os presos e seus familiares somaram-se as dificuldades em receber itens de primeira necessidade que são custeados, fundamentalmente, por mulheres pobres, mas não pelo sistema prisional. A pergunta que persiste é: por que houve consenso do governo federal e dos governos estaduais de aprofundar o sofrimento dos presos e seus familiares em um cenário de grande dissenso no enfrentamento da pandemia? No país, ficou evidenciada, através de diferentes institucionalidades decisórias – incluídos os juízos criminais, que preferiram, em larga medida, ignorar a recomendação do CNJ ao negar a maioria dos pedidos de *habeas corpus* –, a noção de que as políticas de encarceramento não devem recuar nem mesmo ante o risco de morte. Se as políticas de deixar morrer não os mataram, de fato, cultivar o deixar sofrer, sem o contato presencial com seus familiares, com a remessa de alimentos restringida ao Sedex, e sem as medidas compensatórias à ampliação de seu isolamento, conformou a gestão da pandemia no sistema prisional do Brasil.

REFERÊNCIAS

BARROS, Betina Warmling. O sistema prisional em 2020-2021: entre a Covid-19, o atraso na vacinação e a continuidade dos problemas estruturais. *In*: BUENO, Samira; LIMA, Renato Sérgio (Coord.). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021**. São Paulo: FBSP, 2021. p. 206-213. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/anuario-2021-completo-v4-bx.pdf>. Acesso em: 17 maio 2023.

BIONDI, Karina. **Junto e Misturado**: uma etnografia do PCC. São Paulo: Terceiro Nome, 2010.

BRASIL. **Ato Institucional nº 5**, de 13 de dezembro de 1968. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ait/ait-05-68.htm#:~:text=ATO INSTITUCIONAL N° 5%2C DE 13 DE DEZEMBRO DE 1968](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ait/ait-05-68.htm#:~:text=ATO INSTITUCIONAL N° 5%2C DE 13 DE DEZEMBRO DE 1968. Acesso em: 17 jun. 2022). Acesso em: 17 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 7.210**, de 11 de julho de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 7 jun. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 5, de 28 agosto de 2014. **Diário Oficial da União**, 2 de setembro de 2014, seção 1 (p. 168). Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnppc/resolucoes/2014/resolucao-no-5-de-28-de-agosto-de-2014.pdf/view>. Acesso em: 15 maio 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Portaria nº 5**, de 16 de março de 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-5-de-16-de-marco-de-2020-249490711>. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E DA SEGURANÇA PÚBLICA. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Estruturas e Instalações Temporárias Sistema Prisional**, abril de 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/depen/pt-br/assuntos/noticias/copy_of_Alternativas_para_vagas_temporarias___COVID_19_ver01.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRITO, Mirella Alves. **O caldo na panela de pressão**: um olhar etnográfico sobre o presídio para mulheres em Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/89752>. Acesso em: 18 jan. 2022.

BUENO, Samira; LIMA, Renato Sérgio (Coord.). Sistema Prisional. *In*: **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021**. São Paulo: FBSP, 2021. p. 192-205. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/anuario-2021-completo-v4-bx.pdf>. Acesso em: 19 maio 2022.

BUENO, Samira; LIMA, Renato Sérgio (Coord.). Sistema Prisional. *In*: **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022**. São Paulo: FBSP, 2022, p. 378-395. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=15>. Acesso em: 17 maio 2023.

CALDEIRA, Teresa R. P. Violência, corpo incircunscrito e o desrespeito aos direitos civis na democracia brasileira. *In*: **Cidades de Muros**: Crime, Segregação e Cidadania em São Paulo. São Paulo: Editora 34, 2000. p. 343-375.

CAVALCANTE, Alexandre; ROSA, Regis; ZAMPIERI, Fernando et al. Hydroxychloroquine with or without Azythromicin in Mild-to-Moderate Covid-19. **The New England Journal of Medicine**, v. 383, p. 2041-2052. Waltham: Massachusetts Medical Society, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2019014?query=RP>. Acesso em: 25 abr. 2022.

CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação nº 62**, de 17 de março de 2020. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original160026202003305e82179a4943a.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Boletim CNJ de Monitoramento Covid-19 – Registro de casos e óbitos**. Brasília/DF: CNJ/DEPEN/PNUD, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/02/monitoramento-casos-e-obitos-covid-19-31012022.pdf>. Acesso em: 19 maio 2022.

DYNA, Eduardo; SALES, Thainá. **Coronavírus e prisões**: a importância do jumbo no sistema prisional paulista e as consequências de sua suspensão durante a pandemia. Marília: Unesp, 2020. Disponível em: <https://www.observatoriodeseguranca.org/sistema-penitenciario/coronavirus-e-priso-es-a-importancia-do-jumbo-no-sistema-prisional-paulista-e-as-consequencias-de-sua-suspensao-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 7 jun. 2022.

GODOI, Rafael. **Ao redor e através da prisão**: cartografias do dispositivo carcerário contemporâneo. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-25022011->

091508/publico/2010_RafaelGodoi.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

GODOI, Rafael. Vasos comunicantes, fluxos penitenciários: entre dentro e fora das prisões de São Paulo. **Vivência - Revista de Antropologia**, Natal, v. 1, n. 46, p. 131-142, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/8777/6262>. Acesso em: 20 maio 2022.

LAGO, Natália Bouças. **Jornadas de visitas e de luta**: tensões, relações e movimentos de familiares nos arredores da prisão. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-20122019-174339/publico/2019_NataliaBoucasDoLago_VCorr.pdf. Acesso em: 25 maio 2022.

LAGO, Natália Bouças. Na 'linha de frente': Atuação política e solidariedade entre familiares de presos em meio à Covid-19. **Dilemas - Revista de Estudos de Conflitos e Controle Social** - Reflexões na Pandemia (seção excepcional), Rio de Janeiro, texto número 80, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.reflexpandemia.org/texto-80>. Acesso em: 25 maio 2022.

LANFREDI, Luís Geraldo S. et al. **Relatório de Monitoramento da Covid-19 e da Recomendação 62/CNJ nos Sistemas Penitenciário e Socioeducativos I**. Brasília: CNJ, 2020. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/09/Relat_Form_Monitoramento_I.pdf. Acesso em: 17 maio 2022.

LEMGRUBER, Julita. **Cemitério dos Vivos**. Rio de Janeiro: Forense, 1999.

LIMA, Jacqueline Stefanny. **Mulher Fiel**: As Famílias das Mulheres dos Presos Relacionados ao Primeiro Comando

da Capital. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/230/5654.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

MALLART, Fábio; ARAÚJO, Fábio. Uma rua na favela e uma janela na cela: precariedades, doenças e mortes dentro e fora dos muros. **Sociedade e Estado**, v. 36, n. 1, p. 61-81, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/issue/view/2217>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MALUF, Sônia Weidner. Além do templo e do texto: desafios e dilemas dos estudos da religião no Brasil. **Antropologia em Primeira Mão**, v. 124, p. 1-14, 2011. Disponível em: <https://apm.ufsc.br/files/2011/05/124.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MALUF, Sônia Weidner. Janelas sobre a cidade pandêmica: desigualdades, políticas e resistências. **Tomo**, n. 38, p. 251-285, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/tomo/article/view/14280>. Acesso em: 25 abr. 2022.

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

MINAS GERAIS. Secretaria de Justiça e Segurança Pública. Resolução nº 52, de 19 de março de 2020. Publicada no **Diário Oficial de Minas Gerais** em 20 de março de 2020 (p. 11-12).

MORO, Sérgio; BOURDIGNON, Fabiano. Prisões, coronavírus e 'solturavírus'. Artigo publicado no blog do jornalista Fausto Macedo, hospedado no site do jornal **O Estado de São Paulo**, em 30 de março de 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/prisoes-coronavirus-e-solturavirus/>. Acesso em: 25 abr. 2022

MOURA, Marcos Vinícius (Org).

Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - atualização em junho de 2017. Brasília: Ministério da Justiça / DEPEN, 2019. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/infopen-jun-2017-rev-12072019-0721.pdf> Acesso em: 1º jun. 2022.

PADOVANI, Natália Corazza. Nós por nós: teias de solidariedade, políticas de desencarceramento e abolicionismo penal no mundão em pandemia. **Dilemas - Revista de Estudos de Conflitos e Controle Social**, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.reflexpandemia.org/texto-81>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PARÁ. Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. **Plano de contingência para o novo coronavírus (Covid-19) no Sistema Penitenciário do Estado do Pará** - protocolo de atendimento atualizado em 15 de julho de 2020. Disponível em: http://www.seap.pa.gov.br/sites/default/files/plano_de_contingencia_covid_19_seap_atualizado_em_15_07.pdf. Acesso em: 30 jun. 2020.

PINAGÉ, Christiane. Feliz Dia das Mães? In: BARROUIN, Nina et al. (Orgs.). **Covid nas Prisões: Pandemia e Luta por Justiça no Brasil**. Rio de Janeiro: ISER, 2021. p. 19. Disponível em: [https://uploads.strikinglycdn.com/files/653b7bc1-a192-4a24-86ce-c1bc4deff0ed/covid_nas_prisoes_digital%20\(1\).pdf](https://uploads.strikinglycdn.com/files/653b7bc1-a192-4a24-86ce-c1bc4deff0ed/covid_nas_prisoes_digital%20(1).pdf). Acesso em: 25 abr. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Administração Penitenciária. SUPERINTENDENCIA DE SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS. Portaria Conjunta n. 2, de 8 de abril de 2020. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, 8 de abril de 2020, p. 527-529.

SÃO PAULO. Secretaria de Administração Penitenciária. **Resolução n. 110**, de 22 de julho de 2020. Disponível em: http://www.sap.sp.gov.br/download_files/covid-19/res-sap-110_2020.pdf. Acesso em: 18 jun. 2022.

VASCONCELOS, Natália P.; MACHADO, Máira R.; WANG, Daniel W. L. Covid nas prisões: um estudo das decisões em habeas corpus no Tribunal de Justiça de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 5, p. 1472-1485, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/SQR9rkxTPjbLwsGFqh8CkCh>. Acesso em: 9 jun. 2022.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

RECONFIGURAÇÃO DAS AGENDAS DE CUIDADO NA ARGENTINA E NO BRASIL:

O MARCO DA PANDEMIA DE COVID-19

Danielle Ferreira Medeiro da Silva de Araújo

Júlia Tôres Barbosa

Milena Sasha Santos Batista

O presente capítulo pretende discutir as reconfigurações nas agendas de cuidado no Brasil e na Argentina e quais mudanças ocorreram em virtude da pandemia global de Covid-19 iniciada em 2020. E, nesse contexto, quais políticas públicas foram criadas a partir de seu início e do isolamento social e quais foram amortizadas em virtude das gestões governamentais de ambos os países. E também, observar em que medida a criação de políticas públicas influenciou no trabalho realizado por mulheres ao longo do período e como foram afetadas em relação ao trabalho de cuidado que, por muitas vezes, é invisibilizado.

Diante das questões que emergiram do espaço social durante a pandemia, como o isolamento social, o fechamento das escolas e o trabalho *home office*, evidenciando incertezas e contradições no campo de atuação e análise sobre o cuidado, na domesticidade e maternidade, voltaram a fluir as velhas representações sociais que engessam a figura feminina no lugar de quem cuida, ao mesmo tempo que foram sendo discutidas a partir de uma ótica de políticas públicas.

Em geral, “a experiência do surto significa que o fardo doméstico das mulheres também se agrava, tornando sua parcela de responsabilidades domésticas ainda mais pesada” (RELATÓRIO UNFPA, 2020, p. 6). Novos estudos sinalizam que as mudanças reconfiguraram a lógica dos cuidados, pois, com o isolamento social, as pessoas foram obrigadas a passar mais tempo em casa, de modo que foram surgindo procedimentos e ferramentas de cuidado centradas também na família e na comunidade (FOURNIER, 2020; VOMMARO, 2020; ONU MULHERES, 2020).

As múltiplas transformações sociais, culturais, políticas e econômicas que, advindas da crise sanitária de Covid-19, modificaram as lógicas laborais e de provisão de cuidado, impactando material e subjetivamente os que cuidam e os que eram cuidados, enfatizou também que as atividades de cuidado passaram a ser problemas sociais (CASTILLA; KUNIN; ESMORIS, 2020; SILVA *et al.*, 2020). Por exemplo, no campo do cuidado em âmbito laboral, verifica-se o fenômeno da feminização da força de trabalho na área da saúde, cuja mesma participação não se verifica nos principais postos de decisão e comando (MATOS, 2020)¹.

De acordo com o Relatório da CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, a taxa de participação no mercado de trabalho das mulheres em 2020 foi de 46%, enquanto que a dos homens foi de 69% (em 2019, de 52% e 73,6%, respectivamente). Calcula-se também que a taxa de desocupação das mulheres chegou a 12% em 2020, percentual que sobe para 22,2% se for assumida a mesma taxa de participação no mercado de trabalho das mulheres em 2019. Em 2020, explica o estudo, registrou-se uma contundente saída das mulheres da força de trabalho, as quais, por terem que atender às demandas de cuidados em seus domicílios, não voltaram a procurar emprego.

As assimetrias de gênero influenciam nas relações laborais assalariadas e de cuidado. (GUIMARÃES; HIRATA, 2019, p.18). O que se observa hoje é que há uma lente de aumento sobre o cuidado (CARNEIRO; MULLER, 2020). Assim, precisamos refletir sobre o que, no contexto da pandemia, marca as reconfigurações das lógicas de cuidado, levando em conta as diferentes conjunturas sociais, culturais e econômicas, tendo como foco o contexto latino-americano. O recorte do estudo se limita à realidade do Brasil e da Argentina, e se destina a observar as mudanças ocorridas no que tange à domesticidade das mulheres, no trabalho de cuidado das profissionais de saúde (em particular, a enfermagem) e nas políticas de cuidados. Para alcançar os objetivos, fizemos uso da

1 Disponível em: <https://www.justicadesaia.com.br/pandemia-covid-19-e-as-mulheres/>
Acesso em: 21 mai. 2023.

metodologia de estudos comparados que busca aproximações ou diferenças entre países distintos, considerando e respeitando o caráter social e único dos fenômenos estudados (MAURICE, 1989). Realizamos também a análise das fontes secundárias por meio da pesquisa bibliográfica e documental e das políticas públicas elaboradas (e reelaboradas) no período de 2020 a 2023.

O material bibliográfico foi disponibilizado pelo Núcleo de Estudios sobre Intimidaciones, Política y Sociedad (IDAES-UNSAM), e também por pesquisas realizadas no site de pesquisa Scielo, com as palavras-chave: mulheres, pandemia, Brasil e Argentina, no período de 2020 a 2022. No âmbito documental, foram analisados os relatórios da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), do Instituto Nacional de Estadísticas e Censos (Indec), do CEPAL, da ONU Mulheres, da Organização Internacional do Trabalho – OIT e de organizações não governamentais, além de pesquisas financiadas pelo Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação da Argentina.

Como fonte primária, analisamos os resultados da pesquisa de campo intitulada “Maternidade(s) durante a pandemia de Covid-19: tempos e espaços no cotidiano”, coordenada pelas pesquisadoras Maria Fernanda Gonzalez (Universidad Nacional de Entre Ríos/Argentina), Fabiene Gama (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Rosamaria Carneiro (Universidade de Brasília). Os formulários foram aplicados no Brasil e na Argentina em 2020, com variação de respostas: 75 no formulário aplicado na Argentina e 300 no formulário aplicado no Brasil. O intuito é realizar um levantamento demográfico acerca dessas mulheres e de seus familiares, para que possamos observar e compreender o contexto de uma casa pandêmica e seus espaços, que passaram a ser os espaços físicos (escola, trabalho remunerado e doméstico, área de lazer e de descanso).

A diferença discrepante do número de respostas entre os formulários de ambos os países se justifica a partir da rede de contato das pesquisadoras, sem falar que a cidade argentina era proporcionalmente distinta das brasileiras. Vale ressaltar que se trata de mulheres pertencentes à classe média nos dois países e como elas atravessaram a pandemia.

No Brasil, diante de um momento novo, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) apontam que sete milhões de mulheres saíram do mercado de trabalho, tendo deixado o emprego ou sido demitidas, na primeira quinzena da pandemia, sendo um dos motivos o fato de não terem com quem deixar os filhos. Em relação às empregadas domésticas, uma pesquisa do Instituto Locomotiva, apresentada pela Organização Gênero e Número (2020) em função do isolamento social, observa que “45% das em-

pregadas domésticas (diaristas e mensalistas) foram dispensadas do trabalho nesse período sem nenhuma remuneração” (GÊNERO E NÚMERO, 2020, p. 10). Além dos dados produzidos pelos órgãos oficiais, neste estudo analisaremos outros relatórios publicados por organizações sociais e grupos de pesquisa.

Na Argentina, segundo o Instituto Nacional de Estadísticas e Censos (Indec), ¼ das mulheres com menos de 30 anos estão atualmente desempregadas, em comparação aos 17% dos homens jovens. Essa diferença entre os gêneros quadruplicou de 2 pontos percentuais, antes da pandemia, para 8 pontos percentuais.

Nesse contexto de diversidades e complexidades, as intersecções entre o cuidado, a maternidade, o trabalho e a domesticidade irão flexionar mais uma vez as naturalizações sociais e transbordar em problemáticas, contradições e novos sentidos que devem ser estudados com mais profundidade dentro de realidades concretas. Neste estudo, pretendemos refletir, com base na observação de duas realidades distintas, a brasileira e a argentina, acerca das aproximações e dos distanciamentos que possam contribuir com as pesquisas sobre o cuidado a partir de uma perspectiva interseccional.

O capítulo será dividido em três tópicos: no primeiro, analisaremos como os papéis tradicionais vinculados ao cuidado foram sendo construídos culturalmente ao longo do tempo e como se apresentam conforme um reflexo das relações assimétricas de poder dentro da sociedade; no segundo, apresentaremos uma análise das pesquisas argentinas referentes ao contexto pandêmico que possibilitam apresentar um quadro de movimentação institucional no campo das políticas públicas e no que tange à agenda de cuidados, com enfoque nas diferenciações de classe e raça, trabalho remunerado, trabalho não remunerado e profissões voltadas ao cuidado; e no terceiro, elaboraremos um panorama do contexto brasileiro, com os dados de pesquisas realizadas durante e pós-isolamento social e as principais mudanças no âmbito legislativo e de políticas públicas. E, para concluir, apresentaremos o caminho que vislumbramos para a construção de um novo paradigma acerca das relações de cuidado.

TENSIONANDO OS PAPÉIS SOCIAIS VINCULADOS AO CUIDADO

Tradicionalmente, os papéis de gênero, cultural e socialmente construídos, estabeleciam às mulheres o trabalho reprodutivo circunscrito no âmbito privado/doméstico e o produtivo aos homens (GILLIGAN, 2011).

O Brasil opera dentro da lógica de organização social pautada na dicotomia da casa e da rua (DAMATTA, 1997). Presume-se o funcionamento

da estrutura de cuidado baseada nas relações de gênero, o que oportuniza algumas reconfigurações, na tentativa de manter vivas as correntes de afeto, alianças e solidariedade (BUTLER, 2020, n.p.). A partir desse novo cenário, cabe refletir se “seria possível uma nova cartografia política, tensionando a relação público privado que o dispositivo casa dispara?” (MOREIRA *et al.*, 2020, p. 4).

Ao levantar essa reflexão, torna-se fundamental problematizar e desnaturalizar a domesticidade, que está ligada a noções subjetivas de carinho e afeto (SCHWARCZ; STARLING, 2020). E isso advindo de um processo de naturalização dessa visão tradicional do ser mulher e da casa, essencializadora da natureza feminina (BIROLI, 2014; FEDERICI, 2019). Estamos em um novo tempo de negociações entre o tempo e o espaço de trabalho, em que a domesticidade pode sair da invisibilidade e ganhar reconhecimento não apenas no meio acadêmico, mas também nos âmbitos social, cultural e nas políticas públicas.

Não se pode deixar de pontuar a historicidade de séculos em que as mulheres estiveram confinadas ao espaço privado com os cuidados maternos e o aprisionamento de seus corpos, além do trabalho invisível e não remunerado, tanto no âmbito doméstico quanto reprodutivo, que mantiveram, pelo menos desde o século XVIII, as sociedades sob o poder masculino. Desta forma, uma revolução social e econômica, nesse contexto, requer o reconhecimento do trabalho doméstico e do cuidado enquanto labor (FEDERICI, 2019), sendo fundamental a reflexão de que “a divisão sexual do trabalho penaliza as mulheres em termos de tempo, renda e reconhecimento” (ANDRADE, 2018, p. 109).

As assimetrias de gênero influenciam nas relações laborais assalariadas e de cuidado. As relações de gênero são dotadas de transversalidade, que nos permitiria enlaçar o público e o privado, a vida familiar e a vida profissional, o mercantil e o não mercantil, a produção e a reprodução (GUIMARÃES; HIRATA, 2019, p. 18).

Assevera-se que, tanto no campo da reprodução social quanto do assalariamento, as mulheres aparecem como fundamentais na execução do trabalho doméstico e de cuidado, pois representam “atividades essenciais para a sociedade, seja em termos de sua reprodução, seja tendo em vista o bem-estar de seus membros” (GUIMARÃES; HIRATA, 2019, p. 17). Porém, com o passar do tempo, a agenda do cuidado foi sendo modificada pelas novas configurações de família, de sexualidade, ou então, pelos anseios profissionais e inclusive pela perspectiva do direito a não cuidar.

A discussão sobre a exclusão do cuidado como reprodução privada da força de trabalho é uma crítica feminista feita aos estudos econômicos (MEILLASSOUX, 1977; LARGUTA; DUMOULIN, 1975). De acordo com Silva *et al.*:

a lógica de produção capitalista ignora as questões da vida fora do ambiente de trabalho, mesmo quando este trabalho é desenvolvido dentro do ambiente doméstico, o chamado *home office*, ao mesmo tempo que as questões das mulheres referentes à conciliação de maternidade e vida profissional permanecem circunscritas como uma questão da vida privada (SILVA *et al.* 2020, p. 150).

É complexo correlacionar o cuidado, a domesticidade e a maternidade, pois a produção da domesticidade, tanto em uma perspectiva histórica quanto no cotidiano, se articula com a organização dos cuidados e suas regras de sentir (CASTILLA; KUNIN; ESMORIS, 2020). E vale lembrar que vivenciamos um novo atravessamento dessas categorias com a pandemia e as mudanças nas relações laborais, o qual terá múltiplos impactos sociais e culturais como outras revoluções que marcaram as lutas coletivas das mulheres. Por exemplo, com a chegada da Revolução Industrial, ao final do século XVIII, a necessidade de uma nova mão de obra nas fábricas favoreceu a entrada da mulher nesse meio, embora com remuneração reduzida em relação ao sexo masculino e em péssimas condições de trabalho. Com a atuação da mulher no mercado de trabalho, ocorreram mudanças significativas, dentre as quais, a mudança do papel social atribuído à mulher.

No entanto, com o decorrer do tempo, esse cenário foi se transformando para ambos os sexos, cujo processo não resultou simplesmente em uma mudança transitória com a inserção da mulher, mas sim em um acontecimento social contínuo e perseverante (GARCIA; CONFORTO, 2012).

Durante a Primeira e a Segunda Guerra Mundial, as mulheres apropriaram-se das atividades da família e assumiram uma postura de trabalhadoras no mercado. Com a expansão da indústria, o coletivo feminino se fortaleceu no trabalho fabril, embora a exploração tenha se dado por muitos anos. O trabalho das mulheres foi de grande valia para as fábricas, tendo em vista que as impeliam a condições insalubres, exigiam uma alta jornada de trabalho e ofertavam baixa remuneração. No entanto, nesse cenário começaram a acontecer manifestações operárias que reivindicavam principalmente a diminuição da jornada de trabalho (ROMAR, 2018).

Observa-se que a incorporação feminina no mercado de trabalho é atribuída a determinados episódios que assinalaram a narrativa da humanidade e transformaram a vida das mulheres. Ao final das grandes guerras, a organização da sociedade mundial passou por mudanças, já que, com o retorno dos homens que estavam em batalha, muitos se encontravam impossibilitados de voltar às atividades laborais por questões físicas ou psicológicas, o que resultou em uma nova postura das mulheres, que foram demandadas para um novo universo do trabalho não doméstico. O que se percebe é que esse novo lugar social, para uma nova concepção de mulher, passa a aumentar com o tempo (LEONE; BALTAR, 2008).

Então, há o surgimento de uma nova era a partir dos séculos XIX e XX, como o surgimento dos movimentos feministas, em que as mulheres, influenciadas pelas mudanças históricas e sociais, querem se desvincular do universo doméstico, abrindo mão de exercer o papel social apenas de dona do lar, mãe, esposa e filha, e passando a ocupar cargos como professoras, enfermeiras, operárias, entre outras diferentes profissões, fazendo uso de uma conjuntura que antes era dominada e exclusiva do sexo masculino. Deixa-se assim a figura tradicional do papel social da mulher e dá-se espaço a uma nova organização do ser mulher (DALONSO, 2008).

No século XXI, as novidades na tecnologia, o capitalismo e a globalização fomentaram a qualificação das mulheres para o mercado de trabalho. O incessante avanço da atuação da mulher é elucidado por uma conjunção com aspectos de caráter cultural e econômico. Devido a todas essas transformações motivadas por sua entrada no mercado laboral, os papéis se transformam e a mulher deixa de ser exclusivamente a única responsável por funções referentes ao lar e ao cuidado dos filhos, de modo que essas atividades passam a ser realizadas também pelos homens (BORSA; NUNES, 2011). Todavia, o cuidado ainda é marcado por assimetrias de gênero, tendo passado por reconfigurações no período pandêmico.

Além da questão de gênero, há o recorte racial quando falamos de cuidado. Por exemplo, o trabalho doméstico para as mulheres negras, após a escravidão, assumiu formas variadas, como o serviço de lavadeiras, cozinheiras, babás, amas de leite e mucamas, enquanto que as relações de trabalho ainda se davam em troca de casa e comida ou por meio de prestações de serviços diários ou mensais, com características informais, pautadas em laços de favor ou compadrio (PEREIRA, 2001). Logo, “não é de maneira isolada que as categorias de gênero, raça e classe existem na vida dessas mulheres, mas

definindo as suas relações cotidianas mais profundamente envolvidas em estruturas anteriores aos seus próprios nascimentos” (VIEIRA, 2014, p. 132).

De acordo com Vieira:

A mulher negra ainda está socialmente localizada em trabalhos de servidão, a própria condição de trabalhadora doméstica que se vive maquiada como livre-contratante é uma falácia, pois envolve uma falsa ideia de liberdade que esconde o aprisionamento de determinado corpo em um espaço objetivo de construção subjetiva (2014, p. 132).

Os trabalhos vinculados ao *care* estão no centro do quadro social, sendo fundamentais para o funcionamento da sociedade. E seu reconhecimento, principalmente em tempos de pandemia, evidencia que a vulnerabilidade e a interdependência fazem parte da condição humana, e que não são noções apenas vinculadas a grupos considerados vulneráveis (TRONTO, 2013; MOLINIER; LEGARRETA, 2016; MURRAY *et al.*, 2017; REDONDO, 2020). Neste sentido, reconhecemos o cuidado como “una necesidad y un derecho universal para hombres y mujeres” (QUIROGA DIAS, 2011, p. 106).

Mesmo assim, precisamos nos ater à reprodução das desigualdades, operacionalizada pelo cruzamento e convergência de marcadores, sobretudo de gênero, raça e classe, e analisar conjuntamente as dominações advindas dessas categorias a fim de evitar suas reproduções no contexto social (KERGOAT, 2012). Esse processo de descentralização é importante para se discutir os múltiplos pressupostos das desigualdades de gênero (QUIROGA DIAZ, 2011).

Os trabalhos do cuidado e do cuidar, compreendidos como uma categoria de análise interdisciplinar que busca examinar as formas de organização da sociedade, têm sua origem na psicologia estadunidense, a partir de estudos de Carol Gilligan (1982) ao final do século XX. As reflexões baseadas no *care* (que expressa a ideia de cuidar e cuidado) se preocupam em refletir sobre “quem se ocupa do quê e como?”, como forma de mapear e criticar a organização do mundo social (REDONDO, 2020).

Apesar de existirem diversos atores do cuidado como o Estado, a família, a comunidade e o mercado – além das cuidadoras –, ainda se observam desigualdades e assimetrias (GUIMARÃES; HIRATA, 2019). Verifica-se que “o excesso de carga que recai sobre as mulheres, ou sobre as famílias, é resultado de uma distribuição desigual da provisão de bem-estar entre Estado, mercado e família, os três pilares do bem-estar” (ANDRADE, 2018, p. 109). Ressalta-se

que esse desequilíbrio recaiu principalmente sobre as mulheres, sobretudo as negras, indígenas e imigrantes, por meio do trabalho remunerado e não remunerado (PEREIRA, 2016; TODARO; ARRIAGADA, 2011). E a pandemia se apresenta como um fenômeno que reafirmou essa lógica. Logo, torna-se fundamental entender quem cuida, quem é cuidado, onde se cuida, como e em quais condições, quem arca com os custos do cuidado e como essas questões são influenciadas pela existência ou ausência de políticas de cuidado².

Às mulheres negras, em particular, foi deixada a gestão do cuidado, do trabalho doméstico e do trabalho de rua, enquanto lavadeiras, vendeiras etc. (ALGRANTI, 1997; PEREIRA, 2011). A mulher negra tem sua trajetória marcado pelo não-direito e não-cuidado. O trabalho doméstico é uma marca da cultura do privilégio, que separa quem pode e quem não pode delegar as tarefas de cuidado, refletindo, assim, a essência do capitalismo racial (GILMORE, 2007).

Ao refletirmos sobre cuidado e gênero, é preciso compreendê-los em uma perspectiva interseccional, entendida como um sistema de opressão interligado que circunda a vida das mulheres negras (AKOTIRENE, 2019), de modo que isso requer o reconhecimento de que o cuidado também deve ser estudado a partir das categorias de classe e raça (COLLINS, 2015; HIRATA, 2022). Logo, torna-se fundamental compreender como a pandemia evidencia a vida extrema ou a crise contínua do cuidado vivenciada pelas mulheres negras no país, principalmente as periféricas (ARAÚJO *et al.*, 2019).

O que se discute hodiernamente são quais passos podemos dar para compreender o cuidado de forma mais ampla e profunda. De acordo com a entrevista de Eleonor Faur, “el cuidado no es solo lo material, el mantenernos vivos físicamente, es también la manera que estamos con bienestar en el mundo que nos rodea” (GIATTI *et al.*, 2022 p. 42). Ou seja, faz-se necessário um pensamento integrativo que compreenda o cuidado como um novo paradigma social. Fala-se do cuidado como um bem público, compreendido em uma perspectiva de corresponsabilidade, o que significa a redistribuição do tempo, dos recursos e do poder.

Neste estudo, buscamos conhecer a forma que se reconfigurou a vida cotidiana das mulheres (especialmente em períodos de isolamento social) durante a pandemia de Covid-19, na Argentina e no Brasil, a partir de diferentes pesquisas desenvolvidas ao longo desse percurso atípico.

2 Disponível em: <https://www.institutolula.org/as-19h-lancamiento-do-boletim-sobre-politicas-de-cuidado>. Acesso em: 4 abr. 2023.

REPENSANDO AS AGENDAS DE CUIDADO NO CONTEXTO ARGENTINO

Em março de 2020 foi decretada na Argentina uma quarentena que restringia a circulação de pessoas nas ruas e o comércio, mantendo-se apenas os serviços essenciais. No caso da Argentina, o *aislamiento social preventivo y obligatorio* (ASPO) foi estabelecido pelo presidente Alberto Fernández, por meio do Decreto n° 297/2020, seguindo as recomendações da OMS.

É necessário enfatizar que, em consequência da pandemia na Argentina, surgiram vários problemas, para além do isolamento social, como o aumento nos índices de desemprego, a desigualdade social, as turbulências em diversos setores econômicos e uma crise financeira que gerou a desvalorização do peso argentino³.

Analisar os impactos da pandemia de Covid-19, entrelaçando-os com o espaço físico da casa no auge do isolamento social, e observar como se deram essas relações com o ambiente doméstico no pós-pandemia, é crucial para compreender como ocorreram as reconfigurações vivenciadas nesses últimos dois anos.

A seguinte pesquisa foi realizada no período de maio a junho de 2020, no ápice do isolamento social em ambos os países. A análise foi feita a partir das 75 respostas obtidas através de um formulário que contou com 34 questões, as quais foram respondidas por mães argentinas, mulheres pertencentes à classe média. O banco de dados utilizado foi o da “Maternidade(s) durante a pandemia de Covid-19: tempos e espaços no cotidiano”, criado pelas pesquisadoras Maria Fernanda Gonzalez (Universidad Nacional de Entre Ríos/Argentina), Fabiene Gama (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e Rosamaria Carneiro (Universidade de Brasília).

Sobre o perfil argentino, acerca da quantidade de pessoas que viviam juntas na mesma casa no início da quarentena: 29 participantes (38,7%) viviam com três pessoas; 22 (29,3%) com quatro ou mais pessoas; 18 (24%) com apenas duas pessoas; dois (2,7%) com sete pessoas; uma (1,3%) com apenas uma pessoa; uma (1,3%) que vivia sozinha; e uma (1,3%) com seis pessoas.

Em relação às pessoas com quem essas mulheres viviam: 59 mulheres (78,7%) viviam com os companheiros; 70 (93,3%) com os filhos; uma (1,3%) com os filhos do companheiro; cinco (6,7%) com as mães; quatro (5,3%)

3 Disponível em: <https://www.poder360.com.br/economia/entenda-em-numeros-por-que-a-argentina-esta-em-crise-economica/>. Acesso em: 29 set. 2022.

com os pais; uma (1,3%) com a sogra; duas (2,7%) com as irmãs; duas (2,7%) com as irmãs, filhos e bisavós; uma (1,3%) com amigas; duas (2,7%) com os irmãos; e uma (1,3%) com duas filhas.

Em relação ao espaço físico: 62 mulheres (82,7%) viviam em casa; 11 (14,7%) em apartamento; e duas (2,7%) compartilhavam moradia em casa/apartamento. Acerca da quantidade de cômodos na casa (excluindo a cozinha e o banheiro): 24 (32%) responderam ter três cômodos na casa; 20 (26,7%) dois cômodos; 18 (24%) quatro cômodos; dez (13,3) cinco ou mais cômodos; e três (4%) apenas um cômodo, além da cozinha e do banheiro. E quanto à quantidade de banheiros na casa: 39 (52%) dispunham de apenas um; 26 (34,7%) de dois; e dez (13,3%) de três ou mais banheiros na residência.

Em relação à cidade habitada: 24 mulheres (32%) viviam em uma cidade mediana que corresponde às urbes com 100.000 a 500.000 habitantes; 21 (28%) em uma cidade pequena (50.000 a 100.000 habitantes); 14 (18,7%) em uma cidade grande (com mais de 500.000 habitantes); 11 (14,7%) em um povoado (com menos de 50.000 habitantes); quatro (5,3%) em um povoado rural; e uma (1,3%) em zona rural.

Sobre o perfil e idade das participantes: 49 mulheres (65,3%) tinham entre 31 e 40 anos; 12 (16%) entre 41 e 50 anos; 11 (14,7%) entre 21 e 30 anos; duas (2,7%) mais de 50 anos; e uma (1,3%) menos de 20 anos.

Acerca da faixa etária das pessoas que compartilhavam a mesma residência das participantes: 20 (26,7%) conviviam com crianças menores de dois anos; 19 (25,3%) com crianças entre dois e quatro anos; 21 (28%) com crianças entre quatro e seis anos; 29 (38,7%) com crianças entre seis e 11 anos; 16 (21,3%) com adolescentes de 11 a 18 anos; 10 (13,3%) com adultos de 18 a 30 anos; 36 (48%) com adultos de 30 a 40 anos; 27 (36%) com adultos de 40 a 60 anos; e quatro (5,3%) com idosos maiores de 60 anos.

O estado civil das participantes se apresentava da seguinte forma: 33 (44%) eram casadas; 21 (28%) solteiras; sete (9,3%) se declararam “separadas”; quatro (5,3%) divorciadas; e dez (17,3%) viviam em regime de convivência/concubinato.

Em relação à principal atividade remunerada: 30 (40%) das participantes tinham empregos formais em regime integral; 16 (21,3%) empregos formais em regime parcial; três (4%) eram empresárias; 16 (21,3%) empreendedoras e/ou trabalhadoras autônomas; duas (2,7) estagiárias; duas (2,7%) recebiam subsídio do Estado; uma (1,3%) era trabalhadora doméstica; quatro (5,3%) estavam sem trabalho remunerado; uma (1,3%) era “repostera”; uma (1,3%) estudante; uma (1,3%) profissional independente; uma (1,3%) trabalhava em

uma ONG; duas (2,7%) eram docentes universitárias; uma (1,3%) trabalhava em empreendimento próprio; e uma (1,3%) era docente em turno duplo.

Acerca da autodeclaração: uma (1,3%) se declarou negra; 51 (68%) brancas; 24 (32%) mestiças; e não houve mulheres que se declararam indígenas ou pardas.

A segunda etapa da pesquisa investigou as questões vividas por essas mulheres em 2020, articulando temas como o trabalho e a pandemia. Acerca do isolamento social: 48 (64%) delas permaneceram parcialmente em isolamento, saindo apenas para fazer compras e atividades físicas; 17 (22,7%) saíam apenas para trabalhar, seis (8%) não saíam de casa sob nenhum pretexto; uma (1,3%) saía apenas para trabalhar em alguns dias; uma (1,3%) apenas para compras e idas ao médico; e duas (2,7%) por outros motivos. Até o início do isolamento social, 62 (82,7%) trabalhavam fora de casa e 13 (17,3%) não.

A respeito das horas diárias de dedicação ao trabalho remunerado: 24 (32%) trabalhavam cerca de 6 horas por dia; 16 (21,3%) cerca de 8 horas; três (4%) nenhuma hora; uma (1,3) 1 hora; uma (1,3%) 3 horas; quatro (5,3%) 4 horas; dez (12,5%) cerca de 7 horas; uma (1,3%) cerca de 10 horas; uma (1,3%) cerca de 15 horas; e uma (1,3%) cerca de 20 horas por dia.

Acerca da rede de apoio para o cuidado com os filhos enquanto trabalhavam antes da pandemia: 49 (65,3%) das participantes deixavam seus filhos na escola; 26 (34,7%) com babás e/ou cuidadoras; 21 (28%) com as avós; 18 (24%) com os parceiros/companheiros; duas (2,7) com a irmã/avós; uma (1,3%) com os tios ou tias; uma (1,3%) com amigas/os; uma (1,3%) se revezava entre deixá-los com as avós ou levá-los para o trabalho consigo.

Observa-se, no caso argentino, que as mulheres mães vivem em cidades medianas no interior do país, caracterizadas em idade produtiva, casadas ou não, vivenciando, em sua maioria (mais de 70%), a divisão do espaço da casa com crianças de até 12 anos. A maioria (65,3%) também dependia da escola como uma importante rede de cuidado. Nesse universo, mais de 70% trabalhavam de forma remunerada e 40% em empregos formais. No entanto, tiveram suas vidas impactadas pelas mudanças sociais ocasionadas pela pandemia, principalmente por causa das restrições do isolamento social. Não há, nesse contexto, uma grande discussão étnico-racial, tendo em vista que a maioria das mulheres se declara branca (68%).

No caso argentino, constata-se também que a maior parte das interlocutoras vive em cidades pequenas e faz parte da classe média, além de se declararem brancas, casadas e contarem com uma rede de apoio terceirizada

em um contexto pré-pandemia, embora muitas já realizassem o trabalho doméstico, dividindo-o com seus companheiros.

Em decorrência do desconhecimento acerca do vírus no momento, o governo da Argentina impôs um isolamento social obrigatório para os cidadãos, que teve início em março de 2020, assim como no Brasil. Devido ao isolamento social obrigatório, todas as agendas de trabalho e cuidado foram reconfiguradas, uma vez que as escolas permaneceram fechadas e o trabalho remunerado passou a ser realizado em casa em estilo *home office*. Com isso, vários profissionais terceirizados, como as babás, as secretárias do lar e os jardineiros, por exemplo, tiveram que abandonar suas funções.

Quanto ao espaço físico da casa e suas reconfigurações, essas mulheres, durante a pandemia, passaram a realizar todas as atividades de seu cotidiano em casa, como o trabalho doméstico e o remunerado, o cuidado com os filhos, as atividades escolares e as de lazer em geral. Percebe-se, com isso, o grande acúmulo de funções vivenciado por essas mulheres em virtude do isolamento social, além do fato que muitas permaneceram em isolamento e só saíam para o necessário. Por causa disso, muitas delas estavam claramente exaustas de suas rotinas, pois, em muitos momentos, apresentavam apatia, tristeza, felicidade e cansaço, alguns dos sentimentos que mais imperaram ao longo da análise. A relação com os familiares e os filhos se reconfigurou, sendo que uma parte significativa das relações era tensa e conflituosa, apesar de algumas terem relatado observar uma melhoria nesse sentido.

Entender a relação dessas mulheres com o espaço físico de suas casas e suas relações familiares, sobretudo o relacionamento com os filhos, é essencial para entender os impactos gerados pela pandemia de Covid-19 e os impactos carregados e evidenciados com o passar do tempo. Isso porque muitas dessas mulheres se encontravam emocional e fisicamente exaustas, com um alto acúmulo de trabalho doméstico e remunerado, além do cuidado e de suas relações familiares, todos modificados pelo isolamento social.

O espaço físico da casa foi usado como um parâmetro para compreender como elas lidaram com o isolamento e a integração da vida fora de casa que, naquele então, começaram a fazer parte do cotidiano, como a vida escolar dos filhos, o trabalho fora e dentro de casa e a gestão dos relacionamentos familiares.

O uso do tempo, nesse novo contexto social, foi utilizado também como um importante parâmetro para compreender como o excesso de trabalho remunerado e não remunerado, a divisão do cuidado com os filhos e outras atividades da vida cotidiana puderam contribuir para um possível adoeci-

mento físico e mental dessas mulheres. Além disso, questionamentos sobre o seu bem-estar físico e emocional, o que esperavam dos efeitos do vírus e o que foi ser uma mulher mãe nesse período trazem um novo olhar para o que é *maternar* durante a pandemia.

Em relação ainda ao acúmulo de funções vivenciado predominantemente pelas mulheres na pandemia e também pela dificuldade de retorno à “normalidade”, com crianças e adultos ansiosos e muitas vezes depressivos em decorrência do isolamento social, Eleonor Faur, entrevistada por Giatti, comenta que:

Esta suposición de tareas se volvió literalmente una superposición no solamente de distintos espacios, sino dentro del mismo espacio: el espacio del hogar es al mismo tiempo el espacio de cuidados, el espacio del trabajo remunerado, el espacio de la educación de nuestros hijos e hijas (FAUR *apud* GIATTI *et al.*, 2022, p. 42).

As mulheres, para além do cuidado direto, foram envolvidas em outras responsabilidades, como o “cuidado emocional”:

Pero esto sí generó obviamente más sobrecarga de lo que nosotras en nuestra investigación con Karina Brovelli llamamos “el cuidado emocional” por parte de las madres y de las trabajadoras de cuidado comunitario, porque no es solamente el cuidado directo o indirecto, en relación con lo práctico del cuidado, cocinar, limpiar, ayudar con la tarea etc. (GIATTI *et al.*, p. 44).

O apoio emocional que as mulheres ofertaram à sua rede precisa ser entendido como uma superposição de tarefas. Essas tarefas também se colocaram como um grande desafio para as mulheres que trabalhavam profissionalmente com o cuidado, que agregaram, para além de suas atividades laborais, a responsabilidade de cuidar de sua própria rede familiar. E somam-se a isso as próprias condições precárias de trabalho evidenciadas no período pandêmico. Por exemplo, na Argentina, em pesquisa realizada com profissionais de enfermagem durante a pandemia, observou-se que o panorama de trabalho era marcado pela carência de infraestrutura, pelos baixos salários, pela feminização da categoria que chegava a 85%, além do fato que 40% delas desempenhavam mais de uma atividade remunerada.

Conseqüentemente, essas questões trouxeram incertezas, estresse no trabalho, sobrecarga de tarefas (92% expressaram que a intensidade e a pressão do trabalho aumentaram com as novas tarefas, enquanto 85% responderam que tiveram que trabalhar no lugar dos colegas infectados), desentendimentos, renda insuficiente (sendo que 70% das participantes da pesquisa tiveram que financiar seus próprios equipamentos de proteção individual)⁴, além do aumento do contágio.

As discussões acerca das temáticas de trabalho na enfermagem envolveram o eixo de formação e de condições laborais. No primeiro eixo, buscava-se a incorporação de áreas de reflexão sobre a violência de gênero e o trabalho em áreas educacionais e de trabalho e/ou instâncias de mediação para a resolução de conflitos. Buscava-se também a priorização nos processos de graduação e pós-graduação, com a consolidação do ensino universitário gratuito em todas as províncias através do financiamento adequado que garantisse vagas e acessibilidade ampla. Evidencia-se, com isso, a necessidade de formação e atualização permanente, com a abertura de cursos de pós-graduação que pudessem permitir um trabalho articulado e uma formação contínua por meio de bolsas, licenças, auxílios baratos ou gratuitos⁵.

Já o segundo eixo envolvia uma discussão, pois, sendo a enfermagem uma profissão altamente feminizada, recomendava-se a garantia de complementos salariais e acordos de cuidados remunerados no caso de funcionários com crianças e/ou idosos. Além disso, era necessária a manutenção de profissionais com contratos temporários ou bolsas de contingência incorporadas a emergências de saúde, para aliviar a sobrecarga de trabalho e buscar uma readequação das atividades após o período de crise sanitária. Esses pontos eram fundamentais para um panorama de mulheres que integraram diferentes agendas de cuidado durante o período de emergência, condensando cada vez mais responsabilidades, mas que não tiveram a devida remuneração ou reconhecimento⁶.

Na Argentina, ações foram realizadas nos âmbitos institucionais quanto aos processos reflexivos que envolveram a profissão da enfermagem, como: a formação de professores do Ensino Superior da Cruz Vermelha em San

4 Pesquisa coordenada por Karina Ramacciotti (Universidad Nacional de Quilmes - CONI-CET). Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ppt_ramacciotti.pdf. Acesso em: 28 set. 2022.

5 Ibid.

6 Ibid.

Rafael; o ciclo de palestras sobre pesquisa em Saúde no Hospital Nacional em Red “Lic. Laura Bonaparte”; e a divulgação dos resultados do projeto (31 participações) na Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, com a reunião de representantes da Escola Provincial de Enfermagem, Cullen Hospital Profesionais, CEMAFE e Hospital Iturraspe, dirigentes sindicais, Cruz Vermelha e Colégio de Profissionais⁷.

Em outra pesquisa realizada durante o período pandêmico pelo Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação da Argentina, em 28 localidades rurais e 22 bairros, em um contexto de pobreza urbana e rural, chegou-se aos seguintes diagnósticos: o principal cuidador é a família e, dentro dela, a mulher; há uma maior carga de tarefas de cuidado familiar nas áreas rurais; a simultaneidade das tarefas de cuidado dificulta a diferenciação das atividades; as organizações chegaram antes do Estado para atender às demandas da população (alimentação e saúde); há uma menor presença de organizações comunitárias nas áreas rurais; e as políticas assistenciais do Estado, por meio de programas de transferência monetária, tem menos incidência na zona rural. Observa-se, no conjunto, um grupo que tem acesso a diversos programas sociais e outros com uma percepção inferior⁸.

Nesse contexto, de acordo com a pesquisa, novas propostas para alcançar o âmbito das políticas públicas começaram a ser discutidas, como a revisão e a modificação da legislação existente (trabalho, saúde e educação) para incorporar as tarefas de cuidado, o reconhecimento formal do trabalho de cuidado comunitário e o desenho de esquemas de interligação para os setores de políticas sociais⁹. Para Castilla *et al.*:

Esses cruzamentos marcados pela pandemia do Covid-19 e com consequências assumidas no pós-pandemia, destacam a necessidade de agir politicamente, para pensar intervenções do Estado. Os recentes enunciados de políticas públicas propõem cuidar em igualdade desde a concepção, sendo cuidado como um direito de ancoragem federal e territorial, enquadrado em redes de reciprocidade e constitutivas das desigualdades de gênero (CASTILA *et al.*, 2020, p. 5).

7 Ibid.

8 O projeto foi coordenado pela pesquisadora Liliana Madrid. As atividades foram articuladas a partir da interação entre diferentes instituições de pesquisa: UNICEN - UNdMP - UNLP - UNLu - UBA - CIEPP/CONICET - UNPAZ - UNC - UNSL - UNT - UNPA - INTA. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/madrid_-_extendido.pdf.

9 Ibid.

Fala-se das mudanças que precisam alcançar o âmbito de intervenção do Estado. A partir da pesquisa sinalizada acima, foi possível observar mobilizações/trocas institucionais dentro da Argentina, como: o acordo Marco de Assistência e Cooperação Recíproca entre o Ministério da Mulher, Gênero e Diversidade da Nação Argentina e a UNICEN; os contratos para a assinatura do acordo específico da Direção Nacional de Mapeamento de Cuidados (MMGD Nation); o Instituto Nacional de Tecnologia Agropecuária (INTA); a Plataforma Gênero, Infância e Juventude; e a Coordenação Nacional de Bairros Populares do Ministério do Desenvolvimento Social da Nação Argentina. Foram realizadas também reuniões com diversos atores de municípios/distritos e organizações prestadoras de cuidado para a transferência de resultados; atividades para divulgar os resultados da pesquisa em órgãos estaduais, organizações, comunidades e o público em geral; a consolidação das universidades e centros de pesquisa como atores para o diagnóstico e desenho de políticas públicas¹⁰.

As reconfigurações institucionais a partir de novos debates e pressões sociais foram fundamentais para as mudanças e os novos produtos/acordos que surgiram, em prol de uma agenda pública de cuidados na Argentina. Além disso, teve início a Campanha Nacional “Cuidar en Igualdad”, para reconhecer o cuidado como uma necessidade, um direito e um trabalho. A campanha tinha como objetivo construir um diagnóstico federal, coletivo, territorial e de múltiplos atores sobre a referida questão e promover a transformação desses estereótipos que reproduzem a feminização do trabalho de cuidado. O projeto de lei “Cuidar en Igualdad” foi encaminhado ao Congresso Nacional no início de maio de 2022, tendo mobilizado fortes debates dentro da nação.

Avança-se, assim, para um marco de compreensão de que, se a sociedade nos permite viver através do cuidado, todos e todas deveríamos participar do cuidado dos demais, pois o cuidado não é um assunto de mulheres (CARRASCO, 2018, p. 48). Com a pandemia, evidenciam-se os temas em questão e se abrem novas perspectivas, no sentido de ampliar a compreensão do cuidado dentro de uma lógica multigênero, e não apenas atrelada ao universo feminino (CASTILLA; KUNIN; ESMORIS, 2020).

Na Argentina, o Núcleo de Estudos sobre Intimidades, Política e Sociedade (IDAES-UNSAM) tem problematizado a centralização do tema acerca do cuidado atrelado ao universo feminino, adultocêntrico, familiar e caseiro,

10 Ibid.

propondo algumas descentralizações, como as dos sujeitos, espacialidades e ontologia (CASTILLA *et al.*, 2020). Esse processo de problematização pode nos levar a novas discussões na agenda de estudos sobre os cuidados e políticas públicas que podem ser construídas mediante esse olhar descentralizado acerca do tema.

REPENSANDO AS AGENDAS DE CUIDADO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Diante da situação vivenciada globalmente por conta da pandemia, foram adotadas medidas de isolamento social para combater a disseminação do novo coronavírus, que implicou na suspensão das aulas presenciais nas instituições de ensino do país, em março de 2020. Na esfera educativa, prédios escolares foram fechados e as aulas presenciais foram repentinamente interrompidas.

As situações vividas em decorrência desse fato ampararam-se nas recomendações das autoridades sanitárias, como a OMS. No Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 36, de 11 de maio de 2020, que recomendava a implementação de medidas mais restritivas de distanciamento social (*lockdown*) nos municípios, tendo em vista o aumento acelerado dos casos de Covid-19 e a taxa de ocupação dos serviços sanitários atingir níveis críticos¹¹. A partir disso, foram tomadas diferentes medidas nos âmbitos federal, estadual e municipal, no intuito de evitar a propagação do vírus.

Os dados descritos a seguir foram obtidos a partir da pesquisa realizada por docentes da Universidad Nacional de Entre Ríos/Argentina e da Universidade de Brasília/Brasil, que investigou o cotidiano de isolamento social de mulheres mães durante a pandemia nos respectivos países. A pesquisa foi aplicada na plataforma Google Forms, tendo recebido respostas durante os meses de maio a junho de 2020.

No Brasil, a amostra foi composta por 300 mulheres mães, com o seguinte perfil: idade entre 31 e 40 anos de idade (62,7%), majoritariamente brancas (76%), casadas (61,3%), trabalhadoras em tempo integral, com emprego formal (42,3%), moradoras de cidade grande (70,2%), que moram em apartamento (56,3%), com residências que contam com cinco ou mais cômodos (67%) e no mínimo dois banheiros (38,7%). Aqui não se apresenta um perfil de mulheres interioranas que moram em casa, mas que residem em grandes

¹¹ Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>. Acesso: 29 set. 2022.

idades e que, além da rede de apoio da escola, contam também com outro apoio particular, a trabalhadora doméstica.

A pesquisa foi dividida em três seções: perfil, trabalho e pandemia e sentimentos. A primeira aportava questões sobre o perfil sociodemográfico das participantes e sobre quantas pessoas moravam na mesma residência e quem eram elas; a segunda abordava questões sobre o trabalho na pandemia; e a terceira trazia perguntas sobre como as participantes estavam lidando com a maternidade e suas individualidades como mulheres durante o isolamento.

Considerando que a pesquisa foi aplicada no auge da pandemia, durante os meses de maio e junho de 2020, e que nesse período a principal medida adotada como estratégia de prevenção da infecção pelo novo coronavírus foi o isolamento social, que implicou basicamente em permanecer em casa o máximo possível e reduzir o contato com pessoas fora do núcleo familiar, é notável o quanto as mães participantes desta pesquisa tiveram “privilégios” no modo como se organizaram nesse contexto, dependendo do estrato social onde se posicionam na sociedade brasileira.

Por mais que a maioria das mães tenha respondido não ter sido produtiva no sistema *home office* (39,3%), poder trabalhar em casa é um privilégio que muitas mães negras não tiveram, devido à necessidade de continuar trabalhando durante a pandemia, independente do isolamento social. Além disso, muitas das mulheres negras vivem uma realidade de trabalho informal, visto “que a informalidade nas relações de trabalho incide majoritariamente sobre a população negra” (p. 47), sendo que nele há menos garantia de direitos, como a possibilidade de trabalhar remotamente e o acesso ao seguro-desemprego (SILVA; SILVA, 2021).

O fenômeno da sobrecarga laboral, durante a pandemia, pesou em mulheres (e mães) e pessoas afrodescendentes (e ainda mais intensamente nas mulheres negras), conforme apontado por Santos *et al.*:

Um estudo conduzido pela Rede de Pesquisa Solidária avaliou “o padrão de vulnerabilidade” durante a pandemia no Brasil, e identificou que os impactos da Covid-19 no mundo do trabalho obedecem às desigualdades estruturais da sociedade brasileira. Os negros com vínculos de trabalho mais frágeis compõem a maior parte da informalidade. Destaque para as mulheres, particularmente as negras, que também são muito vulneráveis por integrar setores econômicos historicamente desregulamentados - como a prestação de serviços domésticos, atividade que, em larga medida, foi reduzida, com demissão expressiva de trabalhadoras(es) (2020, p. 4).

No Brasil, as relações étnico-raciais têm sido um recorte interseccional em quaisquer análises sociais. A mulher negra encontra-se posicionada em uma encruzilhada, pois se divide entre o trabalho duro na casa da patroa e os afazeres de seu próprio lar; é ela quem possibilita a emancipação econômica e cultural das patroas no sistema de dupla jornada (GONZALEZ, 2020). Por isso, quando refletimos sobre a reconfiguração das lógicas de cuidado, é fundamental que a interpretação aconteça mediante uma perspectiva interseccional, no sentido de se entender as aproximações e os distanciamentos no que tange ao tema em estudo, ampliando, assim, a compreensão do fenômeno a partir de lógicas de opressão diferenciadas. Isso significa dizer que, “situar el tema del cuidado desde el lugar que han ocupado las mujeres indígenas, negras, mestizas y todas aquellas que han sido subalternizadas por ser consideradas no blancas lleva a que emerjan otros puntos de vista” (QUIROGA DIAZ, 2011, p. 111). É preciso, pois, sempre contextualizar, situar e posicionar as mulheres em seus múltiplos lugares sociais, econômicos e culturais.

No caso das mães (participantes da pesquisa citada), que sempre foram a principal referência de cuidado com os filhos, elas tiveram que ampliar essa agenda, tendo em vista que os filhos já não estavam mais indo para a escola e que não contavam mais com a ajuda de uma pessoa externa (como a avó, a diarista ou a babá¹²) para cuidar da casa e/ou dos filhos, cabendo a elas saber lidar com essa nova situação enquanto precisam cuidar da organização do lar e ainda trabalhar remotamente. Deste modo, é compreensível que as mães da pesquisa tenham comentado não se sentirem produtivas no trabalho remoto, ao passo que, na seção acerca dos sentimentos, tenham respondido que *nunca* se sentiram descansadas durante o isolamento (158 respostas/participantes - 52,7%), ou então, *algumas vezes* tristes (144 respostas - 48%), *muitas vezes* preocupadas (116 respostas - 38,7%), cansadas/esgotadas (112 respostas - 37,3%) ou sobrecarregadas (102 respostas - 34%).

Ao analisar os contrastes apresentados, vemos que há uma aproximação e um aproveitamento quanto ao cuidado com os filhos. No entanto, podemos observar, em ambos os casos, no Brasil e na Argentina, que o acúmulo de funções envolvendo o trabalho doméstico, de cuidado, reprodutivo e tempo para si se tornou algo raro nos casos relatados. A presença, em altos níveis de sentimento,

12 A diarista e a babá, seja por necessidade ou por pressão social, estavam na lista de atividades essenciais, ou seja, que não poderiam parar durante a pandemia.

como o cansaço, a sobrecarga e a apatia, nos apresenta um contraponto importante quando falamos da saúde mental das mulheres mães na pandemia, uma vez que sentimentos como a alegria e a felicidade não se apresentaram de maneira significativa se comparados aos sentimentos “negativos”.

Além disso, é necessário considerar a influência das gestões governamentais nos impactos causados pelo isolamento social e pela ausência da rede de apoio e de políticas públicas, e como isso impactou negativamente na vida das mulheres brasileiras e argentinas. Faz-se necessário ressaltar que esta pesquisa se baseia em dados de mulheres majoritariamente brancas e pertencentes à classe média, tanto no Brasil quanto na Argentina, com algumas divergências em relação às cidades habitadas, por se tratar de grandes centros urbanos, no caso brasileiro, e de cidades pequenas, no caso argentino.

Esta pesquisa dialoga com outra realizada pela instituição Sempre Viva Organização Feminista, realizada em 2020, cujos dados evidenciaram que 50% das mulheres brasileiras passaram a cuidar de alguém na pandemia. O percentual é maior entre as mulheres negras, atingindo 52%, enquanto que, entre as mulheres brancas, o índice é 46%.

O Brasil é um país positivista e busca resolver suas problemáticas, em geral, no campo legislativo. Neste sentido, houve avanços no campo de proteção do teletrabalho, da luta contra o assédio moral e sexual e pelo direito à desconexão. O grande marco do período foi a publicação do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero (BRASIL, 2021). A Recomendação nº 128/2022 do CNJ faz referência ao respectivo documento como um instrumento para o alcance da igualdade de gênero, atrelado ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5 da Agenda 2030 da ONU. O protocolo se apresenta como um guia para os julgamentos, no âmbito da Justiça, voltados à concretização do direito à igualdade e contra a discriminação de todas as pessoas¹³.

Contudo, no campo das políticas públicas, pouco se avançou em prol de uma agenda de cuidados contínua. Houve, de fato, projetos de transferência de renda para mulheres de baixa renda em períodos mais críticos da pandemia, conquista que contou com a pressão da sociedade civil. Além da transitoriedade da medida, os movimentos sociais e os grupos de mulheres buscam repensar as políticas de proteção social, assistência social e educação infantil com o intuito de reconfigurar as agendas de cuidado de forma mais democrática e comunitária.

¹³ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/10/protocolo-18-10-2021-final.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

A Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres publicou a cartilha “Mulheres no Covid-19”, abordando temas relacionados à saúde, ao enfrentamento da violência e ao mercado de trabalho. E assinalou duas ações realizadas para a construção de um sistema de cuidados no país: a ação de comunicação para conscientizar os homens acerca da corresponsabilidade no trabalho doméstico e no cuidado dos filhos; e a participação na elaboração da cartilha “Prevenção aos Acidentes Domésticos & Guia Rápido de Primeiros Socorros”, tendo em vista a possibilidade do aumento das ocorrências de acidentes dentro de casa, em virtude do confinamento das crianças e adolescentes nas residências, que normalmente estão ao cuidado de mulheres (mães, avós, irmãs, tias etc.).

Observa-se a diferença de perspectiva quanto ao Sistema Nacional de Cuidados em construção na Argentina, proposto a partir de uma proposta de desromantização do cuidado e de focar em cuidar de quem cuida; de revisar sistemas de cuidado em diálogo com organizações sociais de trabalho remunerado; e de revisar a distribuição de direitos.

Em 2023, com a mudança para um governo de esquerda, foi criada a Secretaria Nacional de Cuidados e Família vinculada ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. O site da nova Secretaria não apresenta informações sobre o escopo de atuação, mas informa o resumo do currículo da secretária, Laís Wendel Abramo, socióloga e pesquisadora do tema sobre cuidados e trabalho¹⁴.

Os primeiros materiais informativos da Secretaria começaram a ser disponibilizados ao final de março de 2023, o que culminou também com a escrita do relatório final desta pesquisa. Mas, apesar da limitação temporal para o

14 Mestre e doutora em sociologia pelo Departamento de Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (USP). É especialista em temas relativos à desigualdade, políticas sociais e o mundo do trabalho. Foi coordenadora executiva do Grupo Técnico de Trabalho da Equipe de Transição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (novembro-dezembro de 2022), diretora da divisão de Desenvolvimento Social da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) (2015-2019), diretora do escritório da Organização Internacional do Trabalho (OIT) no Brasil (2005-2015), especialista regional da OIT em questões de gênero e trabalho para a América Latina (1999-2005), professora de sociologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e da Escola de Sociologia e Política de São Paulo, e coordenadora da Comissão de Movimentos Laborais do Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO). É autora de diversas publicações sobre pobreza e desigualdade, cuidados e proteção social, mercado de trabalho, gênero, raça e juventude, sindicalismo e trabalho decente no Brasil e na América Latina. Autora de: *Questionando um mito: custos do trabalho de homens e mulheres*. Coautoria de Laís Wendel Abramo. Brasília: OIT, 2005.

aprofundamento das diretrizes sobre as quais se fundamenta a Secretaria, já é possível desenhar um primeiro esboço do que será a sua atuação no país.

A cartilha “Conheça a Secretaria Nacional de Cuidados e Família”¹⁵ foi estrategicamente compartilhada com os prefeitos brasileiros, em evento nacional realizado em Brasília, intitulado Marcha dos Prefeitos. Outras iniciativas e ações serão mapeadas pela Secretaria, com o intuito de reunir boas práticas e sistematizar ações em andamento¹⁶. A Secretaria produziu também uma Nota Informativa (n1/2023 MDS/SNCF) sobre “As mulheres negras no trabalho de cuidado”, em que pontua: a) o cuidado é uma necessidade e um direito de todos; b) a pobreza de tempo: a alta carga de trabalho doméstico e de cuidados não remunerado é uma forte barreira à igualdade de gênero e raça no mercado de trabalho; c) a atual organização social do cuidado gera e reproduz a pobreza e a desigualdade de gênero e raça; d) as desigualdades de raça e gênero nas profissões do cuidado e sobre quem cuida das trabalhadoras domésticas e de suas famílias; e) sobre a representação das mulheres negras em outras ocupações menos valorizadas do trabalho de cuidados: ajudantes de professoras da educação infantil e auxiliares de enfermagem; f) por uma Política Nacional de Cuidados.

Outro marco importante foi a publicação de Decreto nº 11.460, de 30 de março de 2023, que criou o Grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de elaborar a proposta da Política Nacional de Cuidados e a proposta do Plano Nacional de Cuidados¹⁷. De acordo com o decreto, o grupo foi instituído nos âmbitos do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome e do Ministério das Mulheres. Seu lançamento tem data prevista para o dia 22 de maio e sua primeira reunião para o dia 23 de maio de 2023.

15 Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/MDS/Principal/Capa/Marcha%20dos%20Prefeitos/SNCF_Cartilha_Conheca_Sec.Nacional%20Cuidados%20e%20Familia%20\(5\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/MDS/Principal/Capa/Marcha%20dos%20Prefeitos/SNCF_Cartilha_Conheca_Sec.Nacional%20Cuidados%20e%20Familia%20(5).pdf). Acesso em: 5 abr. 2023.

16 Durante a finalização do relatório, os deputados distritais aprovaram uma série de projetos de lei que ampliam os direitos das mulheres do Distrito Federal, na sessão de 12 de abril de 2023. Foram aprovados, em segundo turno, textos que abordam a garantia de licença a servidoras com sintomas graves associados ao fluxo menstrual e que preveem a aposentadoria por cuidados maternos. Os documentos agora seguem para a sanção do governador. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/cldf-aprova-licenca-por-colicas-intensas-aposentadoria-materna-e-mais-projetos>. Acesso em: 14 abr. 2023.

17 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11460.htm. Acesso em: 5 abr. 2023.

No Brasil, a discussão sobre as desigualdades sociais e raciais é fundamental para a construção de uma Política de Cuidados. É relevante comentar sobre o espaço físico que essas mulheres ocupam, pois, no Brasil, o acesso à moradia de qualidade da população depende de sua renda (MONTEIRO; VERAS, 2017). Segundo o IBGE (2020, p. 4), 2,2% da população brasileira não possui banheiro exclusivo para uso no domicílio, o que implica na divisão de um banheiro com uma ou mais famílias (ou do uso de privadas como vaso sanitário), além do que, em 68,3% dos domicílios que dispõem de banheiro exclusivo, o escoamento do esgoto é feito pela rede geral ou pela fossa séptica ligada a ela. Ou seja, a moradia, no que se refere à sua arquitetura, é uma questão que influencia na qualidade de vida, justamente em um período que a população foi incentivada a ficar em casa.

A grande questão que se levanta é: quem são as pessoas que não podem ficar em casa? No Brasil, a questão social encontra-se atrelada à questão racial. O que falar das periferias, onde residem mulheres negras, geralmente sozinhas, responsáveis pela manutenção da casa, por vezes, pequena e sem acesso a saneamento básico, coleta de lixo e outros serviços públicos essenciais (COSTA; ALMEIDA; ARAÚJO; SANTOS, 2021).

De acordo com o Relatório da ONU Mulheres¹⁸ (2020), as mulheres negras precisam se dedicar muito mais ao trabalho doméstico do que as brancas, sendo que, em 2019, 94,1% das mulheres negras e 92,3% das pardas relataram fazer tarefas domésticas.

A crise agravou as disparidades de gênero e raça, impondo um pesado fardo às mulheres negras. Além de seus empregos remunerados, tiveram de acumular os trabalhos domésticos, o cuidado com as crianças, com a higiene e a alimentação. Mais difícil ainda é a situação das 11 milhões de famílias monoparentais chefiadas por mulheres, que talvez não contem com ninguém para compartilhar os afazeres (ONU MULHERES, 2020, p. 5).

Esse panorama revela as dificuldades de se pensar uma agenda pública de cuidados do Brasil, pois precisa levar em conta o contexto histórico de desigualdades estruturais, agregadas a políticas afirmativas contra o racismo. Aqui não se avançou muito em garantias efetivas às mulheres negras, mesmo com a publicação de uma nota técnica do Ministério Público do Trabalho asseverando que “a pessoa que realiza trabalho doméstico seja dispensada do comparecimento ao local de trabalho, com remuneração assegurada, no

18 Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/12/COVID19_2020_informe2.pdf. Acesso em: 28 set. 2022

período em que vigorarem as medidas de contenção da pandemia do coronavírus¹⁹, o que levantou a discussão sobre expor um grupo de trabalhadoras a um risco maior de infecção. Além disso, segundo a Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas, as trabalhadoras enfrentaram coerção para trabalhar, sob a pena de demissão. As queixas mais frequentes eram de mulheres que, “sob coação, ameaça de perder o emprego ou por acharem que elas podem se contaminar no transporte público”, tiveram que pernoitar na casa dos patrões²⁰.

Em relação às trabalhadoras do cuidado, o retrato brasileiro se aproxima ao da Argentina quanto ao fenômeno da feminização. No Brasil, entre os trabalhadores de nível superior na área da saúde, as mulheres conformam 90,39% entre as enfermeiras, 95,31% entre as nutricionistas, mas apenas 35,94% entre os médicos. Já entre os profissionais de nível médio, elas representam 77,88% das técnicas em fisioterapia e afins, 78,03% das atendentes de enfermagem, parteiras e afins, e 86,93% das técnicas e auxiliares de enfermagem. A situação do Serviço Social é praticamente idêntica (MATOS, 2020).

Em outra pesquisa realizada em 2020 com 602 profissionais de saúde no Brasil, constatou-se a intensificação das exigências de cuidado no âmbito familiar e profissional, que impactaram no autocuidado e na exposição deles ao risco, intensificando o sentimento de medo constante de um contágio a partir do contato com os pacientes acometidos pela Covid-19. Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que as mulheres que trabalhavam na área da saúde precisaram equilibrar suas agendas de cuidado e se arriscar constantemente. Logo, é preciso considerar essas especificidades na elaboração de políticas públicas e dispositivos de atenção em saúde mental (CANAVEZ; FARIAS; LUCZINSKI, 2021; SILVA, A. P., 2022).

A divisão e a hierarquização sexual e racial também caracterizam as ocupações da área de enfermagem. Do total de pessoas ocupadas nesse campo (entre técnicas de enfermagem e enfermeiras), 84% eram mulheres, sendo a maioria (52%) negra. Mais uma vez se evidenciam as desigualdades raciais: as mulheres negras conformavam a maioria (55% do total) das técnicas de enfermagem (cujo nível de escolaridade requerida é o nível médio), enquanto

19 Disponível em: <https://mpt.mp.br/pgt/noticias/nota-tecnica-no-4-coronavirus.pdf>. Acesso em: 28 set. 2022.

20 Disponível em: <https://apublica.org/2020/06/trabalhadoras-domesticas-enfrentam-coacao-de-patroes-durante-pandemia>. Acesso em: 28 set. 2022.

as mulheres brancas eram a maioria (55% do total) entre as enfermeiras (com requisitos de nível superior)²¹.

Na saúde, o recorte de raça também é importante, pois evidencia o caráter coletivo do cuidado, uma vez que as mulheres negras acionam uma rede coletiva de sobrevivência para enfrentar a pandemia. O cuidado interseccional e localizado protagonizado por elas nas linhas de frente da saúde pode ser denominado de “cuidado negro”, que pode servir como “um termo agregador, catalisador de perspectivas negras de cuidado que tenham a solidariedade como caminho” (SILVA, A. C., 2022, p. 13).

No Brasil, conforme dito anteriormente, as mudanças passam muito pelo campo legislativo. Por exemplo, foi publicada a Lei Complementar n° 191/22, que permitiu aos servidores da saúde e da segurança pública contarem com o período de maio de 2020 a dezembro de 2021 para a aquisição de direitos relacionados ao tempo de serviço. Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, houve investimentos em vacinas, leitos e insumos, incluindo testes, máscaras e luvas para os Estados, assim como atividades descentralizadas que aconteceram em âmbito estadual e municipal, através da ação de associações profissionais, conselhos profissionais e universidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS - O CUIDADO COMO PARADIGMA DE CONSTRUÇÃO DE UM MUNDO MAIS IGUALITÁRIO

As novas configurações nas agendas de cuidado vão aparecendo paulatinamente através de um movimento que vem das bases sociais de pressão, seja por meio dos grupos de mulheres, seja por meio dos coletivos, movimentos sociais, instituições não governamentais e universidades, por exemplo. O tema ganhou visibilidade em um período de crise sanitária, saindo do âmbito individual e familiar e alcançando discussões públicas, sendo que o grande desafio é transformar tais debates em políticas públicas estruturantes.

No âmbito das relações interpessoais, no interior das famílias brasileiras e argentinas, houve pouca mudança na divisão sexual do trabalho, reproduzindo as assimetrias de gênero. Observa-se uma mudança cultural lenta, de modo que mais estudos empíricos precisam ser realizados, considerando, para tanto, as diversidades territoriais, raciais e socioeconômicas. No campo do trabalho remunerado de cuidados, a sobrecarga também ocorreu de forma

21 Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/MDS/Secretarias/SNCF/Arquivos/Nota%20Informativa%20N1%202022.03.23.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2023.

mais expressiva entre as mulheres trabalhadoras, sendo que, na Argentina, as mudanças institucionais e legislativas em prol da equidade nas condições de trabalho aconteceram de forma mais estruturada, democrática e efetiva.

O caminho para a construção de um novo paradigma quanto às relações de cuidado vincula-se à sua melhor distribuição, com a compreensão de um cuidado que alcance a natureza como um todo. Isso significa uma reflexão mais crítica acerca dos sistemas de cuidado que têm sido construídos na Argentina e no Brasil. No primeiro país, já se evidencia um maior avanço de mudanças institucionais e ações mais amplas envolvendo diferentes atores sociais, enquanto no Brasil inicia-se uma discussão sobre a construção de uma política de cuidados na agenda pública do novo governo, tendo como desafio o enfrentamento das assimetrias sociais e raciais.

O marco da interseccionalidade é fundamental para os estudos no Sul Global, e essa afirmativa tem aparecido em estudos nacionais e regionais. Deve-se avançar para se pensar em cuidados a partir de um marco intercultural e assim agregar diferentes saberes e engenhosidades de cuidados vivenciados pelas mulheres latino-americanas. Certamente essa perspectiva agregará, de forma inovativa/transformativa, estudos e políticas públicas em curso nos países latino-americanos.

Por essa razão, percebe-se um alvorecer nas políticas de cuidado na América Latina. Na 61ª Reunião da Mesa Diretiva da Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e do Caribe, em 2022, já se falou em uma sociedade do cuidado que tenha como base uma recuperação transformadora, sustentável e com igualdade de gênero ao longo de todo o continente.

Quando se fala em políticas públicas de cuidados, é evidente que a Argentina, juntamente com outros países latino-americanos, como o Uruguai e o Chile, já avançaram nesse sentido, isto é, no processo de discussão e implementação de uma política na área. A experiência da Argentina foi reconhecida e publicada em material da CEPAL, e pode contribuir muito para o processo inicial brasileiro, principalmente no que tange aos diálogos com as comunidades e à produção múltipla de materiais para democratizar o tema na sociedade.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019.

ALGRANTI, Leila Mezan. Famílias e vida doméstica. In: SOUZA, Laura de Mello (Org.). **História da vida privada no Brasil: cotidiano e vida privada na América portuguesa**. Vol. 1. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p. 83-154.

ANDRADE, Luiza L. **Gênero, Trabalho e Bem-Estar Social na América Latina**: um estudo das políticas de licenças maternidade, paternidade e parentais no Brasil, Chile e Uruguai. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

ARAÚJO, Danielle da Silva; GÓES, Eva Dayane Almeida; SANTOS, Walkyria Chagas da Silva. **Da casa grande à universidade**: uma análise sócio-jurídica do trabalho doméstico e do acesso ao direito fundamental à educação no Brasil. Rio de Janeiro: Ágora 21, 2019.

BIROLI, F. Justiça e família. In: MIGUEL, L.; BIROLI, F. (Orgs.), **Feminismo e política**: uma introdução. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 47-61.

BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64, p. 31-39, 2011.

BRASIL. **Protocolo para julgamento com perspectiva de gênero** [recurso eletrônico] / Conselho Nacional de Justiça. Brasília: Conselho Nacional de Justiça/Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados, 2021. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 7 nov. 2023.

BUTLER, J. Quando a economia se torna o berro angustiante dos eugenistas – visões sobre a quarentena por Judith Butler. Entrevista concedida a J. Dominguez e R. Zen em 17 de maio de 2020. **Mídia Ninja**. Disponível em: <https://midianinja.org/juanmanueldominguez/quando-a-economia-se-torna-o-berro-angustiante-dos-eugenistas-visoes-sobre-a-quarentena-por-judith-butler>. Acesso em: 10 maio 2023.

CANAVEZ, F.; FARIAS, C. P.; LUCZINSKI, G. F. A pandemia de Covid-19 narrada por mulheres: o que dizem as profissionais de saúde? **Saúde em Debate**, v. 45, n. especial, p. 112-123, out. 2021.

CARNEIRO, R.; MULLER, E. Afinal, quanto de extraordinário a pandemia de Covid-19 soma na vida das mulheres mães? **Revista Áltera**, v. 1, n. 10, p. 442-450, 2020.

CARRASCO, C. A economia feminista: um panorama sobre o conceito de reprodução. **Temáticas**, Campinas, v. 26, n. 52, 2018. Disponível em: <https://www.cesit.net.br/wp-content/uploads/2019/03/Dossiê-economia-feminista.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2023.

CASTILLA, M. V.; KUNIN, J.; ESMORIS, M. F. B. **Pandemia y novas agendas de cuidado**. Documento nº8/2020. Secretaría de Investigación Instituto de Altos Estudios Sociales IDAES/UNSAM.

COLLINS, Patricia H. Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão. In: MORENO, Renata (Org.). **Reflexões e práticas de transformação feminista**. São Paulo: SOF, 2015. p. 13-42.

COSTA, C; ALMEIDA, C; ARAÚJO, D; SANTOS, W. Da revolta da vacina a Covid-19: diálogos sobre cultura, desigualdades e racismo. *In: Dossiê Cultura em foco: distanciamentos e aproximações culturais em tempos de pandemia*. Foz do Iguaçu: Editora CLAE, 2021.

DALONSO, Glaucia de Lima. Trabalhadoras brasileiras e a relação com o trabalho: trajetórias e travessias. *Psicol. Am. Lat.*, México, n. 15, dez. 2008.

DAMATTA, Roberto. **A casa e a rua:** espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução:** trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019.

FOURNIER, M. Cuidados comunitarios en clave feminista y de Economía Social. El derecho a la autonomía y la autogestión. *In: Tricontinenta*, 2020. Disponível em: <https://www.thetricontinental.org/es/baresearch/fp-fourmier/>. Acesso em: 27 jun. 2022.

GARCIA, Lucia Santos; CONFORTO, Ecléia. **A inserção feminina no mercado de trabalho urbano brasileiro e renda familiar**. 2012. Disponível em: www.fee.tche.br/sitefee/download/jornadas/2/h7-03.pdf. Acesso em: 7 nov. 2023.

GÊNERO E NÚMERO. Um retrato das mães solo na pandemia. **Site Gênero e número**, 18 de junho de 2020. Disponível em: <http://www.generonumero.media/retrato-dasmaes-solo-napandemia/> Acesso em: 5 jun. 2022.

GIATTI, C. R.; BATISTA, M.; CALADOR, L.; VIEIRA, B. R.; BARTOLOMEU, A. Género, Cuidado e Covid-19 en Argentina: una charla con la socióloga Eleonor Faur. **Revista Brasileira de Pós-Graduação em**

Ciências Sociais, v. 17, n. 1, p. 41-50, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/43797>. Acesso em: 27 abr. 2023.

GILLIGAN, Carol. **In a different voice:** Psychological theory and women's development. Cambridge: Harvard University Press, 1982.

GILLIGAN, Carol. **Joining the Resistance**. Cambridge: Polity Press, 2011.

GILMORE, Ruth Wilson. **Golden Gulag:** Prisons, Surplus, Crisis, and Opposition in Globalizing California. Oakland: University of California Press, 2007.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano:** ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. S. **O gênero do cuidado:** desigualdades significações e identidades. São Paulo: Ateliê Editorial. 2019.

HIRATA, Helena. **O cuidado:** teorias e práticas. São Paulo: Boitempo, 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD Contínua – Características Gerais dos Domicílios e dos moradores 2019**. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf. Acesso em: 20 maio 2023.

KERGOAT, D. Se battre, disent-elles. **Nouvelles Questions Féministes**, v. 27, n. 2, p.125-128, 2012.

LARGUTA, Isabel; DUMOULIN, John. **Hacia una ciencia de la liberación de la mujer**. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1975.

LEONE, Eugenia; BALTAR, Paulo. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 25, n. 10, p. 223-245, 2008.

MATOS, Marlise. Pandemia Covid 19 e as mulheres. **Site Justiça de Saia**. Disponível em: <https://www.justicadesaia.com.br/pandemia-covid-19-e-as-mulheres/>. Acesso em: 7 nov. 2023.

MAURICE, M. Méthode Comparative et Analyse Sociétale: les implications théoriques des comparaisons internationales. **Théories et méthodes. Sociologie du Travail Les Comparaisons Internationales**, v. 31, n. 2, 1989.

MEILLASSAUX, Claude. **Mujeres, graneros y capitales**. México: Siglo Veintiuno, 1977.

MOLINIER, P.; LEGARRETA, M. Subjetividad y Materialidad del Cuidado: Ética, Trabajo y Proyecto Político. **Papeles del CEIC [on-line]**, v. 1, n. 1, 1-14, 2016.

MONTEIRO, A. R.; VERAS, A. T. R. A questão habitacional no Brasil. **Mercator [on-line]**, Fortaleza, v. 16, e16015, p. 1-13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4215/RM2017.E16015> Acesso em: 10 maio 2023.

MOREIRA, Lisandra Espíndula; ALVES, Júlia Somberg; OLIVEIRA, Renata Ghisleni de; NATIVIDADE, Cláudia. Mulheres em tempos de pandemia: um ensaio teórico-político sobre a casa e a guerra. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, p. 1-19, e020014, 2020.

MURRAY, M.; SOFIA, B., MARISOL, V. Care and Relatedness among Rural Mapuche Women: Issues of Cariño and Empathy. **Ethos**, v. 45, n. 3, p. 367-385. 2017.

ONU MULHERES. **Gênero e Covid-19 na América Latina e no Caribe**: dimensões de gênero na resposta. ONU Mulheres, março de 2020. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wpcontent/uploads/2020/03/ONUMULHERESCOVID19_LAC.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

PEREIRA, Bergman de Paula. De escravas a empregadas domésticas - A dimensão social e o "lugar" das mulheres negras no pós-abolição. In: **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001. Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/recursos/anais/14/1308183602_ARQUIVO_ArtigoANPUH-Bergman.pdf. Acesso em: 7 nov. 2023.

PEREIRA, Bruna Cristina J. **Economia dos cuidados**: marco teórico-conceitual. Relatório de pesquisa IPEA. Brasília: IPEA, 2016.

QUIROGA DIAZ, Natalia. "Economía del cuidado. Reflexiones para un feminismo decolonial". **Casa de la Mujer**, v. 20, n. 2, p. 97-116, 2011.

ROMAR, Carla Teresa Martins. **Direito do Trabalho Esquematizado**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

SANTOS, K. O. B.; FERNANDES, R. C. P.; ALMEIDA, M. M. C. et al. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. 2-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>. Acesso em: 23 set. 2022.

SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. M. **A bailarina da morte**: a gripe espanhola no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

SILVA, A. C. R. "O cuidado negro". Mulheres negras profissionais da/na saúde no contexto da Pandemia da Covid-19. **Novos Debates**, v. 8. n. 1, p. 2-19, 2022.

SILVA, A P. Marcelino. **Os riscos do cuidado**: experiências do trabalho das profissionais de enfermagem na pandemia de Covid-19. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

SILVA, Juliana M. S.; CARDOSO, Vanessa Clemente; ABREU, Kamila Eulálio; SILVA, Lívia Souza. A feminização do cuidado e a sobrecarga da mulher-mãe na pandemia. **Revista Femininos**, v. 8, n. 3, 2020.

SILVA, T. D.; SILVA, S. P. Trabalho, População Negra e Pandemia: notas sobre os primeiros resultados da PNAD Covid-19. *In*: **Boletim de Análise Político-Institucional Pandemia e Políticas Públicas**: a questão étnico-racial no centro do debate. Brasília: Ed. 26, 2021. p. 7-13. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10303>. Acesso em: 7 nov. 2023.

TODARO, Rosalba; ARRIAGADA, Irma. **Cadenas globales de cuidados**: el papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile. Santiago de Chile: ONU Mujeres, 2011.

TRONTO, J. Particularisme et responsabilité relationnelle en morale: une autre approche de l'éthique globale. *In*: MOLINIER, P.; PAPERMAN, P. (Eds.). **Contre l'indifférence des privilégiés**. À quoi sert le care. Paris: Payot e Rivages, 2013. p. 99-137.

UNFPA BRASIL. **Covid-19 um olhar para gênero**. Relatório Técnico, março de 2020. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Portuguese-covid19_olhar_genero.pdf. Acesso: 29 ago. 2021.

VIEIRA, Nanah Sanches. **O Trabalho da Babá**: trajetórias corporais entre o afeto, o objeto e o abjeto. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

VOMMARO, P. Las dimensiones sociales, políticas y económicas de la pandemia. *In*: **Pensar la pandemia**. Buenos Aires: CLACSO, 2022. p. 1-5. Disponível em: <https://www.clacso.org/lasdimensiones-sociales-politicas-y-economicas-de-la-pandemia/>. Acesso em: 27 ago. 2023.

Parte III

CIÊNCIAS, SABERES E TÉCNICAS

O DISCURSO DA DESINFORMAÇÃO

E AS FORMAS DE PRODUZIR RISCO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Ana Maria Guedes do Nascimento

Ednalva Maciel Neves

Do completo desconhecimento sobre o que pairava (literalmente) no ar, passando pelo recolhimento profundo na fuga dos ambientes abarrotados por pessoas e olhares, pelo medo de contaminação e morte, até uma certa atitude *blasé* frente ao ainda desconhecido e novo coronavírus, uma série de dados, informações, análises e narrativas foi construída, desconstruída, repensada, tensionada e recolocada, em um movimento contínuo que objetivava a apropriação de um discurso que fosse elevado a um *status* de verdade e que figurasse como uma medida resolutiva ao enfrentamento da emergência sanitária em que fomos imersos.

Considerando se tratar de um problema de saúde cuja causa – um vírus – já era conhecida, como era de se esperar, inúmeros estudos começaram a ser desenvolvidos no sentido de oferecer alguma resposta à crise em curso. Nesse mesmo ritmo, recomendações, leis, normas e diretrizes foram sendo formuladas com o objetivo de nortear os esforços em conter a expansão da doença e minimizar o número de infectados, doentes e mortos ao redor do mundo. Medidas embasadas no conhecimento sobre riscos foram implementadas por diferentes instituições governamentais e não governamentais como fomento à gestão da situação. Porém, essa profusão de conhecimento e de recomendações normativas foi seguida, ou não, de maneira distinta pelos diversos Estados e seus gestores no transcurso da pandemia (CHARLEAUX, 2021).

Nesse percurso, há um fator (discursivo por excelência) que se impõe no desenrolar dos eventos, tornando-se central para uma compreensão do discurso de risco que foi tomando forma no Brasil: as declarações do presidente da República à época, Jair Bolsonaro, e a ressonância de suas falas e silêncios sobre o novo coronavírus e ao que a ele se relacionasse. Ainda no início do processo pandêmico, pesquisadores já buscavam ferramentas para pensar a catástrofe que se dava pela confluência entre um governo perverso e a crise sanitária deflagrada pela Covid-19, em que a produção da morte assumiu o papel central na articulação de tecnologias políticas, dadas as ações e omissões dos governantes (DUARTE, 2020).

Não sem razões, a pandemia tornou-se o principal assunto a ser noticiado diuturnamente, levando a público a projeção e o impacto causados pelo vírus, sobretudo através da atualização contínua do número de infectados e mortos pela doença¹. Ao mesmo tempo, eram divulgadas as ações do poder público, naturalmente visto como o principal articulador das estratégias de contenção do trágico cenário sanitário que se desenhava. Essa expectativa, de que o Estado, especialmente o Ministério da Saúde, se projetasse como o ator principal no enfrentamento ao novo coronavírus, claramente compreendida pela dimensão, abrangência e impacto direto e indireto sobre toda a população, no caso do Brasil, não foi atendida.

Com base nas próprias convicções, muitas vezes fundamentadas no senso comum e em crenças religiosas, o chefe do poder executivo nacional, aliado a um expressivo número de atores políticos sem qualquer *expertise* sobre saúde pública, reproduziu uma série de afirmações contraditórias e sem embasamento técnico-científico, construindo uma forte narrativa que, na maioria das vezes, apenas negava, distorcia ou minimizava o impacto da pandemia no país.

Deste modo, pode-se verificar como o discurso sobre o risco de adoecer e morrer por Covid-19, produzido pela cúpula do poder executivo federal (mas não apenas), foi sendo apropriado e ressignificado para fins governamentais. O saber construído, a “verdade” apresentada, sempre ocorreu por meio de

1 Em junho de 2020, um grupo de imprensa, constituído pelos veículos *O Estado de S. Paulo*, *Extra*, *Folha de S. Paulo*, *O Globo*, incluindo os portais G1 e UOL, formou o Consórcio de Veículos de Imprensa, para produzir um balanço alternativo aos dados oficiais do Ministério da Saúde, tendo em vista a verificação de discrepância entre os dados oficiais, divulgados pela agência do governo, e a soma dos dados informados pelas Secretarias de Estado de Saúde (SES). Deste modo, o consórcio de imprensa passou a publicar diariamente os números da pandemia, a partir da divulgação das informações epidemiológicas dos Estados.

uma tendência em negar a gravidade da doença, a partir da desinformação e da divulgação de notícias falsas, ao mesmo tempo que os riscos consequentes do impacto negativo sobre a economia eram superdimensionados.

Esse conjunto estratégico de informações, que destoam do conhecimento e do saber produzidos acerca da pandemia, o definimos como um *discurso da desinformação*, cuja ação política centrava-se em apagar as medidas de proteção à vida em favor da economia neoliberal. Ele foi apreendido, defendido e disseminado pelos adeptos daquilo que se convencionou denominar de bolsonarismo, atribuindo, assim, novas compreensões sobre o vírus e a pandemia, capazes de modificar a percepção de importante parcela da população em relação à dimensão do problema enfrentado.

A noção de desinformação no campo da saúde pública tem sua versão institucional cunhada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo descrita como uma informação falsa ou imprecisa, cuja intenção é enganar (OMS/OPAS, 2020). Nesse contexto, compreendemos que a mobilização de pesquisadores e a produção de tecnologias e conhecimentos voltados ao enfrentamento da doença, assim como a divulgação de informações científicas, tornam-se relevantes em um contexto como o da pandemia por Covid-19, em razão da simultaneidade entre a ocorrência dos casos e mortes e a corrida para frear essa escalada. Por outro lado, a desinformação dificulta o acesso a fontes confiáveis, comprometendo, entre outras coisas, o processo de tomada de decisões (NASCIMENTO, 2022). Essa não é uma estratégia nova, pois esse fato também ocorreu na epidemia de HIV, como nos contam Herzlich e Pierret (1988).

Sendo assim, o risco foi sendo conduzido como uma tecnologia política, em que, à medida que se minimizava a dor, o sofrimento e a morte pelas autoridades federais, reforçava-se a ideia de risco de pobreza, de fome e de desemprego, em decorrência da possível adesão da população às ferramentas de contenção da disseminação da doença. Embora não esteja explícito nos discursos governamentais, o risco que permeia o discurso da desinformação assumiu um apelo moral, subjugando o risco biológico (existencial) à ordem econômica.

O risco é, portanto, uma categoria que pode ser operacionalizada como um modelo explicativo que produz sentidos de contingência, de possibilidade e de dever, sendo capaz de predefinir as ações que serão pautadas como uma forma de modelar um determinado futuro, cujo desfecho poderia se mostrar diferente, caso o prognóstico estabelecido fosse respeitado. Neste sentido, no contexto biológico/epidemiológico, que disputa o monopólio da autoridade científica sobre o tema e, portanto, de agir legitimamente sobre o risco de

adoecer e de morrer, o risco se institui também como uma modalidade de regulação, seja no âmbito da macropolítica – da população –, seja no âmbito dos comportamentos individuais (CLARKE *et al.*, 2000; NEVES, 2008; ROBLES, 2015). Essa autoridade e legitimidade sobre um discurso podem se associar a uma racionalidade de controle que, em uma perspectiva de política populacional, se estabelece pelos jogos de saber-poder.

Não é nossa intenção colocar, de um lado, o conhecimento científico, e de outro, a gestão da pandemia, mas questionar qual foi o lugar do conhecimento e da noção de risco no contexto das ações e estratégias na gestão da pandemia, conforme nos sugere Pierret (2000). Este texto apresenta reflexões inspiradas na tese de doutorado de uma de suas autoras (NASCIMENTO, 2022), tomando, para tanto, dois eixos para a leitura que feita acerca da gestão da crise sanitária no Brasil. No primeiro eixo, expomos como a *expertise* do risco não integrou (ou integrou distorcidamente) a gestão da pandemia. Assim, em um primeiro momento, apresentamos a estratégia política do negacionismo utilizada a partir do discurso da desinformação. Em seguida, discutimos o conhecimento baseado no risco entendido em termos das categorias de “quem” e “para que” enquanto variáveis que indicam diferenças de interesses na condução da crise sanitária.

EXCESSO E FALTA DE INFORMAÇÃO COMO CAMINHOS PARA UM MESMO DESTINO: DESINFORMAR

A pandemia causada pelo novo coronavírus, além de ter sido a mais importante crise sanitária que eclodiu nos últimos cem anos, foi também a primeira da era digital, na qual foram utilizadas tecnologias de comunicação em massa e em tempo real. Esse fato poderia ter contribuído para que o acesso a mais informações mantivesse as pessoas mais seguras, tendo em vista a capacidade de se revestirem de algum conhecimento produzido sobre formas de se proteger da contaminação e, conseqüentemente, de diminuir a circulação do vírus e as chances de adoecer e morrer. No entanto, o que desde muito cedo se percebeu, com preocupação, foi a disseminação ampliada e contínua de informações erradas, confusas, no sentido de desinformar. Esse fenômeno foi caracterizado pela OMS como uma infodemia, constituindo um evento paralelo, tão grave e pernicioso quanto a própria pandemia de Covid-19. Para se ter uma dimensão da dimensão do evento infodêmico, eventos e estudos vêm sendo produzidos com o objetivo de compreender as formas de gestão

da infodemia, com vistas a identificar estratégias e ferramentas atuais para medir e controlar o problema (OMS/OPAS, 2020).

Neste sentido, um exemplo emblemático acerca da emergência da epidemia do HIV/AIDS e do papel dos meios de comunicação de massa na produção social da realidade nos é fornecido por Herzlich e Pierret (1988). Para as autoras, a AIDS se configura como um evento no espaço público em razão, por um lado, da intensa divulgação de informação/conhecimento em “tempo real” e, por outro, pela mobilização de diferentes agentes sociais – pesquisadores, profissionais e artistas – dedicados à produção de conhecimento sobre a epidemia. Além disso, a experiência francesa da epidemia de AIDS foi marcada pela elaboração, em um curto intervalo de tempo, de uma nova realidade, cristalizando emoções intensas e polarizando relações sociais, a partir da divulgação do conhecimento científico em desenvolvimento e quase simultâneo perante a opinião pública. Em termos discursivos, os meios de comunicação de massa atuaram como mediadores entre o conhecimento científico e o conhecimento do senso comum, reforçando os contornos de risco da epidemia e a imagem distanciada do doente.

Na experiência com a pandemia da Covid-19, os discursos foram produzidos a partir das agências de saúde, cientistas e gestores, de forma simultânea à propagação do vírus, estabelecendo um circuito de controvérsias e aproximações na produção do evento pandêmico. Assim, os diversos setores interessados na compreensão dos discursos produzidos sobre a crise acenderam um alerta para a disseminação ampliada e contínua de informações erradas, confusas, muitas vezes propositalmente formuladas. Dentro de um cenário complexo e heterogêneo, parecia haver uma crescente produção de desinformação, que podia se verificar tanto pela forma deliberada de confundir e enganar, quanto pelo excesso de informações, algumas precisas e outras não, o que tornou difícil encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando mais se precisou (OMS/OPAS, 2020).

É possível constatar que, em um curto tempo histórico de evolução da pandemia, ocorreu uma dissonância no discurso sobre as formas de contaminação, adoecimento e morte pelo novo coronavírus, evidenciada nas:

muitas informações e notícias [que] foram postadas nas mídias sociais, o que conduziu a diversos compartilhamentos, criando uma rede com conteúdo e pseudoformações, conhecidas como *fake news*. Em tempos de avanços tecnológicos, estas notícias falsas são veiculadas nas redes sociais, de forma rápida e multiplicada entre a

população, que, em linguagem metafórica, pode-se entender como um vírus que contamina a comunicação e promove ações e comportamentos contrários às orientações das autoridades técnicas no campo da saúde. (NETO *et al.*, 2020, n.p.).

Essa rede de discordâncias ramificou-se em várias frentes e, ao lado da divulgação de notícias falsas e da produção de discursos falaciosos, havia um flagrante conflito no que era noticiado pelas mídias sociais, a partir dos discursos oficiais e dos enunciados científicos, que poderia se explicar pela novidade e pela dimensão do evento, ou então, pelo pouco que se sabia sobre a nova doença, pela invisibilidade do vírus a se disseminar pelo ar ou ainda pelo medo por ele provocado.

Deste modo, a produção de um sem-fim de notícias narradas atingia, sem filtros, as diversas camadas da população, produzindo compreensões e efeitos diferentes na forma como percebiam a Covid-19 e, portanto, como se posicionavam em relação a ela, no sentido de acatar as medidas de prevenção de contaminação e auxiliar no controle da disseminação e redução do número de casos de doentes e mortos. A isso, acrescenta-se o fato de a emergência da pandemia ter se dado em um contexto social distinto e distante da realidade brasileira, a saber, Wuhan na China. Esse fato foi suficiente para fazer emergir, no imaginário coletivo, elementos da experiência com outras epidemias, como a do HIV/AIDS, e a noção de que a pandemia atinge aos outros distantes – os que viajam, um *outro social*, nos termos de Knauth (1997).

A dissonância de informações também poderia resultar do fato de que algumas delas, grosso modo, escapavam do contexto em que eram produzidas, fazendo com que os enunciados das manchetes sobre a doença construíssem uma ideia linear sobre as chances, perigos e ameaças diante da pandemia, que não traduziam as diferentes realidades locais, além de colocarem, em um mesmo patamar, conceitos distintos e revestidos de cientificidade para validar as informações divulgadas, que seriam apreendidas de diversas formas pelas pessoas, a partir de suas realidades materiais e culturais. A ausência de perspectiva local, que pode ser percebida na baixa atenção dada aos lugares onde as pessoas efetivamente estão, coloca-as fora do alcance das estratégias de contenção da doença (DAS, 2020).

É nesse contexto que as estratégias de desinformação e de negação irão, por um lado, recusar o risco e, por outro, produzir novos riscos, à medida que lançam outros discursos sobre essa mesma temática e que refletem aquilo que, desde os primeiros momentos da crise, nos chamou a atenção (e que mesmo antes dela já vinha sendo observado): o negacionismo. Esse fenômeno tem se

colocado como um pano de fundo para a elaboração da comunicação realizada por alguns setores, apresentando características que vão além do interesse explícito em negar, da recusa em reconhecer determinada coisa ou alcançar entendimento sobre ela, uma vez que, sendo possuidor de uma propriedade multifacetada, coloca-se como um elemento crucial para a desinformação.

Com isso, queremos sugerir que os atributos que caracterizam a negação passam por uma reformulação da informação, o que, em outras palavras, produz desinformação. Diante disso, no atual contexto, é possível dizer que esse discurso se tornou um conjunto estratégico de informações que destoam do conhecimento produzido sobre a pandemia, menosprezando, entre outras coisas, o saber científico, e cuja ação política visa apagar medidas de proteção à vida em favor da economia neoliberal.

O termo *negação* tornou-se, portanto, ordinário, uma vez que conferiu entendimento prático, quando se buscava por luz às ações de gestão da pandemia, particularmente por parte do governo federal. No geral, essas ações tendiam sempre a negar o risco de adoecer e morrer pela doença do novo coronavírus, por meio de uma constante negação da gravidade do problema (ou de minimização ou banalização), em uma recusa consistente às recomendações clínicas, epidemiológicas e sanitárias, ainda que já fundamentadas pela experiência de sistemas peritos no trato de situações similares ao longo do tempo. Do mesmo modo, o então presidente da República também manteve uma firme contestação a resultados de estudos que começaram a ser desenvolvidos por centros de pesquisas no mundo inteiro (sobre terapias farmacológicas – a vacina, por exemplo; e sobre terapias não farmacológicas – isolamento social e uso de máscaras, sobretudo) (CAMARGO; COELI, 2020).

Essa postura alimentava-se da lógica de aprisionar o conhecimento produzido mediante um viés político-ideológico, questionando sua validade e método, sem apresentar qualquer fundamentação científica válida que justificasse a refutação do trabalho desenvolvido, salvo a discordância pura e simples do mesmo, respaldada por recomendações e posicionamentos de uma base de apoio político, através de um contínuo de desinformação, de falas contraditórias – com frequência, utilizando-se do fundamentalismo religioso cristão para fazer um discurso anti-ciência (COSTA, 2020) –, com o qual buscava confundir e produzir dúvidas, de modo a não atribuir um senso de verdade a nenhuma asserção.

Todavia, há nessa premissa uma controvérsia: em diversos contextos, as discordâncias têm sido fundamentadas por estudos negacionistas e, por mais incoerente que possa parecer essa observação, há um debate que gira

em torno da “liberdade de investigação científica” (LATOURE, 2014, p. 15) e que, independentemente de tais estudos serem chamados de irracionais, eles já nascem bem sucedidos, pois “o sucesso dos negacionistas não reside em vencer algum conflito, mas simplesmente em assegurar que o resto do público esteja convencido de que há um conflito”, argumenta o autor.

No caso do Brasil, ainda no início da pandemia, já se verificava a obstinada decisão do governo federal em não cumprir uma agenda minimamente coordenada de ações de combate à propagação da doença e de cuidados gerais para com a população. Sandra Caponi, nos primeiros meses da crise, levantou alguns questionamentos acerca dessa ordem, isto é, sobre os motivos que estavam por trás dessa guerra, cujo inimigo não era o vírus. Pelo contrário, o inimigo (ou os inimigos) era toda e qualquer pessoa que defendesse a aplicação e a implantação de políticas mais rigorosas de isolamento social (o que incluía grande parte dos gestores dos estados e municípios, além de especialistas em saúde), à época, a única medida capaz de conter ou minimizar o avanço do contágio (CAPONI, 2020).

Desta forma, o caráter infodêmico com que as notícias acerca da pandemia por Covid-19 e o discurso falacioso circularam, empregado pelo chefe do poder executivo em um *continuum* em suas constantes aparições oficiais e extraoficiais, fundamentou-se a partir de um discurso flagrantemente destoante e agressivo, autoritário e grosseiro, através de uma tentativa de valorizar a sua forma de ver o mundo, sempre a partir da ideia de que se alarmava um evento que, autolimitado, rapidamente se esvairia, em detrimento da tragédia que causasse; de que a economia era prioridade, pois a crise econômica seria mais letal do que o vírus. E esse discurso acabou sendo validado. O fato é que a operacionalização da gestão da pandemia ocorreu através de, no mínimo, três frentes principais: (a) a desvalorização e negação do conhecimento técnico-científico; (b) a recusa em reconhecer a dimensão da crise e o impacto causado pela pandemia na vida das pessoas; e (c) a implantação de uma agenda neoliberal, cuja sinergia estabeleceu um discurso de verdade.

De forma similar ao que aqui apresentamos, e conforme já listado acima, Caponi (2020) observa que essa ideia fixa contra medidas de isolamento, que se estendeu contra o uso de máscaras e contra a vacinação em massa, remonta ao contexto histórico que antecede à pandemia (mas que se agravou por ocasião dela – justamente quando há a real necessidade de um Estado presente e atuante), fundamentada sobre o mesmo bloco discursivo que se apoia sobre o negacionismo científico, a indiferença e a falta de sensibilidade social, e associada à implantação de uma agenda de política econômica neoliberal.

Essas três dimensões, recorrentes no modelo de operacionalização do governo bolsonarista, configuraram, portanto, o alvo de todo um interesse desde sempre defendido: a truculência que se evidenciou contra as mulheres, os indígenas, a população preta e quilombola, a comunidade LGBTQIA+ etc. durante a campanha presidencial de 2018, apenas foi adaptada ao roteiro da pandemia, já que “era preciso enfrentar o vírus de peito aberto, como um homem, e deixar de ser um país de maricas”². O terraplanismo intelectual apenas atualizou a aversão ao modelo e conhecimento científicos, vide a demora na formalização e efetivação da compra de vacinas, o repúdio às formas não farmacológicas de controle da doença e o apego a drogas rejeitadas pela comunidade científica, no sentido de serem ineficazes para o tratamento da Covid-19.

O “discurso da desinformação” do governo federal, cujo exercício de poder parecia pautar-se, em analogia livre, à estratégia de um antigo imperador romano, conforme descrita por Foucault, que, por força de seu poder, fazia com que se lesse como verdade aquilo que ele queria como política; como se sua visão, uma ordem de verdade particular, fosse a ordem do mundo (FOUCAULT, 2009). Não por acaso, o risco de contaminação, adoecimento e morte transfigurou-se em vários níveis, cujo alcance avançou para o imponderável.

Assim sendo, a tarefa de identificar a percepção sobre o risco em um contexto de pandemia, voltava-se à ideia de que o discurso oficial deveria operacionalizar uma agenda de comportamentos e medidas de enfrentamento, capaz de barrar o avanço da Covid-19 e que estivesse sintonizada às recomendações dos sistemas especializados. Entre a data de divulgação da doença causada pelo novo coronavírus na China (31/12/2019), a primeira morte no Brasil (12/03/2020) e a trágica marca alcançada de 100 mil mortos (08/08/2020), uma rede de notícias, comentários e informações se ramificou sobre o que era a doença, de onde tinha se originado, quem morria, quais eram os grupos de risco e as medidas de proteção, mas não só nesse sentido. Outras tantas teorias, muitas conspiratórias, produziam discursos que versavam sobre a inexistência da doença, sobre ser uma possível arma biológica, sobre tratamentos miraculosos, entre outros argumentos distópicos.

Reforçamos a atenção para o caráter de ambiguidade com a qual as ciências foram e têm sido tratadas, conforme alertado por Miriam Grossi, Rodrigo Toniol e Marie-Anne Leal Lozano, no 86º número do boletim *Cientistas Sociais e o coronavírus*, o último de uma série iniciada em 22 de março

2 Expressões utilizadas por Bolsonaro ao se referir à Covid-19 em entrevistas, pronunciamentos e outras aparições públicas.

de 2020, cujo objetivo era dar visibilidade às Ciências Sociais no contexto da pandemia. Sobre o ambíguo, disseram:

Por um lado, espera-se de pesquisadores a solução para conter o avanço da doença e os seus efeitos epidêmicos e sociais. Por outro, vivemos em meio a uma forte onda anti-intelectualista, que coloca universidades e centros de pesquisa no meio de polêmicas fantasiosas e desidrata o financiamento de pesquisas (GROSSI; TONIOL; LOZANO, 2020, n.p.).

Os posicionamentos contrários à ciência, como o “movimento antivacina” e a “teoria terraplanista”, não surgiram durante a pandemia, mas esta acabou por redimensioná-los, além de dar margem para novas especulações, contribuindo para fortalecer o próprio discurso do governo federal, mencionado anteriormente. Observou-se um fluxo contínuo de expressões como: “eu li”, “eu fui informado”, “acabo de receber uma notícia”, que constituíram uma rede de pseudoespecialistas, capazes de produzir outros significados, quase sempre apartados da realidade, que eclodiram nos aplicativos de comunicação e nas redes sociais (SZWAKO, 2020).

Contudo, vale ressaltar que o que se definiu como estratégias e respostas frente ao número de contaminados e mortos por Covid-19 no Brasil, não responde apenas a um aspecto, como pelas formulações das políticas públicas, pela negação da doença, pela disseminação dos discursos falaciosos, pelas características de cada local ou pela ideia de sentir-se ou não protegido. Na verdade, todos esses pontos somados, além de outros, implicaram na dimensão dada ao problema, tornando-o ainda mais complexo e mais entranhado na vida cotidiana, tendo sido muitas vezes colocado como algo já ocorrido no passado ou como algo que sequer existiu.

Trostle ressalta que as decisões individuais, os padrões de comportamento e os padrões epidêmicos podem ser separados, mas não há dúvida de que estão vinculados. Sobre os padrões de doença, reforça que os “corpos e patógenos são determinados não apenas por ações físicas, mas por crenças sobre o que é importante” (TROSTLE, 2013, p. 22), crenças de toda ordem. É, portanto, sobre a construção de um sistema de crenças, operado em um caldeirão de hiper e hipo informações, de distorções e falácias, que se torna possível compreender as dimensões dadas ao risco, em tempos de desinformação.

O DISCURSO DA DESINFORMAÇÃO NA CONTRAMÃO DA PANDEMIA: RISCO PARA QUÊ E RISCO PARA QUEM?

Falamos até aqui sobre como eventos da magnitude da pandemia de Covid-19 tornam-se terrenos férteis para histórias, cartilhas e enredos, todos voltados para a produção de cenários que busquem retratar um dado momento da história. Os tempos históricos se revelam a partir dessas lentes que interpretam, contextualizam, desenham e escrutinam os acontecimentos. De forma frequente, há releituras da história que buscam acrescentar elementos ocultados e redimensionar outros que foram exaltados. O tempo contemporâneo está sendo escrito e examinado, e há uma história do tempo presente, na qual as Ciências Sociais buscam, talvez por meio de uma Sociologia da Urgência (a exemplo da antropologia das urgências, proposta por Maluf, 2020), dar sentido a toda uma produção dissonante daquilo que impera como discurso.

Nesse percurso, a ideia de risco que, dentro de um contexto de saúde e de doença, parecia óbvio ser situada pela perspectiva epidemiológica, ganhou novos atributos, amplificou-se e alojou-se em pontos estratégicos do discurso oficial, traduzindo-se como um dispositivo do exercício de poder. Conforme apresentado por Neves (2008), o risco, como conceito epidemiológico, serve ao paradigma da doença, e mostra-se capaz de operacionalizar questões da ordem da saúde e da doença, tanto pelo seu potencial de predição, quanto pela associação causal que o faz. Essa capacidade ocorre, entre outras formas, por meio da incorporação de uma racionalidade científica, que prima pelo rigor metodológico e pela sintonia com a produção anterior de seus pares. Para tanto, afirma a autora que:

por meio desta proposição, o conhecimento elaborado a partir de risco se vincula à política mundial de atuação sobre problemas de saúde em populações, considerada uma via racional de condução das intervenções no nível da saúde coletiva. Tal racionalidade promove a união de dois eixos de atuação: população e política. (NEVES, 2008, p. 117).

Em um contexto como o da pandemia pelo novo coronavírus, análises epidemiológicas são capazes de compreender os mecanismos de contaminação, de descrever os graus de infectividade, patogenicidade e virulência do agente etiológico; são capazes de notificar casos e rastrear outros suspeitos, de forma que medidas de prevenção e controle sejam definidas e promovidas. Estudos nesse campo podem fazer projeções, no sentido de predizer o alcance de de-

terminado problema, além de serem capazes de apresentar fatores, comportamentos e grupos de risco que têm, por exemplo, dentre outras finalidades, a de identificar os mais suscetíveis à doença e de criar estratégias de proteção.

A pandemia pelo novo coronavírus, com algumas variações trazidas pela própria característica do patógeno e pelas vias de contaminação, também coloca em perspectiva a produção de grupos de risco. Nessa direção, o que chama a atenção é a valoração de um determinado comportamento de risco, conforme já sugerido por Spink (2001), quando se refere a práticas de atividades que expõem o indivíduo a um perigo, a um risco real. No caso da pandemia de Covid-19, o que esteve em jogo foi o avesso do cuidado, foi a expressão de uma *performance* que fez alusão ao forte, ao viril e ao másculo, de tal modo que medidas protetivas, como o uso de máscaras e o distanciamento social, foram frequentemente desprezadas e confrontadas. Esses seriam alguns exemplos teóricos da aplicação da epidemiologia, de forma bastante simplificada.

Por outro lado, e independentemente do reconhecimento do papel da epidemiologia na gestão de crises no campo da saúde, a definição da aplicabilidade das medidas de controle na pandemia não passaram, necessariamente, por esse campo do conhecimento científico. Ou seja, não foram imputadas com base em uma racionalidade técnico-científica de desenvolvimento estratégico que vislumbresse a possibilidade de melhores resultados para a população ou de outros atributos conexos. Essas decisões, na verdade, foram decisões políticas, cujas trajetórias são definidas por mecanismos de poder, ao mesmo tempo que tais mecanismos ou procedimentos produzem novas trajetórias para a manutenção desse mesmo poder, assim como nos alertou Foucault (2008). Deste modo, restou-nos pensar quais procedimentos foram utilizados para validar, normalizar e dar volume a um discurso fora do contexto da *expertise* científica, mas, ainda que pareça controverso, nunca apartado dela.

Veena Das, em artigo publicado no começo da pandemia, ao refletir sobre o seu lugar como antropóloga na crise, observou como as comunidades científicas há muito se preparam para eventos pandêmicos futuros e como tais preparos foram desmantelados pelos governos, de modo que as projeções formuladas não tiveram impacto na contenção da doença em seus territórios (DAS, 2020). Além disso, a autora analisa, com preocupação, como determinadas medidas sanitárias, como o *lockdown* (confinamento), desvelam situações de injustiça e sofrimento, considerando contextos sociais distintos, e exemplifica, com ações tomadas por agentes do Estado, quais medidas conflitantes são impostas, ferindo, assim, os fundamentos básicos de controle e de prevenção da doença.

Esse apontamento anterior é necessário para sublinhar o fato de que a compreensão da utilização do risco, como fundamentação de um discurso enviesado pelo então presidente Bolsonaro, não exclui as controvérsias sobre os modelos implementados ou refutados pelos demais gestores públicos, ou então, as recomendações feitas pelos setores especializados. A inquietação de Veena Das ilustra o que tantos outros antropólogos, sociólogos, cientistas políticos, historiadores e educadores questionaram e têm questionado sobre o impacto nocivo de algumas estratégias também criticadas pelo governo federal (CASTRO, 2020; GROSSI; TONIOL, 2020). Trata-se, desse modo, de um contraponto que busca deixar aberta a possibilidade de discutir como modelos de intervenção, por si só, não resolvem quaisquer problemas sem que haja uma análise situacional e política para a sua aplicação.

Em um contexto de negação da ciência como a conhecemos, outros fatos podem ser construídos e validados pela ênfase e repetição do que é dito e pela normalização do discurso como estratégia disciplinar (FOUCAULT, 2019). Por outro lado, pode-se pensar a partir do argumento de Bruno Latour e Steve Woolgar sobre como se produz um fato particular e como este influencia na produção daquilo que é expresso como um achado válido. Eles apontam como, em determinados contextos, a racionalidade científica pode ser influenciada pelos detalhes que escapam à argumentação lógica e ao próprio método, mesmo entre os cientistas, sendo esse processo caracterizado como o estudo dos microprocessos de construção social dos fatos (LATOURE; WOOLGAR, 1997).

Considerando esses aspectos, é possível refletir, de forma mais particular, acerca do aparato discursivo que produziu e garantiu o poder no contexto da pandemia, mas não sem antes lembrar, pelas palavras de Carlo Caduff (2020, p. 481, tradução nossa), que “é importante entender que a combinação estratégica de confusão, contradição e jogo de opostos extremos é fundamental para o governo autoritário”. Assim, o jogo discursivo e evasivo da gestão do governo Bolsonaro, desde o início, ocupou-se por distorcer as recomendações científicas, baseadas *no que eu ouvi e no que eu acho*: “Eu não sou médico, não sou infectologista. O que eu ouvi até o momento [é que] outras gripes mataram mais do que esta”. O exemplo apresentado nessa fala é de 11 de março de 2020, dia em que a OMS declarou a epidemia por Covid-19 como pandemia, em um momento em que a quarentena (no sentido de confinamento) começava a se desenhar como uma medida inescapável, já que essa estratégia era a que apresentava um maior respaldo técnico para impedir o avanço desenfreado da doença.

Foi por esse caminho, através do subterfúgio autoritário, que o então presidente construiu uma retórica de enfrentamento e, ao mesmo tempo, de negação à pandemia tão destoante da realidade quanto contundente, e da qual não se afastou em momento algum. A força com que seu discurso atropelou o manejo – considerado mais adequado ao avanço da doença e de todas as suas complicações secundárias – conseguiu, de algum modo, maquiara a tragédia de centenas de milhares de mortos e de doentes. Formou-se um ambiente em que o biopoder, bipartido em Foucault (1985, 1999), amparava-se, paradoxalmente, na indisciplina do corpo (pelos desejos disciplinares) e na desregulação das medidas de controle, mediante um total estado de exceção, em que a necropolítica – no sentido manifesto de Achille Mbembe – tornou-se um conceito mais apropriado, sendo capaz de revelar a direção que se seguia, a do fazer morrer, para além do deixar morrer. O autor afirma que “em tais instâncias, o poder [...] continuamente se refere e apela à exceção, emergência e a uma noção ficcional do inimigo. Ele também trabalha para produzir semelhantes exceção, emergência e inimigo ficcional” (MBEMBE, 2016, p. 125), ou seja, é como se continuamente fossem produzidos instrumentos no espaço público que controlam a vida através da justificativa da morte.

Entendemos que os interesses em desobrigar, por exemplo, o uso da máscara de proteção facial, ou de sequer mencionar os cuidados com higiene e precaução de contato ou em tomar a vacina, além do incentivo às práticas que resultam em aglomeração, confrontando assim as recomendações de distanciamento social, não traduzem apenas um desejo de confrontar os opositores ou fazer uma disputa de forças. Desse novelo de posições contrárias ao que era esperado, é possível identificar mecanismos que antecedem e se misturam aos objetivos para a identificação dos riscos e que, por essa razão, deles não escapam, sendo apenas redirecionados para outros fins, por meio de um constante arranjo de poderes. É nesse contexto que as estratégias de desinformação e de negação irão, por um lado, recusar o risco e, por outro, produzir novos riscos, à medida que lançam outros discursos sobre a mesma temática.

Mas o que estava e está em jogo nessa pandemia, sobretudo no Brasil, é uma anticiência e o desrespeito aos postulados acadêmicos, ou há algo além dessa assertiva? Tentamos argumentar que os fatores subjetivos, os saberes produzidos, sejam eles individuais ou coletivos, são transformados em verdade, para além e independentemente de qualquer evidência ou método que já tenham sido reconhecidos como válidos, como que rompidos por uma aura de novos saberes, imersos em uma pós-verdade (ROIZ; GOMES;

SANTANA, 2018). Nesse contexto, o uso do princípio de falseabilidade, nos rigores popperianos, é completamente destituído de importância. Os fatos, fiéis à realidade ou não, são verdades incontestáveis que, portanto, não pressupõem, tampouco aceitam qualquer refutação. Somado a isso, observamos que, desde sempre, havia uma preocupação unilateral com as repercussões negativas das medidas de confinamento sobre a economia, sem que nenhuma nota de valorização jamais fosse proferida. De forma muito rápida, seguidores e admiradores do presidente entoavam o mesmo verso, cujo mote central repetia que era melhor se arriscar que morrer de fome.

A partir dessa conjuntura, torna-se factível entender os meandros do poder instituído pelo bolsonarismo, que se utiliza de um conjunto de notícias falsas que, mesmo não sendo necessariamente falsas, são contornadas pelo viés ideológico para que, a partir delas, possam gerar desinformação, que alimenta e reforça o negacionismo. Tudo através de um mecanismo incansável de repetição, cujo objetivo se traduz na produção de fatos que sejam palatáveis e reproduzíveis, independentemente de quão desconexos sejam com a realidade objetiva que os cerca.

Quando, em 26 de janeiro de 2020, o presidente da República afirmou, em entrevista coletiva, que a Covid-19 “não era uma situação alarmante”, e depois, em menos de dez dias, comentou se tratar de uma “pequena crise”, referindo-se ao “tal do coronavírus”, ainda era possível atribuir tais declarações, naquele momento, ao desconhecimento acerca da situação sanitária (embora isso já não se justificasse, tendo em vista o que vinha acontecendo em outros países, além do posicionamento da OMS), ou a certa atitude tranquilizadora para com a população, a fim de não alardear uma notícia ruim (o que também não convencia, dada a conhecida personalidade do presidente). A prática discursiva que, por sua vez, se tornou recorrente nas aparições do chefe maior do poder executivo nacional, parecia muito bem alicerçada e colada ao modelo de política de saúde que seria conduzido, cuja negação ao risco de adoecimento e morte por Covid-19 exemplificaria de forma coerente um fenômeno descrito na neurologia como ecolalia³.

3 Trata-se de uma condição descrita como um distúrbio da linguagem verbal (afasia), na qual o indivíduo repete mecanicamente palavras ou frases que ouve, embora não as compreenda. Cf. NITRINI, Ricardo; BACHESCHI, Alberto. *A neurologia que todo médico deve saber*. São Paulo: Atheneu, 2003.

Os argumentos trazidos por Foucault sobre as formas de governo revelam que, na sociedade, os aparelhos constituídos para a proteção, como as leis e os dispositivos de segurança, produzem categorias de pessoas que usufruem do privilégio estatal e outras que são dele destituídas. Esse procedimento parte da luta entre polos, da separação entre “nós” e “eles”, as quais, por fim, tendem a normalizar o discurso da diferença como algo natural e desde sempre estabelecido (FOUCAULT, 1999).

O “homem de bem”, “destemido” e “forte” caracteriza um desses lados, justamente o lado daqueles que enfrentam o vírus e que quase sempre acreditam em uma supervalorização da doença. É possível dizer que esse mesmo lado poderá caracterizar essa doença (e logo, a pandemia) como uma arma de destruição do “nós” que “eles” representam; esse lado poderá pensar a Covid-19 como um mecanismo de fragmentação de um modo de governo que se deseja instituir e consolidar. Com esses argumentos, os partidários dessa visão política e governamental perseguem a manutenção do poder e o *status quo* que dele emana.

No contexto da pandemia, o governo federal anulou, sob diversas formas, uma parte do corpo social que entendia a crise sanitária de um modo diferente daquele defendido nos discursos do presidente, aprofundando a lógica de discriminação entre quem deve e pode viver e quem deve e pode morrer, de forma continuada. Desinformar ou contradizer um fato consiste na produção de outro elemento. Negar não é anular, mas dar luz a outra racionalidade, é introduzir um sentido novo a algo com o qual não se concorda. As redes de mentiras e falácias sempre existiram, mas é preciso dimensionar o papel das redes sociais na propagação de informações (quaisquer que sejam) sobre a pandemia, cujo alcance é imensurável.

SOBRE NOVAS ESPERANÇAS – A TÍTULO DE CONCLUSÃO

No momento em que escrevemos este texto, março de 2022, uma nova variante do novo coronavírus começa a aumentar os casos da doença. Felizmente, uma parcela da população já se encontra vacinada, o que significa dizer que os casos são menos graves para alguns. Nos estertores da necropolítica, mantém-se a política de não enfrentamento da pandemia, no atraso da vacinação das crianças, na não aquisição das vacinas de segunda geração, na não recomendação pública para o retorno ao uso de máscaras e a não mobilização do SUS diante do cenário prognosticado pela vigilância epidemiológica.

Como apontamos, o risco, como categoria empírica centrada na epidemiologia, foi instrumentalizado por meio de um recurso discursivo – o da desinformação –, de forma a inverter o valor e as estratégias na gestão da vida e, sobretudo, na produção da morte no contexto de enfrentamento da pandemia. Para além de sua polissemia e de suas múltiplas dimensões, o discurso de risco reveste-se de uma objetividade, que ocorre pela possibilidade de uma análise antecipada acerca das chances de adoecer e morrer, o que, em determinados contextos sanitários, torna-se imprescindível. Assim, a análise de risco como um empreendimento técnico do discurso epidemiológico poderia ter conduzido políticas e ações capazes de reduzir o número de infectados, de doentes e de mortos pela Covid-19.

Na vigilância epidemiológica das doenças infecciosas, o risco funciona como um mediador de regulação que nos indica onde, como e quando dirigir as atenções e as ações em saúde. Na gestão das incertezas provocadas pelo novo coronavírus, a saúde pública deveria estar ao lado da coletividade, intervindo para diminuir as desigualdades e garantir o enfrentamento da pandemia. No caso da Covid-19, a ideia de “vulnerabilidade biológica” alcança a todos, sobretudo os mais pobres e vulneráveis socialmente, conformem nos lembram os princípios da equidade e da integralidade do SUS.

Na sociologia das urgências (MALUF, 2020), a análise dos discursos e das ações no enfrentamento da pandemia denuncia como o conhecimento distorcido e apropriado produziu um “discurso da desinformação” que resultou na morte de milhares de brasileiros. Por conseguinte, não estivemos alheias à crítica ao conhecimento epidemiológico do risco (caráter moral e estigmatizante dos chamados grupos de risco), pois o que pontuamos foi a dimensão política desse conhecimento para fazer frente às crises sanitárias através de parâmetros e prognósticos que contribuem para os enfrentamentos sociopolíticos.

Nossa esperança é de que o governo eleito (que assumiu em 1º de janeiro de 2023) possa recuperar esse tempo retirado de nossas vidas por negligência das autoridades sanitárias do país. Que o governo eleito tome o discurso epidemiológico sobre a pandemia como um conhecimento a ser apropriado para fazer frente à doença com base no cuidado sobre a vida de cada cidadão do país.

E a desinformação? Ela continua.

REFERÊNCIAS

- CADUFF, Carlo. What Went Wrong: Corona and the World after the Full Stop. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 34, n. 4, p. 467-487, 2020.
- CAMARGO, Kenneth Rochel; COELI, Claudia Medina. A difícil tarefa de informar em meio a uma pandemia. **Physis [on-line]**, v. 30, n. 2, e300203, 2020.
- CAPONI, Sandra. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados [on-line]**, v. 34, n. 99, p. 209-224, 2020.
- CASTRO, Bárbara (Org.). **Covid-19 e sociedade**: ensaios sobre a experiência social da pandemia. Campinas: UNICAMP/IFCH, 2020.
- CHARLEAUX, João Paulo. Por que a Nova Zelândia desistiu da estratégia da 'covid zero'? **Nexo Jornal**, artigo publicado em 4 de outubro de 2021. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/10/04/Por-que-a-Nova-Zelândia-desistiu-da-estratégia-da-covid-zero?>
- CLARKE, Adele E.; FISHMAN, Jennifer R.; FOSKET, Jennifer Ruth et al. Technosciences et nouvelle biomédicalisation: racines occidentales, rhizomes mondiaux. **Sciences sociales et santé**, v. 18, n. 2, p. 11-42, 2000.
- COSTA, Otávio Barduzzi Rodrigues. Onde estamos? Considerações sobre a modernidade, negacionismo, ciência e a Covid-19. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 3, n. 8, p. 22-35, 2020.
- DAS, Veena. Encarando a Covid-19: meu lugar sem esperança ou desespero. **Dilemas**, Rio de Janeiro, 26, p. 1-8, 2020.
- Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1827>.
- DUARTE, André. "E daí?" Governo da vida e produção da morte durante a pandemia no Brasil. **O que nos faz**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 46, p. 74-109, 2020.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: a vontade saber. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-315.
- FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos**: curso no Collège de France (1979-1980). São Paulo: Centro de Cultura Social, 2009.
- FOUCAULT, Michel. Poder-corpo. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2019. p. 234-243.
- GROSSI, Miriam; TONIOL, Rodrigo; LOZANO, Marie-Anne Leal. Finalizando a primeira série do Boletim Cientistas Sociais e o Coronavírus: um balanço inicial. **Boletim Cientistas Sociais**, n. 86, jul. 2020. Disponível em: <http://anpocs.org/index.php/publicacoes-sp-2056165036/boletim-cientistas-sociais/2418-boletim-cientistas-sociais-n-86>.
- GROSSI, Miriam; TONIOL, Rodrigo (Orgs.). **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1ª ed. São Paulo/Florianópolis: ANPOCS/ Tribo da Ilha, 2020.

HERZLICH, Claudine; PIERRET, Janine. Une maladie dans l'espace public: le SIDA dans six quotidiens français. **Annales. Économies, Sociétés, Civilisations**, v. 43, n. 5, p. 1109-1134, 1988.

KNAUTH, Daniela Riva. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadores do vírus da Aids. **Estudos Feministas**, v. 5, n. 2, p. 291-301, 1997.

LATOUR, Bruno. Para distinguir amigos e inimigos no tempo do Antropoceno. **Revista de Antropologia**, v. 57, n. 1, p. 11-31, 2014.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. **A vida de laboratório**: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

MALUF, Sônia W. Antropologia em tempo real: urgências etnográficas na pandemia. In: Conferência proferida como **Aula Inaugural** junto ao PPGAAS/UFAL, 2020. Disponível em: <https://brasilplural.paginas.ufsc.br/antropologia-na-pandemia/antropologia-em-tempo-real-urgencias-etnograficas-na-pandemia/>.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte e Política**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 32, p. 123-151, 2016.

NASCIMENTO, Ana Maria Guedes. **Risco como dispositivo biopolítico e seus sentidos frente ao novo coronavírus**: cartografia da pandemia da Covid-19 no Brasil. 2022. 204 f. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

NETO, Mercedes; GOMES, Tatiana de Oliveira; PORTO, Fernando Rocha et al. *Fake news* no cenário da pandemia de Covid-19. **Cogitare enferm.**, v. 25: e72627, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72627>.

NEVES, Ednalva M. **Antropologia e Ciência**: uma etnografia do fazer científico na era do risco. São Luís: EDUFMA, 2008.

NITRINI, Ricardo; BACHESCHI, Alberto. **A neurologia que todo médico deve saber**. São Paulo: Atheneu, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OMS/OPAS). Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. Departamento de evidência e inteligência para ação em saúde. **Página Informativa**, n. 5, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=14.

PIERRET, Janine. Un regar sociologique sur les problèmes posés par le risque biologique. **Journal International de Bioéthique**, v. 11, n. 1, p. 27-33, 2000.

ROBLES, Alfonsina Faya. Da gravidez de "risco" às "maternidades de risco". Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. **Physis [on-line]**, v. 25, n. 1, p. 139-169, 2015.

ROIZ, Diogo da Silva; GOMES, Geovane Ferreira; SANTANA, Isael José (Orgs.). **A (pós-verdade) em uma época de mutações civilizacionais**. Serra: Milfontes, 2018.

SPINK, Mary Jane P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001.

SZWAKO, José. **O que nega o negacionismo?** Artigo publicado em 11 de abril de 2020. Disponível em: <https://aterraeredonda.com.br/o-que-nega-o-negacionismo/>.

TROSTLE, James A. **Epidemiologia e cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

CIÊNCIA COM ASPAS:

OS DILEMAS DO CAMPO CIENTÍFICO EM TEMPOS DE PANDEMIA

Sônia Weidner Maluf

A pandemia de Covid-19 trouxe muitos desafios para o campo científico relacionados ao enfrentamento de uma crise sanitária não prevista, pelo menos nas proporções e velocidade em que ocorreu, pela rapidez do contágio, pela gravidade do adoecimento e das surpreendentes taxas de letalidade. Inicialmente foram acionadas medidas não farmacológicas de enfrentamento, não apenas diante da ausência de vacinas ou de medicamentos eficazes, mas também pela experiência adquirida de outras epidemias de que o isolamento social e o uso de equipamentos de proteção individual ajudam a evitar o contágio e a retardar situações críticas.

No entanto, encontrar saídas epidemiológicas e biomédicas para o enfrentamento da Covid-19, pesquisar vacinas e medicamentos e desenvolver medidas eficazes não foi o único desafio com que o campo científico se deparou. A pandemia foi também o cenário da explosão midiática de informações distorcidas, falsas, da propagação de rumores e do crescimento e uso político do chamado

negacionismo científico¹. E uma das grandes dificuldades à época foi a de justamente enfrentar o negacionismo e a resistência a medidas sanitárias, que não são em si fenômenos novos, mas que ganham novas feições quando se tornam uma estratégia da extrema-direita mundial.

O objetivo deste capítulo é refletir acerca dos dilemas colocados para o campo científico e a atuação da retórica científica, ou de certa retórica científica, no espaço público durante a pandemia de Covid-19 no Brasil, sobretudo diante do crescimento desses discursos chamados negacionistas. Se, por um lado, foi fundamental o enfrentamento ao negacionismo, tanto nas redes sociais e na grande mídia, quanto nas sessões da CPI da Covid no Senado Federal², com a presença de cientistas, pesquisadoras e representantes de associações científicas, por outro, cabe refletir sobre como os discursos de afirmação e divulgação da ciência, em diversas situações, acabaram mimetizando certas retóricas e performances que destoam dos procedimentos científicos reconhecidos. Constata-se que nunca a ciência esteve tão presente nos debates públicos, de modo que é necessário fazer uma análise dessa presença, sobretudo nas situações em que ela aconteceu e foi performada no próprio palco do negacionismo – no próprio palco de sua negação.

EVENTOS CRÍTICOS

Várias intérpretes e analistas da pandemia concordam que ela pode ser lida como um “evento crítico”, de acordo com o conceito utilizado por Veena Das em sua análise de situações não apenas de desastres, mas também de eventos violentos e/ou que provocam mudanças nas práticas cotidianas, nas racionalidades e nos discursos sociais, criando “novos modos de ação” (1995, p. 6). Ao mesmo tempo,

1 O negacionismo científico, ou a negação ou contestação de premissas e verdades científicas estabelecidas, é uma das formas do negacionismo. Ele não se confunde com o questionamento e a indagação próprios do debate científico, pois, no lugar de questionar, apenas nega uma verdade científica estabelecida ou reconhecida, um conhecimento científico já consolidado, e busca substituí-lo por outras “verdades”. No caso do negacionismo histórico, uma outra vertente, são os fatos, o conhecimento acumulado sobre esses fatos e suas interpretações consolidadas no campo historiográfico que são negados.

2 A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Covid, do Senado Federal, funcionou de 27 de abril a 26 de outubro de 2021, com o objetivo de apurar a atuação do governo federal durante a pandemia. Ela foi integralmente transmitida pela TV Senado, de modo que suas sessões ganharam grande visibilidade pública. “Ao todo, foram 67 sessões, quase 22,2 mil minutos de transmissão, 251 quebras de sigilo, 1.582 requerimentos apresentados e 1.062 aprovados, que resultaram na apuração formal e sugestão de indiciamento de 78 pessoas e duas empresas”. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2022/10/29/o-que-aconteceu-com-as-conclusoes-da-cpi-da-covid-19.htm>.

a pandemia é composta de uma sucessão e uma multiplicidade de eventos³ de diferentes dimensões, produzidos como um fenômeno comum (a pandemia, propriamente) a partir de alguns enunciados específicos. Refiro-me aqui à decretação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, de que o conjunto de fenômenos biomédicos e epidemiológicos enfrentados no início daquele ano deveria ser definido (ou reunido) como uma pandemia. Ou seja, a pandemia não surgiu enquanto tal, uma vez que foi decretada pela OMS a partir da reunião de dados de diversos países acerca dos adoecimentos e das mortes pelo que se entendia ser, até aquele momento, um aumento exponencial de síndromes respiratórias agudas graves, sem que tratamentos e medicamentos tivessem alguma eficácia em seu enfrentamento.

Contudo, à análise da pandemia como um evento crítico, é necessário acrescentar ainda outros dois pontos. O primeiro é que a pandemia se instalou no Brasil como um evento crítico em meio a outros eventos que também podem ser compreendidos como críticos, eventos de ordem política, social e mesmo moral, ligados ao declínio da democracia e à instalação de um governo de extrema-direita no país. Essas duas situações (a situação política, social e moral nacional e a situação de uma pandemia e de crise sanitária global) não poderão ser lidas e analisadas de modo independente. No futuro, será muito difícil falar de uma história da pandemia no Brasil separada da história do Brasil durante esse período⁴. Já o segundo ponto, aquele que interessa de modo singular na análise deste capítulo, é que a experiência da pandemia também se mostrou crítica para a ciência ou para as ciências, no plural, incluindo as humanas e sociais, além da antropologia. Ela foi – e é – um evento crítico também no interior do campo científico. Mas de que maneira o foi?

Inicialmente, ela provocou uma mudança, mesmo que temporária, no cotidiano da pesquisa, de diversos modos: mudando o ritmo e a temporalidade dela em algumas áreas, pela urgência das respostas exigidas; mudando a temporalidade e os procedimentos de publicação (ocasião em que os *preprints* acabaram prevalecendo sobre os artigos publicados em *journals* que seguem os procedimentos de avaliação *ad hoc* de pares). Um exemplo dessas mudanças foram os inúmeros artigos publicados na revista *The Lancet*, os artigos breves publicados em plataformas de antropologia pelo mundo e, no caso das Ciências

3 REPO; RICHTER, 2022.

4 Conforme Latour propôs em relação à impossibilidade de separar a história das pesquisas sobre a fissão nuclear na França da história da França no período da II Guerra (LATOUR, 2001).

Sociais no Brasil, os boletins da ANPOCS, entre outras iniciativas. Ou seja, um dos impactos da pandemia no campo científico foi uma mudança, mesmo que temporária, nas políticas de publicação e de validação do conhecimento. Outro impacto importante foi o modo como as práticas, as alianças e as conexões de modo geral da ciência (ou das ciências) aconteceram – com áreas afins ou distantes, governos, instituições de governança global e empresas privadas. E um terceiro campo onde os impactos da pandemia se fizeram sentir foi na performance pública da ciência, principalmente diante do movimento que propugnava a negação da existência de uma pandemia e a negação da gravidade da crise sanitária, e que rapidamente negou também as medidas de isolamento, de distanciamento social, do uso de máscaras e das vacinas. Apesar de usar o termo negacionismo, considero-o limitado para descrever esse movimento, porque ele foi, de certa forma, também propositivo, por meio de discursos e políticas que foram efetivamente adotados pelo governo brasileiro de então e que incluem: o contágio de rebanho; a adoção, indicação e distribuição do chamado “kit covid”; o boicote às medidas de enfrentamento não farmacológico por parte dos governos estaduais, como o isolamento social e o uso de máscaras e outros equipamentos de proteção; e a recusa da vacina quando já estava disponível, entre outras proposições.

Especificamente em relação às Ciências Sociais e à Antropologia, a pandemia foi um acontecimento que colocou obstáculos, desafios e perguntas: suspensão das pesquisas de campo, imposição de novas formas de pesquisa de campo, a partir do uso de redes sociais e dispositivos de comunicação remota, e, sobretudo, a partir de uma convocação pela urgência de compreensão e de ação, colocando-nos em um regime de temporalidade destoante do ritmo reconhecido da pesquisa e da produção etnográfica e antropológica. Em outros estudos, chamei esse processo de “antropologia da urgência”⁵, buscando mostrar que não é algo novo para a Antropologia e as Ciências Sociais de modo geral, já tendo acontecido em outros momentos históricos e em campos específicos de pesquisa, tais como a antropologia da saúde diante de fenômenos emergentes (como diabetes, hipertensão, obesidade e transtornos em saúde mental) e emergenciais (HIV-aids, ebola, zika vírus, dengue e outras epidemias)⁶.

5 Como em Maluf (2020a, 2020b, 2022).

6 Sobre os temas e os campos emergentes e emergenciais nas pesquisas em antropologia da saúde, conferir Maluf, Quinaglia Silva; Silva (2020).

Não apenas para a Antropologia, mas para todo o campo científico, a pandemia foi, ao mesmo tempo, o objeto e o próprio contexto em que a pesquisa e os enunciados científicos aconteceram naquele momento. A imagem da relação entre a figura e o fundo nos ajuda a entender essa dupla presença da pandemia (enquanto objeto e contexto de pesquisa) e suas sucessivas inversões em que um mesmo evento – a pandemia – se torna duplamente a figura e o fundo (o objeto e o contexto).

CIÊNCIA COM ASPAS

Dentre os diversos dilemas que o campo científico enfrentou na pandemia, meu ponto, neste capítulo, tem a ver com a análise da performance da ciência, com os modos com que se apresentou e se fez representar no espaço público, diante e em oposição à proliferação de discursos e ações que negavam e combatiam as orientações dadas pela OMS e os conhecimentos, mesmo que precários, aceitos pelo campo científico sobre o vírus Sars-cov2 e sua doença correlata, a Covid-19. Esses discursos negacionistas aconteceram em vários países, e ganharam muita visibilidade em alguns países europeus com as manifestações antivacina – como as que aconteceram na França contra a obrigatoriedade da vacina para ingressar em alguns espaços públicos e coletivos⁷.

Mas particularmente no Brasil, os discursos negacionistas tiveram um peso enorme na trajetória seguida pela pandemia, pois a fonte matriz desse discurso – e ações – foi o próprio governo federal, sobretudo o presidente da República. Não cabe repetir ou recontar aqui o que foi possível ver e acompanhar nos dois anos e meio da pandemia acerca das manifestações públicas do chefe do Executivo e de seus ministros. Essas manifestações foram muito além do discurso, compondo as ações e as políticas do governo federal. Além das aparições públicas do presidente fazendo propaganda de um tratamento precoce considerado inexistente e ineficaz, desdenhando das mortes e imitando obscenamente uma pessoa com falta de ar em uma de suas *lives*, as políticas do governo federal e do Ministério da Saúde no período também ganharam a designação de negacionista e anticientífica. Dentre essas ações, vale lembrar a

7 Algumas dessas manifestações antivacina reuniram não apenas grupos da extrema-direita, mas também grupos e movimentos anarquistas e de extrema-esquerda. Esses últimos se voltavam à crítica ao passe vacinal obrigatório para entrar em determinados estabelecimentos, e não propriamente à vacina.

produção e distribuição de cloroquina⁸, a tentativa de imposição de contágio de rebanho, ou seja, de incentivo à disseminação do contágio com vistas a uma duvidosa imunização da população e o atraso na adoção e compra de vacinas quando já estavam disponíveis. Essas situações resultaram no agravamento do contágio e das mortes por Covid-19. Alguns epidemiologistas avaliam que cerca de 95 mil pessoas não teriam morrido se Jair Bolsonaro tivesse comprado as vacinas contra o vírus assim que foram oferecidas pelos fabricantes, e não seis meses depois⁹. Em depoimento à CPI da Covid, o epidemiologista Pedro Hallal afirmou que quatro em cada cinco mortes, teriam sido evitadas se o governo tivesse adotado uma política de estímulo ao isolamento, uso de máscaras e vacinação. No momento desse depoimento (feito em 24 de junho de 2021), isso representaria cerca de 400 mil pessoas¹⁰.

No contexto de disseminação do negacionismo, sobretudo com a intenção de uso político e de legitimação da política do governo federal em relação à pandemia, o que se observou na esfera pública – redes sociais, entrevistas, noticiários e programas de TV, imprensa, transmissão dos debates da CPI da Covid – foi um grande embate entre aquilo que se apresentava como a Ciência (com C maiúsculo) e os negacionistas (que iam desde teorias da conspiração de que o vírus e a pandemia não existiam à prescrição de tratamentos considerados ineficazes).

O discurso científico e a defesa da ciência foram acionados de diferentes modos durante esse período. Médicos, epidemiologistas, infectologistas, pesquisadores e especialistas dos grandes institutos públicos de pesquisa e produção de insumos ligados à saúde (Butantã e Fiocruz, por exemplo) ocuparam as redes sociais, a TV e outras mídias para defender o que seriam as verdades consensuais acerca do vírus Sars-Cov 2 e das formas eficazes de combater o contágio e o adoecimento. E, conseqüentemente, enfrentar o negacionismo, tentando mostrar a eficácia do uso de equipamentos de proteção individual, como máscara, álcool gel, entre outros.

Basicamente dois tipos de discurso foram enunciados. O primeiro argumentava a partir do que já se sabia até aquele momento sobre o vírus da

8 Inclusive com o aumento exponencial da produção de comprimidos de cloroquina pelo Laboratório Químico Farmacêutico do Exército (LQFEX) em 2020, doze vezes mais que nos anos anteriores.

9 Matéria publicada no site da BBC Brasil, em 28 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57286762>. Acesso em: 16 ago. 2022.

10 Matéria publicada no site do Congresso em Foco, em 24 de junho de 2021. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/area/congresso-nacional/cpi-da-covid-ouve-pedro-hallal-e-jurema-werneck/>. Acesso em: 16 ago. 2022.

Covid-19, reconhecendo as limitações e as incertezas do conhecimento científico. Por isso, sugeriu um caminho cuidadoso acerca das decisões a tomar, enfatizando a perspectiva científica a partir dos modos de proceder no fazer científico. Um exemplo dessa retórica é a resposta que alguns especialistas davam sobre o tratamento precoce: “até agora não há comprovação nenhuma sobre a eficácia desses medicamentos”, ou sobre seus riscos: “alguns deles causam danos inclusive irreversíveis a quem toma” (eram os casos da ivermectina e da cloroquina, a primeira com graves efeitos no fígado, e a segunda com um grau importante de toxicidade cardiológica)¹¹. Ou seja, nesse discurso público, o que a ciência não sabia tornava-se tão importante quanto o que já sabia. A incerteza e a dúvida eram tão importantes quanto as certezas ou as verdades científicas já estabelecidas e consensuadas no campo científico.

Mas havia outro discurso que também falava em nome da ciência e que tomou a frente, sendo muito visível e forte nas redes sociais, nos programas de televisão e em outras mídias. Esse discurso buscava se opor ao negacionismo em seu próprio palco, mas, dessa vez, contrapondo a “Verdade” (com um V maiúsculo) científica às “verdades” negacionistas. Por um lado, esse enfrentamento face a face do negacionismo teve sua importância e surtiu efeitos, ao esvaziar o conteúdo da retórica negacionista, confrontando o discurso antivacina.

No entanto, ao não proporcionar elementos para uma percepção crítica do negacionismo, esse discurso correu o risco de uma captura pela retórica negacionista, não pelo seu conteúdo, mas pela sua forma retórica e seu modo de performatização: a dimensão da dúvida, da incerteza e da incompletude constituintes, do conhecimento científico e de seu modo de produção, foi substituída pela certeza e por afirmações de verdade em contraposição ao que seriam as mentiras negacionistas. Nessa contraposição de conteúdos, da vacina que funciona *versus* a vacina que não funciona ou é perigosa, não restam elementos ou instrumentos para que as próprias pessoas consigam enfrentar as novas mentiras ou *fake news*. Tudo é jogado na credibilidade da fonte. É interessante notar que alguns memes, que circularam nas redes, fazem justamente referência a isso — fonte: “o *whats* do condomínio” ou “o *post* do tio” *versus* fonte: a especialista, a médica, a epidemiologista.

Algumas figuras públicas que trabalham com divulgação científica se destacaram nessas aparições midiáticas, embora o mais importante aqui não seja quem falou o quê, e sim pensar em como esse discurso, que opõe

11 Transcrição da entrevista do infectologista Matheus Todt à TV Record, veiculada em 11 de maio de 2021. Disponível em: <https://sosvida.com.br/blog/kit-covid-perigos>.

“verdade científica x mentira negacionista”, que suprime a centralidade dos procedimentos científicos na produção dessa verdade, ganhou força no debate público, envolvendo especialistas, mas também jornalistas, analistas e blogueiros, e produzindo tensões e brigas nas redes sociais e mesmo nas emissoras de TV e jornais. Cabe ressaltar que esses dois tipos de discurso científico, ou retóricas da ciência, circulam e não se excluem. Uma mesma pessoa pode, em um momento, acentuar a diferença entre os modos científicos de proceder e se chegar à determinada verdade, e no outro, atuar dentro da retórica do negacionismo ao simplesmente opor um conteúdo a outro, uma verdade a outra verdade. Nesse último modo de proceder, deixa-se de lado um dos aspectos centrais da metodologia científica (aqueles princípios que unificam diferentes metodologias científicas): a ideia de que o modo como se chegou à determinada verdade científica é tão ou mais importante do que o enunciado da verdade, ou seja, o princípio de que a ciência refere-se antes a um processo do que a uma verdade final. Esse processo acaba sendo ocultado, escondido, para que a verdade dada da ciência ganhe força retórica frente ao negacionismo.

O que chamo de palco do negacionismo aqui não é necessariamente o veículo ou canal utilizado (televisão, programas jornalísticos, redes sociais como o *Twitter*, *Facebook*, *Instagram* e *Tiktok*), mas um campo semiótico e de linguagem que articula diferentes dispositivos de legitimação, entre os quais o próprio recurso à ciência e a “especialistas” apresentados como cientistas, para afirmar o que também apresentam como “verdades científicas”. No Brasil, a ideia do tratamento precoce para a Covid-19, através, entre outros, do chamado “kit covid”, foi defendida não apenas pelo Bolsonaro em suas *lives* e por bolsonaristas nas redes sociais, mas também por médicos e autorreferenciados pesquisadores. As próprias associações médicas, como o Conselho Federal de Medicina, avalizaram a possibilidade de uso desse tratamento, em nome de uma “autonomia” do profissional de medicina.

A mera afirmação de uma verdade científica, descolada do processo de produção dessa verdade, é uma dimensão importante que nos auxilia a analisar os modos como a ciência, ou certa ciência, se performatizou diante do negacionismo científico – isto é, dentro de seu “palco”, utilizando-se de um mesmo campo semiótico e da linguagem, assim como das mesmas estratégias de legitimação. À certeza da verdade midiática que quase ganhou força teológica (o tratamento precoce, o perigo das vacinas, a inutilidade do isolamento social, o “kit covid”, o contágio de rebanho, entre outros) se contrapôs outra verdade, a científica, mas que se apresentou (no embate público) como uma

verdade irrefutável e inquestionável, ou seja, como uma verdade dogmática (e assim, quase teológica). Os princípios centrais do procedimento científico, sobretudo aqueles que se referem à importância de se produzir perguntas e explorar os diferentes caminhos para respondê-las, foram deixados de lado ou tratados como secundários: ocultam-se os modos como se chegou a essa verdade e seu caráter parcial. O princípio de que elas, de um lado, são verdades, mas, de outro, são também discutíveis (ou refutáveis) dentro dos parâmetros aceitos da *démarche* científica, é invisibilizado, ocultado, nessa performance pública da ciência protagonizada por alguns divulgadores e ativistas da ciência. Nessa retórica pública se abolem os mediadores, o caminho percorrido entre a realidade do mundo e a verdade científica, mediante um processo de ontologização da verdade que esconde, ou obvia, nos termos de Roy Wagner (1975), o seu próprio processo de produção.

Essa forma de reducionismo tático do discurso científico, que aciona as verdades científicas consolidadas, jogou um papel importante no enfrentamento ao negacionismo. Mas, ao se afirmar como o modo hegemônico de apresentação pública do conhecimento científico durante a pandemia, acabou colocando a ciência em um dilema: se, por um lado, foi necessário evocar um tipo de retórica de guerra (uma “ciência com aspas”, conforme se discutirá mais adiante), por outro, essa performatividade pública da ciência no palco do negacionismo torna-se não apenas um modo de apresentar e representar a ciência, mas acaba sendo também um modo de produzi-la publicamente.

É importante, no entanto, afirmar que a ciência produz, sim, verdades (mesmo que, na própria perspectiva científica, essas verdades sejam discutíveis ou refutáveis a partir de novas pesquisas, estudos e investigações). Afirmar a verdade científica é importante para não cairmos no oposto, que seria a defesa da dúvida absoluta¹² – o que, sim, abriria espaço para uma relativização total do conhecimento científico e sua simetriação não com outras formas de conhecimento (questão muito cara à antropologia¹³), mas com qualquer tipo de discurso público que negue a ciência ou com o vale-tudo que os negacionistas tentaram praticar durante a pandemia.

Um dos efeitos dessa performatização pública foi o de tentar apagar a diferença entre a existência de outros saberes e outras formas de conheci-

12 Cf. Latour, 2001.

13 Aqui considero importante destacar a diferença entre as distintas formas de conhecimento e de saberes e aquilo que podemos chamar de ativismo anticientífico de extrema-direita, ou mesmo de pseudociência, na linguagem dos divulgadores científicos.

mento, diferentes do conhecimento científico, e as estratégias negacionistas. Com isso, cresceram posições reducionistas no campo da saúde pública, como os ataques desferidos às práticas integrativas complementares (PICs) por alguns divulgadores da ciência que atuaram ativamente durante à pandemia, ou como a associação entre negacionismo e práticas terapêuticas tradicionais (como as indígenas, as ribeirinhas etc.). Esse argumento contra as PICs se valeu, particularmente, de uma defesa genérica da ideia da “medicina baseada em evidências” e em tudo o que sai da perspectiva da EBM (*Evidence Based Medicine*), no quanto tudo o que sai dessa perspectiva da EBM (*Evidence Based Medicine*), definida como produção de um certo tipo de dado, fundamentalmente quantitativo e estatístico, seria anticientífico.

Além das PICs, atacam as medicinas tradicionais, a homeopatia, o uso de canabidiol e até a própria psicanálise, que já havia sido combatida duramente com a ascensão da psiquiatria biológica e das neurociências¹⁴. No pretexto de combater o negacionismo, atacam e correlacionam a ele um conjunto de práticas terapêuticas (as MICTIs ou PICs), algumas delas reconhecidas pela própria Organização Mundial de Saúde¹⁵. A adoção de algumas dessas práticas pela OMS e pelo SUS foi e ainda é objeto de algumas controvérsias no campo científico e biomédico. Elas envolvem desde a discussão sobre a existência ou não de evidências de que funcionam, ou o que seriam essas evidências, até o debate sobre como nomeá-las¹⁶. O que se percebe na performance pública de alguns divulgadores científicos é justamente o extravasamento dessa con-

14 Conforme se constata em algumas publicações, incluindo as edições da revista *Questão de Ciência*. (<https://www.revistaquestaoeciencia.com.br/artigos>) e do *Nexo Jornal* (<https://www.nexojornal.com.br/colunistas/2021/Por-que-terapias-anticientificas-podem-causar-mortes>).

15 Desde o final dos anos 1960 e início dos 1970 do século XX, a OMS discute as práticas terapêuticas tradicionais e complementares (denominadas na OMS de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas – MTCI), tendo formalizado a possibilidade e o reconhecimento de seu uso em dois documentos centrais: as estratégias para 2002-2005 e para 2014-2023. Para muitos analistas, no entanto, se, por um lado, a inclusão das MTCIs, ou, no caso brasileiro, das PICs (Práticas Integrativas e Complementares), no horizonte das políticas públicas globais, foi uma conquista de movimentos no campo da saúde, por outro, não representa uma mudança epistemológica no sentido do reconhecimento ou simetria desses conhecimentos (tradicionais e alternativos) com a medicina científica hegemônica. No Brasil, essa institucionalização das práticas tradicionais e complementares na atenção primária ocorreu através do PNPIC do SUS, em 2006 (adotando no SUS a acupuntura-medicina tradicional chinesa, a homeopatia, plantas medicinais-fitoterápicas, a medicina antroposófica e o crenoterapia-termalismo) e de portarias posteriores, em 2017 e 2018 (Portarias 849/2017 e 702/2018), ampliando esse número.

16 Conferir, por exemplo, a discussão de Toniol acerca das controvérsias em torno do uso do termo “medicina” para se referir às práticas complementares e/ou integrativas (2018, p. 38-49).

trovêrsia para dentro do enfrentamento ao negacionismo, associando a ele, de modo pouco rigoroso, um conjunto de práticas tradicionais e integrativas reconhecidas tanto pela OMS quanto pelo SUS.

É importante ressaltar que muitas das pessoas que adotaram publicamente esse discurso cumpriram um papel muito importante durante a pandemia de enfrentamento ao negacionismo científico. No entanto, ao associar o negacionismo a qualquer forma terapêutica, de cura ou de cuidado não baseada em evidências, acabaram se simetrizando ao próprio negacionismo, tornando-se seu oposto correspondente. Uma imagem que ajuda a ilustrar esse quadro é a do próprio Bolsonaro em uma de suas *lives* durante a pandemia, direto de São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas, usando cocar, um colar no pescoço e comparando as curas indígenas ao “kit covid”.

Nessa ocasião, Bolsonaro comparou as curas indígenas e as plantas que teriam usado para a Covid-19 com “aquele remédio que não posso dizer o nome senão me tiram da rede”. Disse que conversou com os “balaíos” e outros indígenas – em uma das fotos, ele aparece sem máscara e muito próximo aos indígenas. Como a defesa da cloroquina para combater a Covid-19 deixou de ser rapidamente uma “controvêrsia científica”¹⁷ (se é que chegou a ser, na medida em que diversos estudos descartaram qualquer eficácia do medicamento para o vírus), a performance bolsonarista buscou nessa cena legitimar o seu uso a partir da comparação com outras formas de cura, inicialmente “cura holística” e, no caso dessa emissão feita junto ao grupo indígena, com as medicinas indígenas. Conforme afirmou André Baniwa logo após o episódio, Bolsonaro não estava interessado em valorizar as plantas medicinais da comunidade, mas em atacar a CPI da Covid.

Essa nova estratégia, de associar o uso da hidroxicloroquina às medicinas holísticas (ou às indígenas), já havia aparecido durante a CPI, nas falas do senador bolsonarista Marcos Rogério. Ao mesmo tempo, essa associação serviu também para os discursos reducionistas da ciência, que se reforçaram durante a pandemia, na polarização entre ciência e negacionismo. Nesses discursos, que se colocavam “do lado da Ciência”, as mesmas associações apareciam quando se falava, por exemplo, na cloroquina, ivermectina, homeopatia, em chás ou vitaminas.

17 Uma das características do negacionismo é negar verdades consensuais ou consensuadas e não disputadas no interior do campo científico – ou seja, ausentes de controvêrsia, e, ao mesmo tempo, tentar dar a seu argumento uma aparência de legítima controvêrsia científica.

Bolsonaro buscou legitimizar suas aparições apelando a todo tipo de expediente, exibindo-se com a caixinha do medicamento ou usando adornos indígenas. Mas, do mesmo modo como a defesa da cloroquina não se produziu como controvérsia no interior da ciência, ou rapidamente deixou de ser uma controvérsia, a partir dos estudos, a partir dos estudos que consolidaram sua ineficácia, também não faz parte das “outras medicinas” ou medicinas tradicionais (indígenas ou não indígenas), nem das terapias complementares reconhecidas pela OMS.

Certamente Bolsonaro não estava interessado em reconhecer isso, tampouco os divulgadores científicos que se opuseram a ele. Em ambos os discursos, as medicinas tradicionais perdem sua especificidade, consistência e autonomia enquanto forma de saber. Uma dupla colonização pode ser observada aí: a colonização política, por parte da extrema-direita negacionista, e uma colonização epistêmica, por parte do discurso dos divulgadores.

QUE EVIDÊNCIAS SÃO VÁLIDAS?

O que se observou nessa atuação pública da ciência durante a pandemia é que, além do enfrentamento ao negacionismo, debates já existentes no campo científico e da saúde pública (como os debates em torno das PICs, homeopatia, acupuntura, medicinas tradicionais etc.) esses sim controvérsias científicas, foram levados para essa disputa fora do campo científico.

De certo modo, a ciência sempre tem uma dimensão externalizada, sobretudo ao buscar alianças com outros campos e esferas (mídia, Estado, mercado), inclusive na resolução de suas controvérsias internas¹⁸. Mas jogar em outro palco é diferente de buscar alianças. A esperteza da extrema-direita em utilizar o tratamento precoce como uma moeda política na pandemia foi simetricamente correspondida com outra “esperteza”, a dos divulgadores científicos ao utilizarem o combate ao negacionismo como uma moeda epistemológica para resolver dilemas internos ao campo científico, biomédico e das políticas de saúde – por exemplo, se as práticas complementares aceitas e estimuladas pela OMS e pelo SUS têm ou não legitimidade.

18 Para Latour, “Nenhum instrumento pode ser aperfeiçoado, nenhuma disciplina pode tornar-se autônoma, nenhuma instituição nova pode ser fundada sem [...] o que chamo de *alianças*. É possível recrutar para as controvérsias dos cientistas grupos que antes não se relacionavam” (2001, p. 122).

Um dos argumentos centrais utilizados contra as PICs e as medicinas tradicionais é a defesa da Medicina Baseada em Evidências (EBM, na sigla em inglês). A visão hegemônica dessa modalidade tem como princípio a produção de dados e informações objetivas. Aqui, os “dados objetivos”, na perspectiva da EBM, são tomados como sinônimo de quantitativos e estatísticos, obtidos em estudos randomizados, em oposição ao subjetivismo, à indeterminação e, logo, aos contextos sociais da prática médica.

Em algum momento, uma das pessoas que mais esteve nas mídias e nas redes sociais enfrentando o negacionismo e falando a partir da perspectiva científica sobre a pandemia, defendeu a ideia de estender as EBM para o conjunto das políticas públicas: políticas públicas baseadas em evidências. É necessário questionar o que isso significaria na elaboração de políticas de direitos humanos, de políticas para mulheres, de enfrentamento ao racismo, ou então, na discussão acerca da atenção diferenciada no atendimento à saúde indígena, por exemplo, levando em consideração a definição hegemônica de evidência descrita acima.

Adotar esses mesmos princípios como imperativos nas políticas públicas em qualquer setor seria desastroso (como, em parte, tem sido para as próprias políticas de saúde¹⁹). E se consideramos o movimento e as transformações pelos quais a EBM passou desde sua formulação inicial, transformando-se rapidamente em *Evidence Based Health* (expandindo-se para outras áreas que lidam com a saúde, além da medicina), isso não parece um projeto tão fantasioso, o que é muito preocupante.

Hoje já há várias críticas articuladas de dentro do próprio campo da biomedicina à EBM e tentativas de incorporar outras dimensões menos enrijecidas da pesquisa em saúde, mas a abordagem hegemônica, e defendida publicamente durante a pandemia, é aquela que só considera as pesquisas randomizadas como produtoras legítimas de evidências.

Dois perspectivas de abordagem do conhecimento científico e da produção de verdades na ciência, que considero complementares, podem nos ajudar a refletir sobre essas questões. A primeira é a de Foucault (2002), para

19 Com efeitos como a descontextualização dos dados obtidos, a proliferação de dados e informação em detrimento de sua interpretação, os problemas na translação entre evidências científicas gerais e casos singulares, a elisão da dimensão humana da medicina (o medicamento funciona X o paciente tem valor), o que também tem implicações sobre não incluir lógicas e práticas de cuidado – que dependem de situações singulares e interpessoais, entre outros. Cf. WIERINGA *et al.*, 2017. É possível acrescentar ainda outros fatores, como a exacerbação da adoção de terapêuticas medicamentosas que seguem protocolos determinados por “evidências”, as conclusões obtidas através de análises estatísticas e práticas que podem levar a estigmatizações e preconceitos (HIV-AIDS e agora Monkeypox, em relação aos homens homossexuais).

quem o central não é produzir uma história da ciência de dentro, a partir de uma linha evolutiva e cumulativa de conhecimento, mas uma arqueologia do saber em que deve se questionar e problematizar que contextos, situações e condições históricas permitiram a produção de determinadas epistemes, modos de conhecimento e verdades.

De certo modo, essa é também a proposta de Latour (2001), quando define os estudos científicos (aos quais se filia) não como uma história da ciência em si (pura), mas articulada ao mundo (híbrida). Ele associa a ideia de uma ciência pura ou purificada do mundo a certa epistemologia que constrói muros diante da realidade – uma epistemologia que, em síntese, poderia ser denominada de carcerária. Para tanto, diferencia e contrapõe a verdade (da ciência) ao realismo – esse último dado, por exemplo, pelo passo a passo das transformações (ou translações) por que passa uma pesquisa científica, sem o qual a verdade (o *dictum* científico) perderia consistência (consistência é uma palavra que eu estou usando, não Latour, mas que considero apropriada para uma crítica da performance pública da ciência – ou de parte da retórica científica – na pandemia).

Justamente a verdade científica (ou dos cientistas, como diria Latour) vem da segurança das referências circulantes – da cadeia de translação entre matéria e forma (ou coisa e signo) – e sua sucessão de transformações, em que o que antes era matéria se traduz agora em um signo, ao passo que este se tornará matéria para a produção de um novo signo, e assim sucessivamente. É desse processo que as verdades científicas se produzem e não da afirmação de verdades purificadas que se isolam de seus contextos, ou seja, não de uma passagem sem mediações entre uma extremidade material (o mundo) e uma extremidade formal (a linguagem).

Para finalizar, considero importante mencionar o lugar das Ciências Sociais e particularmente o da Antropologia nesse debate

Uma das batalhas da antropologia da saúde é a de tentar mostrar a importância da pesquisa qualitativa e etnográfica para a elaboração de políticas sociais no campo da saúde, tanto quanto as pesquisas quantitativas e estatísticas. Os dados etnográficos, os modos culturais de enfrentar questões de adoecimento e buscar formas de cura e os contextos socioculturais da população alvo das políticas públicas e de intervenções biomédicas são todos aspectos fundamentais na compreensão dos fenômenos de doença, sofrimento, cuidado e cura.

As polêmicas e os embates públicos acerca dos tratamentos precoces, das medidas eficazes de enfrentamento, das vacinas e do uso de máscaras

provocaram uma situação complexa no campo científico, exigindo respostas públicas, e ao mesmo tempo colocaram as Ciências Sociais e em particular a Antropologia em uma situação de tensão: de um lado, o negacionismo científico, que nega as verdades científicas já acordadas e consensuais no interior do campo científico, e também os conhecimentos acumulados até agora sobre esta e outras epidemias; de outro, uma visão reducionista da ciência à afirmação de verdades, que tem como efeito o não reconhecimento da importância das ciências humanas nas respostas e no enfrentamento à epidemia.

Então, cabe aqui uma reflexão necessária e desconfortável²⁰ ao mesmo tempo: a de pensar os modos como a ciência tem se performatizado diante do negacionismo científico, apresentando-se nesse embate público como um dogma irrefutável e inquestionável. É como se, diante da necessidade de combater o negacionismo, emergisse uma “ciência com aspas”, que se apresenta ou se performatiza de modo a conseguir enfrentar o negacionismo em seu próprio palco.

Quando uso ironicamente a imagem da ciência com aspas (evidente citação extraída de Manuela Carneiro da Cunha quando se refere à cena do cacique falando sobre a “cultura indígena” no palco político dos embates com o Estado brasileiro), não estou defendendo que haja uma ciência pura, ou purificada das coisas do mundo, mas apontando que o modo como a ciência (ou certa retórica científica) se performatiza no espaço público acaba mimetizando a lógica do negacionismo (a verdade científica como a versão reversa da mentira negacionista). Esse deslocamento apaga (ou obvia²¹) o fluxo e o processo do fazer científico (da pesquisa científica) – a série sucessiva de translações e transformações de uma coisa em signo, segundo Latour, processo ao qual podemos dar muitos nomes, mas que associo à ideia de redução analítica a partir do material bruto (re)tirado do chão inicial da pesquisa.

Isso já sabemos na pesquisa antropológica, o quanto nossos conceitos e teorias (e verdades) estão permanentemente sob o crivo do mundo, o que nos coloca como mais comprometidos com o real do que com a verdade abstrata. Tirar as aspas da ciência não a purifica, mas a recoloca no campo do realismo e da tarefa incômoda da reflexividade.

20 Claudia Fonseca (2021) comenta que a reflexividade (“produto e produtora das dúvidas que acompanham o processo de investigação”, p. 9) pode ser desconfortável. No caso que menciono, o desconforto é causado pela própria criticidade reflexiva da antropologia em relação ao discurso científico em um momento de confronto com uma política anticientífica.

21 Wagner, 1975.

REFLEXIVIDADE E URGÊNCIA

A reflexividade é uma dimensão central nas ciências humanas e sociais e tem um longo percurso, no qual se destacam autores como: Pierre Bourdieu (BOURDIEU, 2001, 2004; WACQUANT; BOURDIEU, 1992/2018) e seu alerta para a necessidade de permanente objetificação e auto-objetificação das Ciências Sociais – e de constante vigilância (e autovigilância) epistemológica; Michel Foucault (1997) e a articulação que faz entre poder e conhecimento – e a conseqüente necessidade de permanente problematização da produção de conhecimento ou de verdades; Louis Dumont (1985) e o imperativo para a Antropologia de colocar em suspenso seus próprios valores ao olhar para outras sociedades e outras culturas – fundamentalmente suspender o valor ou a ideologia individualista.

No campo da antropologia da saúde especificamente, a discussão acerca da reflexividade ganhou uma força importante nos últimos anos. E aqui cabe abrir um parêntese sobre a reflexividade enquanto uma dimensão necessária para qualquer empreendimento científico que coloque em questão seus próprios procedimentos, que compare outros dados, materiais e situações pesquisadas etc., e a reflexão sobre a reflexividade. A antropologia da saúde tem tomado essa última dimensão como uma necessidade para si, sendo que as motivações para isso são muitas. E podemos debater o porquê desse interesse particular da área em refletir sobre a reflexividade: talvez por sua especificidade de lidar cotidianamente com temas e situações na fronteira e em interlocução, e também, em face de outros campos do conhecimento (as biomedicinas e áreas afins); talvez pela centralidade de questões éticas em pesquisa; talvez pela presença de uma tensão entre as dimensões individuais/singulares da experiência (da doença) e suas dimensões sociais/coletivas.

De todo modo, cabe ressaltar o quanto essa tem sido uma discussão que cresce na antropologia da saúde. Dois exemplos próximos dessa elaboração são a discussão feita por Minayo e Guerreiro (2014) acerca da reflexividade como um instrumento ético da Antropologia e a coletânea organizada por Jaqueline Ferreira e Elaine Reis Brandão (2021), intitulada *Reflexividade na pesquisa antropológica sobre saúde*.

A reflexividade crítica sobre os conhecimentos produzidos na pandemia, sobre a expressão pública das ciências da/na pandemia e as controvérsias no campo científico acentuam a posição já delicada das Ciências Sociais. Até porque, entre o negacionismo e a ciência, somos interpeladas a tomar uma posição, a escolher um lado, em detrimento da reflexividade – que significaria

colocar em tensão os próprios modos como o discurso científico hegemônico ou público se manifesta. Aqui a reflexividade assume duas direções: sobre a(s) ciências(s) da pandemia e sobre o modo como a Antropologia se coloca diante delas e diante dos grandes debates²².

A questão central do procedimento (e do espírito) científico é deixada de lado ou tratada como secundária: os modos como se chegou a essa verdade, seu caráter parcial, ou melhor dito, os modos como se chega às verdades científicas e ao princípio de que elas, de um lado, são verdade, mas, de outro, são também discutíveis (ou refutáveis) dentro dos parâmetros aceitos da *démarche* científica.

A situação de urgência trazida pela pandemia de Covid-19 trouxe a necessidade de uma reflexividade talvez de qualidade diferente daquela que compõe o fazer cotidiano das Ciências Sociais. E diferente não no sentido de se opor, mas de acentuar alguns elementos e provocar outros novos. Ela teve uma qualidade específica porque nos colocou, pelo menos em seu início, em um certo regime de urgência. Com todos os riscos (epistemológicos, éticos e políticos) de se pesquisar em e sobre uma situação de crise. Qual é a inteligibilidade possível em um tempo de urgência?

O tempo urge. Como a Antropologia responde a um tempo que urge?

Sendo este um texto mais ensaístico acerca desse conjunto de percepções da performance pública da ciência no enfrentamento ao negacionismo durante a pandemia, algumas novas perguntas ainda ficam para futuras reflexões: que efeitos a perspectiva antropológica sobre a pandemia e sobre as ciências da pandemia poderia ter para um outro caminho de enfrentamento à pandemia e a outras crises sanitárias? Como resolver o dilema de, por um lado, afirmar a(s) ciência(s) no enfrentamento à pandemia e ao negacionismo e, por outro, reconhecer a complexidade e multiplicidade do campo científico, assim como a existência de diferentes saberes e formas de conhecimento (tradicionais, complementares etc.)? Como reconhecer a multiplicidade necessária para o enfrentamento da Covid-19, diante da multiplicidade do evento pandêmico?

22 Um dos efeitos dessa performatização pública, como mencionado, é o crescimento das posições reducionistas no campo da saúde pública, como os ataques às práticas integrativas complementares, ou a associação entre o negacionismo e as práticas terapêuticas tradicionais ou populares.

REFERÊNCIAS

- BOURDIEU, Pierre. **Science de la Science et reflexivité**. Paris: Raisons d'Agir, 2001.
- BOURDIEU, Pierre. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- DAS, Veena. Critical Events. **Ano Anthropological Perspective on Contemporary India**. New Delhi: Oxford University Press, 1995.
- DUMONT, Louis. A comunidade antropológica e a ideologia. In: **O individualismo**. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 1985. p. 201-236.
- FERREIRA, Jaqueline; BRANDÃO, Elaine Reis (Orgs.). **Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde**: desafios e contribuições para formação de novos pesquisadores. Brasília: Ed. UnB, 2021.
- FONSECA, Claudia. Prefácio. In: FERREIRA, Jaqueline; BRANDÃO, Elaine Reis (Orgs.). **Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde**: desafios e contribuições para a formação de novos pesquisadores. Brasília: Ed. UnB, 2021. p. 9-14.
- FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**. Uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- LATOUR, Bruno. **A esperança de pandora**. Bauru: EDUSC, 2001.
- MALUF, Sônia Weidner. Antropologia em tempo real: urgências etnográficas na pandemia. **Aula Inaugural** no PPGAS/UFAL, 2020a. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DWQLXa8Uwfl>.
- MALUF, Sônia Weidner; QUINAGLIA SILVA, Érica; SILVA, Marcos Aurélio da. Antropologia da saúde: entre práticas, saberes e políticas. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica**, São Paulo, n. 91, p. 1-38, 2020b.
- MALUF, Sônia Weidner. Antropologia em tempo real: urgências etnográficas na pandemia. In: **Ciências sociais em debate**: crise e crítica social em tempos da Covid-19^a ed. João Pessoa: Ed. UFPB, 2022. p. 181-197.
- MINAYO, Maria Cecília Souza; GUERREIRO, Iara C. Z. Reflexividade como ethos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014.
- REPO, Jemima; RICHTER, Hanna. No eventual pandemic: thinking the Covid-19 "Event" with Deleuze and Foucault. **Distinktion - Journal of Social Theory**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1600910X.2022.2086595>
- WACQUANT, Loïc; BOURDIEU, Pierre. **Una invitación a la sociología reflexiva**. [S.l.]: Ed. EpubLibre, 2018.
- WAGNER, Roy. **The invention of culture**. New Jersey: Englewood Cliff, 1975.
- WIERINGA, Sietse; ENGBRETSSEN, Elvind; HEGGEN, Kristi; GREENHALGH, Trish. Has evidence-based medicine been modern? A Latour-inspired understanding of a changing EBM. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 23, p. 964-970, 2017.

VULNERABILIDADES COM E PARA ALÉM DA PANDEMIA:

DEFICIÊNCIA E COVID-19 NO BRASIL

*Claudia Fonseca
Soraya Fleischer
Ana Paula Jacob¹*

As epidemias afetam as pessoas pobres em números desproporcionais, conforme ilustrado em diferentes épocas, regiões e patologias. Não é surpresa, portanto, que a pandemia de coronavírus, considerada o maior desastre de saúde global desde a gripe espanhola de 1918, não tenha se materializado em todos os lugares da mesma maneira. Os meandros imprevisíveis de uma doença “emergente” e pouco conhecida como a Covid-19 são agravados pelas complexas circunstâncias políticas, econômicas e sociais de cada uma de suas manifestações concretas. Essa complexidade é o que leva Herring e Swedlund a endossar uma “abordagem sindêmica” para o estudo de epidemias, exigindo que os pesquisadores observem:

¹ Este capítulo foi originalmente escrito em inglês pelas duas primeiras autoras e integrou a coletânea organizada por Lenore Manderson, Nancy J. Burke e Aro Wahlberg, *Viral Loads: Anthropologies of urgency in the time of Covid-19*, publicada em 2021 pela UCL Press (p. 243-259). A tradução para o português é de Ana Paula P. Jacob e a revisão final das demais autoras.

além das infecções individuais para considerar como estas podem ser capacitadas pela presença de outras doenças e condições e sustentadas pela desigualdade social e pelo exercício injusto do poder, que canaliza e sustenta aglomerados de doenças prejudiciais em populações desfavorecidas (HERRING; SWEDLUND, 2010, p. 5, tradução nossa).²

Ao mesmo tempo, cada novo patógeno tem suas propriedades específicas que, em interação com as orientações das autoridades sanitárias do momento, provocam uma determinada resposta. Lakoff (2017), em sua análise da reação da Organização Mundial da Saúde (OMS) às ameaças à saúde na história recente, reflete sobre quantos especialistas autorizados da organização chegaram à conclusão de que uma reação alarmista ao surto de doença infecciosa poderia, a longo prazo, ser contraproducente. Particularmente no caso de países que precisam urgentemente de um saneamento melhor e de sistemas de saúde mais eficientes, o dinheiro canalizado para combater uma epidemia momentânea poderia ser gasto em infraestruturas destinadas a atenuar doenças contagiosas menos espetaculares (embora mais significativas, do ponto de vista epidemiológico) e condições crônicas não transmissíveis (malária, infecções diarreicas, diabetes, doenças cardíacas etc.). Os especialistas se tornaram compreensivelmente cautelosos para que a declaração de uma “ameaça global à saúde”, que incorresse em medidas drásticas, não causasse mais mal do que bem.

No entanto, reconhecendo o fracasso da OMS em apreender a gravidade do surto de Ebola em 2014, seus especialistas revisaram sua postura, mais uma vez atentando à possibilidade muito real de uma catástrofe global. Assim, com a explosão global da Covid-19 no início de 2020, e na ausência de vacinas ou medicamentos eficazes para combater o vírus altamente contagioso, transmitido pelo ar e muitas vezes letal, a organização foi rápida em defender uma medida radical – confinamento domiciliar generalizado – mesmo sabendo que isso poderia significar privações temporárias para boa parte da população mundial.

Em nossa abordagem sindêmica da Covid-19 no Brasil, propomos, em primeiro lugar, considerar como a liderança política dúbia se encaixa nos

2 No original: “beyond individual infections to consider how they may be capacitated by the presence of other diseases and conditions and sustained by social inequity and the unjust exercise of power, which channels and sustains damaging disease clusters in disadvantaged populations” (HERRING; SWEDLUND, 2010, p. 5).

programas de austeridade neoliberal da última década e nos cortes orçamentários para produzir uma calamidade nacional em que as mortes por Covid foram superadas apenas por aquelas dos Estados Unidos da América. A população desfavorecida que nos interessa aqui são as pessoas com deficiência, tornadas particularmente vulneráveis por esse vírus. Enquanto as epidemias do passado são lembradas por terem afetado membros mais jovens e aptos para a força de trabalho, a Covid tem a fama de derrubar principalmente pessoas mais velhas, com deficiência e que sofrem de condições crônicas debilitantes. Diante desse contexto, argumentamos que a postura negacionista do presidente Bolsonaro – sua recusa em atender às orientações da OMS para conter a pandemia, seu incansável combate a qualquer mudança nas atividades rotineiras, seja de ensino, comércio, viagem, turismo, incluindo o uso de máscaras faciais – poderia ser visto como a saída lógica de seu neoliberalismo radical (NEIBURG, F.; THOMAZ, 2020; ORTEGA; ORSINI, 2020). Baseada na sobrevivência daqueles considerados física e moralmente aptos, a filosofia de Bolsonaro toleraria tacitamente uma espécie de abate de elementos improdutivos da população.

Além disso, ao comparar a situação atual com a epidemia anterior de vírus Zika, que também afetou especialmente o Brasil, destacamos como um clima político distinto produziu uma *mise-en-scène* muito diferente do conhecimento especializado, trazendo pesquisadores médicos e especialistas em saúde para trabalhar em conjunto com o poder público. Ademais, durante a epidemia de Zika, aqueles que mais sofreram com a infecção – crianças nascidas com a síndrome congênita – foram percebidos não como lamentavelmente dispensáveis, mas como vítimas dignas de atenção especial. Durante a Covid-19, no entanto, os “sobreviventes” do Zika, a maioria classificado como gravemente incapacitado, viveram com o espectro da discriminação eugenista enquanto disputavam os serviços médicos que se tornaram escassos devido ao impacto dos casos emergenciais de Covid-19 nos recursos e serviços de saúde³.

Na segunda parte do texto, nos concentramos em um novo recurso das medidas preventivas recomendadas pela pandemia. Para conter a propagação de doenças infecciosas, as autoridades, no passado, normalmente

3 Essas reflexões são o resultado de um estudo etnográfico sob a coordenação da autora Soraya Fleischer, realizado entre 2016 e 2019, em Recife, com pais e familiares de crianças nascidas com a síndrome congênita do vírus Zika (FLEISCHER; LIMA, 2020). No início de 2020, a equipe de investigação ampliou o seu interesse aos desafios cotidianos enfrentados por essas famílias para contemplar a influência da Covid-19 nesse cenário (GARCIA, 2022). Este estudo recebeu financiamento do CNPq e da Universidade de Brasília.

colocavam apenas os doentes e enfermos em quarentena – uma política de eficácia variável. Com a Covid-19, no entanto, como a infecção é assintomática para muitos, especialistas globais em saúde recomendaram fortemente o distanciamento social para toda a população, levantando questões acerca de como tal medida é organizada e moralmente enquadrada por pessoas que vivem em condições radicalmente desiguais. Se, no Brasil, os apoiadores mais fanáticos de Bolsonaro viam essas recomendações como uma violação sem sentido dos direitos básicos que devastaria a economia, outros observadores tendiam a retratar a adesão estrita como uma virtude cívica que salva vidas, reduz os casos de infecção e alivia a sobrecarga em hospitais. Aqui, as observações etnográficas desafiam as conclusões simplistas que podem vincular lealdades políticas específicas a um ou outro curso de prevenção. E lançam luz também sobre os pontos fortes da comunidade e as vulnerabilidades estruturais, explorando entendimentos contextualmente condicionados de como – moral e pragmaticamente – enfrentar a pandemia⁴.

POLÍTICA E NEGACIONISMO NO BRASIL SOB BOLSONARO

No final da década de 1980, o Brasil emergiu de mais de 20 anos de ditadura militar para uma nova era de construção democrática da nação. Os 30 anos seguintes testemunharam a expansão dos serviços públicos e os esforços variados para diminuir a grande lacuna entre ricos e pobres, resultado do longo legado de exploração colonial do país e de uma economia historicamente dependente do trabalho escravo. A eleição, em 2002, do presidente Luiz Inácio Lula da Silva – que anunciava no poder nacional o governo de esquerda do Partido dos Trabalhadores, com sua plataforma declarada em favor do direito das minorias, do desenvolvimento e da justiça social para todos – parecia coroar esses esforços.

Como o Brasil mergulhou, em tão pouco tempo, do mandato de Lula à presidência de Bolsonaro – um político obscuro de extrema-direita sem base partidária específica –, tem sido objeto de inúmeras análises⁵. O que nos interessa aqui é analisar como, na esteira da recessão econômica, de escân-

4 A autora Claudia Fonseca realizou trabalho de campo na periferia de Porto Alegre durante as últimas duas décadas. O material para o presente artigo foi organizado por meio de entrevistas telefônicas em maio e junho de 2020, com membros da organização comunitária Coletivo Autônomo do Morro, no âmbito do “Vivendo com Deficiências”, um projeto de pesquisa financiado pela Newton Foundation (Embaixada Britânica) e pelo CNPq.

5 Sobre o assunto, conferir: NEIBURG; THOMAZ, 2020.

dalos implacáveis da mídia sobre corrupção em todos os níveis de governo e o *impeachment* da sucessora unguída de Lula, a primeira mulher presidenta do país, Dilma Rousseff, por pequenas infrações em leis orçamentárias, o eleitorado do país se polarizou em dois blocos radicalmente opostos. Os eleitores que viam como questões prioritárias a distribuição de renda mais igualitária, a ampliação de serviços públicos de qualidade e a promoção dos direitos humanos continuaram apoiando o Partido dos Trabalhadores. Por outro lado, os mais preocupados com o crime violento, a erosão dos valores familiares “tradicionais” e a corrupção política optaram pelo que consideravam um candidato forte e simpatizante dos militares, Jair Bolsonaro.

Durante o primeiro ano de seu governo, em 2019, sob a mão firme de um Ministro da Economia formado na Universidade de Chicago, passou pelo Congresso grandes reformas institucionais que diminuíram a estabilidade no emprego e reduziram os benefícios previdenciários, enquanto trabalhava silenciosamente para a privatização de bancos, serviços públicos, universidades e outras instituições governamentais. O sistema público de saúde (conhecido como o Sistema Único de Saúde - SUS), que atende mais de 80% da população do país, foi particularmente atingido pelas medidas de austeridade. Embora garantido pela Constituição de 1988 e inaugurado em 1994, o sistema de saúde gratuito e universal demorou a ganhar impulso. Os serviços de alta complexidade estão até hoje concentrados nas capitais, onde os pacientes podem ser vistos rotineiramente formando enormes filas em frente aos grandes hospitais públicos. A falta de equipamentos básicos, de tecnologia, de medicamentos e especialistas tem sido constantemente denunciada nas manchetes dos jornais há décadas. Nunca completamente satisfatório, nos últimos anos, o SUS tem sofrido mais do que nunca com sucessivos cortes financeiros, enxugamento estrutural e ataques ditados pelas políticas de contenção de despesas do governo. Como resultado, pacientes desesperados por tratamento têm recorrido cada vez mais a procedimentos judiciais para garantir seu direito constitucional à saúde (BIEHL, 2016). O sistema, já mal equipado para lidar com doenças e deficiências de rotina, seria levado à beira do colapso pelo desastre da Covid-19.

A primeira morte oficial por coronavírus – a de uma trabalhadora doméstica que havia contraído o vírus de seu empregador recém-chegado de uma viagem ao exterior – foi registrada em 16 de março de 2020. Em poucos dias, o Ministro da Saúde (Luis Henrique Mandetta, médico) confirmou a transmissão comunitária em todo o Brasil. Embora, após assumir o cargo no

início de 2019, ele tenha feito pouco para reverter o declínio do sistema de saúde pública deteriorado, sua pronta reação à ameaça da Covid-19 lhe rendeu o respeito da maioria dos brasileiros. Enquanto Bolsonaro seguia o exemplo de seu ídolo, o presidente americano Donald Trump, referindo-se à Covid-19 como uma “gripe insignificante” que não justificava o sacrifício da rotina econômica, Mandetta promovia vigorosamente políticas de distanciamento social que restringiriam o trânsito pelas fronteiras internacionais, limitariam o transporte intermunicipal, suspenderiam a frequência escolar e cortariam as atividades da maioria dos serviços públicos e comerciais “não essenciais”. Embora o presidente tenha resistido inflexivelmente ao uso de máscaras faciais (mesmo depois de 22 membros de sua comitiva terem testado positivo para Covid-19), seu Ministro da Saúde recomendou consistentemente o seu uso. E, contrariando a afirmação de Bolsonaro de que a (hidroxi)cloroquina era um tratamento milagroso para a doença, Mandetta (de acordo com a posição da OMS e da pesquisa médica convencional) resistiu firmemente contra endossar um protocolo para incentivar o uso da droga.

Independentemente de suas inclinações políticas, um número crescente de executivos estaduais e municipais se posicionou junto ao Ministro da Saúde em detrimento do presidente. Ignorando as objeções presidenciais, a própria Suprema Corte reconheceu o direito dos governos locais de impor restrições de emergência – fechando escolas, negócios não essenciais e impondo multas individuais a pessoas que se recusassem a usar máscaras em público. Em resposta, o presidente e parte de seu gabinete resistiram a admitir a gravidade da ameaça. Bolsonaro continuou a condenar o distanciamento físico, participando de comícios em todo o país, onde, sem máscara, apertava as mãos e abraçava apoiadores na multidão. Após se juntar a manifestantes que pediam uma intervenção militar para combater as políticas “antidemocráticas” de distanciamento social impostas pelas autoridades estaduais e municipais, 20 governadores estaduais divulgaram uma “Carta aberta à sociedade Brasileira em Defesa da Democracia”. Seu pedido de união nacional contra um inimigo comum, o coronavírus, sob a orientação da medicina baseada na ciência, não convenceu o presidente.

Dadas essas tensões, não foi surpresa quando, em 16 de abril – com uma explosão de vítimas da Covid surgindo no horizonte – Bolsonaro demitiu seu Ministro da Saúde. O sucessor, Nelson Teich (também um médico), de perfil bem mais discreto que o de Mandetta, abandonou o cargo em apenas um mês. O novo ministro (o terceiro em cinco semanas), general militar que admitiu abertamente não ter experiência alguma na área da saúde, começou a traba-

lhar em meados de maio, emitindo prontamente um protocolo para promover o uso da cloroquina em todas as fases da Covid-19 e intensificando o uso da infraestrutura do exército para a produção frenética do medicamento⁶. Quanto às outras demandas da pandemia – como ampliar a disponibilidade de exames diagnósticos e racionalizar a distribuição de insumos hospitalares básicos –, o novo comandante da saúde nacional demonstrou interesse relativamente modesto.

Já ao final de abril, era evidente que, em muitas regiões, as condições precárias do sistema de saúde pública degradado do país estavam muito aquém dos desafios colocados pela pandemia. Especialmente nas áreas mais pobres, as administrações de saúde descentralizadas e parcamente financiadas encontraram obstáculos incalculáveis em suas tentativas de localizar e estocar *kits* de teste para diagnóstico adequado, construir e equipar hospitais de campanha de qualidade, comprar ventiladores funcionais ou até mesmo adquirir equipamentos de proteção de rotina para os profissionais de saúde. Manaus, importante encruzilhada para um grande número de grupos indígenas, mostrou-se uma das primeiras capitais duramente atingidas. Na segunda quinzena de maio, a cidade estava fervilhando de repórteres nacionais e internacionais ansiosos para transmitir esse péssimo cenário de hospitais mal equipados, Unidades de Terapia Intensa (UTIs) superlotadas e um número disparado de mortos que exigia enterros em massa. As mortes por Covid-19 de lideranças indígenas e a devastação de suas comunidades pela pandemia, ao lado do descaso do governo quanto aos garimpeiros ilegais e missionários religiosos (principais vetores do vírus) em seus territórios tradicionais, reforçariam a acusação de genocídio que estava pendente contra Bolsonaro no Tribunal Penal Internacional de Haia.

Com o número de casos de infecção aumentando em todo o país, Bolsonaro buscou novas maneiras de justificar sua postura negacionista. Entre outras táticas, intensificou seus ataques contra reportagens e estatísticas sobre a alta letalidade da doença. Enquanto observadores notaram um aumento considerável nas mortes relacionadas a doenças pulmonares em comparação com os anos anteriores, e argumentaram que as mortes por Covid-19 estavam sendo subnotificadas, o presidente insistiu que seu número havia sido completamente inflacionado por uma conspiração de jornalistas, especialistas em saúde global e esquerdistas, intelectuais em busca de “ganho político”. E mes-

6 Apesar da existência de uma oferta nacional abundante, o país recebeu pouco tempo depois um carregamento colossal do produto supostamente enviado pelo próprio presidente dos EUA, Donald Trump.

mo em um dos piores momentos da pandemia, com mais de mil mortes por dia, ele insistiu que a desinformação sobre a pandemia havia causado muito pânico e prometeu que os fatos “verdadeiros” seriam conhecidos em breve.

Além do descaso com a ciência convencional, o que mais incomodou os jornalistas e parte do público em geral foi a aparente falta de empatia de Bolsonaro pelas vítimas da pandemia. Quando pressionado por jornalistas a comentar sobre o crescente número de mortos no país, ele demonstrou uma indiferença que beirava o cinismo: “Eu não sou cozeiro, tá?” ou “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Posso ser Messias [em referência ao seu nome do meio], mas não faço milagres”. Citando a opinião de especialistas de que, eventualmente, 70% da população seria inevitavelmente infectada, ele insistiu dizendo que: “Essa é uma realidade, o vírus tá aí. Vamos ter que enfrentá-lo” e “Todos nós iremos morrer um dia”.

Os pronunciamentos de Bolsonaro deram eco à opinião de um pequeno contingente de autoridades ao redor do mundo que, no início da pandemia, previam que a Covid-19 seria fatal para apenas uma pequena porcentagem da população – principalmente idosos, pessoas com deficiência e que sofrem de doenças crônicas debilitantes. O prognóstico apoiou os governantes que preferiram deixar o vírus seguir seu curso, com atividades econômicas e outras a todo vapor, até que a população atingisse a “imunidade de rebanho”. A perda dos membros mais frágeis da população poderia ser minimizada pela “segregação vertical”, ao fazer com que as pessoas classificadas como vulneráveis permanecessem confinadas em casa, enquanto os mais jovens, saudáveis e resistentes, tocariam a vida como de costume. Algumas mortes seriam inevitáveis, mas, desse ponto de vista tipicamente “capacitista”, indivíduos que se desviassem do padrão corpo-normativo do espécime perfeito, poderiam ser considerados não totalmente humanos (ORTEGA; ORSINI, 2020). Por chocante que possa parecer, essa visão tem o mérito de explicitar uma filosofia de governo que tolera a ideia de “deixar morrer” uma determinada parcela da população de um país que, mesmo em tempos normais, poderia ser vista como um fardo para a economia. Como sugeriu um jornalista financeiro britânico, “de uma perspectiva econômica totalmente desinteressada, a Covid-19 pode até ser levemente benéfica a longo prazo, eliminando desproporcionalmente dependentes idosos” (WARNER, 2020).

O aparente darwinismo social desse discurso, recebeu compreensivelmente críticas colossais (BUTLER, 2020; ECKS, 2020; QUEIROZ, 2020). E acrescentaríamos

que, no contexto brasileiro, com o país ainda enfrentando a tragédia da epidemia anterior (Zika) – e a maré de crianças com deficiência neurológica deixada em seu rastro –, esse discurso assume vieses particularmente problemáticos.

VIVER COM DEFICIÊNCIA DURANTE SUCESSIVAS EPIDEMIAS

O coronavírus está, obviamente, longe de ser a primeira epidemia a causar alarme entre as autoridades brasileiras. Desde a lepra e a sífilis que chegaram com os primeiros europeus às epidemias de varíola, peste e cólera que emergiam periodicamente nos principais portos do país, os profissionais de saúde trabalham há séculos, ao lado das autoridades governamentais, na tentativa de conter os danos. Ao final do século XIX, com a atenção europeia e norte-americana voltada à febre amarela e a outras doenças tropicais que ameaçavam os empreendimentos coloniais, o Brasil tornou-se um centro internacional de pesquisa médica. Ao início do século XX, em estreita colaboração com seus pares no exterior – incluindo especialistas do Instituto Pasteur e da Fundação Rockefeller –, os pesquisadores clínicos brasileiros foram além do tratamento, aplicando seus esforços de pesquisa e tradução à prevenção sistemática de doenças (CASTRO *et al.*, 2010; LOWY, 2017).

Nas décadas seguintes, uma nova filosofia de saúde pública, desenvolvida em instituições como a Fundação Oswaldo Cruz (com centros em pleno desenvolvimento no Rio de Janeiro e em Salvador), exerceu um papel fundamental na promoção não só de vacinas, mas também – e principalmente após a gripe espanhola – de reformas sanitárias destinadas a limpar os vetores de doenças infecciosas (ratos, mosquitos e resíduos de bactérias) que assolavam as áreas urbanas. Além de desenvolver e implantar uma vacina contra a febre amarela, as autoridades nacionais organizaram campanhas eficazes contra o mosquito *aedes aegypti*, que foi e é responsável por outras três infecções menos letais: dengue, chikungunya e Zika (SEGATA, 2017). Mas, embora essas doenças fossem consideradas de menor importância, surgiram preocupações em 2015, quando observadores médicos começaram a suspeitar de ligações entre uma onda desconcertante de crianças nascidas com a condição severamente debilitante da microcefalia e o vírus Zika (DINIZ, 2017).

A forma como o governo da Presidente Dilma enfrentou a epidemia de Zika, em comparação com o tratamento do atual governo da Covid-19, fornece percepções não apenas sobre como a liderança política pode moldar a aliança entre a saúde pública e a ciência, mas também sobre a experiência das vítimas

potenciais mais vulneráveis, que devem enfrentar os desafios do cuidado e da prevenção. O Zika, assim como a Covid-19, era uma entidade relativamente desconhecida quando chamou a atenção das autoridades. Uma “mãe de micro”⁷ de primeira geração (geralmente relacionada ao primeiro surto epidêmico, no verão de 2014-2015), morando em um dos estados mais pobres do Nordeste do país, provavelmente tenha passado por toda a gravidez sem a menor suspeita de qualquer ameaça grave à sua saúde ou à do bebê em seu ventre (DINIZ, 2017). Os centros de atenção primária, onde a maioria das mulheres faz consulta pré-natal, geralmente não estavam equipados com ultrassom, que não fazia parte do protocolo de rotina. Somente aquelas mulheres dispostas a pagar pelo exame (motivadas, por exemplo, pelo desejo de saber o sexo do bebê) teriam descoberto sinais de anomalia fetal. Na maioria das vezes, as mães e os médicos foram pegos de surpresa com a chegada de um bebê com deficiências graves, estando, em geral, mal preparados para lidar com os riscos particulares (para a mãe e a criança) envolvidos em tal nascimento.

Mesmo durante a “segunda geração” de vítimas (o segundo surto epidêmico, no verão de 2015-2016), que incluía, dessa vez, regiões mais prósperas no Sudeste do país, a imprecisão do diagnóstico⁸ e a demora nos resultados dos testes pouco ajudaram a aliviar a ansiedade das mulheres que experimentaram sintomas semelhantes aos da infecção por Zika durante a gravidez. O prognóstico fetal, encerrando muita incerteza, pouco ajudava nas decisões reprodutivas da mulher – se ela deveria pensar em um aborto legalmente questionável (mais comum nas classes altas) ou preparar a casa e a família para o cuidado de uma criança com deficiência. Em outras palavras, embora tenham conseguido vincular um número significativo de recém-nascidos com as anomalias neurológicas provocadas pelo Zika congênito⁹, os pesquisadores reconheceram que sabiam pouco sobre a doença – seja sobre seus modos de transmissão vertical e sexual, seja sobre suas consequências a longo prazo.

7 “Criança de micro” (e substantivos correlatos, como “mãe de micro”, “família de micro” etc.) foi um termo cunhado pelas próprias mães, que se refere ao principal sintoma visível dos bebês – a cabeça diminuta – que sofrem da síndrome fetal.

8 Até 2016, os únicos testes laboratoriais existentes eram para a dengue.

9 Até a presente data, as autoridades contabilizam aproximadamente 4.000 crianças nascidas com o que rotulam de Síndrome Congênita do Vírus Zika (SCVZ). Desde 2016, os números têm diminuído, levando a OMS a retirar a doença da lista de preocupações epidemiológicas imediatas (LAKOFF, 2017), mas - especialmente com a detecção de uma nova cepa do vírus em junho de 2020 - a doença ainda está muito presente no mapa das preocupações de saúde pública do país.

Em ambos os casos, da Covid-19 e do Zika, havia uma demanda urgente por pesquisas médicas para fornecer respostas. As articulações em torno da ideia de ciência, no entanto, eram de uma ordem inteiramente diferente. Quando o Zika se tornou um problema, a presidenta Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores, estava sob forte cerco político, que logo levaria ao seu *impeachment*. Mesmo assim, sob o lema “Um mosquito não é mais forte que nosso país inteiro”, seu governo abraçou o combate ao Zika, organizando campanhas para erradicar vetores, manifestando publicamente solidariedade às vítimas e utilizando incentivos financeiros e administrativos para promover pesquisas universitárias nas várias facetas da doença. Além de cientistas locais, pesquisadores do exterior se instalaram no epicentro geográfico da epidemia na esperança de mapear os territórios sociais e médicos ainda não navegados pela doença. As mães permitiram que seus corpos (e os de seus bebês) fossem examinados repetidamente, e suas amostras de sangue coletadas e estocadas, na esperança de acelerar descobertas médicas que poderiam ajudar seus filhos a ter uma vida melhor (FLEISCHER, 2019).

Algumas mães podem ter ficado frustradas com a falta de retorno e a descontinuidade de interesse em seus casos; muitas lamentaram a inadequação dos serviços de saúde disponíveis. No entanto, nem elas nem as equipes médicas, nem mesmo a mídia em geral, jamais expressaram dúvidas sobre a validade do esforço científico. O contraste com a reação do governo à Covid-19 não poderia ser mais gritante. Até antes do coronavírus, Bolsonaro e seu ministro da Educação estavam atacando sistematicamente as universidades públicas do país, cortando fundos e desvalorizando a ciência produzida nos principais centros de pesquisa. No caso da Covid-19, o presidente e seu Ministro confundiram ainda mais o público ao contradizer os resultados de qualquer estudo (sobre a cloroquina, por exemplo) que não confirmasse suas próprias ideias preconcebidas.

Durante os piores momentos de ambas as epidemias, as pessoas recorreram ao governo em busca de medidas que ajudassem a minimizar o sofrimento e a morte. No caso da Covid-19, esse cuidado foi pensado para evitar que os pacientes afetados morressem – daí a pressa em multiplicar UTIs e adquirir respiradores. No caso do Zika – que não é uma doença particularmente letal –, as “vítimas” que demandaram mais energia e investimento foram os bebês nascidos de mulheres infectadas durante a gravidez. Embora os cuidados médicos tivessem garantido a sobrevivência, essas crianças pequenas inevitavelmente sofreram sequelas da doença que as deixaram particularmente vulneráveis às complicações da Covid-19. No entanto, para o desespero de suas cuidadoras, em

nenhum momento essas crianças foram incluídas nas “populações de risco” da pandemia, muito menos escolhidas para receber prioridade em hospitais e UTIs.

Devido à imunodeficiência geral causada pela Síndrome Congênita do Zika, essas crianças não têm resistência a resfriados e correm um maior risco de infecções nos olhos e ouvidos, bronquite, alergias pulmonares e outras doenças da infância. Por causa de complicações neurológicas, têm dificuldade em engolir. Com comida e saliva escoando em seus pulmões, precisam de hospitalização frequente por pneumonia e outras formas de intercorrências respiratórias. Constantemente bombardeadas com analgésicos, antibióticos e outros medicamentos, correm também o risco de desenvolver problemas ligados à supermedicação: resistência a certos medicamentos, intoxicação hepática e outras síndromes iatrogênicas. Para ter acesso a medicamentos de alto custo, as crianças precisam de novas prescrições médicas todos os meses. E, à medida que crescem, são necessárias intervenções periódicas para reposicionar sondas de alimentação, ajustar dispositivos protéticos e realizar cirurgias reparadoras (FLEISCHER; LIMA, 2020). No entanto, diante de serviços hospitalares completamente inundados de vítimas da Covid-19, essas crianças enfrentaram mais dificuldades ainda para obter os tratamentos de rotina necessários.

Durante a pandemia, as frágeis esperanças das mães – de que seus filhos não apenas sobrevivessem, mas tivessem vidas significativas – diminuíram. Sem um fornecimento regular de medicamentos, não houve como aliviar a dor crônica de seus filhos, nem regular seu sono (de modo a permitir que outros membros da família descansassem). As crianças estiveram em constante risco de convulsão, que poderia atrasar seu desenvolvimento por meses, em termos de habilidades cognitivas e motoras. Como os serviços hospitalares foram reduzidos ao mínimo, suspensos por completo ou, na melhor das hipóteses, mantidos intermitentemente *on-line*, alguns setores postaram vídeos curtos nas mídias sociais para que as próprias mulheres pudessem realizar práticas de reabilitação necessárias para seus bebês em casa. No entanto, muitas mulheres não se sentiram competentes para replicar esses exercícios por conta própria. Algumas poderiam não ter acesso a recursos digitais, e mesmo se realizassem os exercícios fisioterápicos, os resultados poderiam ser frustrantes porque seus filhos mais velhos, agora envolvidos no ensino remoto, monopolizavam o computador, ou porque, dada a já pesada carga de suas tarefas domésticas, elas simplesmente não conseguiriam encontrar um tempo necessário para aprender e praticar novas técnicas terapêuticas (GARCIA, 2022).

Mesmo em situações críticas, essas “mães de micro” ainda se perguntavam se valia a pena enfrentar o transporte público, esperar longas horas em corredores de hospitais e expor seus filhos ao risco de infecção pelo coronavírus – principalmente quando não tinham certeza da recepção que teriam. Durante os primeiros anos da epidemia de Zika, a necessidade de cuidados médicos intensivos dos bebês foi reconhecida como uma causa legítima, graças, sobretudo, à ação política coletiva, que se manifestou por meio de marchas de rua e manifestações em frente às sedes governamentais. Na situação de quarentena generalizada causada pela Covid-19, as formas tradicionais de organização política eram restritas e a eficácia do ativismo digital (*webinars*, *lives*, entrevistas e *podcasts*) permanecia incerta. As mães se juntaram, assim, à categoria crescente de pessoas “vulneráveis” no Brasil que, seguindo o exemplo de grupos semelhantes em todo o mundo, elaboravam manifestos *on-line* para reiterar o direito de todos os pacientes – não importando qual a condição de saúde física ou mental – igualmente dignos de atenção em qualquer emergência médica¹⁰. No entanto, à sombra do estilo machão do governo Bolsonaro, os pacientes que sofriam de doenças crônicas debilitantes se perguntavam se, no caso deles, o enxugamento financeiro dos serviços públicos não assinalava o esvaecimento da preocupação moral estatal.

DISTANCIAMENTO SOCIAL EM UM CENÁRIO DE DESIGUALDADE

Assim como o Zika e outras emergências de saúde, a pandemia escancarava desigualdades gritantes, com as quais os cidadãos brasileiros viviam há décadas. Como nos lembra Merrill Singer, do ponto de vista sindêmico em relação à saúde das pessoas de baixa renda, uma epidemia (de doença contagiosa) não deve ser analisada como um fenômeno à parte. Só pode ser entendida como parte de um pacote, incluindo a ameaça constante de subnutrição, violência, abuso de substâncias, tuberculose e outras doenças crônicas que rondam esses ambientes. Entre os pobres, os problemas de saúde surgem como “fios intimamente entrelaçados no tecido muitas vezes esfarrapado de suas vidas diárias” (SINGER, 2009, p. xiv).

Não é, portanto, surpreendente que a Covid-19 tenha causado estragos particularmente nas periferias urbanas e nos municípios rurais – essas regiões habitadas, em sua maioria, por grupos pobres, afro-brasileiros e indígenas

10 A Rede Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (*Rede-in*). CONADE, 12 de maio de 2020.

(GRAGNANI, 2020). Nessas áreas, sem infraestrutura básica (água encanada, esgoto municipalizado e coleta de lixo rotineira), proliferam os vetores de doenças infecciosas. Nesse contexto de “racismo ambiental” (CARVALHO, 2017), mesmo as medidas mais simples recomendadas para evitar a Covid-19 (por exemplo, lavar as mãos com frequência) pareciam de aplicação incerta. Quanto ao tratamento dos infectados, alguns brasileiros abastados possuíam plano de saúde privado que – pelo menos antes da pandemia – lhes garantia assistência hospitalar adequada. Porém, a grande maioria da população estava acostumada a lidar com postos de saúde públicos sobrecarregados, rezando para que encontrassem profissionais e equipamentos disponíveis para o tratamento de seus males. Ao reconhecer não apenas as diferenças regionais, mas também essas disparidades de classe e raça, um médico especialista após o outro, quando entrevistados sobre o coronavírus, repetiam um veredito evidentemente consensual, de que no Brasil existem muitas pandemias diferentes.

A medida preventiva aparentemente democrática de distanciamento social também se desenrolava de forma diferente nos vários grupos socioeconômicos. Por um lado, os indivíduos dos setores ricos podiam se barricar em suas casas relativamente confortáveis. Aqueles sortudos o suficiente para ter um salário garantido ao final do mês podiam estocar comida, montar sua academia em casa e desfrutar de serviços rotineiros de internet para tornar seu confinamento um pouco menos difícil. A outra metade da população economicamente ativa – os trabalhadores precários e autônomos do mercado de trabalho informal – estava ciente de que, se não continuasse trabalhando, não conseguiria manter nem o mais modesto modo de existência¹¹. Os poucos meses de ajuda emergencial fornecidos somente a partir de 2021 pelo governo federal permitiram algum alívio, mas, à medida que a pandemia avançava e os *lockdowns* se estendiam (ou renovavam), ficou evidente que a tregua proporcionada pelas soluções paliativas seria de curta duração. Em tais condições, ficar em casa não significava necessariamente permanecer saudável (YATES-DOERR, 2020).

O delicado dilema ético entre sobrevivência e contágio ficava ainda mais complicado em lares com pessoas com deficiência, onde a coordenação de vários cuidadores dificultava os esforços para evitar o perigo de contaminação. Era o caso da família de Aline, uma família afro-brasileira na periferia de Porto Alegre, cuidadora de uma pré-adolescente Tainá que, desde a primeira

11 Enquanto os desempregados oficiais flutuavam entre 11 e 13 milhões, ao final de junho de 2020, por exemplo, as estatísticas informavam que cerca de 75 milhões de brasileiros estavam fora do mercado de trabalho.

infância, sofria de uma forma aguda de fibromialgia. Apesar das crises de dor insuportável, muitas vezes acompanhadas de convulsões do tipo epiléptico, que a faziam perder meses de aula, quando o ano letivo de 2020 começou, Tainá era uma aluna da 8ª série muito querida na escola pública da região. Até certo ponto, sua família teve mais sorte do que a maioria de seus amigos, cujos pais – muitos deles zeladores e faxineiras – foram demitidos, sem compensação financeira. Para complementar sua minúscula pensão de aposentado, o pai dela fazia bicos, e na época estava sendo pago para reformar a casa de um vizinho. Sua mãe, Aline, trabalhava com uma ONG da região, onde supervisionava atividades extracurriculares para cerca de 50 crianças locais. Nesse período de confinamento, no entanto, Aline pagou um preço alto para manter o emprego, atendendo simultaneamente às tarefas domésticas e às obrigações profissionais (agora realizadas inteiramente pelo WhatsApp), às quais ficava literalmente de plantão 12 horas por dia.

Para atender às necessidades da filha, Aline passou também a atuar como fisioterapeuta, fazendo massagens duas vezes ao dia para diminuir a frequência das crises da adolescente. O serviço hospitalar público que atendia Tainá desde o nascimento suspendeu as atividades em meados de março 2020, anunciando, logo depois, que não reabriria. Isso a obrigou a procurar uma nova unidade disposta a cuidar da filha em caso de uma crise. Sem o apoio de um serviço especializado, mãe e filha recorreram à unidade básica de saúde do bairro, sobrecarregada. Outro problema que a família enfrentou foi como garantir o remédio caro usado para aliviar as crises de dor intensa da menina. Os serviços públicos projetados para facilitar a burocracia interminável para acessar medicamentos subsidiados pelo governo estavam todos no centro da cidade, a uma boa distância, e muitos operavam apenas esporadicamente durante a pandemia. Enquanto isso, Aline começou a trabalhar aos poucos como costureira para cobrir o preço mais alto que pagava pelos remédios na farmácia local.

Talvez o maior desafio que a família teve que enfrentar durante a pandemia foi coordenar a rede de cuidados que envolve Tainá. A qualquer momento, ela poderia ter uma convulsão com risco de vida, e seus pais há muito haviam decidido que ela nunca deveria ser deixada sozinha. No entanto, a rede da qual eles normalmente dependiam, composta por diferentes membros de sua família extensa, tinha se tornado tênue. Os avós de Tainá tinham sua própria moradia, no quintal da casa de Aline, mas não estavam mais disponíveis como antes. A avó, em tratamento para diabetes e doenças cardíacas, estava tão preocupada com o contágio que não compartilhava louças com o

marido (com quase 80 anos de idade), porque ele se recusava a desistir de seu emprego como porteiro em um condomínio de apartamentos no centro da cidade. A irmã de Aline, dona de uma pequena mercearia onde atendia clientes de manhã à noite, parou de fazer visitas por medo de contaminar os familiares. Outro irmão – um motoboy, que ficou completamente sobrecarregado de trabalho, exposto constantemente ao risco de infecção – reduziu o contato com a família a um telefonema ocasional. Para fazer companhia à menina, a mãe tinha que contar com os dois irmãos mais velhos dela – jovens adultos que não abriram mão de suas rotinas de sociabilidade.

Um olhar mais atento sugere que nenhum dos cuidadores diretos da menina seguiu as regras de distanciamento social ao pé da letra. Além das tarefas (pagamento de contas, exames de saúde e retirada de medicamentos) que a levavam regularmente para fora de casa, Aline estava frequentemente envolvida em trabalhos voluntários. Nesses momentos de dificuldade excepcional, ela passava os sábados no centro comunitário distribuindo cestas de alimentos e roupas para as famílias de seus alunos e, duas vezes por semana, ajudava um vizinho a servir sopa (feita com doações de alimentos) para os moradores necessitados da região. O fato de poucos de seus “clientes” usarem máscaras, não pareceu deter o entusiasmo dos voluntários. Questionada se não estaria preocupada com a contaminação, Aline respondeu com um inequívoco “claro”, mas parece que a injunção moral da solidariedade da vizinhança superava até mesmo esse medo.

À medida que ganhavam ímpeto os *slogans* pedagógicos pedindo às pessoas que ficassem em casa, os debates na cena pública muitas vezes pareciam enquadrar a adesão à quarentena como uma questão não apenas de saúde pessoal e moralidade cívica, mas também de política partidária. As circunstâncias conspiravam para apresentar o trânsito livre de uma pessoa pelas vias públicas como uma proclamação de tendências políticas pró-Bolsonaro (CANZIAN, 2020). No entanto, a rapidez com que os observadores tendiam a rotular aqueles que não aderiam ao confinamento total como cientificamente analfabetos e politicamente conservadores, talvez fosse imprudente. É verdade que os lojistas que faziam *lobby* para abrir o comércio aparentemente aderiam às avaliações de custo-benefício de Bolsonaro, que colocavam a saúde econômica do país acima da vida das pessoas. A mesma indiferença ao contágio parecia ser verdade para a multidão de pessoas em locais turísticos, adolescentes andando pelos *shoppings* e boêmios saindo para uma cerveja em seu bar favorito. Mas, para a maioria das pessoas que passava pelas ruas

dos bairros da classe trabalhadora, onde – ao que tudo parecia – os negócios continuavam quase como de costume, parecia haver mais ambivalência do que indiferença. A observação das várias estratégias empregadas por famílias operárias, como a de Tainá, para atravessar esse período de crise nos leva a crer que os parâmetros classistas de muitos de nossos instrumentos de avaliação não conseguem captar o complexo pacote de percepção crítica, as condições de possibilidade e os imperativos de solidariedade social, que permitia às pessoas forjar existências significativas durante a pandemia.

CONCLUSÃO: CORONAVÍRUS E ABATE NA ERA NEOLIBERAL

Neste capítulo, ao invés de tratar a Covid-19 como um fenômeno à parte, tentamos seguir uma abordagem sindêmica para considerar a gama mais ampla de problemas sociais e de saúde sofridos pela população brasileira, auscultando as muitas interconexões que fizeram com que a teia complexa e onerosa de elementos entrelaçados tenha aprofundado (ou aliviado) a situação calamitosa (HERRING; SWEDLUND, 2010; SINGER, 2009). As circunstâncias políticas que conspiraram para colocar um presidente negacionista no poder, juntamente com o consistente enfraquecimento da confiança pública na ciência por parte do chefe do Executivo, foram, sem dúvida, responsáveis por uma porcentagem do alto número de mortos no país (chegando, até março de 2023, em 700 mil). A filosofia de sobrevivência do mais apto, abertamente declarada por Bolsonaro, também teve consequências. Por um lado, explica a recusa do governo federal em elaborar um plano coordenado para conter a pandemia; por outro, fez com que muitas pessoas vulneráveis – os doentes crônicos e as que convivem com deficiências – duvidassem de seus direitos constitucionais básicos. Por fim, o colossal número de trabalhadores subempregados, obrigados a se virar para sobreviver, tornou a principal medida de prevenção contra a Covid-19 – o distanciamento social – difícil, se não totalmente inviável para boa parte da população.

Percorrendo todas essas particularidades contextuais, encontramos a questão primordial da desigualdade estrutural. Os cortes neoliberais ocorridos no Brasil, assim como em muitos outros países do mundo, foram tachados por alguns estudiosos como uma forma de necropolítica (ORTEGA; ORSINI, 2020; YANCY, 2020). O termo foi cunhado para destacar os princípios geralmente implícitos de regimes cujas políticas sociais parecem separar as vidas “enlutáveis” das “não passíveis de luto”, ou seja, aquelas pessoas “que deveriam ser protegidas contra

a morte a todo custo e aquelas cujas vidas são consideradas não merecedoras de proteção contra a doença e a morte”¹² (BUTLER, 2020, p. 3, tradução nossa).

Entretanto, é importante notar que a Covid-19 pode ter exacerbado essa tendência, mas a inclinação de discriminar entre vidas mais e menos merecedoras não é particularmente nova. Como Manderson e Wahlberg (2020) apontam, em muitas partes do mundo – especialmente onde os recursos são escassos –, os profissionais de saúde há muito tempo definem quais pacientes devem receber atenção prioritária. Por meio de reformas legislativas que começaram bem antes da pandemia, Bolsonaro corroe medidas que beneficiam pessoas com deficiência, eviscerando políticas de ação afirmativa, limitando auxílios e quase extinguindo o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Sua equipe passou pressionando constantemente para reduzir a idade (de 65 para 70) das pessoas atingidas pela pobreza com direito a receber benefícios de velhice, e seus ministros persistentemente fecharam as escotilhas de gastos com saúde e educação.

No Brasil, negros, indígenas e pobres – aqueles com maior probabilidade de serem encontrados nas unidades de saúde pública – estão sofrendo uma taxa de mortalidade por Covid-19 muitas vezes superior à dos brancos de classe média. Porém, como esquecer que, em tempos “normais”, a expectativa de vida média de um indivíduo desses grupos desfavorecidos é mais curta que a de seus colegas brancos de classe média? Entre desemprego crônico, racismo estrutural, violência policial, salários miseráveis e equipamentos de saúde inadequados, além da falta de recursos, é possível concluir que os mecanismos que levam a uma hierarquia, *de facto*, de humanidades mais e menos dignas, já operavam bem antes da Covid-19.

Em um volume de 2018 sobre a “saúde em contextos de crise”, publicado por especialistas brasileiros em Antropologia da Saúde, as organizadoras iniciam a discussão questionando: Que crise? Desde quando? Para quem? (CASTRO *et al.*, 2018). O tema foi originalmente proposto por causa de eventos políticos recentes: o *impeachment* de uma presidente de esquerda, a posse de um vice-presidente conservador e, logo depois, a aprovação no Congresso de medidas de austeridade decretando um congelamento de 20 anos nas alocações orçamentárias para saúde e educação. As pesquisas apresentadas no volume, entretanto, revelam um sistema público de saúde perenemente subfinanciado, em permanente crise, que – embora conte com um grande

12 No original: “who should be protected against death at all costs and those whose lives are considered not worth safeguarding against illness and death”. (BUTLER, 2020, p. 3).

número de profissionais competentes e ativistas engajados – tem sofrido repetidos retrocessos devido aos desígnios de uma sociedade radicalmente desigual. O reconhecimento de que os brasileiros já aprenderam a viver com um apoio institucional cronicamente precário expande nosso foco para além da atual pandemia aos meios informais pelos quais a maioria das pessoas rotineiramente consegue manter sua casa em pé, apesar das condições adversas.

Nossas observações, neste capítulo, sobre as redes de cuidado de crianças pequenas com deficiência, apontam para a importância das formas locais de organização social para enfrentar novas e agudas provações em um contexto de precariedade econômica e institucional. Acreditamos que as estratégias montadas por famílias extensas e associações de moradores parecem funcionar, às vezes, até melhor do que muitas das intervenções estatais e humanitárias, exatamente por se basearem em relações estabelecidas de cooperação e interdependência, por meio de atividades integradas no dia a dia (BERSANI, 2020, p. 13, veja também ENNIS-MCMILLAN, HEDGES, 2020).

Esse tipo de ajuda mútua espontânea, encontrada na periferia urbana de baixa renda e em áreas rurais em todo o Brasil (assim como em muitas outras regiões do mundo), pode ser de alcance limitado e de duração irregular. Mas isso acontece com muitos dos programas sociais organizados pelo poder público. A suspensão de serviços públicos durante a Covid-19 veio ao encontro dos cortes ditados pela filosofia neoliberal em curso há mais tempo, tornando esses serviços mais tênues do que nunca. E – o que é realmente preocupante – não há garantia de que esses serviços sejam retomados com o fim da pandemia. (Será, por acaso, que o serviço pediátrico especializado de Tainá, pouco depois de ter sido “suspenso”, foi fechado definitivamente?). Aproveitam-se as medidas de urgência em tempos de exceção para promover reformas que garantam o aprofundamento das políticas de estado mínimo.

Seria impossível exagerar a tragédia da Covid-19 – uma doença que ceifou centenas de milhares de vidas só no Brasil. No entanto, se a preocupação humanitária que a maioria de nós experimenta ao enfrentar essa catástrofe não servir de gatilho para repensar “tempos normais”, outras tragédias de igual porte certamente acontecerão. A necessidade de integrar vozes e modos de ação “comunitárias” nas políticas de bem-estar da população não isenta os governos nacionais da responsabilidade de investimentos imediatos nas infraestruturas necessárias para construir as bases de uma saúde plena, equitativa e de longa duração, para toda a população.

REFERÊNCIAS

BERSANI, A. E. F. (Extra)ordinary help: untold stories on disaster and generosity in Grand'Anse, Haiti. **Vibrant**, v. 17, p. 1-20, 2020.

BIEHL, J. Patient-citizen-consumers: judicialization of health and metamorphosis of biopolitics. **Lua Nova**, 98, p. 77-105. 2016.

BUTLER, J. **Capitalism Has its Limits**. Verso Books. 2020. Disponível em: <https://www.versobooks.com/blogs/4603-capitalism-has-its-limits?fbclid=IwAR29tPvGaYcQNgzSvLO99OfWQCRHD4cGJ7ushuTo74D99RKJo5ZIqznOP4A>. Acesso em: 22 maio 2023.

CANZIAN, F. "Falas de Bolsonaro contra isolamento podem ter matado mais seus eleitores, aponta estudo". **Folha de São Paulo**, 30 de junho de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/falas-de-bolsonaro-contra-isolamento-podem-ter-matado-mais-seus-eleitores-aponta-estudo.shtml>. Acesso em: 22 maio 2023.

CARVALHO, L. P. Vírus Zika e direitos reprodutivos: entre as políticas transnacionais, as nacionais e as ações locais. **Cadernos Gênero e Diversidade**, v. 2, n. 3, p. 134-157. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/22030>. Acesso em: 22 maio 2023.

CASTRO, A.; KHAWJA, Y.; JOHNSTON, J. Social Inequalities and Dengue Transmission in Latin America. In: HERRING, A. D.; SWEDLUNG, A. C. (Ed.). **Plagues and epidemics: infected spaces past and present**. Nova York: Berg, 2010. p. 1-21.

CASTRO, R.; ENGEL, C.; MARTINS, R. Crise por quê? Crise pra quem? In: **Antropologias, saúde e contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita, 2018. p. 12-23.

CONADE. **The Brazilian Network for the Inclusion of People with Disability** (*Rede-in*). 12 de maio de 2020.

CUETO, M; PALMER, S. **Medicine, and Public Health in Latin America: A History**. New York: Cambridge University Press, 2015.

DINIZ, D. **Zika: from the Brazilian backlands to global threat**. London: Zed Books, 2017.

ECKS, S. Coronashock capitalism: the unintended consequences of radical biopolitics. Covid-19 perspectives. **Edinburgh University Blog**. 2020. Disponível em: <https://blogs.ed.ac.uk/covid19perspectives/2020/04/10/coronashock-capitalism-the-unintended-consequences-of-radical-biopolitics-writes-stefan-ecks/>. Acesso em: 22 maio 2023.

ENNIS-MCMILLAN, M. C.; HEDGES, K. **Pandemic Perspectives: Responding to Covid-19**. **Open Anthropology**, v. 8, n. 1, April 2020. Disponível em: <https://www.americananthro.org/StayInformed/OAArticleDetail.aspx?ItemNumber=25631>. Acesso em: 22 maio 2023.

FLEISCHER, S. But will this research produce any results? Zika, Moms and Science in Brazil. **CORTH Blog**, February 28, 2019. Disponível em: <http://www.sussex.ac.uk/corth/publications/blog/2019-02-28>. Acesso em: 22 maio 2023.

FLEISCHER, S.; LIMA, F. Nourishment dilemmas: the complex science of caring for children with CZVS. **Somatosphere**, February 24, 2020. Disponível em: <http://somatosphere.net/author/flavialima/>. Acesso em: 22 maio 2023.

FLEISCHER, S.; LIMA, F. **Micro:** Contribuições da Antropologia. Brasília: Athalaia, 2020. Disponível em: https://mundareu.labjor.unicamp.br/wp-content/uploads/2023/05/2020_FLEISCHER_LIMA_Orgs._Micro_Contribuicoes-da-Antropologia.pdf. Acesso em: 24 maio 2023.

GARCIA, J. **"A pandemia não parou só o mundo, ela parou a vida da minha filha"**: etnografando as consequências da pandemia de Covid-19 no cotidiano de famílias atravessadas pelo Vírus Zika em Pernambuco. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

GRAGNANI, J. "Por que o coronavírus mata mais as pessoas negras e pobres no Brasil e no mundo". **BBC News Brasil**, Londres. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53338421>. Acesso em: 22 maio 2023.

HERRING, D. A.; SWEDLUND, A. C. (Eds.). **Plagues and Epidemics: Infected Spaces, Past and Present**. Oxford: Berg, 2010.

LAKOFF, A. **Unprepared: Global Health in a Time of Emergency**. Berkeley: University of California Press, 2017.

LOWY, I. Leaking containers: success and failure in controlling the mosquito *Aedes aegypti* in Brazil'. **American Journal of Public Health**, v. 107, n. 4, p. 517-524, 2017.

NEIBURG, F.; THOMAZ, O. R. (Eds.). The Rise of Brazilian Fascism. **HAU - Journal of Ethnographic Theory**, v. 10, n. 1, p. 7-11, 2020.

MANDERSON, L.; WAHLBERG, A. Chronic Living in a Communicable World. **Medical Anthropology**, v. 39, n. 5, p. 428-439, 2020.

ORTEGA, F.; ORSINI, M. Governing COVID in Brazil: Dissecting the Ableist and Reluctant Authoritarian. **Somatosphere**,

2020. Disponível em: <http://somatosphere.net/2020/governing-covid-in-brazil-dissecting-the-ableist-and-reluctant-authoritarian.html/>. Acesso em: 22 maio 2023.

QUEIROZ, A. *Quo Vadis* European Union? **Social Epistemology Review and Reply Collective**, 9 (4), p. 59-64. 2020. Disponível em: <https://wp.me/P1Bfg0-4Wa>. Acesso em: 22 maio 2023.

SEGATA, J. O *Aedes aegypti* e o digital. **Horizontes Antropológicos**, v. 48, n. 23, p. 19-48, 2017.

SINGER, M. **Introduction to Syndemics: A Systems Approach to Public and Community Health**. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.

YANCY, G. Judith Butler: Mourning Is a Political Act Amid the Pandemic and Its Disparities. **Truthout**, 2020. Disponível em: <https://truthout.org/articles/judith-butler-mourning-is-a-political-act-amid-the-pandemic-and-its-disparities/>. Acesso em: 22 maio 2023.

YATES-DOERR, E. "Stay Home, Stay Healthy" Is Dangerous Language. **Ms.**, 4/3/2020. Disponível em: <https://msmagazine.com/2020/04/03/stay-home-stay-healthy-is-dangerous-language/>. Acesso em: 22 maio 2023.

WARNER, J. Does the Fed know something the rest of us do not with its panicked interest rate cut? **The Telegraph**, March 3, 2020. Disponível em: <https://www.telegraph.co.uk/business/2020/03/03/does-fed-know-something-rest-us-do-not-panicked-interest-rate/>. Acesso em: 22 maio 2023.

SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS, CUIDADOS E MEDICAMENTOS:

EXPERIÊNCIAS DE UMA FAMÍLIA DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19

Ana Claudia K. de Camargo

A Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZV), identificada em recém-nascidos que tiveram contato com o patógeno na fase de formação, ainda durante a gestação, foi a maior consequência da epidemia do vírus Zika (VZ). O nascimento atípico de crianças com as mesmas características e deficiências, que depois seriam relacionadas à SCZV, fez com que as autoridades em saúde declarassem emergência sanitária. O que preocupava a sociedade civil, os pesquisadores e os gestores era, na verdade, essa nova consequência reprodutiva, e não a doença causada pelo vírus em si. O patógeno foi identificado no Brasil após um aumento na notificação de casos, em 2015, sobretudo na região Nordeste. Em um primeiro momento, pensava-se se tratar de uma “dengue fraca” (DINIZ, 2016). Entre 2015 e 2016, as informações sobre a doença, suas consequências e formas de transmissão, ainda eram muito nebulosas.

Atualmente, a ciência compreende que o VZ é transmitido principalmente pela picada do mosquito *Aedes Aegypti* contaminado. Entretanto, em meio ao primeiro surto de casos notificados e ao aumento de pesquisas que ocorriam

à época sobre o assunto, descobriu-se que também há duas outras formas de transmissão: a vertical, da gestante para o feto, o que explicaria os diagnósticos da SCZV, e a sexual, o que fez com que o VZ também passasse a ser considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

Conforme mencionado, nos primeiros anos de identificação da epidemia do VZ, as informações acerca da doença e suas consequências ainda eram esparsas e pouco claras. Os casos sintomáticos das pessoas contaminadas pelo vírus geralmente começavam aos poucos, ampliando-se depois em vários sintomas: febre baixa, indisposição, dor de cabeça, manchas vermelhas que coçavam, dor nos olhos e aversão à luz, além de leves dores nas articulações, com duração de 3 a 7 dias, e sem complicações graves, na maior parte dos casos (BRASIL, 2016).

Até então, era difícil diferenciar esses sintomas do quadro clínico de outras doenças endêmicas, como a Dengue e a *Chikungunya*, transmitidas pelo mesmo mosquito. As informações não eram necessariamente unificadas, de modo que a ciência levou seu tempo – tempo que transcorria entre questionários, coletas, consultas, editais e publicações (FLEISCHER, 2022a)¹ – até que fosse consolidada a hipótese de que o vírus Zika seria transmitido ao feto pela placenta ainda durante a gestação. Explicava-se, assim, a misteriosa alta de notificações de crianças nascidas com microcefalia, identificada no mesmo período e com concentração numérica na região Nordeste. Demorou meses até que os pesquisadores apontassem também que a microcefalia não era o único sintoma percebido nas crianças: crises convulsivas recorrentes, problemas oftalmológicos, neurológicos, motores e outros sintomas foram sendo paulatinamente descobertos e vinculados à SCZV.

Foi no dia 1º de fevereiro de 2016 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a SCZV consistia em uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), chamando a atenção da mídia nacional e internacional para a situação socialmente vulnerável das famílias de crianças nascidas com a nova síndrome. Até então, a última ESPII declarada pela OMS tinha sido em 2014, por conta da epidemia do vírus Ebola. Como vimos, a doença do VZ não era, em si, uma grande preocupação para as autoridades em saúde: ainda que incômoda, não era comum que a doença causasse

1 A respeito da questão do tempo tomado pela ciência até seus resultados começarem a ser divulgados, debatidos e, conforme esperado, devolvidos às famílias, Fleischer também comenta que, embora a ciência ou a mídia tivessem a capacidade de influenciar resultados e decisões, as mudanças poderiam demorar muito mais do que o tempo de doação da fralda ou então de vida daquela criança, por exemplo. E se as doutoras estavam enviando menos convites às famílias da SCVZ, o *making* e o *timing* da ciência também não interessavam a essas famílias (FLEISCHER, 2022b, p. 180).

hospitalizações ou sequelas. Por outro lado, assim que a causa do abrupto aumento da notificação de nascimentos de crianças com a síndrome foi identificada como uma consequência do VZ, o vírus tornou-se uma “ameaça global” (DINIZ, 2016) para mulheres gestantes ou que poderiam vir a gestar.

Em 2018, o vírus Ebola foi novamente considerado uma ESPII, por conta de uma alta súbita de casos notificados no Congo (OPAS, s/d.). E, após o ano de 2018, a seguinte ESPII declarada pela OMS ocorreu em 30 de janeiro de 2020, em razão da pandemia de Covid-19. O novo coronavírus e os protocolos de biossegurança adotados para evitar a contaminação pelo vírus causaram mudanças bruscas de hábito, da gestão do tempo, dos riscos e dos encontros, cada vez menos presenciais, nessas “cidades pandêmicas” (MALUF, 2021).

A pandemia de Covid-19 tem sido descrita por antropólogos e outros pesquisadores como uma sindemia (SINGER; RYLKO-BAUER, 2021), o que leva em conta as condições sociais e ambientais, como as desigualdades vividas por diferentes grupos, que podem agravar e adensar todo esse contexto de doença causado pelo vírus e tornar o ambiente propício para outros adoecimentos e danos às populações menos favorecidas (SINGER *et al.*, 2017; SINGER; RYLKO-BAUER, 2021). Para Singer *et al.*, em uma sindemia, diferentes doenças interagem entre si, de modo que as “co-infecções são desproporcionalmente comuns em pessoas empobrecidas e populações de outra forma marginalizadas, e países em desenvolvimento onde os cuidados de saúde são mais limitados” (SINGER *et al.*, 2017, p. 941, tradução nossa)².

A ideia de “co-infecções”, trazida pelos autores ao elaborar o conceito de sindemia, e sua relação com a desigualdade social, é relevante para entender o contexto sanitário vivido em diversas regiões brasileiras. O estado de Goiás passou, sobretudo em 2020, quando ainda não havia vacinas disponíveis para o vírus, por um momento bastante delicado em termos sanitários, quando o encontro de arboviroses (doenças diversas transmitidas por aracnídeos e insetos, como o mosquito *Aedes Aegypti*) e a pandemia de Covid-19 deixou os serviços de saúde lotados, os profissionais de saúde exaustos e toda uma população em risco³. É nesse cenário, portanto, que se delineia a discussão em torno dos

2 No original: “co-infections are disproportionately common in impoverished and otherwise marginalised populations, and in developing countries where health care is most limited” (SINGER *et al.*, 2017, p. 941).

3 A antropologia nacional tem feito múltiplos esforços ao discutir e divulgar pesquisas que tratam, sobretudo, dos impactos sociais causados pela pandemia de Covid-19. Sobre o tema, conferir as produções da Rede Antropo-Covid (<https://sites.google.com/academico.ufpb.br/antropo-covid/>) e da Rede Covid-19 Humanidades MCTI (<https://www.ufrgs.br/redecovid19humanidades/index.php/br>).

medicamentos e substâncias farmacológicas que têm sido utilizados, ou não, pelas crianças nascidas com a SCZV e suas mães, as principais cuidadoras.

No contexto da SCZV e de suas repercussões sociais, o termo “micro” tem sido muito utilizado como uma referência às crianças nascidas com a SCZV em Pernambuco e em outros estados da região. Tornou-se, inclusive, uma identificação política às famílias cuidadoras na luta pelos seus direitos e reivindicações por saúde pública, mobilidade urbana, direito à moradia e outros importantes programas sociais (BARBOSA *et al.*, 2020; FLEISCHER, 2020). “Bebê de micro”, “mãe de micro” e “avó de micro” são algumas alcunhas recorrentes ouvidas durante as pesquisas feitas em diversas localidades, como Natal, Recife e Salvador (ALVES; SAFATLE, 2019; FLEISCHER; LIMA, 2020; PINHEIRO; LONGHI, 2017; VALIM, 2020; WILLIAMSON, 2018).

Ao entrar em contato com as interlocutoras da pesquisa que venho desenvolvendo no estado do Goiás, percebi, entretanto, que a expressão “de Zika” é mais acionada no momento de se referir às redes de crianças e famílias que convivem com a SCZV. Utilizarei esse termo para tratar das famílias e, ao longo do texto, pretendo retomar essa discussão com maior ênfase. Farei uma breve discussão metodológica, apresentando depois o desenvolvimento desta pesquisa para, na sequência, discutir a temática de cuidados sob a ótica da saúde mental de uma interlocutora aqui apresentada como Thalia.

Pretendo dividir a trajetória de Thalia em dois momentos: um primeiro segmento voltado a discutir a busca dessa mãe por um medicamento antidepressivo, e outro para refletir acerca dos cuidados específicos de sua filha nascida com a SCZV, além das dinâmicas hospitalares envolvidas em sua rotina de cuidados. Explorar os processos terapêuticos envolvidos nas narrativas de uma interlocutora em específico é uma estratégia que traz mais densidade para a descrição antropológica, já abordada em outros trabalhos que discutem a saúde e que entendem as doenças e os adoecimentos como processos mais amplos (GHIGGI, 2018; LANGDON, 1994).

PERCURSOS METODOLÓGICOS

Este trabalho parte da pesquisa etnográfica desenvolvida durante o mestrado junto a famílias “de Zika” domiciliadas no estado de Goiás e da discussão elaborada na dissertação, a respeito do uso de medicamentos e substâncias farmacológicas entre essas famílias (CAMARGO, 2023). A maior parte das interlocutoras acompanhadas durante o trabalho etnográfico reside

na capital goiana ou em seus arredores, em bairros mais afastados do centro e da maior parte dos serviços de saúde que atendem as crianças. Por meio da metodologia por bola de neve, em que uma interlocutora me apresenta outra que, por sua vez, me apresenta mais uma, fui adensando as relações e mantendo contato com as famílias que aceitavam participar da pesquisa. Desta maneira, pude conhecer famílias residentes em municípios da periferia de Goiânia, que tinham a rotina de cuidados ainda mais corrida, justamente por morarem longe dos principais postos de atendimento. Muitas dessas famílias foram afetadas não apenas pela epidemia do Zika, mas também pelo contato e infecção por outros vírus transmitidos, em geral, pelo *Aedes Aegypti*, a exemplo da dengue, febre amarela e *chikungunya*.

Uma das interlocutoras que conheci se contagiou com dengue três vezes, assim como seu companheiro. Há alguns meses, tinha contraído *Chikungunya* e, apesar de ter recebido alta da internação hospitalar, ainda passava por crises intensas de dor que vinham sido tratadas com medicamentos analgésicos. Seu marido trabalhava com políticas de contenção ao mosquito, e chamou a atenção para os boletins epidemiológicos do estado que indicavam dois surtos causados pelas duas arboviroses, em 2021 e 2022 (BRASIL, 2022). De fato, dados apontam que o estado de Goiás notificou cinco vezes mais casos de dengue por 100 mil habitantes que a média nacional, em 2022. No Distrito Federal, região vizinha ao Goiás, os casos de dengue aumentaram 398% no ano atual (FERREIRA, 2022). Esses dados fazem parte de um contexto em que os casos de Covid-19 no Centro-Oeste também estavam em ascensão.

Os dados etnográficos que embasam este trabalho foram coletados em visitas à capital goiana e em municípios vizinhos, considerados interioranos. Nas duas primeiras incursões a campo, fiquei hospedada cerca da residência de algumas interlocutoras e marquei dias de entrevista em suas casas, onde tomávamos um café e conversávamos. Conforme fui me aproximando, estreitando laços e as conhecendo melhor, passei a ser acionada para ajudá-las com documentos, acompanhá-las ao cartório e me hospedar em suas casas. Ainda que também estejam presentes na discussão apontamentos feitos por outras interlocutoras neste estudo, conheceremos melhor Thalia e sua família.

Nas muitas tardes que acompanhei a rotina das três, de Thalia, Bia e Lara (a primogênita, de oito anos, e a caçula, nascida com a SCZV, de seis anos, respectivamente), passei jogando várias partidas de “adedonha” com Bia. A ideia era liberar a mãe que me recebia para que ela pudesse descansar e cochilar à tarde, já que, muitas vezes, passava a noite em claro, cuidando

da filha caçula. Logo, aproveitei também a convivência com as “interlocutoras mirins” para prostrar, jogar, brincar e levar lápis de cor⁴. Em sua tese de doutorado, Brito (2014) realizou três anos de pesquisa de campo junto a crianças em três instituições de acolhimento, em Florianópolis e Gaspar, em Santa Catarina. Na introdução de seu estudo, empreende uma discussão metodológica a partir de sua pesquisa com crianças, apresentando uma revisão na temática da antropologia da infância. A autora nos lembra que é comum que, ao se trabalhar com crianças, a opção pela observação participante implique justamente na parceria ativa no brincar, no desenhar e em outras atividades que compõem o dia a dia infantil (BRITO, 2014). Por meio dessas conversas informais, do lúdico e da observação cotidiana intensificada, estendi a questão dos dilemas acerca das substâncias utilizadas nas práticas de cuidado em torno da SCZV para compreender também a rotina de outras crianças que conviviam com a síndrome na posição de irmãos e irmãs. Em uma das tardes, enquanto Bia desenhava com seus lápis de cor novos, sugeri, despretensiosamente, que me explicasse a SCZV por desenhos. Eu queria entender como ela compreendia a síndrome e como me contaria sobre a rotina das três, por meio de desenhos. Com a autorização de Thalia, trouxe o desenho para este estudo e teço uma análise a respeito, refletindo sobre as percepções da menina acerca dos cuidados com a SCZV.

Além disso, o contato virtual foi mantido com as interlocutoras e foram trocadas mensagens, áudios, fotos e vídeos. A importância do WhatsApp e do celular em geral, nesse campo, é central, visto que as famílias integram grupos de organizações não governamentais (ONGs), de trocas e doações, de caronas, utilizando-os para se organizar e pensar em suas demandas, organizar suas trocas, promover eventos e incrementar conversas. Outro exemplo de como o celular tem sido muito utilizado pode ser ilustrado a partir do contato estabelecido com os médicos, especialmente com aqueles de agenda lotada e consultas muito espaçadas. Diversas vezes, fotos e vídeos com as crianças apresentando crises convulsivas, salivação ou tremores são enviados aos médicos para facilitar a explicação do que a mãe descreveria no consultório. Por meio do WhatsApp, são sugeridos medicamentos, marcadas consultas, encaminhadas receitas etc., conforme veremos ao longo da discussão.

4 A antropóloga Karina Kuschnir (2016, 2019) apresenta uma farta discussão de como é possível utilizar desenhos e experimentações gráficas e visuais para produzir antropologia. A autora discute, inclusive, a questão de como acionar essas estratégias na confecção de cadernos de campo, por meio do que chama de “diário gráfico”.

É um fato que as ferramentas tecnológicas trouxeram à antropologia novos aportes para pensar os dilemas metodológicos do “estar aqui” e do “estar lá” (GEERTZ, 2009). Essas fronteiras têm sido cada vez mais tensionadas pela disciplina, voltando seu olhar, nos últimos anos, às etnografias digitais e netnografias. Portanto, retomo a centralidade das redes sociais, do celular e, especialmente, do aplicativo WhatsApp nesse contexto, partindo do pressuposto de que é importante não só refletir e abordar seus usos *em campo*, mas também metodologicamente, *como campo*, assim como trouxeram as antropólogas Rosamaria Carneiro e Soraya Fleischer (2020).

“É MUITA COISA. SÓ QUE QUANDO É PRA MIM, EU ESQUEÇO”.

Thalia é uma mulher branca, de 44 anos, goiana, com cabelos longos e lisos, olhos castanhos e arredondados⁵. É muito falante, simpática e boa de prosa. Mãe de Bia, que tem oito anos, e Lara, a caçula, nascida em 2016 com a SCZV. Em casa, vivem as três, junto com uma cadela de pequeno porte, adotada à época da segunda gestação. “É que o médico falou que a chance de ela não aguentar era alta”, explicou a mãe, “e eu decidi adotar a cachorrinha pra fazer companhia pra Bia, se acontecesse... mas graças a Deus, ele errou”. Teve o diagnóstico de microcefalia ainda durante o pré-natal, em uma época em que as notícias sobre a epidemia do Zika e as consequências da SCZV, ainda pouco conhecidas, já circulavam na mídia. O clima de incertezas durante a gestação, somado às notícias pouco otimistas que recebia dos médicos e que via nos jornais, foi muito duro para essa mãe e sua família. Separou-se do ex-marido algum tempo depois do nascimento da caçula e, desde então, tem sido a principal cuidadora das meninas.

Para tratar dos sintomas sofridos pelas crianças que, como Lara, nasceram com a SCZV, diversos medicamentos eram prescritos pelos médicos que as acompanhavam, como neurologistas e pediatras. Anticonvulsivos, antiespasmódicos, relaxantes musculares, broncodilatadores, analgésicos e calmantes eram alguns dos mais receitados. Mas era comum que as mães também tivessem suas próprias prescrições médicas: sendo as principais cuidadoras das crianças, enfrentando a sobrecarga da rotina de terapias reabilitadoras, consultas médicas e dos serviços públicos de saúde, utilizavam analgésicos para tratar das dores de cabeça ou do corpo, anticoncepcionais, antidepressivos, ansiolíticos etc. (CAMARGO, 2020).

5 Apresentarei nomes fictícios, resguardando a identidade das interlocutoras.

Thalia, por exemplo, chegou a tomar um medicamento antidepressivo durante um ano. Apesar de já sentir certo desânimo há um bom tempo, como ela própria descreveu, seu estado de saúde piorou durante o início do isolamento social na pandemia de Covid-19, em março de 2020. Foi apenas em junho daquele mesmo ano, alguns meses após perceber que algo estava diferente consigo, que decidiu aceitar as sugestões de uma psicóloga consultada e de um amigo próximo, e começou a “tomar um remedinho”. Mas não sem insistência: só decidiu tomar uma medicação depois que a psicóloga ligou algumas vezes, sugerindo que “procurasse logo um antidepressivo pra tomar”. Naquele momento, já tinha parado de comer, de responder às mensagens e ligações dos amigos e familiares, de fazer planos. Estava insone e desanimada. Explicou:

“As únicas coisas que eu não deixava de fazer eram as coisas da Lara, isso eu nunca deixei de lado. Mas eu, eu mesma, não fazia nada pra mim... tinha dia que nem a cortina eu abria. Passava o dia assim, a casa fechada, eu sem comer, sem falar com ninguém direito. Não comia nada, nada. Não tinha vontade de nada. E eu esquecia, esquecia de ir atrás desse negócio de mais medicação, ainda mais que essa não era das meninas. É tanta coisa, né?” (Diário de campo da autora, 2022).

O que Thalia considerava que não poderia deixar de lado em sua rotina eram as questões relacionadas ao cuidado das filhas e, principalmente, aos tratamentos de saúde de Lara. Estar física e emocionalmente apta a continuar cuidando das filhas era importante para essa cuidadora, conforme já visto em outras pesquisas no contexto da SCZV (CAMARGO; LUSTOSA, 2021). Sua rotina era muito cansativa, e seguir mais um protocolo médico (marcar consulta, aguardar, fazer exames e marcar retorno), agora voltado para si, parecia exaustivo. Além disso, ela não tinha plano de saúde: as únicas da família que tinham um “planinho” próprio, como chamava, eram Lara e Bia. Portanto, para ter acesso ao medicamento, entrou em contato com um familiar, um clínico geral, e pediu que receitasse um antidepressivo que considerasse “fraquinho”. Por ligação telefônica, o médico fez algumas perguntas (há quanto tempo estava se sentindo assim, se tomava outras medicações etc.) e entregou pessoalmente a receita assinada em sua casa, dois dias depois. A pandemia estava em seu auge no país, ainda sem vacina, com a maior parte dos comércios não essenciais fechada. Com medo de adoecer (e contaminar

as filhas), pediu que a farmácia da rua entregasse o medicamento em sua casa e, a cada mês, renovava a receita com o parente.

Desta forma, optou por não procurar um médico psiquiatra, passar por uma consulta agendada ou fazer exames: considerava todo o trâmite muito demorado, cansativo e perigoso, considerando o risco de contágio, caso precisasse resolver algo pessoalmente. Sendo assim, o motivo principal de toda a consulta seria ter acesso ao psicofármaco, prática que também foi observada na pesquisa de Diehl, Manzini e Becker (2010) com usuárias de fluoxetina. O tratamento farmacológico de Thalia era constituído por uma autonomia grande: após ter acesso ao psicofármaco, as práticas de uso daquela medicação eram organizadas pela própria usuária. Toda uma gestão de riscos era feita constantemente por essa mãe, levando em conta o que era visto como um compromisso inadiável e qual seria o grau de exposição ao novo coronavírus.

A experiência de Thalia com a medicação foi positiva, conforme avaliou. Seu tratamento teve início, meio e fim, e durou um ano, de junho de 2020 a julho de 2021. Aos poucos percebeu, após observar seu corpo, humor e rotina, que podia reduzir a dose, e assim o fez até parar. Ela já sabia, na experiência adquirida em cuidar das filhas, e ao administra as medicações de Lara, que interromper o tratamento com psicofármacos de forma abrupta era arriscado, pois poderia gerar complicações e efeitos colaterais característicos da abstinência. Decidiu parar praticando o desmame medicamentoso, ou seja, a redução gradual da dose para descontinuar o uso da medicação. Os conhecimentos que adquiriu como cuidadora e administradora dos medicamentos de uso contínuo da filha certamente foram importantes aqui.

Ao longo desse período, contou com o acompanhamento periódico do médico (seu familiar) que prescreveu a medicação, mas as decisões acerca do horário em que o medicamento seria consumido, quando reduzir e ajustar a dose, ou mesmo ter alta, eram suas. Diehl, Manzini e Becker (2010) discutiram em seu estudo a imprecisão nos limites dos usos a partir de uma receita prescrita ou da automedicação, visto que os medicamentos são administrados pelo próprio usuário, de modo que não se há certeza de que a recomendação médica será cumprida à risca (DIEHL, MANZINI; BECKER, 2010; VAN DER GEEST *et al.*, 1996).

Thalia associava a piora de seu desânimo e o aumento de aflições ao início do isolamento social. Para ela, foi muito difícil ficar em casa “sem outro adulto” para conversar e sem poder ver a rede de conhecidos, amigos e familiares com quem convivia nas terapias reabilitadoras ou andanças pela cidade. Percebeu também que o medo do contágio afetou seu humor e sua saúde, principalmente

quando ainda não havia vacinas disponíveis. A aflição era dupla: tanto de se contagiar e não ficar em condições de cuidar de Lara, que demandava cuidados especializados, mas também de que a menina se contaminasse e sofresse com os agravos da doença, visto que a SCZV fazia parte do que a OMS considerava um “grupo de risco” para a Covid-19 (MATOS, 2020). Enquanto conversávamos, tomando café, Thalia me contou que estava pensando em voltar a tomar algum psicofármaco. E perguntei qual: “qualquer um desses antidepressivos, algo para a tristeza”, respondeu. Nesse dia, tomei nota:

“Agora, ela já sentia que deveria começar a tomar de novo, sentia que estava bem desanimada, com essa tristeza voltando. Perguntei o que queria fazer, e ela disse que o remédio talvez ajudasse de novo, que a própria psicóloga já tinha, de novo, pedido pra ela falar com o familiar, nas últimas duas sessões tinha puxado esse assunto, mas Thalia simplesmente esquecia. ‘Quando é pra mim, eu esqueço’, enfatizou. ‘Não lembro nem o nome da medicação... vou olhar, depois olho na receita, lá tem. A quantidade, o nome, essas coisas. Mas de cabeça, assim, não sei não. Agora o delas, medicação das meninas, vê se eu esqueço? Esqueço nada. Tem tudinho da Lara anotado ali, no armário dela, caso alguém precise saber. Médico, essas coisas. Todo mês, eu saio pra buscar medicação, hormônio pra uma e aquele tanto de anticonvulsivo da outra. É muita coisa. Só que quando é pra mim, eu esqueço’”. (Diário de campo da autora, 2022, adaptado).

Toda a ciência complexa que envolve a administração de medicamentos às crianças no contexto do SCZV, que trata com exatidão e esmero as dosagens, horários, fórmulas e princípios ativos (CAMARGO, 2020), não era aplicada da mesma forma para o tratamento dessa mãe. Conforme externou em sua narrativa, seu tratamento farmacológico era importante a ponto de ter investido no acesso à prescrição, mas não a ponto de estar “na ponta da língua”, como ocorria com a medicação consumida pelas filhas. Em suma, a rotina dessa mulher era intensamente baseada no trabalho do cuidado da prole. E como mãe, pontuava diversos aspectos positivos de residir com as duas meninas: o fato de ter uma filha mais velha que não se alimentava por sonda de gastrostomia (GTT)⁶, como a

6 Segundo publicação feita por Silva (2020) em um site voltado à instrução de cuidadores: “A sonda GTT, também conhecida como PEG ou sonda de gastrostomia endoscópica percutânea, é um dispositivo que insere um pequeno tubo flexível na região abdominal na altura do estômago. Ela permite a alimentação em pacientes que não podem usar a via oral para a sua nutrição diária” (SILVA, 2020).

caçula nascida com a síndrome, que a fazia pular menos refeições e se dispor a se alimentar mais. Porém, sentia falta de conviver e conversar pessoalmente com algum outro adulto, especialmente durante o período de isolamento social. Considerava importante que a filha mais velha fosse aprendendo todo o protocolo de cuidado que era dado à caçula, para se sentir mais segura. E a menina parecia concordar com a ideia, pois, quando perguntei qual profissão gostaria de seguir, disse sem hesitar: “Eu tenho jeito pra ser atriz, mas tenho vontade de ser médica”.

O estudo de Brown (2010), feito a partir de um grupo de mulheres idosas em Florianópolis, discute algumas das ambiguidades, tanto positivas quanto padecedoras e/ou apontadas como causas para as próprias aflições, das “obrigações de cuidado”. Os laços de parentesco eram centrais para compreender a maneira como as famílias se organizavam para cuidar do que a autora chama de “quarta idade”, apontando para o fato de que as cuidadoras eram, geralmente, as filhas idosas, que viviam a “terceira idade” (BROWN, 2010). A qualidade desses cuidados era avaliada a partir de uma lógica da moralidade, que colocava a boa cuidadora como uma boa filha. O artigo de Brown é pertinente para refletir também sobre a divisão generificada do trabalho de cuidado e as expectativas colocadas nas mulheres para que exerçam essas funções, o que recai em contextos de cuidado mais amplos, como pretendo demonstrar a partir da história de Thalia.

“NA MINHA CASA EU SOU TURISTA, EU VIVO MESMO É NO HOSPITAL”.

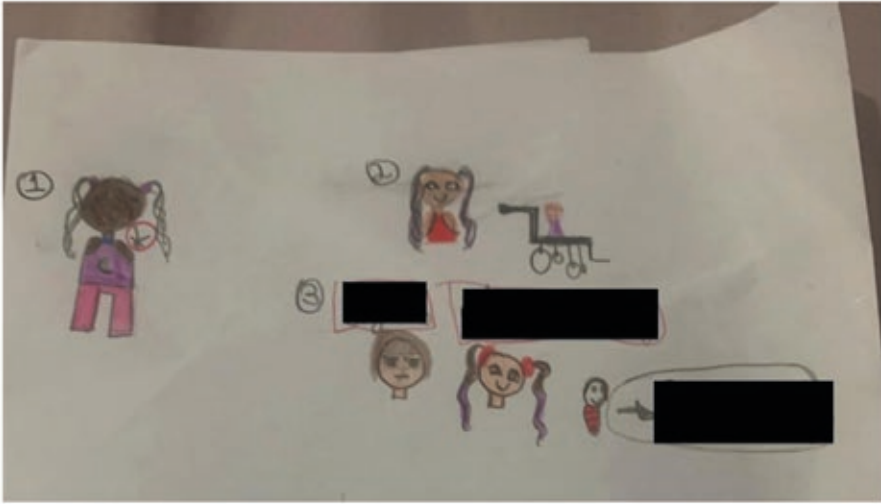
Em 2021, um ano depois de ter sido identificado o Sars-Cov-2 no Brasil e de terem sido intensificadas as recomendações sanitárias de isolamento social com o fechamento dos comércios não essenciais, Thalia pôde ficar em casa pouco. Lara teve que ser internada no hospital (privado, que fazia parte da cobertura de seu plano de saúde) doze vezes naquele ano, exatamente uma vez por mês. A grande angústia dessa mãe era que a filha entrasse em contato com o vírus causador de toda a pandemia antes que as vacinas chegassem, mas, para o alívio de toda a família, isso não ocorreu. As internações tinham causas diversas: baixa saturação de oxigênio, arritmia cardíaca, excesso de secreção, febre, interação medicamentosa que gerou reação etc.

Thalia já tinha uma mochilinha pronta para quando precisasse internar junto de Lara, e um acordo prévio feito de deixar a filha mais velha e a cachorrinha hospedadas na casa da irmã, a tia da menina, até que a dupla saísse do hospital. Em média, as internações duravam duas semanas, mas já chegaram a ficar durante 40 dias. Lá, Thalia já conhecia toda a equipe médica, da enfermagem, limpeza e recepção. Andava de pijamas e roupas confortáveis, às vezes, descalça, pois sentia muito calor. Embora sentisse dor nas costas por dormir todos os dias em uma cadeira posta ao lado do leito onde estava a menina, ali no hospital, comia no mínimo três refeições por dia. Por esse lado, era bom estar ali, já que não corria o risco de pular as refeições, conforme avaliava. Por isso, repetia: “Na minha casa eu sou turista, eu vivo mesmo é no hospital”. Alguns minutos depois, completou: “Esses meninos nossos não gostam de internar uma vez só não, eles gostam é de ficar internando sempre”.

“Os meninos” a quem Thalia se referia não eram apenas as crianças da ONG da qual fazia parte, mas aquelas nascidas com a SCZV como um todo. Nesse momento, ela me ensinava uma distinção importante entre a microcefalia congênita por causas genéticas, a paralisia cerebral (PC), e a microcefalia congênita, causada pelo VZ. E eram várias as questões postas ali: primeiro, havia graus de comprometimento cerebral que tornavam as patologias diferentes entre si. Uma criança nascida com microcefalia por causas genéticas, por exemplo, provavelmente teria um menor comprometimento cerebral do que as crianças nascidas com a síndrome, que, além das questões neurológicas típicas da SCZV, também enfrentavam uma gama de sintomas diversos.

A todo tempo, Thalia fazia a diferenciação entre a “micro” genética e a microcefalia causada pela SCZV, chamando a atenção para as implicações políticas, sociais e sanitárias do surto de VZ. Ela diferenciava as causas de cada deficiência, relacionando as causas genéticas a uma questão simples, que ocorreu ao acaso, segundo acreditava. Por outro lado, a narrativa acerca da origem da SCZV estaria vinculada a toda uma rede: um vírus que, por sua vez, está relacionado a um mosquito, que se relaciona às características ambientais e sanitárias brasileiras, e que apontam para questões que se ligam a políticas públicas etc.

Nos desenhos de Bia, o mosquito também estava presente:



Fonte: Arquivos de campo da autora, 2022.

Este desenho fora feito pela primogênita de Thalia, a menina Bia, enquanto conversávamos. Nessa tarde, como expliquei anteriormente, levei lápis de cor. Bia, muito simpática, disse que queria fazer um desenho para mim, enquanto eu conversava com sua mãe, na sala. Sugeri, então, que explicasse a SCZV por desenhos. Após terminar, me entregou o papel e explicou o que tinha enumerado. O desenho número 1 representa uma mulher sendo picada pelo mosquito *Aedes Aegypti*. A mulher é negra, tem cabelos presos em um penteado de “maria chiquinha”, veste rosa, tem uma protuberância na barriga que indica a gravidez e está sendo picada por um mosquito em seu ombro. O desenho 2 é a forma como via a irmã caçula no futuro, sob seus cuidados. Está ela, maior, de “maria chiquinha” e sorridente, com a irmã “caçula” ao lado, em uma cadeira de rodas. Ela veste vermelho, e sua irmã, rosa. Já o desenho 3 representa a família atualmente: a mãe, à esquerda, e as duas irmãs, ao lado. Coloquei tarjas pretas para resguardar os nomes das interlocutoras. No desenho, as duas meninas estão sorrindo. Bia está igual ao desenho anterior, e Lara está menor, como um bebê. A mãe é a única do desenho que não sorri.

O desenho de Bia ilustra algo que busco aqui argumentar: o mosquito era constantemente memorado para explicar a causa e a origem da deficiência das crianças, ainda que a picada do *Aedes Aegypti* infectado não fosse necessa-

riamente a única forma de transmissão. Para Thalia, o termo “micro” não era suficiente para descrever a situação de saúde da filha e, para isso, a alcunha “de Zika” era acionada, tanto por essa interlocutora, quanto pela maior parte das famílias que cuidavam de crianças nascidas com a SCZV naquele contexto. Era importante para as famílias lembrar, e mais, **não deixar esquecer**, que aquela era uma geração de crianças nascidas com uma síndrome grave causada pelo descaso, negligência e agravada por fatores que eram, sobretudo, evitáveis. Afinal, epidemias causadas por mosquitos são graves violações aos direitos humanos (SEGATA, 2019). As famílias buscavam chamar a atenção para a responsabilidade do Estado em relação à epidemia do VZ e, para tanto, essa alcunha era especialmente estratégica ao explanar suas demandas e tratar com jornalistas, pesquisadores, gestores e políticos. A nomenclatura também fortalecia a formação e o reconhecimento de toda uma comunidade “de Zika” que as diferenciava de outras deficiências, síndromes e doenças raras.

As comunidades de famílias com doenças crônicas diversas, das quais muitas mães “de Zika” faziam parte, eram um instrumento que agregava grupos com demandas diversas, mas que conjugavam entre si uma similaridade importante, a da “ruptura biográfica” (BURY, 2011) em suas vidas, causada pela experiência de uma doença crônica, ou pela lida dela. Nesses grupos Thalia percebia a semelhança dos processos de adoecimento e de saúde que afetavam os corpos das crianças “de Zika”. Explicou que as crianças “de Zika” seguiam um mesmo “protocolo”: em “época de gripe”, quase todas “gripavam” ao mesmo tempo, por exemplo. Ao verificar qualquer tipo de alteração na saúde da filha, como um novo sintoma, ia direto para os grupos de mães “de Zika” e, sem surpresa, descobria outras crianças que passavam pelo mesmo problema. Explicou que o “protocolo” era quando surgiam os sintomas em comum, típicos da síndrome, conforme as crianças atingiam determinados marcos etários.

O “protocolo”, como denominado por Thalia, também já tinha sido observado por outras famílias “de Zika”. A antropóloga Thais Valim (2017), que realizou pesquisa junto às famílias de Recife, discorre que:

Esse tipo de comparação – entre bebês nascidos com a SCVZ – engendra um processo de coletivização que agencia muitas coisas e vale a pena ser analisado com mais atenção. Primeiro, vale refletir sobre a premissa inicial da comparação: estão comparando bebês nascidos com a síndrome congênita do Zika, ou seja, bebês que foram identificados por um diagnóstico comum. Esse diagnóstico une em uma mesma definição uma multiplicidade de casos que

são particulares, mas que, postos em comparação, apresentam semelhanças. Essas semelhanças são então instrumentalizadas como características gerais da síndrome: se só um bebê apresenta determinado sintoma, o fenômeno não entra para caracterizar a epidemia. Agora, se vários bebês reagem da mesma maneira, é possível traçar um mapa da síndrome. [...] A combinação desses estilos de comparar agencia vários significados de desenvolvimento que são utilizados por essas mães para tensionar a biomedicina em diversos âmbitos: desde o questionamento dos prognósticos dos profissionais de saúde, até a exigência de mudanças no processo terapêutico. (VALIM, 2017, p. 57).

Nessa toada, o argumento é o de que, ainda que cada criança tenha sua própria subjetividade, há “processos de coletivização” relacionados ao surgimento de sintomas, adoecimento ou propensão ao adoecimento, típicas da síndrome (VALIM, 2017).

Thalia me explicou com um exemplo: quando Lara fez quatro anos, sua mãe reparou que havia crescimento de pelos, e estranhou, devido à idade precoce. Tirou fotos, contou o ocorrido e, em um grupo materno de WhatsApp, constatou que outras mães “de Zika” também tinham reparado o mesmo crescimento atípico de pelos em seus filhos, mas não tinham investigado a fundo. Foi aí que Thalia decidiu marcar um médico endocrinologista para fazer exames e encontrar uma explicação que considerasse satisfatória. Sem notar qualquer alteração, o médico sugeriu que Thalia poderia ter **descoberto** outro sintoma da SCZV, que não havia sido mapeado pela ciência até então. Mas alguns dias depois de ter ouvido essa história, quando comentei com uma segunda mãe, a explicação foi outra: segundo ela, os pelos eram um efeito colateral do uso contínuo dos anticonvulsivos dados às crianças ao longo desses anos.

É perceptível como, ao longo desses anos, desde o que se entende como o “primeiro surto” de VZ ocorrido em 2015, o conhecimento acerca da SCZV ainda vem sendo lapidado. E nesse contexto, as práticas maternas de cuidado foram, e continuam sendo, centrais para a compreensão da síndrome. O cuidado intenso, o toque, os cheiros, os sonhos e toda essa observação diária traziam ponderações refinadas a partir do que os corpos de seus filhos e filhas manifestavam. E, conforme vimos nesse caso, muito desse conhecimento era compartilhado entre grupos virtuais no celular, mas também nas sessões de reabilitação e consultas médicas. As cuidadoras eram especialistas nas subjetividades de seus filhos, verdadeiras “*experts por convivência*” (ANDRADE; MALUF, 2014). Isso tudo, como vimos, em um

contexto de “co-infecções” (SINGER *et al.*, 2017), onde precisavam lidar com os demais adoecimentos ou, ao menos, com o risco iminente de adoecer ou de ter que cuidar de outro familiar. Mais do que isso, o “risco de adoecer” não englobava apenas adoecimentos causados por vírus, mas também sintomas relacionados ao estresse, fadiga, ansiedade ou depressão, como o que vinha sendo vivido por Thalia.

Justamente por esse contexto de cuidados intensos, a relação das famílias com a ciência e seus representantes é assídua, dinâmica e, sobretudo, crítica (FLEISCHER, 2022a). E da mesma forma, as ambiguidades que permeiam a biomedicina no contexto do Zika se estendem a seus representantes não-humanos. Afinal, aos medicamentos recaem as mesmas ponderações, observações e pareceres dados pelas mães, tanto aos profissionais de saúde quanto às suas técnicas de cuidado (FLEISCHER; CAMARGO, 2021). A biomedicina era a principal forma de cuidado a ser acionada para tratar dos sintomas das crianças, mas suas práticas eram, frequentemente, negociadas e percebidas com cautela.

No contexto de cuidado da SCZV na capital goiana, em especial, o *home care*, tem sido uma ferramenta muito utilizada entre as famílias com plano de saúde⁷. O *home care* é acionado por diversas motivações e finalidades, como: I) Continuar os prolongados tratamentos hospitalares depois que os pacientes recebem alta das internações; II) Ter uma estrutura de cuidados em casa, caso a criança tenha algum início de crise, caso não piore a ponto de realmente precisar ir ao hospital; III) Ter acesso aos tratamentos de reabilitação, como fonoaudiologia e fisioterapia, sem se expor ao hospital, preocupação que surgiu com a pandemia; IV) Economizar determinada quantia de dinheiro que seria gasta em carros de aplicativo ou táxis, e facilitar a logística do cotidiano dessas cuidadoras, ao não ter que se deslocar com as crianças para ter acesso aos tratamentos em alguma instituição.

O *home care* começou a ser utilizado com frequência pelas famílias que conheci, principalmente após o início declarado da pandemia, no contexto de isolamento social. Diversas mães avaliavam que, de fato, trazia uma segurança a mais, embora lembrassem saudosas dos encontros nas terapias

7 Segundo matéria *on-line*: “Em inglês, *home care* significa o ato de prestar serviços de saúde na casa do paciente. Na maioria dos casos, o atendimento via *home care* é indicado por um médico, que opta por dar mais conforto ao paciente durante seu tratamento. [...] O serviço é prestado por uma equipe multidisciplinar, que pode variar de acordo com as necessidades da pessoa. Sendo assim, são incluídas consultas, exames, aplicação de medicamentos e em casos mais graves, internação domiciliar”. (AMPLIAMED, 2020).

reabilitadoras, dos cafés e da prosa com as outras fisioterapeutas nos corredores. Aqueles eram espaços de socialização e pontos de conexão importantes para a saúde mental delas. E é interessante pensar como, nesse caso, a saúde materna e o tratamento das crianças caminhavam juntos, em uma mesma direção. Apesar disso, a economia de gastos e a logística facilitada para receber o tratamento em casa eram motivos definidores da intenção em optar pelo *home care*.

Além disso, a curta duração das terapias oferecidas também era um motivo relevante nesse balanço entre o *home care* e as terapias clínicas. Era muito oneroso fazer todo o planejamento e sair de casa para uma consulta de reabilitação que duraria aproximadamente 30 minutos ou menos. Fazia mais sentido receber esse tratamento em casa, ainda que fosse uma solução que, de certa forma, aumentasse o isolamento social ao qual as famílias já estavam submetidas no período mais tenso da pandemia. Isso era bom em termos de segurança sanitária, mas difícil, em termos de ânimo, humor e saúde mental, conforme comentou Thalia.

Porém, essa era uma realidade das famílias que tinham acesso a planos de saúde. Outro arranjo comum era o de que só a criança “de Zika” tivesse plano de saúde, sendo um investimento específico na saúde daquela criança que onerasse menos os gastos de toda a família. Mas esse tipo de organização era pensado e repensado frequentemente, caso as contas ao final do mês não fechassem.

A todo momento, famílias como a de Thalia, onde todos os membros próximos tinham plano de saúde, reforçavam que aquela não era a realidade da maior parte das famílias “de Zika” do estado. Lembravam, principalmente, das famílias do interior, admitindo que o isolamento geográfico delas dificultava ainda mais suas rotinas. Além disso, embora o plano de saúde e o *home care* ali ofertados fossem soluções utilizadas por muitas famílias, essa era uma clara forma de privatização de soluções, conforme discute Castro em sua pesquisa a respeito das precariedades estratégica nas experimentações farmacêuticas e em contextos de saúde (CASTRO, 2018). As famílias que dependiam única e exclusivamente do SUS para tratar os sintomas de suas crianças continuavam vindo à capital em busca de tratamento especializado, sendo que eram as mais prejudicadas quando os serviços de saúde eram interrompidos ou descontinuados. “É por essas famílias que a gente luta”, sempre lembrava Thalia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, apresentei Thalia e suas filhas para discutir algumas das questões postas pelo cuidado de uma criança “de Zika” após o início da pandemia de Covid-19 na capital goiana. Busquei demonstrar como as aflições advindas do isolamento social, mas também das dificuldades estruturais no acesso à saúde, recaem sobre as cuidadoras de crianças nascidas com a síndrome. As limitações financeiras, o perigo iminente de crise que faz o hospital inevitavelmente estar presente em suas rotinas, a solidão e o sentimento de incerteza perfazem o cotidiano de muitas dessas famílias. Aqui, friso a importância da palavra incerteza para recordar que muitos dos sintomas das crianças “de Zika” ainda eram pouco compreendidos, conforme visto na situação dos anticonvulsivos e do endocrinologista que atendeu Lara.

Por outro lado, mas caminhando juntas, as redes maternas continuavam importantes e presentes no dia a dia, ainda que de forma *on-line*, em seus aparelhos celulares. A ONG que defendia o direito das famílias da região continuava trabalhando intensamente para que não ficassem desamparadas. Eram, certamente, maneiras locais de lidar com a “cidade pandêmica” e suas consequências diretas na vida dessas cuidadoras (MALUF, 2021).

Mas as perspectivas de cuidado com o outro, e do outro, se mesclam, muitas vezes, à solidão e à necessidade do cuidado de si. Os psicofármacos foram a opção que Thalia, nossa interlocutora, encontrou para dar seguimento aos afazeres de sua rotina em meio aos sintomas intensificados com o isolamento social. O uso contínuo de medicações passou a ser estendido à mãe, para que voltasse a encontrar ânimo em seu cotidiano, em um momento tão difícil. A busca por uma receita médica própria como caminho para cuidar de si foi uma das aproximações com alguns dos aspectos que vêm sendo discutidos, na literatura antropológica, que relacionam gênero e medicamentação, segundo apontam Diehl, Manzini e Becker (2010). Sentimentos ambíguos e múltiplos surgem das tarefas de cuidado, conforme demonstrado por vários balanços feitos por essa mãe.

No início do capítulo, trouxe dados epidemiológicos que apontam como a região do Centro-Oeste vem sofrendo com outras epidemias causadas pelo mesmo mosquito *Aedes Aegypti*, principal vetor do VZ. As outras arboviroses que assolam a região dificultaram ainda mais o contexto sanitário de ESPII em função da Covid-19, em termos bem concretos: os testes de dengue ficaram mais escassos, as filas nos hospitais e postos de saúde cresceram e o

número de pessoas adoecidas aumentou. Essas questões também intensificaram as aflições e as ansiedades autodiagnosticadas nas mães, incluindo Thalia. Após o decreto da ESPII pelo Covid-19, o *home care* foi uma opção acionada especialmente para a manutenção das terapias reabilitadoras ao longo do período de isolamento social, mas os planos de saúde ainda eram uma realidade inacessível para grande parte das famílias “de Zika” do estado.

A Covid-19, que aqui operamos a partir do conceito de sindemia (SINGER *et al.*, 2017) trouxe inúmeros impactos à realidade dessas mulheres, crianças e famílias. Se a rotina de cuidados já não era uma rotina fácil antes da ESPII ser declarada em 2020, tornou-se ainda mais difícil em um contexto de adoecimento generalizado como a pandemia. Frequentar hospitais, algo recorrente na rotina da maior parte das mães “de Zika”, tornou-se, de repente, algo que gerava aflição, justamente pelo medo de se contagiar ou de ter suas crianças contaminadas em tais ambientes. Assim, o *home care* passou a ser uma opção utilizada por famílias como a de Thalia, para evitar as dificuldades de deslocamento e o contato com muitas pessoas. Ainda que a pandemia tenha arrefecido após a chegada das vacinas, o *home care* continua sendo utilizado por grande parte das famílias.

Vimos também que a rotina intensa de cuidados, associada ao momento de isolamento social em razão da transmissão descontrolada da Covid-19 nos primeiros anos em que a doença foi identificada no Brasil, fez com que Thalia buscasse ajuda. E a ajuda que buscou com os médicos veio em forma de comprimidos: recebeu uma receita de psicofármacos, que passou a consumir para aliviar os sintomas mais difíceis. Além disso, vimos como o cuidado estava presente nas narrativas das mulheres dessa família: seja em seus planos e expectativas para o futuro, em lembranças do passado, seja em desenhos coloridos e ao longo do dia a dia.

Com todos esses dados, quero reiterar que as ansiedades vividas pelas mães são, a todo momento, reelaboradas. Elas seguem navegando caminhos de muitas incertezas. Para além das questões postas neste capítulo, é importante pensar que as preocupações são constantemente atualizadas por causa das dificuldades sofridas diante de uma nova ESPII, a exemplo dos impactos que vimos após a chegada da Covid-19, com o isolamento social e a inserção dos protocolos de biossegurança para tentar diminuir a transmissão do vírus na rotina dessa família. Ademais, cabe assinalar a importância de a antropologia se debruçar acerca dos impactos sociais que envolvem arboviroses como um todo, assunto desenvolvido por Segata (2019):

Epidemias causadas por mosquitos não são acidentes naturais. São o resultado de muita negociação e negligência. Há muitas camadas de interesses políticos e econômicos. As epidemias também são uma violação dos direitos humanos, como saúde, liberdade de informação, não discriminação, participação, reparação e acessibilidade (Rasanathan, MacCarthy, Diniz, Torreele, & Gruskin, 2017). Às vezes, tudo parece calmo na superfície, mas há muita dor invisível, sofrimento permanente e lutas por direitos e mudanças (SEGATA, 2019, p. 125, tradução nossa)⁸.

Em cada epidemia, segundo o autor, há diversas camadas de negligências. Aqui discutimos como as epidemias, no plural, também geram impactos prolongados na saúde das mães “de Zika”, que comumente buscam estratégias farmacêuticas para lidar com as dificuldades cotidianas de cuidado intenso. Conforme mencionou Thalia, o importante é não deixar cair em esquecimento todas as causas que levaram a SCZV a tornar-se uma epidemia. E tão importante quanto é lembrar que as famílias “de Zika” também precisam de atenção e, mais do que isso, de políticas públicas concretas que as auxiliem a seguir suas vidas com qualidade, segurança, bem-estar e dignidade.

8 No original: “Las epidemias producidas por los mosquitos no son accidentes naturales. Son el resultado de mucha negociación y negligencia. Hay muchas capas de intereses políticos y económicos. Las epidemias también son una violación de los derechos humanos, como la salud, la libertad de información, la no discriminación, la participación, la reparación y la accesibilidad (Rasanathan, MacCarthy, Diniz, Torreele & Gruskin, 2017). En ocasiones todo parece en calma en la superficie, pero hay mucho dolor invisible, padecimiento permanente, y luchas por los derechos y por cambios” (SEGATA, 2019, p. 125).

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. L. C.; SAFATLE, Y. B. "Mães de micro": perspectivas e desdobramentos sobre cuidado no contexto da síndrome congênita do zika vírus (SCZV) em Recife/PE. *Altera*, Ver. Antropol., v. 1, n. 8, p. 115-145, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2447-9837.2019v1n8.42464>
- AMPLIAMED. **Home care**: o que é, quais as vantagens e os desafios desse serviço. 2020. Disponível em: https://www.amplimed.com.br/home-care?utm_source=home-care&utm_medium=organic&utm_campaign=home-care. Acesso em: 29 out. 2022.
- ANDRADE, A. P. M.; MALUF, SÔNIA. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEISCHER, S.; FERREIRA, J. (Orgs.). **Etnografias em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 33-56.
- BARBOSA, F.; SILVA, J.; SAMICO, S. Vulnerabilidades e desproteção social das famílias com casos confirmados de Zika Vírus: os dados revelados através do Cadastro Único para Programas Sociais. Cap. 2. In: SCOTT, P.; LIRA, L.; MATOS, S. (Orgs.). **Práticas Sociais no Epicentro da Epidemia do Zika**. Recife: UFPE, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z. Biblioteca Virtual em Saúde**: Infecção pelo vírus Zika. Publicado em: abril de 2016. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/infeccao-pelo-virus-zika/>.
- BRASIL. Secretaria de Saúde de Goiânia. **Boletim Epidemiológico: Arboviroses**, n. 8, 2022.
- BROWN, D. A obrigação de cuidar: mulheres idosas em uma comunidade de Florianópolis. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 21-68.
- BRITO, Mirella Alves. **Entre cobras e lagartixas**: crianças em instituições de acolhimento se construindo sujeitos na maquinaria da proteção integral. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- BURY, M. Doença crônica como ruptura biográfica. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 41-55, 2011.
- CAMARGO, A. C. **"Se você abrir o armário do meu filho, só tem remédio"**: reflexões antropológicas sobre os medicamentos no cenário da síndrome congênita do Zika vírus em Recife/PE. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais). Universidade de Brasília, Brasília, 2020.
- CAMARGO, A. C. Medicamentos. In: FLEISCHER, Soraya; LIMA, Flávia (Orgs.). **Micro**: Contribuições da Antropologia. Vol. 1. 1ª ed. Brasília: Athalaia, 2021. p. 89-100.
- CAMARGO, A. C. **"Ela tá tomando remédio, eu tô tomando remédio"**: uma etnografia do uso de medicamentos e substâncias farmacológicas entre famílias "de Zika" no estado de Goiás. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.
- CAMARGO, A. C.; LUSTOSA, R. "Eu tô pra tomar os remédios dela pra ficar mais calma": Interfaces acerca de maternidade, cansaço e medicamentos entre mães de crianças nascidas com a SCZV em Recife/PE. **Revista Áltera de Antropologia**, UFPB, v. 3, n. 11, p. 80-97, 2021.

CARNEIRO, R; FLEISCHER, S. Em Brasília, mas em Recife: atravessamentos tecno-metodológicos em saúde, gênero e maternidades numa pesquisa sobre as repercussões da epidemia do vírus Zika. **Saúde & sociedade**, v. 29, n. 2, p. 1-16, 2020.

CASTRO, R. **Precariedades oportunas, terapias insulares**. Economias políticas da doença e da saúde na experimentação farmacêutica. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

DIEHL, E.; MANZINI, F.; BECKER, M. "A minha melhor amiga se chama fluoxetina": Consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Orgs.). **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. 1ª ed. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010. p. 331-366.

DINIZ, D. **Zika**: do Sertão nordestino à ameaça global. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

FERREIRA, M. Dengue cresce 398% no DF e Secretaria de Saúde intensifica ação de fumacê. **Correio Braziliense**, 2022. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2022/10/5044963-dengue-cresce-398-no-df-e-secretaria-de-saude-intensifica-acao-de-fumace.html>. Acesso em: 30 out. 2022.

FLEISCHER, S. Introdução. In: FLEISCHER, Soraya; LIMA, Flávia (Orgs.). **Micro**: contribuições da antropologia. Brasília: Athalaia, 2020. p. 16-36.

FLEISCHER, S. "Ciência é Luta": devolução das pesquisas sobre o Vírus Zika em Recife/PE. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 5-27, set. 2022a.

FLEISCHER, S. "Fé na ciência?" Como as famílias de micro viram a ciência do vírus Zika acontecer em suas crianças no Recife/PE. **Anuário Antropológico**, v. 47, n. 1, p. 170-188, 2022b. Disponível em: <http://journals.openedition.org/aa/9448>. Acesso em: 30 maio 2023.

FLEISCHER, Soraya; CAMARGO, Ana Claudia Knihs. Berotec, Depakene e Zodel: ambiguidades farmacológicas no contexto da Síndrome Congênita do Vírus Zika em Recife/PE. **Campos**, v. 22, n. 2, p. 246-267, jul./dez., 2021.

FLEISCHER, S.; LIMA, F. (Orgs.). **Micro**: contribuições da antropologia. Brasília: Athalaia, 2020.

GEERTZ, C. **Obras e vidas**: o antropólogo como autor. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2009.

GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan R.; HARDON, Anita. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. **Annual Review of Anthropology**, v. 25, p. 153-178, 1996.

GHIGGI, A. Trayectorias y articulaciones de una sanadora Kaingang en Santa Catarina, Sur del Brasil. **Desacatos - Revista de antropologia social**, v. 58, p. 34-49, 2018.

KUSCHNIR, Karina. A antropologia pelo desenho. Experiências visuais e etnográficas. **Cadernos de Arte e Antropologia**, v. 5, n. 2, p. 5-13, 2016.

KUSCHNIR, Karina. Desenho etnográfico: Onze benefícios de usar um diário gráfico no trabalho de campo. **Pensata**, v. 7, n. 1, p. 328-369, 2019.

LANGDON, E. Representações de doença e itinerário terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA, C. E. (Orgs.). **Saúde e Povos**

Indígenas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 115-142.

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

MATOS, S. "Unidos pelo contágio?" Novas precarizações das famílias que têm filhos com a Síndrome Congênita do Zika Vírus em tempos de pandemia da Covid-19.

Boletim Anpocs, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde.

Histórico da pandemia de Covid-19.

Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 28 maio 2023.

PINHEIRO, D. A. J. P.; LONGHI, M. R.

Maternidade como missão! A trajetória militante de uma mãe de bebê com microcefalia em PE. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 3, n. 2, p. 113-132, 2017.

Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/22216>. Acesso em: 27 maio 2023.

SEGATA, J. El mosquito-oráculo y otras tecnologías. **Tabula Rasa**, 32, 103-125, 2019.

SILVA, Z. O que é sonda GTT? **Blog ACVida Cuidadores**, 2020. Disponível em: <https://acvida.com.br/saude/o-que-e-sonda-gtt/>.

SINGER, M.; BULLED, Nicola; OSTRACH, Bayla; MENDENHALL Emily. Syndemics and the biosocial conception of health. **Lancet**, n. 389, p. 941-950, 2017.

SINGER, M.; RYLKO-BAUER, B. The Syndemics and Structural Violence of the Covid Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis. **Open Anthropological Research**, v. 1, n. 1, p. 7-32.

VALIM, T. **Um olhar antropológico sobre a sociabilidade de bebês nascidos com a Síndrome Congênita do Zika Vírus em Recife/PE:** "ele sente tudo o que a gente sente". Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais). Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

VALIM, T. **Infância e deficiência:** um estudo antropológico sobre os desdobramentos da epidemia do Vírus da Zika na vida de crianças potiguares. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

WILLIAMSON, K. Eliza. Cuidado nos tempos de Zika: notas da pós-epidemia em Salvador (Bahia), Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 685-696, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180156829003>.

TOMADA DE DECISÃO MÉDICA NO PÓS-ABORTO DE PRIMEIRO TRIMESTRE:

UMA REFLEXÃO EPIDEMIOLÓGICA NO CONTEXTO DA COVID-19

Daiana Maria Santos de Sousa Silva

Diante das medidas epidemiológicas adotadas para a contenção da transmissão da Covid-19, objetiva-se, neste capítulo, analisar as possíveis alterações/transformações na tomada de decisão médica pela técnica de esvaziamento intrauterino pós-aborto de primeiro trimestre, envolvendo pacientes atendidas em dois hospitais públicos do Distrito Federal. Reflete-se também, no contexto da pandemia, acerca da percepção dos profissionais de saúde sobre a tomada de decisão médica pelas técnicas de esvaziamento uterino.

Das gestações confirmadas no mundo, estima-se que entre 15% e 20% delas terminam em aborto espontâneo, a maioria ocorrendo nas primeiras 13 semanas gestacionais (SACILOTO *et al.*, 2020). Em âmbito mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2022, afirmou que seis (6) em cada dez (10) gravidezes não planejadas, e três (3) em cada dez (10) de todas as gravidezes, terminam em aborto induzido. De todos os abortos do mundo, segundo a OMS (2022), 45% correspondem a abortos inseguros.

A OMS define que o aborto espontâneo se caracteriza pela “morte do feto ou do embrião de forma não provocada, ou pela expulsão do produto da concepção antes das 22 semanas de gestação ou quando o feto pesa menos de 500

gramas” (CID-11), enquanto que o aborto induzido se entende pela “perda intencional de uma gravidez intrauterina por meios médicos ou cirúrgicos” (BRASIL, 2022; CID-11, 2022). E o aborto espontâneo (OLIVEIRA *et al.*, 2020) ou induzido de forma não segura (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020) poderá resultar em um aborto incompleto, quando a eliminação dos restos ovulares da cavidade uterina não for completada. Nesses casos, em razão do risco de complicações ao sistema reprodutor, e para evitar mortes maternas fatais, há a necessidade de intervenção terapêutica adequada, segura e humanizada (BRASIL, 2011) por meio de cuidados abrangentes de saúde (OMS, 2022) para o esvaziamento do canal uterino.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) assegura a assistência ao aborto incompleto como um direito da mulher, que deve ser respeitado pelos serviços de saúde. A abrangência dos cuidados no pós-aborto é igualmente assegurada pela OMS (2022), que consagra a recomendação de que a assistência para o esvaziamento uterino pós-aborto deve ser realizada por técnicas mais modernas e que coloquem em baixo risco a capacidade reprodutiva da mulher.

No primeiro trimestre gestacional, recomendam-se como aceitáveis a aspiração manual intrauterina (AMIU) ou a gestão farmacológica (OMS, 2022). Os protocolos internacionais e de melhores práticas recomendam como elegíveis *a priori* as técnicas aspirativas, assegurando, assim, uma assistência à saúde reprodutiva pós-aborto por meio de uma técnica segura, balizada pela melhor evidência científica e que resulte em mínimo agravo à saúde da mulher.

A tomada de decisão dos médicos pela técnica de dilatação e curetagem para a eliminação dos restos ovulares pós-aborto, no Brasil, tem sido frequentemente em torno de 95% (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020). A tomada de decisão médica por dilatação e curetagem, no contexto da pandemia, que requer internação hospitalar mais prolongada se comparada com a aspiração manual intrauterina pós-aborto, chamou a atenção da pesquisadora deste estudo, diante da recomendação de isolamento social que vai de encontro à alta prevalência da técnica de dilatação e curetagem.

Soma-se a essa prevalência na tomada de decisão médica por uma técnica menos recomendada, e que exige um maior tempo de internação, o surto de contaminação mundial decorrente da pandemia de Covid-19 (BRANDÃO; CABRAL 2021), um fenômeno social que fez ressaltar a preocupação com a saúde reprodutiva das mulheres.

O cenário instaurado pela Covid-19 impulsionou os profissionais de saúde a recomendar que as mulheres assintomáticas em processo de aborto retido,

desde que apresentassem consentimento esclarecido a partir da compreensão dos riscos e benefícios envolvidos, deveriam ser submetidas à conduta expectante por até quatro semanas, conforme recomenda o manual de “Atenção Prevenção, Avaliação da Conduta de Abortamento” (BRASIL, 2022), ou então, a conduta medicamentosa ou a conduta aspirativa, preterindo, assim, nos casos viáveis, a dilatação e curetagem.

O acentuado aumento epidemiológico envolvendo casos de morte materna em decorrência de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com letalidade de 12,7% (SOUZA; AMORIM 2021), apontou para a importância de articulações políticas e de saúde em resguardo aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, sobretudo as gestantes.

Desta forma, a reflexão sobre a tomada de decisão médica na eleição da técnica de abordagem para o esvaziamento do canal uterino pós-aborto de primeiro trimestre, no contexto da pandemia, é relevante, uma vez que, a depender da tomada de decisão médica, houve um maior ou menor período de internação da mulher, com possível implicação epidemiológica, em maior ou menor incidência, decorrente da internação, além da atenção ou inobservância epidêmica das recomendações de saúde.

METODOLOGIA

O cenário de campo deste estudo inclui dois hospitais públicos, vinculados à Secretária de Saúde (SES) do Distrito Federal, que atendem emergências e urgências obstétricas. Para manter a confidencialidade do nome das instituições e dos participantes, os cenários de campo foram nomeados como hospital A e hospital B.

O hospital A está circunscrito à parte Central de Brasília, caracterizada, geograficamente, por ser uma região administrativa de maior poder aquisitivo. Trata-se da Unidade de Referência Distrital para a saúde da mulher, com pronto-socorro de atendimento 24 horas às urgências e emergências ginecológicas e obstétricas. Recebe demandas espontâneas de diversas localidades do Distrito Federal, bastando a mulher comparecer à referida unidade para ser atendida.

Em localização oposta está o hospital B, situado, geograficamente, em uma das regiões administrativas do Distrito Federal, e a 30 km da parte central de Brasília. A população residente na localidade é de médio poder aquisitivo, se comparada à região central de Brasília. Nessa unidade de saúde realiza-se

o atendimento tanto das mulheres que residem na região quanto daquelas que provêm do entorno do Distrito Federal. E, a exemplo do hospital A, atende demanda espontânea, funcionando 24 horas.

O estudo se situa no campo das Ciências Sociais em Saúde, na grande área da saúde coletiva, caracterizado pela abordagem qualitativa, que se utiliza de dois procedimentos metodológicos primários:

1. Coleta de dados consecutivos, do período compreendido entre maio e julho de 2022, em 23 prontuários clínicos de pacientes atendidas entre 08/01/2020 e 04/05/2020. Coletaram-se também os dados clínicos, disponíveis no livro de registros do bloco cirúrgico do hospital A, de 25 pacientes atendidas entre 01/01/2020 e 01/08/2020, no intuito de identificar qual técnica de esvaziamento uterino prevaleceu;

2. Entrevista semiestruturada gravada com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem).

Os dados dos prontuários clínicos do hospital B e do livro de registros do bloco cirúrgico do hospital A que atenderam aos critérios de inclusão foram coletados em formulário Excel, contendo as variáveis: pacientes entre 20 e 35 anos; data de atendimento dentro do marco temporal determinado para a pesquisa; idade gestacional de até 12 semanas; e técnica empregada para identificar qual das técnicas de esvaziamento uterino teve prevalência em cada hospital, no ano de 2020. O hospital A não disponibilizou o acesso direto aos prontuários, ofertando o livro de registro de procedimentos do bloco cirúrgico obstétrico do ano de 2020.

A entrevista individual com 11 profissionais de saúde (três médicos, quatro enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem) foi gravada e realizada no próprio hospital, com base em um formulário semiestruturado contendo perguntas fechadas e abertas em horário da jornada do profissional, acautelando não prejudicar os atendimentos. Previamente, coletou-se a assinatura do participante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Cessão de uso da voz.

O critério de inclusão para os profissionais de saúde observou aqueles que se enquadravam na faixa etária entre 20 e 60 anos, lotados na obstetrícia/ginecologia dos hospitais A ou B. Para tanto, excluíram-se do estudo os profissionais lotados em outras unidades dos hospitais.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e categorizadas em dois blocos: (a) dados do perfil sociodemográfico em planilha Excel, com as seguintes variáveis: idade, gênero, orientação religiosa, estado civil, categoria profis-

sional e nível de qualificação técnica; (b) questão aberta, subdividida em três fases: (b. 1) a pré-análise, que consiste na organização por meio da leitura do material a ser analisado e da marcação dos trechos a serem estudados; (b. 2) a codificação das entrevistas, que deve gerar um código para cada entrevistado (a idade do profissional, a primeira letra do gênero e um número indicando a ordem em que foi realizada a entrevista (por exemplo, 26M07) após a categorização e classificação do material; e (b. 3) o material classificado e codificado, que deverá ser submetido à análise de conteúdo temático por meio da interpretação dos resultados confrontados pela tendência de temas identificados nas entrevistas (similaridade e diferença), segundo os preceitos definidos por Laurence Bardin (2010).

A pesquisa observou as exigências da Resolução CND n° 466/2012 e n° 510/2016¹, atentando, no procedimento de coleta de dados, à respeitabilidade do anonimato, à confidencialidade e ao consentimento informado dos entrevistados. Quanto ao consentimento informado das pacientes, atentou-se para que elas não revivessem as memórias do aborto, tendo sido dispensada a assinatura do TCLE e a permissão de acesso ao prontuário clínico e livro de registros do centro cirúrgico obstétrico, o que foi deferido pelo Comitê de Ética da FEPESC.

TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO INTRAUTERINO PÓS-ABORTO DE PRIMEIRO TRIMESTRE

Uma das principais intercorrências resultantes do aborto é a eliminação incompleta dos restos ovulares (SACIOTO *et al.*, 2011), que representa uma causa comum na internação de mulheres no Brasil.

A OMS (2022), por meio da “Diretriz sobre Cuidados Pós-aborto”, emitiu recomendações e orientações das técnicas para o esvaziamento do canal uterino, preconizando a eficácia, a segurança e a modernidade da técnica aplicada. No Brasil, o esvaziamento uterino pós-aborto foi igualmente pauta de recomendação, constando as orientações no manual de “Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de

1 Considerando a inserção em campo em dois hospitais vinculados à Secretária de Saúde do Distrito Federal, para a permissão de ingresso em campo e coleta de dados, o projeto foi submetido, após a sua aprovação em 09/02/2022, sob o parecer CAAE n. 54084521.7.0000.0030 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPESC, aprovado em 03/05/2022 sob o registro do parecer CAAE n. 54084521.7.3002.5553.

Abortamento” (BRASIL, 2022). Nele se elencam, como condutas a serem adotadas em pós-aborto, a expectante, a medicamentosa e a cirúrgica (dilatação e curetagem ou aspiração).

A conduta expectante² consiste na técnica pela qual a mulher recebe a orientação de aguardar a eliminação do produto do aborto, espontaneamente, podendo o procedimento perdurar por até duas semanas, sem a necessidade de internação hospitalar. Há a possibilidade de alteração da conduta em qualquer sinal de infecção, hemorragia ou não eliminação espontânea em até quatro semanas (BRASIL, 2022). A conduta medicamentosa, por sua vez, é utilizada como uma alternativa a não manipulação uterina ou em casos de contraindicação cirúrgica. O medicamento utilizado é o misoprostol que, no Brasil, é exclusivo para uso hospitalar (BRASIL, 2022), sendo considerado seguro e eficaz se administrado de forma adequada (MORRIS *et al.*, 2017).

Já a conduta cirúrgica é indicada naqueles casos em que há sangramento excessivo, sinais de infecção, comorbidades hematológicas ou cardiovasculares, ou então, para aquelas pacientes que desejam uma solução mais rápida ou que a conduta expectante não tenha sido viável. Ela pode ser realizada por meio da aspiração manual intrauterina – com ou sem dilatação do colo uterino. Essa abordagem terapêutica consiste na aspiração por sucção do conteúdo uterino através de uma seringa de vácuo acoplada a cânulas de plástico flexível, sendo rápida e com uso de anestesia local (FIOCRUZ, 2018). A aspiração manual intrauterina é uma alternativa segura e eficaz à curetagem uterina em 99,5% dos casos (SACIOTO *et al.*, 2011), sendo preferível no primeiro trimestre.

A dilatação e curetagem consiste em “dilatar o colo uterino com agentes farmacológicos ou dilatadores mecânicos, e nesta última forma, usando curetas de metal para raspar as paredes do útero, extraíndo-se o material despreendido pelo instrumental, é imprescindível o uso de anestesia geral, por isso, é realizada em centro cirúrgico” (BRASIL, 2011, p. 52).

A recomendação pela escolha da AMIU, segundo a OMS e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), se mostra efetiva por apresentar uma “menor taxa de complicação, reduzida necessidade de dilatação cervical e promover a aspiração do material infectado” (SACIOTO *et al.*, 2011).

2 Nessa conduta, a mulher aguarda que o organismo expulse naturalmente o produto do aborto, sem a necessidade de intervenção medicamentosa ou cirúrgica.

Segundo Pereira *et al.* (2006), o procedimento da AMIU recomenda a substituição da anestesia geral ou raquidiana pela analgesia, que pode ser associada ou não ao bloqueio paracervical, fator de redução da internação hospitalar, à exposição das pacientes a infecções hospitalares e, consequentemente, à redução de morbimortalidade.

No primeiro trimestre gestacional, recomenda-se, como prioritariamente aceitável, a gestão farmacológica (OMS, 2022), e dentre as opções terapêuticas cirúrgicas, a aspiração manual intrauterina (AMIU), seguida da dilatação e curetagem (D&C). Entretanto, a D&C é a modalidade de intervenção cirúrgica mais utilizada no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2015), embora os protocolos internacionais e de melhores práticas recomendem como elegíveis *a priori* as técnicas aspirativas.

Por se tratar de técnicas cirúrgicas, ambas apresentam riscos. Embora as complicações sejam similares à D&C e à AMIU, esta última é indicada como uma alternativa terapêutica à primeira, por várias vantagens, incluindo: o menor tempo de permanência hospitalar, proporcionando precocidade da alta médica; a redução de custos hospitalares pela redução de internação, assim como pelo uso de analgesia; a adequabilidade de realização do procedimento em unidades de menor complexidade ou insumos escassos, atenuando os riscos e melhorando a assistência pós-aborto para as pacientes (ALMEIDA *et al.* 2021; PEREIRA *et al.*, 2006; HOLANDA *et al.*, 2003; SACILOTO *et al.*, 2011).

No Brasil, os dois métodos mais utilizados para finalizar o processo de aborto são cirúrgicos: a dilatação e curetagem e a aspiração manual intrauterina. Entretanto, a curetagem tem prevalecido (ALMEIDA *et al.*, 2021), ainda que seja menos indicada e que apresente uma maior taxa de complicações e morbidade (BERER, 2000).

TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO EXISTENTES DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NOS HOSPITAIS CENÁRIOS DO ESTUDO

A entrevista dos profissionais de saúde das categorias entrevistadas evidenciou que, nos dois hospitais, há insumos para o esvaziamento do canal uterino por meio das técnicas constantes no manual de “Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Aborto”, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022).

Figura 1 - Técnicas disponíveis nos hospitais A e B para o esvaziamento do canal uterino



Fonte: elaborada pela autora com base nas entrevistas com os profissionais de saúde.

Dos entrevistados no hospital A, quatro profissionais mencionaram a existência da técnica da AMIU e da D&C no hospital, enquanto outro afirmou a existência de três técnicas: a AMIU, a D&C e a medicamentosa.

As entrevistas revelaram ainda que o misoprostol³ é utilizado para dilatar o colo uterino, logo, como procedimento associado e prévio às técnicas cirúrgicas. Em nenhuma entrevista e em nenhum dos prontuários analisados houve o uso da técnica medicamentosa de forma autônoma.

No hospital B, três profissionais relataram que a técnica disponível na unidade hospitalar é a AMIU, enquanto outros três mencionaram que a unidade dispõe da AMIU, da D&C e da medicamentosa.

Apenas um profissional médico do hospital A mencionou que a conduta prioritária deveria incentivar a paciente à espera da resolução espontânea, procedimento considerado o ideal, ou então, para os casos em que não houvesse consentimento esclarecido da mulher, ou ainda, se ela esperou e não aconteceu a expulsão espontânea, que fosse motivada a fazer uso do misoprostol, partindo, assim, para a conduta medicamentosa (26M07).

“O ideal era que a paciente fosse incentivada à espera da resolução espontânea, essa eu acho que seria ideal, depois disso, se ela não

3 “O Misoprostol é um análogo sintético de prostaglandina E1 efetivo no tratamento e prevenção da úlcera gástrica induzida por anti-inflamatórios não hormonais e que tem utilidade em obstetrícia, pois dispõe de ação útero-tônica e de amolecimento do colo uterino” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Disponível em: https://bvssms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetrícia.pdf. Acesso em: 5 maio 2022.

aceitou, ou se ela esperou e não aconteceu a resolução, ela fosse motivada a fazer uso do misio [...]. Mas aí eu noto que muitos profissionais não se sentem muito encorajados, porque demora, né. No país de primeiro mundo, a paciente não precisaria ficar internada, faria o uso e iria pra casa, mas aqui ela fica internada, passa tempo fazendo as aplicações, muitos profissionais querem que ela faça a ecografia para ver se ficaram restos ou não, que não seria de todo indicado realmente. Então, o ideal seria que ela seguisse essa cadeia espontânea, não resolveu, comprimido, não resolveu, Amiu [...]. Mas acaba que fica ou comprimido ou Amiu logo, porque o Amiu já resolve e a paciente vai de alta e não fica aquele acúmulo de pacientes” (26M07).

Dos onze participantes entrevistados nos hospitais A e B, todos mencionaram a existência das referidas técnicas constantes no manual de “Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Aborto” (BRASIL, 2022), ficando a seu encargo a eleição por uma ou outra.

PREVALÊNCIA DA TÉCNICA DE ESVAZIAMENTO UTERINO NOS HOSPITAIS CENÁRIOS DO ESTUDO NA PANDEMIA DA COVID-19

Prevalência da técnica no hospital A – dados dos prontuários

A partir da coleta de dados constantes no livro de registros do bloco cirúrgico obstétrico do hospital A, evidenciou-se que houve a tomada de decisão médica no ano de 2020, prevalente pela AMIU em 100% dos dados coletados.

Figura 2 - Prevalência da técnica de esvaziamento uterino no hospital A - dados do livro de registros do bloco cirúrgico obstétrico no ano de 2020



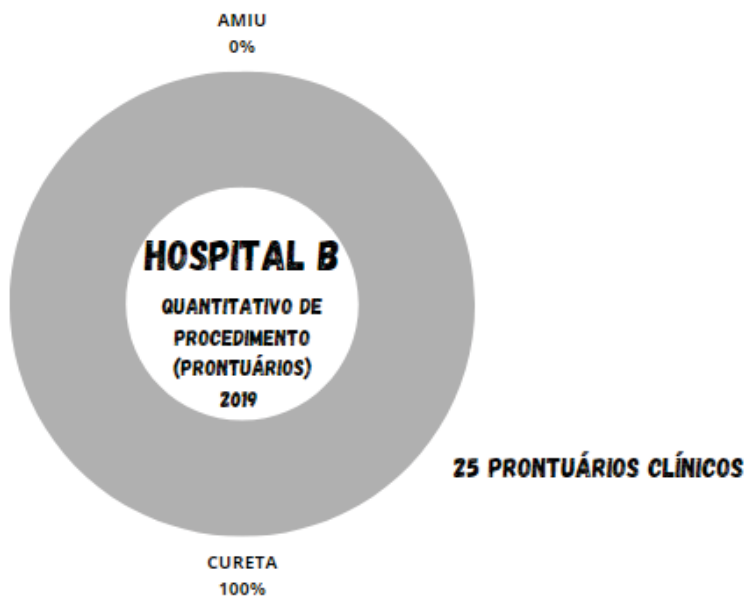
Fonte: elaborada pela autora com base nos dados coletados no livro de registros do bloco cirúrgico obstétrico do hospital A.

Os dados acerca dos procedimentos realizados no hospital A, no ano de 2019, não foram disponibilizados, motivo pelo qual não foi possível mensurar os dados documentais para este ano e hospital em 2019.

Prevalência das técnicas no hospital B – dados dos prontuários

No hospital B, no ano de 2019, dos 25 dados coletados nos prontuários de pacientes atendidas entre 02/01/2019 e 19/04/2019, a tomada de decisão para o esvaziamento da cavidade uterina pós-aborto de primeiro trimestre foi de 100% para a D&C.

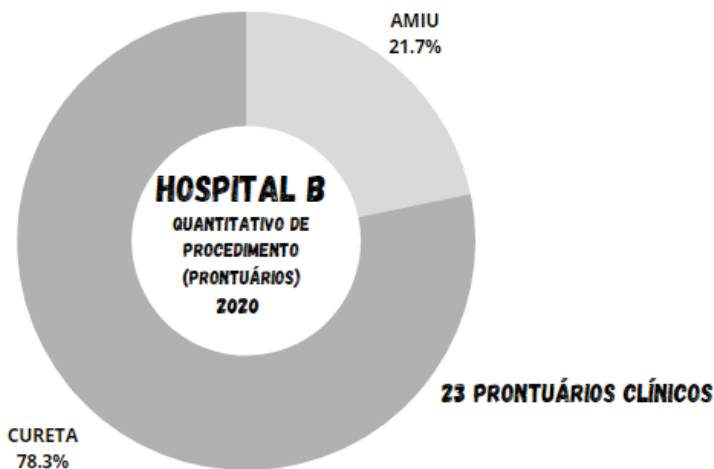
Figura 3 - Prevalência da técnica de esvaziamento uterino no hospital B - dados dos prontuários no ano de 2019



Fonte: elaborada pela autora com base nos dados coletados em prontuários clínicos do hospital B.

A coleta de dados documentais em 23 prontuários clínicos do ano de 2020 no hospital B revelou o aumento da eleição pela AMIU, embora tenha se mantido a D&C como a técnica preferida pelos médicos em 78,3% dos casos.

Figura 4 - Prevalência da técnica de esvaziamento uterino no hospital B - dados dos prontuários no ano de 2020



Fonte: elaborada pela autora com base nos dados coletados em prontuários clínicos do hospital B.

Em relação a 2019, não há como fazer uma comparação acerca da prevalência das técnicas entre os hospitais por meio dos dados documentais, já que no hospital A não houve acesso aos dados do referido ano. Já em 2020 há dois cenários a partir dos dados coletados no livro de registros do bloco cirúrgico obstétrico do hospital A e nos prontuários clínicos do hospital B, no ano da pandemia de Covid-19.

No hospital A, a AMIU foi realizada em 100% dos casos, ao passo que, no hospital B, embora tenha havido um aumento nos procedimentos de aspiração manual intrauterina em 21,7% dos casos atendidos (5) em relação ao ano de 2019, a preferência ainda incidiu sobre a técnica de D&C em 78,3% (18).

Observou-se ainda que, em todos os casos em que se utilizou o misoprostol, o fármaco foi utilizado para dilatar o colo, passando-se depois ao uso da cureta, para os casos de dilatação e curetagem, e/ou da cânula, para os casos de aspiração manual intrauterina, revelando que a técnica medicamentosa, nos casos analisados, não foi utilizada de forma autônoma em nenhuma das unidades hospitalares.

PREVALÊNCIA DA TÉCNICA PELA TOMADA DE DECISÃO MÉDICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NOS HOSPITAIS A E B

Eleição da técnica de esvaziamento intrauterino durante a Covid-19 nos hospitais A e B

Os efeitos ocasionados pela Covid-19 foram e ainda são vivenciados pela sociedade em diferentes frentes, no cuidado, na economia, na educação e, principalmente, na saúde e nas políticas de gestão para o enfrentamento dos desafios que se revelaram durante o período pandêmico.

Este estudo se propôs a averiguar se houve alteração da tomada de decisão médica na eleição da técnica para o esvaziamento do canal uterino pós-aborto de primeiro trimestre, em decorrência da pandemia e das normas adotadas para o controle epidemiológico e para a não disseminação do vírus, que levou ao isolamento social e à recomendação de redução das internações hospitalares nos casos possíveis.

Em termo global, a AMIU tem sido utilizada como uma alternativa segura e eficiente (PEREIRA *et al.*, 2006) à curetagem uterina (D&C). E figurou, segundo as entrevistas, como a técnica mais utilizada pelos médicos do hospital A, revelando que há insumo para realizar o procedimento e profissionais habilitados para o seu uso.

Um dos profissionais de saúde, um médico, revelou que, no primeiro trimestre, não viu uma indicação clara para a cureta, a não ser que fosse inviável fazer vácuo com a AMIU. Revelou também que esta técnica, além de ser mais prática, traz mais segurança ao médico quando comparada à curetagem, sendo, igualmente para a mulher, melhor aspirar do que curetar:

“No primeiro trimestre, eu não vejo uma indicação clara para cureta, a não ser que a gente não consiga fazer vácuo com a Amiu [...]. Aspiração manual. [...] e a aspiração é mais prática e para a gente traz mais segurança aspirar do que fazer a cureta também, pra ela também é melhor aspirar do que curetar” (26M07).

Entretanto, a realidade vivenciada acerca da prevalência da aspiração manual intrauterina no hospital A não é a mesma no hospital B. A literatura nacional sobre o aborto e as técnicas terapêuticas pós-aborto (ROSAS; PARO, 2021) elenca um quantitativo ainda expressivo de pós-aborto no primeiro tri-

mestre gestacional que recebe a terapia de D&C para o esvaziamento uterino, o que ficou evidenciado no âmbito do hospital B.

Uma médica do hospital B relatou que prefere a D&C por ter mais experiência com essa técnica do que a AMIU (53F02). Outra médica revelou que, embora opte pela AMIU, ainda vê, na unidade hospitalar, uma escolha massiva pela cureta, por parte dos colegas médicos da unidade (43F01):

“Eu, particularmente, a curetagem uterina, **porque eu não tenho experiência com AMIU**” (53F02, grifo nosso).

“Porque ainda se faz muita cureta, então [...] porque cada um acaba fazendo aquilo que é mais cômodo fazer que é mais treinado para aquilo [...]. Eu vejo aqui que quem elege mesmo é isso... Quem gosta mais de cureta faz cureta, quem mais gosta de AMIU, faz AMIU” (43F01).

Outra profissional de saúde, uma enfermeira, observa que a maioria dos profissionais médicos dessa unidade hospitalar não faz a AMIU, revelando que a permanência da mulher nos casos em que a indicação clínica é justamente por meio dessa técnica se torna maior na unidade, tendo em vista que a mulher precisa esperar o próximo plantão para ter um médico que faça o procedimento (49F05). Nesses casos, a mulher é internada e fica aguardando o início do próximo plantão para que este conte com um profissional habilitado para o procedimento de aspiração manual intrauterina:

“O que a gente vê muito aqui é que nem todos os médicos fazem AMIU, nem todos fazem [...]. A permanência dela aqui dentro é maior, porque não tem médico que faz esse procedimento, aí tem quem esperar no outro plantão, para ter um médico que faz a AMIU” (49F05).

O relato de uma enfermeira revela que, embora tenha percebido que, no primeiro trimestre, seja melhor optar pela AMIU, que é muito mais salutar para a mulher, infelizmente o que ela vê na unidade é que os médicos adotam sobretudo a cureta:

“Então, a gente sabe que, no primeiro trimestre, a melhor coisa é o Amiu, é muito melhor para a mulher, só que infelizmente a gente vê que eles fazem muito mais a adoção pela cureta” (32F03).

A AMIU requer um tempo menor de internação, o que se constata na fala da entrevistada (37F10) quando menciona que, se a paciente estiver bem após esse procedimento, acaba recebendo alta algumas horas depois, resultando em um procedimento mais tranquilo e de recuperação mais rápida. Por outro lado, percebe-se também em sua fala que, após o procedimento de dilatação e curetagem, a alta hospitalar não é tão rápida, enquanto a internação é prolongada, pelo menos, até o dia seguinte:

“Na Amiu, a paciente, se estiver tudo bem, e não estiver infectada, acaba recebendo alta após o procedimento. Então, para ela, é um procedimento mais tranquilo, uma recuperação mais tranquila. A curetagem não, já é, acaba tendo em indicação de internação, pelo menos até o dia seguinte” (37F10).

ALTERAÇÕES/TRANSFORMAÇÕES NA TOMADA DE DECISÃO MÉDICA PELA TÉCNICA DE ESVAZIAMENTO INTRAUTERINO PÓS-ABORTO DE PRIMEIRO TRIMESTRE NOS HOSPITAIS A E B

A pandemia de Covid-19 impôs recomendações de isolamento social e internação hospitalar nos casos estritamente necessários. Logo, é importante observar a readequação do fluxo de atendimento nas urgências e emergências obstétricas, as condutas clínicas pelo corpo médico nos dois hospitais na tomada de decisão entre as técnicas de esvaziamento uterino e se estas sofreram a incidência das recomendações nacionais e internacionais por uso de técnica que evitasse uma internação prolongada e, portanto, a submissão das mulheres em local de alto risco de contaminação, como os hospitais.

Os resultados do estudo revelaram que, no cenário dos dois hospitais públicos A e B, havia insumos para fazer a curetagem, a aspiração manual intrauterina ou a técnica medicamentosa por meio do misoprostol, bastando, para tanto, a tomada de decisão médica por uma técnica ou outra, contando ainda com a conduta expectante como alternativa. Pelo que se constata, a emergência de saúde internacional decorrente da Covid-19 não causou alterações na disponibilidade de insumos necessários para a atenção ao pós-aborto em nenhum dos hospitais.

Todas as profissionais, tanto do hospital A quanto do hospital B, relataram que não perceberam qualquer alteração para a tomada de decisão médica por uma técnica ou por outra para o esvaziamento uterino em razão da pandemia:

“A pandemia, a meu ver, não influenciou em nada não” (37F06).

“Não pelo fator Covid” (40F08).

“Nenhuma [...] sem qualquer alteração nesse tipo de emergência” (43F01).

Os participantes da pesquisa foram uníssonos ao afirmar que a pandemia da Covid-19 não foi um fator que influenciou ou que alterou a elegibilidade da técnica para o esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre.

Os dados coletados revelam que, no curso da pandemia, no hospital A, a eleição médica para o esvaziamento do canal uterino foi pela AMIU, enquanto que, no hospital B, embora dispusessem de insumos para a aspiração manual intrauterina ou medicamentosa, foi eleita a D&C em maior percentual, e a AMIU eleita em menor percentual no ano de 2020 se, comparada com a D&C, mas em maior percentual se comparada com o ano de 2019 em que a D&C foi eleita em cem por cento dos casos.

É desses relatos, somados aos dados de campo coletados e analisados dos dois hospitais cenários de campo deste estudo, que se sobressai uma importante reflexão epidemiológica durante a emergência de saúde pública ocasionada pela Covid-19; que ante a recomendação de distanciamento social a pandemia reorganizou as práticas institucionais e de cuidado. Essa reorganização ainda que em percentual pequeno, pode passar despercebida pelos profissionais de saúde ao afirmarem não terem notado diferenças, mas, foram notabilizados nos dados documentais que revelaram o aumento de AMIU no período mais intenso da pandemia, no ano de 2020.

E isso se revela, primeiro, ao identificar que os profissionais de saúde, os médicos, no âmbito das duas unidades hospitalares do Distrito Federal, dispendo de conhecimento técnico de que a conduta aspirativa era uma importante técnica a ser eleita durante a pandemia, para evitar a longa internação hospitalar e a aglomeração de mulheres em suas unidades, optaram pela conduta clínica, o que é lido sob o aspecto do risco epidemiológico. E segundo o hospital B passou a priorizar, nos casos possíveis e indicados, a tomada de decisão pela aspiração manual intrauterina, que requer um menor tempo de internação hospitalar, embora a escolha pela dilatação e curetagem ainda tenha sido mais significativa.

É importante mencionar que, em ambos os hospitais, havia triagem para identificar pacientes sintomáticas com gripe. No hospital A, a triagem buscava identificar se a paciente estava com sintoma gripal e, se caso estivesse, era

encaminhada para outra unidade de saúde em razão da barreira de atendimento e internação de pacientes com sintomas semelhantes. No hospital B havia triagem e, quando possível, isolamento da paciente em atendimento às recomendações de cuidado para evitar a disseminação do vírus.

ALTERAÇÃO DA ELEIÇÃO DA ANESTESIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

A FEBRASCO (2020), por meio do Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a pandemia da Covid-19, recomendou a necessidade de evitar, nos procedimentos terapêuticos pós-aborto, a anestesia geral. Essa modalidade de anestesia requer a intubação do paciente, procedimento que ocasiona aerossóis e conseqüentemente o risco de contaminação por parte da equipe.

Uma técnica de enfermagem do hospital A (40F10), participante do estudo, relatou como uma alteração importante, decorrente da pandemia, a substituição do uso de anestesia geral nos procedimentos de dilatação e curetagem e aspiração manual intrauterina. Os profissionais de saúde passaram a eleger a anestesia raquidiana⁴. Essa alteração, segundo a entrevistada (40F10), ocorreu por causa da manipulação da ventilação respiratória para os casos de anestesia geral, uma vez que a manipulação das vias aéreas se apresentava como um importante canal de transmissão de gotículas, uma via de contágio do vírus da Covid-19. Infere-se, portanto, que a medida de alteração da eleição de procedimento anestésico para os procedimentos foi realizada em resguardo à saúde dos profissionais de saúde envolvidos no procedimento, evitando, assim, a manipulação das vias aéreas das pacientes e sua possível contaminação por Covid-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste capítulo foi o de identificar possíveis alterações/transfomções na tomada de decisão médica pela técnica de esvaziamento uterino

4 A anestesia raquidiana é “um tipo de anestesia regional que torna insensível à dor apenas uma parte do corpo, fazendo com que o paciente mantenha a consciência durante o procedimento cirúrgico. Pode ou não ser associada a uma sedação, na qual o paciente fica sonolento, dormindo e, geralmente, não se lembra de nada [...]. Por promover o bloqueio de troncos nervosos específicos, é indicada para cirurgias na região abdominal e nos membros inferiores” (Serviço de Anestesiologia).

pós-aborto de primeiro trimestre durante a pandemia da Covid-19, no âmbito de dois hospitais públicos do Distrito Federal.

A coleta de dados no livro de registros do bloco cirúrgico obstétrico evidenciou que os médicos do hospital A elegem prioritariamente, em 100% dos casos coletados, o esvaziamento uterino por meio da aspiração manual intrauterina pós-aborto no primeiro trimestre gestacional. Por outro lado, no hospital B, os dados revelaram um cenário inversamente contrário ao do hospital A, já que os dados dos prontuários demonstraram que, no ano de 2019, 100% das pacientes em pós-aborto até a décima segunda semana gestacional foram submetidas à dilatação e curetagem, e no ano de 2020 nessa unidade hospitalar, em 78,3% dos casos foi eleita a D&C; e em 21,7% dos casos a AMIU.

As entrevistas dos participantes do estudo, médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros (estas duas últimas categorias profissionais incluídas no estudo para compreender a percepções quanto a eleição da técnica pelo médico), evidenciaram que não houve alterações da escolha da técnica para o esvaziamento uterino em razão da pandemia. Mencionaram que diante da recomendação de isolamento social e da internação hospitalar nos casos estritamente necessários, ambos os hospitais mantiveram as opções anteriormente eleitas para o esvaziamento intrauterino de aborto em curso que deram entrada nas duas unidades de saúde.

Não há dúvida de que os profissionais de saúde, que compuseram a linha de frente, foram imbatíveis nos cuidados assistenciais durante a pandemia da Covid-19, muitas vezes renegando sua própria segurança para prestar cuidado, sobretudo quando, ainda no começo da pandemia, a forma de contaminação, os sintomas e a letalidade ainda eram objeto de investigação, portanto, incerto quanto aos resultados produzidos.

No entanto, embora se reconheça a dedicação significativa e imprescindível desses profissionais no curso da disseminação do vírus da Covid-19 no mundo, no Brasil e no Distrito Federal, se revelou importante analisar a assistência de cuidado no pós-aborto, especificamente quanto às implicações que a escolha pela técnica de abordagem terapêutica, no recorte geográfico de dois hospitais públicos do Distrito Federal, desvela para a saúde da mulher e como cuidado epidemiológico diante das medidas de proteção para a não propagação do vírus.

Vale destacar que o esvaziamento uterino por meio unicamente da conduta medicamentosa não foi evidenciado em nenhum dos prontuários

clínicos ou nos registros do livro do bloco cirúrgico obstétrico, nos dois hospitais em que se coletaram os dados. Igualmente, nas entrevistas, nenhum dos profissionais mencionou o uso medicamentoso isolado, apenas de forma antecedente ao uso da curetagem ou aspiração.

Observou-se também que a técnica medicamentosa é utilizada, de forma complementar, nos casos de aborto incompleto sem dilatação do colo do útero, para que este seja dilatado antes dos procedimentos de D&C ou da AMIU. Igualmente, não se identificou nenhum profissional médico que tenha indicado o uso da conduta expectante conforme recomendado pela OMS, pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASCO.

A alteração na escolha dos procedimentos, no contexto da pandemia de Covid-19, somente foi identificada, segundo o relato de uma enfermeira, na manipulação da ventilação respiratória para os casos de anestesia geral em resguardo à saúde dos profissionais de saúde. A equipe do hospital A passou a eleger a anestesia raquidiana ao invés da geral, na qual a manipulação das vias aéreas era imprescindível e, dessa forma, um importante canal de transmissão de gotículas, portanto, uma via de contágio do vírus da Covid-19. Foi também percebida pela análise documental que revelou a alteração no quantitativo de AMIU no ano de 2020 no hospital B se comparado ao cenário de 2019 em que a D&C figurou em 100% dos casos atendidos.

Essa amostra revela ainda a necessidade de uma política institucional local de enfrentamento a pouca eleição técnica de prática benéfica aos direitos reprodutivos das mulheres, por meio de uma gestão ativa que mapeie os profissionais de saúde e acompanhe a realidade para promover a alteração do cenário das práticas de esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre. Isso permitirá monitorar, a partir de um plano de trabalho de curto prazo, a substituição da prática obsoleta pela recomendada, com vistas à redução de riscos, à máxima eficácia do procedimento eleito, ao menor tempo de internação hospitalar e ao uso racional de insumos

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA JUNIOR, E. C.; SANTOS, J. L. B. S.; SANTOS, M. M. F. et al. Incidência das mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento no serviço de saúde pública. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. 3, 2021.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Coimbra: Gráfica Coimbra, 2010.
- BERER, M. Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 5, p. 580-590, 2000.
- BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [on-line], Botucatu, v. 25, suppl. 1, e200762, 2021.
- BRASIL. Norma Técnica. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.
- BRASIL. **Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde Materno Infantil. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_avaliacao_conduta_abortamento_2ed.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.
- CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública** [on-line], São Paulo, v. 36, suppl. 1, e00188718, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>. Acesso em: 3 maio 2022.
- FEBRASCO. **Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da COVID-19**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.febrasco.org.br/pt/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 8 nov. 2023.
- FIOCRUZ. **Método de Aspiração Manual Intrauterina AMIU: quando e como fazer**. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/48044/2/AMIUquandoecomofazer.pdf>
- HOLANDA, A. A. R.; FREIRE, H. P.; SANTOS, D.; BARBOSA, M. F. et al. Tratamento do Abortamento do primeiro trimestre da gestação: Curetagem versus Aspiração Manual a vácuo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – RBGO**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 271-276, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/wXxB3NjdGxQ4Skj9RgHfR9q>. Acesso em: 5 maio 2022.
- MORRIS, J. L.; WINIKOFF, B.; DABASH, R. et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 138, n. 3, p. 363-366, 2017.
- OLIVEIRA, M. T. S.; OLIVEIRA, C. N. T.; MARQUES, L. M. et al. Factors associated with spontaneous abortion: a systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [on-line], Recife, v. 20, n. 2,

p. 361-372, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>. Acesso em: 3 maio 2022.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes sobre cuidados no aborto resumo.** África: Organização mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240045163>. Acesso em: 12 set. 2022.

PEREIRA, P. P.; OLIVEIRA, A. L. M. L.; CABAR, F. R. et al. Tratamento do abortamento incompleto por aspiração manual ou curetagem. **Revista da Associação Médica Brasileira** [on-line], São Paulo, v. 52, n. 5, p. 304-307, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000500015>. Acesso em: 23 ago. 2022.

RIBEIRO, J. F.; RODRIGUES, C. O.; BEZERRA, V. O. R. et al. Caracterização sociodemográfica e clínica da parturiente com pré-eclâmpsia. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 9, n. 5, p. 7917-7923, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10542/11451>. Acesso em: 18 abr. 2023.

ROSAS, C. F.; PARO, H. B. **Serviços de atenção ao aborto previsto em lei:** desafios e agenda no Brasil. São Paulo: Cfemea/ SPW, 2021. Disponível em: https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2021/02/Texto-Cristiao-e-Helena_Final_26fev-1.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.

SACILOTO, M. P.; KONOPKA, C. K.; VELHO, M. T. C. et al. Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**

[on-line], São Paulo, v. 33, n. 10, p. 292-296, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001000004>. Acesso em: 7 maio 2022.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Maternal mortality by Covid-19 in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, p. 253-6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>. Acesso em: 6 jun. 2022.

CUIDANÇAS NÃO FARMACOLÓGICAS:

A TRAVESSIA DE UMA TERAPEUTA POPULAR PELA SINDEMIA DE COVID-19

George Luiz Nêris Caetano

Rosamaria Giatti Carneiro

RECAPITULANDO A HISTÓRIA

Nos últimos anos, entre 2016 e 2022, o Brasil experimentou o armamento da desinformação e a desacreditação da ciência, tendo sido entregue ao obscuro caminho do extremismo político, ideológico e religioso. Sem aviso prévio, vimo-nos cercados de tribunais de exceção, quando leigos assumiram o papel de magistrados e, na contramão da democracia, elegeram para si um falso messias, detentor de um poder absoluto que ansiava exorcizar o “fantasma comunista” no Brasil.

Fizeram-nos crer que a Covid-19 era apenas uma “gripezinha” e que havia graça, e até certo exagero, nas notícias recorrentes sobre a falta de leito nos hospitais públicos e privados, subestimando o uso de máscaras e criticando medidas profiláticas, como o isolamento social. De repente, o trabalho científico de décadas transformou-se em um factóide boçal, de modo que mais valia o texto enviado nos grupos de aplicativos de mensagens instantâneas, do que os estudos e as orientações de especialistas em saúde. Fizeram-nos “maricas” e nos mandaram para “Cuba”, despatriados e largados à própria sorte.

E, se antes nos orgulhávamos da erradicação da extrema pobreza, passamos a nos escandalizar com as repetidas cenas de famílias inteiras garimpando sacos de lixo ou restos de ossos em frigoríficos, buscando, entre os resquícios de dignidade humana, o alimento que outrora lhes era dado como um direito. Se antes tínhamos a virulência mutável e descontrolada, deparamo-nos com a fome, o ódio, o desemprego e o discurso néscio de uma utopia maquiavélica contra a vacina, mas muito mais grave, contra o direito de viver.

Editaram a nossa história, quando o golpe virou revolução e a cloroquina a solução. Receitaram-nos o uso *off-label* de fármacos e terapias, não por meios científicos e confiáveis, mas pelo mero e puro achismo. Já não restavam mais dúvidas, pois estávamos diante de uma encruzilhada, povoada por atravessamentos que excediam o redutivo conceito de pandemia, que se mostrou densa e complexa o bastante para ser renomeada como sindemia, por não se tratar apenas de uma urgência em saúde pública, mas se desenrolar em contextos sociais, políticos e econômicos tão incapacitantes quanto o adoecimento por Covid-19.

E é justamente nesse cenário de tantas incertezas e devaneios que se desenrola esta pesquisa. Realizada durante os dois últimos anos entre as vielas da maior comunidade periférica horizontalizada do Brasil, possivelmente da América Latina, o objetivo é acompanhar uma terapeuta popular em seu dia a dia, observando suas [re]invenções para promover cuidados à saúde à sua comunidade, dentro de suas limitações técnico-operacionais, mantendo-se fiel, ou não, àquilo que lhe confere o aspecto de memória oral-ancestral, popular e gerida em outra perspectiva epistemológica, agora contra-hegemônica e antirracista.

Na melhor das hipóteses, este seria um capítulo para narrar como foi possível manter os costumes e as tradições voltadas à cura baseada nos saberes, fazeres e práticas populares. Porém, temos aqui um achado metodológico importante sobre os desafios de etnografar, em não aceitar que o outro, o informante, seja apenas mais um elemento metodológico, mas que componha a narrativa, tomado de autonomia e criticidade de ser e estar construindo o saber, de resistência e luta contra o orquestrado genocídio e epistemicídio que lhe abate diariamente.

Desta forma, este é um produto etnográfico, emergido não apenas no território de uma terapeuta popular, mas entrelaçado aos miúdos de sua formação identitária, pondo em destaque a sua própria casa, onde sente, vê e percebe os desafios e as releituras acerca dos significados sociais que se desenrolavam à sua volta.

Abrimos, assim, a nossa “gira” dialógica, a partir da compreensão do método etnográfico, do acerto e do desacerto, durante a nossa permanência em campo que, na verdade, resultou ser a casa da interlocutora, tão formadora de identidade e de tecidos sociais quanto os demais espaços presentes em seu itinerário identitário, nesta andança etnográfica.

Em outro momento, propomos comentar, a partir dos fios cedidos por Silvia Guimarães, Soraya Fleischer, Rosamaria Carneiro e Sônia Maluf, a grandeza do sistema terapêutico popular de saúde, onde reside o terapeuta popular, figura estratégica em muitos territórios para a manutenção do cuidado à saúde, principalmente na ausência do Estado e de seus instrumentos para operar um atravessamento sindêmico satisfatório e menos deletério possível.

Desse mesmo fio, ao observar os itinerários não farmacológicos de cuidado à saúde durante a sindemia de Covid-19, dialogamos com experiências e narrativas advindas do campo, presentes em momentos singulares daqueles que atravessaram a sindemia de outra forma, desaguando nas estratégias e atravessamentos do pensar e fazer saúde.

QUEM VEM LÁ?

“Quem vem lá?”, perguntou Mãe Batá ao nos receber em seu portão. Uma pergunta simples, mas cheia de significados. A história da árvore na Costa do Benin, onde os escravizados eram obrigados a dar voltas para “perder a memória da vida livre” (CAPUTO, 2012) é um exemplo marcante da forma como a opressão e a violência são utilizadas para controlar as pessoas e suas sociabilidades. Esse ato simbólico de perda de memória é uma forma de apagar as histórias e as raízes dos escravizados, forçando-os a adotar uma nova identidade imposta pelos seus opressores.

Conta-se que na costa do Benin, mais precisamente em Wuidá, onde se localizava um dos grandes portos de embarque dos escravizados, havia uma grande árvore, ao redor da qual essas pessoas, após uma caminhada noturna de cinco quilômetros, eram obrigadas a darem voltas – mulheres davam sete voltas e homens, nove voltas – supondo-se que, simbolicamente, esse ato as faria perder a memória deixando para trás sua identidade cultural, suas origens e seu passado (KIMURA; MENDES, 2021, p. 238).

“Quem vem lá?” não se refere apenas ao corpo físico que transita pelo território, mas também ao território identitário. É o questionamento verificador de quem procura saber da identidade do outro, de maneira física e espiritual, expresso por sua memória ora-ancestral no contato com o meio, o território, e que representa igualmente um campo de pesquisa a ser investigado.

“Quem vem lá?” não cabe no Lattes, pois não se resume à pesquisadora em campo. Trata-se de quem entende, de igual forma, que:

O lado forte da etnografia não é pleitear a causa nativa dentro das estruturas vigentes de poder (esse pleito é uma causa importante, mas a etnografia, tal como a conexão, não é a arma mais adequada de luta). É, antes, provocar uma reconfiguração das próprias narrativas hegemônicas que tanto contribuem para a perpetuação dessas estruturas. Com a produção de cenas e subjetividades “outras”, isto é, que escapam às lógicas previstas da modernidade hegemônica, obriga o leitor a repensar seu próprio sistema de classificação (FONSECA, 2010, p. 213).

Mas qual a necessidade de darmos resposta aqui à pergunta da interlocutora? Há quando o requisitado é parte de um acordo de convivência entre o pesquisador e a colaboradora. E é possível ir além quando se descobre que a interlocução é partícipe da memória ora-ancestral de quem vai nos receber por um longo período em sua casa. E que, ao fazer da interrogação algo repleto de sentidos outros, conforme vai se revelando ao longo das visitas, isso significa e ressignifica a relação da densa e extensa rede de sociabilidade que a terapeuta popular constrói na promoção de cuidado à saúde:

“Para você ver, meu filho! Quando eu morava no interior, você chegava na casa de alguém e, naquela época não tinha isso de portão de ferro nas casas, não, era tudo aberto, e você ia entrando, e lá do quintal a dona da casa gritava: ‘quem vem lá?’. Hoje nem tem mais isso. Tem o portão que te impede de entrar, não é? Eu gosto de perguntar, me faz sentir que não estou presa, parece que viajo no tempo, você acredita, menino? Não vai colocar aí que eu sou louca, hein? [fala gargalhando]. Tem história que somente gente velha vai entender. É besteira para uns, mas me faz lembrar donde vim. Eu quero saber quem vem até a minha porta, mas quem lida com energias, como a gente, não está perguntando por perguntar, pergunta para as Almas, pergunta para o Povo da rua. Vem com maldade? Vem com boa companhia?” (Mãe Batá, 2021).

E quem é que nos coloca a indagação? É a Cozinheira no Salão Paroquial. É possível achá-la também como a Madrinha do Bigorna, ou então, Tia do Doce, Dona Maria das Farinhas, Marcelina das Jacas ou a Tia das Costuras de Quadrilha. Um nome é algo que não faltará para a mesma pessoa, embora, em cada contexto e situação, haja uma recepção específica para o interessado.

De todo modo, trata-se de uma mulher em constante expansão de seu afeto, que sabe dar uma narrativa aos fatos invisíveis da comunidade e que costura bem os retalhos de cada pessoa que a constrói enquanto zeladora de Orixá. Mãe Batá é um misto denso, emocionado e sincero da realidade periférica do Distrito Federal, distante da atenção do Estado que privilegia outras regiões da cidade. Não espere de Mãe Batá muita objetividade nas falas, atos ou gestos. Como mulher iniciada no candomblé de Ketu, é alguém que dá tempo ao tempo, que se apega ao analógico, que narra meio mundo de causos para não dar satisfação do segredo que carrega sobre o seu sistema tradicional de saúde.

A participação de Mãe Batá (nome que usa no terreiro e que elegeu como forma de tratamento para esta pesquisa) é um resgate histórico da própria composição da Ceilândia, região administrativa do Distrito Federal. Sua casa está na Zona Rural, uma região que abriga plantações e vastas áreas arborizadas e de mata virgem, quase fazendo divisa com o estado de Goiás. Em um terreno com inúmeras árvores sacralizadas, Mãe Batá conta com uma infraestrutura simples, tendo construído ali um barracão de candomblé que se funde à sua própria casa, fato que a coloca imersa em sua religiosidade, de maneira constante:

“Quando cheguei aqui era barro, mas era tanto barro que dava para dar e vender, se quisesse. Esta parte toda aqui atrás [fala apontando para trás do muro, no sentido norte] era só mato, que o povo usava para desovar corpos. Tinha de tudo aqui, ainda tem se você procurar. Mas a vida tem sentido pra tudo, menino. Vê só, você chegar nessa rua, toda esburacada, com casas bonitas no começo e outras arrumadinhas no meio, mas é no final dela que você encontra um terreiro, quase que escondido. O que é final para uns, é recomeço para outros. Também sou filósofa, não está vendo? [gargalha ao final]. A vida não é fácil para quem nasce preto e pobre, todo mundo sabe disso. Mas olhe só, estou viva. Isso significa que eu contrariei a lógica de alguém, não é? A pessoa que chega num lugar como este vem pensando que aqui só tem gente do mal, mas não, meu filho, aqui tem trabalhador, gente que mata um leão, um dragão, um urso e o que mais for preciso para voltar vivo para casa” (Mãe Batá, 2022).

Tida como uma liderança comunitária, M. M. S. N. informa ter 55 anos, embora tenhamos descoberto, alguns meses depois, ter 68 anos, que se autodeclarava negra e atuava como ialorixá, vulgo Mãe de Santo, na maior favela horizontal do Brasil¹. É uma senhora de voz firme e estridente, incrivelmente acolhedora e protetora. Gosta de samba e quando canta, para os mais desavisados, passa facilmente a impressão de estar dublando a cantora Alcione, fato que a faz gargalhar sempre que alguém comenta a semelhança. Tem ensino médio completo, mas, em termos de conhecimento empírico do culto afro-diaspórico, é uma verdadeira doutora. Gosta de celebrar a vida cantarolando ora cantigas de candomblé, ora músicas seculares. Seu trabalho com a religiosidade africana molda o seu próprio corpo, imprimindo nele trejeitos, como a “quebrada” no ombro para enfatizar algo ou a forma como anda quando reflete sobre alguma demanda do lar, com o andar arrastado, a mão direita na cintura e a esquerda colada ao queixo, com destaque para as unhas sempre longas e o esmalte de cores vibrantes.

A relação com o nome também é algo muito próprio para Mãe Batá. Alguns a conhecem como a Rezadeira, ou então, a Benzedeira, a Vendedora de ervas, a senhora que prepara refeição em eventos (que trabalhou como merendeira por muitos anos) ou a “baiana”, mesmo não tendo nascido na Bahia. Para cada pessoa com quem tem contato, Mãe Batá oferece uma fração de si, uma porção de sua essência. E essa divisão passa a fazer sentido quando, por exemplo, seus filhos de Santo se reúnem e cada um tem dela um fragmento de memória construído em algum contato, direto ou indireto, mas que faz parte de um itinerário terapêutico que atravessou a vida dessa mulher, promotora de cuidados à saúde.

“Olha, meu filho, eu posso dizer que sou parteira, mas nem se vê mais isso hoje em dia. Antigamente a gente via parteira, hoje, ouvi dizer, é até proibido em alguns lugares. Não sei se é verdade, mas eu fico com medo. Pelo sim, pelo não, coloca aí que sou parteira. Benzedeira, isso aí pode colocar sem medo, benzo de tudo! Menino, coloca aí também que sou rezadeira. Tem diferença entre benzedeira e rezadeira. Eu aprendi as duas coisas. Mas sabe uma coisa [fixa o olhar em uma das árvores sacralizadas no quintal, como se esperasse de mim uma resposta], eu não acredito que você, colocando aí que eu sou isso ou aquilo, faz muita diferença não, sabe? Quem se preocupa com título são vocês da universidade, aqui, na vida real, o povo quer saber quem

1 A afirmação foi feita por Paim a partir de análises realizadas em sua pesquisa de mestrado intitulada “Percurso infantil no Sol Nascente (DF): Narrativas sobre o território”, de 2019, pela Universidade de Brasília.

vai resolver o problema, se tem nome ou não tem, pouco vai importar, o importante é fazer dar certo. Depois você coloca aí que eu sou benzedeira e aparece aqui o sindicato das benzedeiros de Brasília [fala em tom irônico], cobrando imposto disso ou daquilo. Quando der fé, está é o Governo dizendo como que benze, se pode ou não pode usar água da torneira, se tem que lavar a erva e se você não fizer do jeito que mandarem, toma-lhe multa! Gente que nunca passou pelo processo quer dar aula de como é que se faz” (Mãe Batá, 2022).

ANDANÇAS METODOLÓGICAS

A experiência de realizar uma pesquisa em campo durante a sindemia de Covid-19 seria, por si só, um elemento de debate e reflexão suficiente para preencher laudas e mais laudas. Inúmeros estudos, pesquisas e trabalhos surgiram nesse período, sendo relevantes as considerações acerca do contexto global no momento da emergência sanitária, ponderando acerca do conceito de pandemia, e os desdobramentos que a resposta a ela representa efetivamente para a população. Logo, faz-se necessário um primeiro alinhamento, pois aqui consideramos a pandemia como uma sindemia, ao entendermos que:

Uma pandemia é, então, um evento múltiplo. Os surtos que o constituem nunca são iguais. Cada um deles pode ter intensidades, qualidades, formas de agravo, prevalência e de contenção que são muito particulares. Há distinções socioeconômicas, culturais, políticas, ambientais, coletivas ou mesmo individuais que tensionam a homogeneidade do risco, da doença e do cuidado. Há formas de estabelecer alguns padrões, como por exemplo, a identificação do agente patógeno e a compreensão de sua mecânica biológica de infecção. Mas, de um ponto de vista antropológico, um vírus sozinho não faz pandemia, tampouco explica a doença que pode resultar do contato com ele. Há sempre um emaranhado mais ou menos contingente que estabelece condições favoráveis para que um evento como este ganhe forma, extensão e intensidade. Então, falta d’água em inúmeras comunidades faz pandemia. Negacionismo e *fake news* fazem pandemia. Racismo estrutural e ambiental, desigualdades de gênero e falta de acesso a direitos fundamentais fazem pandemia. Uma economia precária, que impede que toda a população se isole e viva o tempo do cuidado com segurança, faz pandemia. Ônibus lotado, linhas de produção a todo vapor, comércio aberto. A lista é grande e o vírus é só um dos itens dela (SEGATA, 2020, p. 8).

Desta forma, pensar em sindemia, à luz de Horton (2020), é concordar com o entendimento de Segata (2020), que corrobora a existência de outros atravessamentos para além do vírus, que devem ser lidos e explorados para se que possa compreender, de fato, o que atravessamos, enquanto humanidade, nos últimos anos. Ademais, compreendemos que o itinerário de pesquisa se trata de uma narrativa importante dentro do microuniverso que criamos, estando relacionado aos desdobramentos que acompanham tanto o campo quanto o produto que dele possa se projetar.

Iniciamos o contato com as interlocutoras, uma participante e duas desistentes, em janeiro de 2021, indo até maio de 2023. Inicialmente, realizamos encontros virtuais frustrados, que não responderam à expectativa de laços ou dados significativos. Ainda em 2021, em meados do mês de agosto, iniciamos as visitas presenciais, seguindo um rígido protocolo de biossegurança. Há um hiato de quase oito meses do virtual ao presencial. Nesse período realizamos incontáveis anotações em um caderno, o famigerado diário de campo ou diário de pesquisa, de onde retiramos os miúdos que dão alma e pulso para esta pesquisa.

Em todas as notas de campo, o diário nos foi providencial, pois permitiu perceber que o trabalho etnográfico tem, por essência, o dever de desnudar, termo emprestado da pedagogia freiriana quanto ao entendimento da elite sobre a resignificação da historicidade comunitária e popular, da própria leitura de mundo, do mundo real – não o mundo teorizado entre quatro paredes. Jean Segata e Juliara Borges Segata discorrem sobre a importância da releitura dos processos de adoecimento, cujo protagonismo da Antropologia da Saúde é crucial:

Aquele vocabulário elitista e tecnocrático da Saúde Global que reduz a complexidade dos processos de saúde, doença e cuidado a indicadores objetivos, transculturais e pretensamente universalizáveis foi sutilmente incorporado ao nosso cotidiano. Mas, tem também as “histórias com gente”. É o caso daquelas que nos interessam na antropologia. Nelas, pandemia não é assunto de agente patogênico em si. Importam os efeitos que eles produzem nas nossas relações, identidades e trajetórias. Mais além do vírus, os gestos e atenções; as decepções e esperanças; as invisibilidades e exclusões, mas também a força e a resistência. É a pandemia em raça, gênero, território e ambientes, das lutas de ontem e do tempo presente, dos vínculos parentais, das redes de cuidado (SEGATA *et al.*, 2021, p. 12).

Cabe responder de quem se quer ver o desnudo. Aponta-se o terapeuta popular, ator que não concebe o cuidado em saúde de forma isolada, sendo essa a grande cosmologia do conceito cunhado por Guimarães (2017) e percebido por seus incontáveis orientandos de graduação e pós-graduação. Vemos que o terapeuta popular é aquele que alimenta uma rede, que fortalece um sistema orgânico, ecológico e autossustentável do fazer e praticar o cuidado na dialogicidade do outro, a partir de si. Ou seja, é a figura central do que concebemos ser o Sistema Terapêutico Popular de Saúde.

Com esse breve encaminhamento sobre as “cuidanças”, trocadilho entre “cuidado” e “andança”, e que serve para pensar o cuidado no território, promovido por ele próprio, não ignoramos a percepção do uso de fármacos no território observado, mas contemplamos, com entusiasmo, uma resposta natural e fitoterápica que tem alcançado uma maior cobertura e adesão. E essa mesma resposta se coloca como contraponto à mercantilização da saúde e ao abuso do sistema capitalista, predatório e imperialista, que ousam pensar ser a única solução para o caos proposital, não sabendo que é “no vento, que se cria redemoinho”, pois lá mora a ancestralidade, que mostra caminhos, respostas, soluções e estratégias para os descendentes.

Para o pesquisador, hoje enfermeiro, Vítor Lúcio Ferraz de Araújo, os terapeutas populares:

são aqueles inseridos em contexto popular que vivenciam práticas terapêuticas, que são passadas de geração em geração e que utilizam de unidades perceptuais para construir seu conhecimento, isto é, partem de um conhecimento a partir do corpo e suas sensações. Também estão inseridos em contexto religioso, envolvendo a espiritualidade dos sujeitos e grupos sociais, e em contraposição a poderes e saberes hegemônicos, como o biomédico. [...] As noções de saúde-doença locais são relevantes para entender quais artifícios são usados para curar e cuidar dos sujeitos sociais que as procuram, sempre visando as necessidades da comunidade. Nesse sentido, é possível perceber que os terapeutas populares lidam no contexto da promoção de saúde. [...] As terapeutas populares atuam também na prevenção de adoecimentos. Esse ofício é fundamentado nos saberes subjetivos e compartilhados localmente. Portanto, varia de acordo com cada contexto social e interação com os biomas (cerrado, floresta amazônica, caatinga), pois a ambiência do bioma e interação com fauna e flora pautam a agenda dessas terapeutas. No conhecimento popular, cada pessoa é vista de forma integral, o que permite um maior entendimento sobre suas necessidades (ARAÚJO, 2018, p. 8-9).

O argumento de Araújo (2018) serve como um norte para entender que não se trata, ao falar de nossa interlocutora que será apresentada mais adiante, que ela seja apenas uma benzedeira, ou então, uma parteira, rezadeira, raizeira etc., mas sim de uma terapeuta que dialoga com várias práticas voltadas à cura e que adota para si uma cosmologia própria, alternada entre saberes-fazer-práticas que dialogam com a sua fé, casa, espaço, território e conhecimentos acumulados no decorrer de sua jornada e do contato com o grupo e o meio onde está inserida ou já esteve em contato.

Acima de conceitos acadêmicos ou teorias antropológicas, essa terapeuta popular é uma figura social que, ao promover o cuidado à saúde, compreende que é preciso ir além do sistema biomédico ou do próprio sistema tradicional de saúde onde se insere. Por consequência, seu olhar se volta à integralidade da necessidade do outro que, se tem fome, sacia; se tem frio, aquece; se sente tristeza, anima. Essa é uma característica importante para a definição da interlocutora e que diz muito sobre a forma de pensar o processo de adoecimento-cura em seu ofício:

Pode-se observar que nas relações de cuidados estabelecidas por elas existem diferentes formas de afeto, abraçam quem precisa de sua ajuda, acolhendo a carência humana dentro do contexto real da necessidade, laços que se unem de diferentes formas e assemelham-se por ter o mesmo fim (GUIMARÃES, 2017, p. 68).

O cuidado para o terapeuta popular está posto em um lugar de afeto, de atenção e de sentimentos positivos. É uma resposta natural para quem acredita em retornos energéticos. Do menor símbolo ao maior ato, o cuidado está expresso em miúdos, assim que deve ser visto com delicadeza e fora da lógica capitalista e racional, pois, caso contrário, passará despercebido.

A antropóloga e pesquisadora Sônia Weidner Maluf entende essa atenção pelo “miúdo” como um signo próprio do sistema de cuidado à saúde, sendo uma lógica que reflete aspectos culturais e valores ligados à fé de quem oferta ou recebe o cuidado:

Todo trabalho terapêutico e espiritual implica a produção do espaço e um cenário adequados. As maneiras de arrumar o espaço, de usar os objetos rituais ou de ritualizar a sessão também variam, dependendo do estilo de cada terapeuta e das regras rituais. A organização de todas essas atividades tem em comum, no entanto, a

preocupação de criar um espaço simbólico não-cotidiano e possibilitar uma atitude corporal favorável e um procedimento ritualístico (MALUF, 2005, p. 502).

E quando Sônia Maluf fala sobre comunidades periféricas que adotaram sistemas de autogestão da crise, já que o governo estava preocupado em criar *fake news* e desestabilizar o país ao máximo, vemos emergir a terapeuta popular *in loco*, coordenando a distribuição de cestas básicas, de vale-gás e de marmitas prontas, e participando no rodízio de pessoas para ir à UBS pegar medicamentos, na distribuição de xaropes caseiros para determinados sintomas leves da Covid-19, no monitoramento de casos de violência doméstica e na criação de linhas de crédito. Tem-se o encontro da teoria com a prática, da letra fria com a vida pulsante.

Percebe-se, em um primeiro momento, que não estamos diante de uma simples urgência sanitária, mas sim de um denso e complexo aprofundamento da determinação social do processo de saúde e doença, o que eleva o cenário global ao nível de sindemia, no qual se destacam os agentes populares promotores de cuidados à saúde em territórios periféricos, como os terapeutas populares, cuja atuação vai de encontro à necessidade de intervenções não farmacológicas, afetivas e identitárias para o fortalecimento daquilo que Guimarães (2017) denomina de “rede de sociabilidade”.

O território é, então, o sagrado do outro, a casa. Antes de mergulharmos no material coletado, nas narrativas e histórias ditas na cozinha da casa privada, é preciso pedir *Àgó onilé o*, isto é, com licença, ao dono da casa, expressão em yorubá que representa o respeito com que esta pesquisa pretende falar de uma senhora negra e periférica. Não há qualquer pretensão de romantizar a pobreza alheia, nem de torná-la potencialmente dramática e cinematográfica, mas sim de colocar em quantas linhas for preciso o discurso narrado por quem está na linha de frente da ausência do Estado, no enfrentamento direto à necropolítica de genocídio do povo negro e no desenho de estratégias de cuidado em saúde em lugares cuja ação governamental é ineficiente ou precária.

Referimo-nos a casa na perspectiva de espaço correlacionado à percepção de território. Compreendemos o termo espaço como um conceito relacional e multidimensional articulado às dimensões sociais, culturais, políticas e econômicas de determinada comunidade. Essa abordagem do espaço tem como base a ideia de que ele é construído e significado pelas práticas sociais e culturais dos indivíduos em relação aos outros e ao mundo que os cerca. Neste sentido, o espaço não é apenas um lugar físico, mas também um espaço

simbólico, carregado de significados culturais e históricos construídos e reconstruídos a partir das práticas cotidianas dos indivíduos e das coletividades.

Para Milton Santos (1986), um dos principais pensadores da geografia crítica, o espaço deve ser visto como um elemento central na compreensão das dinâmicas sociais e culturais das sociedades. Segundo o autor, o espaço não é apenas um lugar físico, mas também uma estrutura do simbólico, carregado de aspectos territoriais que corroboram para a territorialidade individual e global. Desta forma, o espaço é entendido como um produto social, resultado da própria sociabilidade que se estabelece em determinado lugar.

Mas ainda restaria a figura da casa, assim que: por qual razão pedir licença para adentrar em uma casa, na qual fomos convidados para tal? De que casa estamos falando? O antropólogo francês Marc Augé (seminal para a Antropologia) desenvolve em seu livro o conceito dos *Não-Lugares: Introdução a uma Antropologia da Supermodernidade* (1994). Para ele, os não-lugares são espaços que representam a ausência de identidade cultural e simbólica, utilizados de forma transitória e anônima pela sociedade contemporânea, como a realidade virtual.

Já a casa, elemento que ainda apresentamos para compreender o território, é vista por Augé (1994) como um lugar de manifestação identitária própria e fundamental para a compreensão das relações sociais e culturais estabelecidas em uma sociedade. É um espaço utilizado de forma dinâmica para expressar a territorialidade, pavimentada pelas intersecções identitárias daqueles que a ocupam.

Ao narrar o itinerário terapêutico de suas interlocutoras, Fleischer (2018) vai de encontro ao concreto e simbólico da casa, pois é a partir desse lugar antropológico que ocorre o desdobramento da percepção de adoecimento-cuidado-cura nas narrativas etnográficas apresentadas pela autora. E ela também parte de suas próprias casas, a universidade (casa do saber científico-acadêmico) e a casa onde forja sua identidade singular e coletiva com seus entes (lugar no território).

Logo, a casa está inserida em um território que significa um espaço simbólico refletor das relações sociais e culturais maximizadas e estabelecidas em uma sociedade. O território, por sua vez, de acordo com Augé (1994), é um espaço moldado pelas relações de poder, gênero e classe presentes na sociedade, e que expressa as identidades culturais e as formas de organização social em um nível macro.

Conceição Evaristo oferece um claro exemplo do vínculo identitário associado ao concreto e simbólico da casa, enquanto lugar antropológico, ao

citar que, estando em uma nova casa, se assustou com a perda da memória acerca da cor dos olhos da mãe (EVARISTO, 2016). Sua inquietação somente foi sanada quando fez o caminho inverso da vida, regressando à casa da mãe, lugar gestacional de sua identidade.

Há muito o que se dizer sobre o relato de Evaristo, mas, em poucas palavras, notamos a perda da identidade naquilo que Augé (1994) denomina de “não-lugar”, em cujos desdobramentos está o não pertencimento. Muito mais chamativo é a busca pelo referencial ancestral, pela figura que se associa a casa e que representa uma espécie de útero. Não se trata apenas da cor dos olhos da mãe, mas da exaustiva procura por si, a partir do outro.

Rosamaria Carneiro, em suas cartas, faz menção ao cotidiano na casa, durante a pandemia de Covid-19. Novamente, esse espaço é repleto de desdobramentos, ocupando o lugar de proteção e afago, ou então, de estresse, cansaço e sobrecarga. Carneiro (2021) resgata o vínculo com o concreto e o simbólico presente na casa física, estrutura palpável, e na casa metafísica, espaço-lugar-territorialidade forjador da identidade da mãe em pós-parto, da pesquisadora sobrecarregada, da mulher livre que se vê confinada. A casa, diz a autora, é o espaço que “inventa a vida” que, por sua vez, é o objeto de trabalho da etnografia.

Desta forma, os conceitos postulados sobre casa e o território se correlacionam, fundamentando a forma do pensar etnográfico, que parte do micro para o macro, endossando o processo de promoção de cuidado à saúde, com base na oralidade e ancestralidade de quem se propõe a contrariar o modelo biomédico de assistência. A casa é um espaço sacralizado (VERGER, 1992), a partir da narrativa ancestral que a torna um templo da vitalidade propulsora do elo entre os De Cá e os De Lá, mas, principalmente, entre o mundo interno, concebido na particularidade do processo saúde-doença, e a percepção do todo, coletivizado na dialogicidade do afeto em comunidade.

Qual o sentido de tantas linhas acerca da casa? De fato, o questionamento é válido, principalmente quando se compreende, nesta pesquisa, que o conceito de território é indissociável do conceito de casa. A metodologia etnográfica requer um campo para a coleta de dados, mesmo que esse campo seja a própria casa, como no caso de Rosamaria Carneiro, que viu em sua casa um lugar antropológico e etnográfico, de ressignificações do momento sindêmico e de igual potencial de adoecimento ou promoção de cuidados em saúde. Carneiro (2021) é um bom exemplo de como *tornar exótico o familiar*, invertendo o raciocínio clássico de *tornar familiar o exótico*. É dessa linha de partida que a nossa relação com a interlocutora se estabelece.

ITINERÁRIOS DA PESQUISA

O itinerário de uma pesquisa está intimamente relacionado à dialogicidade crítica do pesquisador com sua investigação, sem perder de vista a historicidade e a criticidade que deve incidir como método (CAPUTO, 2012; CARNEIRO, 2005; PACHECO, 2016). Deixar se afetar por aquilo que se busca achar, sem antes projetar no campo qualquer previsibilidade ou padrão, torna-se uma máxima considerável para quem pretende etnografar. Ao visitarmos o texto canônico de Roberto DaMatta, pavimentamos os itinerários desta pesquisa, levando em consideração as recomendações de que:

para distinguir o piscar mecânico e fisiológico de uma piscadela sutil e comunicativa, é preciso sentir a marginalidade, a solidão e a saudade. É preciso cruzar os caminhos da empatia e da humildade (DAMATTA, 1978, p. 34).

DaMatta (1978) fala sobre a necessidade do estranhamento para uma melhor observação, indispensável para quem se propõe a etnografar a partir da própria realidade. Consideramos a observação importante, quando vemos na prática a sua razão, mas questionamos se ainda teria o mesmo produto uma pesquisa cuja relação pesquisador-interlocutor estivesse embasada na ótica do exótico, por quem observa, dado que as relações extrapolam o limiar da pesquisa e colocam os participantes em proximidade involuntária, mesmo que provocada pelo contexto. Mas como estranhar o outro, uma vez que, para ele próprio, podemos ser estranhos? A anotação a seguir, presente no diário de campo, dialoga com essa inquietação:

“Sinto que, por vezes, estou perdido na pesquisa, ou até mesmo que ela já não faz muito sentido para mim. Tenho andando em círculo, diriam os mais sagazes do método etnográfico. Primeiro, o verdadeiro fracasso com a metodologia remota, ora, onde já se viu querer captar a memória ora-ancestral por meio da tela fria do celular. Literalmente, não foi algo bem-sucedido. Segundo, o contexto e cenário em que estamos imersos no Brasil, o que me fez lembrar do livro *A Revolução dos Bichos*, de George Orwell, uma verdadeira alegoria política que retrata a ascensão da tirania passivo-agressiva num território vulnerabilizado. Embora seja um livro escrito na década de 1940, ele tem uma relevância atual, especialmente durante a sindemia do Covid-19 e no contexto brasileiro. As-

sim como na história da fazenda dos animais, narrada por Orwell, em que os porcos se tornam os líderes e prometem igualdade e liberdade para todos, mas acabam se tornando tão corruptos quanto os humanos que antes os exploravam, a sindemia de Covid-19 expôs a corrupção e as desigualdades presentes em muitos sistemas políticos e sociais e, a atenuação da crise, tornou-se, na verdade, um agravamento desenfreado. Os governos e líderes prometeram proteger e cuidar de seus cidadãos, mas muitos falharam em cumprir essas promessas. A sindemia revelou as desigualdades nas áreas da saúde, educação e trabalho, evidenciando como muitos sistemas são projetados para beneficiar apenas uma pequena elite em detrimento da maioria. Além disso, assim como os animais na fazenda, muitos indivíduos foram manipulados por informação e desinformações, tornando-se vulneráveis a políticas e decisões que não beneficiam a todos. A desinformação e a falta de transparência na gestão da sindemia têm levado muitas pessoas a acreditarem em teorias da conspiração e a se recusarem a seguir as recomendações de saúde pública, prejudicando a saúde coletiva. Na fábula, com animais falantes e sociáveis, Orwell narra que havia um quadro negro expondo as regras de convivência entre os animais, uma espécie de ‘Constituição Federal’ da bicharada que, a depender do humor ou do interesse dos porcos, sofria alterações esdrúxulas e discrepantes. A arte imita a vida, ou a vida imita a arte. Decretos redigidos e normas revisadas. A própria sindemia é um fator de atravessamento na metodologia que, se reinventa e se readéqua à pseudo nova realidade que se ergue na sociedade brasileira, agora antivacina e repleta de factoides desconexos com a realidade global” (Diário de Campo - George Caetano, 2021).

Este é um texto etnográfico que, por si só, seria o suficiente para suprir a lacuna metodológica exigida na escrita científica. Mas se engana quem pensa que a etnografia é tal qual uma receita de bolo, reproduzível e aplicável a todo e qualquer contexto com seus instrumentos e ferramentas etnográficas. Privilegiamos o itinerário da pesquisa em um primeiro momento para evidenciar que, além dos achados em campo, a sindemia de Covid-19 representa uma releitura daquilo que se entendia por pesquisa qualitativa com os povos tradicionais e fazedores dos saberes populares presentes nas comunidades à margem dos grandes centros urbanos.

Para Minayo (2010), a etnografia compreende uma gama de técnicas maleáveis ao campo, como as entrevistas semiestruturadas, adotadas para esta pesquisa, e as conversas informais, que são o coração de todo o projeto,

pois imprimem a verdadeira quebra protocolar entre o pesquisador e o pesquisado, sendo que o primeiro, no quesito da memória oral, necessariamente precisa da imersão e vivência *in loco*. Mas não havia o tal *in loco*, dado que, do lado de fora das casas, o mundo repousava em um absurdo silêncio, em resposta ao caos que um micro-organismo estava causando nos serviços públicos e privados de saúde.

Logo, fazer etnografia durante o isolamento social imposto pela Covid-19 implicou na perda temporária da observação participante que, desde o primeiro momento, foi posta como indispensável para que pudéssemos compreender o processo criativo da promoção de cuidado à saúde que emerge da oralidade, aferindo a esse itinerário truncamentos metodológicos significativos. Estes, por sua vez, fizeram surgir estratégias de contornos, como as anotações no diário de campo, algo que não é tão simples de ser feito como parece ser, conforme argumenta Alberti (2004), embora seja necessário a fim de que o pesquisador tenha controle da repetição, da descrição e da minúcia dos detalhes ofertados pelo interlocutor. Isso, na experiência de Caputo (2012), é um poderoso instrumento que possibilita revisitar, quantas vezes for preciso, a captura de alguns detalhes que os demais instrumentos de coleta deixaram passar despercebidos.

A primeira etapa deste projeto de pesquisa consistia em revisar a literatura e buscar referenciais teóricos para obter um maior embasamento à ida ao campo. Logo, ao visitar o que já havia sido feito acerca dos sistemas tradicionais de saúde, foi possível ter uma noção maior do que esperar, e também, filtrar o que ainda estava sem resposta.

Trata-se de uma etapa importante e indispensável, que direciona o olhar para o novo, especialmente quando se realiza uma leitura sincera e livre de amarras conceituais. Nesses momentos de diálogo, aprendemos muito com os autores, sendo inegável a contribuição dada por cada um deles, mas olhamos para alguns, como Pacheco (2016), e imediatamente percebemos que parte do referencial a ser consultado reside na própria memória oral-ancestral que a pesquisa de campo oferece nas idas e vindas até a casa das interlocutoras. Assim, temos o cuidado, a partir de então, de deixar mais evidente o dito nas conversas, tornando a literatura publicada um mero pano de fundo e não mais o primeiro plano do que idealizamos como produto.

Desta forma, passamos a buscar os nomes que poderiam ressoar suas vivências por aqui. Mas, novamente, ressaltamos que havia uma sindemia no meio do caminho e que tudo foi bem mais complexo de ser feito. O

acesso aos agentes comunitários de saúde para consultar sobre o território e seus possíveis atores, conforme havia sido feito em outros trabalhos, não foi possível. Motivo? A própria sindemia que restringia os contatos, outrora corriqueiros na realidade das periferias do Distrito Federal. Partimos, então, para uma busca ativa no boca a boca, e após perguntar aqui e ali, para um e outro, e sondar a *internet*, estudos e pesquisadores, chegamos a algum lugar.

O perfil procurado era amplo, assim como a busca, mas havia um critério de inclusão inequívoco quanto ao trabalho com a memória oral-ancestral e o respeito à relação com a comunidade onde residia o provável interlocutor ou interlocutora. Com isso, seria possível observar os múltiplos fatores descritos por Guimarães (2017) em seu estudo sistematizador de uma série de atributos que conferem ao ator popular a outorga de terapeuta popular:

A legitimação desses atores sociais ocorre, normalmente, por eles possuírem mais sensibilidade para entender o sujeito em sua totalidade, ou seja, estarem inseridos em códigos culturais localizados, serem lideranças reconhecidas, tradutores dos males físicos e espirituais e referenciadores – isto é, encaminham os sujeitos para outros especialistas – entre sistemas médicos. Atribuindo, dessa forma, significado aos males relatados e legitimando o sentimento do usuário, esses terapeutas populares combatem os males físicos e da alma, conseqüentes de relações sociais (GUIMARÃES, 2017, p. 65).

A busca retornou com três mulheres, de forte relação territorial e que preenchiam o quesito da memória oral-ancestral. Esta era, inegavelmente, uma preocupação constante, pois se via a ascensão das restrições sociais a título de controle sanitário do vírus causador da Covid-19. Encontrar, em tão curto tempo, três interlocutoras aptas a participar do projeto elevou nossas expectativas, acompanhadas da reflexão acerca do *link* que estabeleceríamos entre elas.

Ademais, a forma de atuar das possíveis interlocutoras era totalmente divergente uma da outra, fazendo-nos revisitar a literatura constantemente e buscar novos rascunhos sobre o que já havia sido produzido sobre a terapeuta popular, que encara o ofício como um dom divino, e a terapeuta popular, que apenas confere aos sistemas tradicionais de saúde uma forma de complementar a renda.

Em ambos os casos, reforça Guimarães (2017), não há certo ou errado, dado que a subsistência é comumente retirada das demandas manuais que ocupam grande parte da jornada útil do dia. Porém, a autora assevera que

o perfil predominante volta-se à constituição de uma rede de solidariedade marcadora de muitas práticas terapêuticas populares, uma vez que associa à fé o ofício de curar. Logo, no contexto das deidades e divindades, a caridade se encontra no patamar máximo, embora não seja possível considerá-la a única possibilidade de atuação dessas pessoas.

Iniciamos a coleta de dados ainda de forma virtual. Tanto as interlocutoras quanto nós tínhamos restrições e ressalvas para os encontros presenciais. Ainda não estávamos com a cobertura vacinal completa contra a Covid-19 e não dispúnhamos de muitos recursos financeiros para a aquisição volumosa de equipamentos de proteção individual (EPIs - máscaras, capote, viseira, luvas etc.), seja para uso próprio, seja às interlocutoras.

Os encontros seriam, *a priori*, via WhatsApp, por meio de videochamada. Não haveria necessidade de *links* ou de cadastro em plataformas. Apenas bastava atender à solicitação da chamada. Utilizou-se o próprio recurso de gravação de tela do Sistema iOS. A partir disso, realizaríamos as reflexões, logo após as primeiras gravações, para entender a qualidade do material que estava sendo gerado. Do outro lado da tela, esperava-se que as interlocutoras estivessem em um lugar com boa conexão virtual, preferencialmente, bem iluminado e o mais silencioso possível. E poderiam ou não contextualizar suas falas aos ofícios, introduzindo elementos lúdicos do que citavam no discurso.

Deve-se julgar inocente o belo equívoco, primeiramente, de um mes- trando em Saúde Coletiva, sobre a tentativa de entrevistar essas mulheres virtualmente. Neste momento, cabe citar apenas o nome referenciado por uma delas, a Mãe Batá, a interlocutora 3, de quem daremos mais detalhes a seguir. Já a interlocutora 1 denominamos de Joana e a interlocutora 2 de Isa, ambos nomes fictícios; logo se dará a razão dessa escolha. Outra informação importante, todas exerciam afazeres domésticos: Joana era funcionária em uma escola pública, com uma extensa jornada que ultrapassava a indicada ao trabalho, fundindo-se com a do lar, enquanto Isa cuidava de quatro filhos, todos menores de 12 anos. Agora reflitamos, com muita franqueza, como essas mulheres dariam atenção a uma videochamada de mais de 20 minutos? Em se tratando de etnografia voltada à oralidade, é possível mensurar o prejuízo visível nessa abordagem *on-line*?

Porém, somente a interlocutora 3, a Mãe Batá, pôde e aceitou seguir com a pesquisa. As demais, 1 e 2, desembarcaram do projeto. Poderíamos listar os inúmeros motivos dessa desistência, mas ainda assim seriam insuficientes para mensurarmos o prejuízo causado aos mais de 12 meses de vivência em campo e coletas já realizadas. A sindemia de Covid-19 representou um denso

e complexo processo de readequação da pesquisa qualitativa, principalmente diante do novo perfil social emergente, afogado em discursos extremistas, odiosos e avessos ao multiculturalismo.

O tempo amadurece o pesquisador e, por conseguinte, o olhar para a pesquisa se entrelaça às outras percepções do que é a saúde e da dinâmica dos participantes e do diálogo entre o “estrangeiro” (pesquisador) e os nativos (interlocutores). Pode-se questionar, a esta altura do texto, a razão de uma reflexão tão longa acerca apenas da metodologia. Ora, embora seja isso que nos mova ao campo, que dialogue com o nosso ofício e produto junto às instituições de ensino às quais somos vinculadas, isso, de igual ou maior peso, igualmente afeta nossas vidas.

Essa percepção, mais amadurecida, do “fazer-pesquisa” em meio à síndrome de Covid-19, é embalada por um questionamento: “Como fazer pesquisa antropológica durante a síndrome do Covid-19?”, lançado coletivamente pelos pesquisadores do Coletivo de Antropologia e Saúde Coletiva, o CASCA². Em uma série de encontros virtuais, realizados em 2021, os docentes propuseram a leitura de três livros completos acerca da pesquisa qualitativa para averiguar quais estratégias metodológicas haviam sido adotadas em campo síndêmico.

O grupo se tornou um lugar de troca e construção, de orientação compartilhada, que não bebia apenas de uma fonte, fazendo despertar nesta pesquisa um olhar para o até então desaperecebido. E aqui cabe pontuar que o processo de escrita compartilhada se trata de uma experiência única e singular, capaz de acrescentar riqueza ímpar à produção textual, mas também à relação entre todos os interessados no projeto a ser executado. Foi a partir desses encontros que notamos que o desembarque das outras duas interlocutoras não havia se restringido à nossa pesquisa, pois:

Algumas pesquisadoras precisaram se despedir do projeto inicial e criar um projeto totalmente novo. Outras adaptaram o planejamento original, ponderando sobre as perdas e dificuldades no caminho. E várias transformaram percalços em oportunidades, aproveitando para ver outras nuances sobre o outro e sobre si, sobre a alteridade e uma antropologia possível. Foram alterações impostas, mas também escolhas feitas (FLEISCHER *et al.*, 2022, p. 432).

2 Projeto sediado na UnB e coordenado pelos docentes Rosamaria Giatti Carneiro, Soraya Fleischer e Éverton Luís Pereira. Para maiores informações, conferir: <https://www.dan.unb.br/pt/pesquisa/pesq/laboratorios-de-pesquisa/laboratorio-casca>.

A reflexão maior está em entender que a pesquisa qualitativa se debruçou não só no objeto do projeto, mas também na própria sindemia. Ou seja, conforme corrobora Fleischer *et al.* (2022), passou-se a pesquisar a sindemia de igual forma e peso, como se duas pesquisas concomitantes no mesmo campo tivessem sido desenvolvidas.

Falar de emoção, afeto e sentimento em um texto científico soa, segundo os mais metodológicos, como um solilóquio. Todavia, a experiência do que podemos chamar de luto metodológico caminha na direção do conceituado “*anthropological blues*”, descrito por DaMatta (1978), como resultado de sua solidão com seus achados teórico-práticos relacionados à pesquisa. Logo, seja pela incompatibilidade ideológica, que durante a sindemia chegou ao extremo, seja pela perda vital da parceria, causada pelo agravamento dos atravessamentos e sintomas da Covid-19, a descrição do itinerário de uma pesquisa etnográfica durante a sindemia é tão relevante quanto qualquer fala, fato ou narrativa acerca dela.

É importante colocar que há momentos na pesquisa etnográfica em que as etapas e os processos não seguem o cronograma do projeto inicial, sendo que a resposta para isso nem sempre está na *expertise* de ressignificar o acontecido, mas em aceitar a variabilidade e os dinamismos divergentes como um próprio dado encontrado.

Foi nessa encruzilhada que nos deparamos com a obra etnográfica de Soraya Fleischer sobre pessoas que conviviam com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na região administrativa da Ceilândia/DF. No livro *Descontrolada: uma etnografia dos problemas de pressão*, publicado em 2018, há um roteiro perfeito para quem estiver em uma encruzilhada com mais de 50 horas de entrevistas gravadas, páginas e páginas de transcrição e a dúvida sobre qual rumo tomar. Não se trata de um manual metodológico, mas um relato prático de como lidar com a dinâmica da etnografia.

Fleischer (2018) acompanhou pessoas idosas durante o tratamento da HAS na periferia de Brasília/DF, observando as estratégias de cuidado desenhadas por elas e a relação que se estabelecia entre os sistemas tradicionais de saúde e o biomédico-cientificista. Em vários momentos a autora apresentou um tom bem-humorado, ao citar os causos e feitos das interlocutoras. Pontuamos a importância da escrita com afeto, percebendo o quanto ela beneficia as andanças metodológicas de novos pesquisadores.

Nesta pesquisa, a contração, as idas e vindas em algumas etapas e a procura de possíveis novos interlocutores, enquanto seguíamos com a Mãe Batá,

também foi outra constatação considerável. Enviamos uma chamada-convite para grupos de diversas redes sociais, disparamos *e-mails* para projetos que lidavam com lideranças comunitárias no Distrito Federal, conversamos com os agentes comunitários de saúde e procuramos os interlocutores de pesquisas locais que pudessem embasar nosso referencial teórico. O receio era contar com apenas uma interlocutora, pois imaginávamos ser inadmissível um texto contemplar somente uma única narrativa e não apresentar contrapontos para o diálogo, para além do marco teórico.

Obtivemos pouquíssimos retornos, quase todos declinando do convite. Nota-se, dentre as poucas justificativas, a constância do receio, a busca pelo anonimato, a fuga aos constantes ataques extremistas e intolerantes. Referimo-nos ao contexto das regiões periféricas, daquelas pessoas que residem e praticam suas práticas de cuidado à saúde longe da região central do Distrito Federal. Baseamo-nos no texto da antropóloga Silvia Guimarães, cujo trabalho acerca dos terapeutas populares é uma referência seminal no Brasil, no qual coloca que:

Se direcionarmos nossos olhares para as cidades do Distrito Federal e seu entorno, encontraremos em plena atividade parteiras, rezadeiras, benzedoras, raizeiros, farmacêuticos populares, fitoterapeutas, massoterapeutas, entre outros, atuando com um universo de pessoas que não se satisfazem com a exclusividade dos modos de operação de uma única ciência médica, a biomedicina (GUIMARÃES, 2017, p. 62).

Certamente o estudo de Guimarães (2017) tem uma maior abrangência, abrangendo também as cidades do entorno, como a região fronteira entre o estado de Goiás e o Distrito Federal, limite de campo desta pesquisa. Outro ponto relevante é o perfil de inclusão no projeto, voltado ao participante envolvido com a oralidade, a ancestralidade ou a prática espiritual, que conferisse uma relação com a promoção de cuidados à saúde e à sociabilidade. A percepção apresentada pela autora foi importante para a geração de filtros frente à busca ativa por interlocutores, mas também aferiu contraste quanto à dinâmica da prática terapêutica no território delineado para o campo, levantando uma série de questionamentos: Qual o paradeiro dos terapeutas populares residentes no Distrito Federal? Qual a relação do contexto político nacional com a narrativa das respondentes à chamada-convite? Vejamos o que disse uma delas:

“Eu lamento muito! Muitíssimo. De coração, eu fico muito triste em não poder participar da sua pesquisa. Eu mudei do DF há quase dois anos. Aí virou um lugar muito perigoso para pessoas como eu. Sou umbandista, tinha uma casa no Areal e a gente trabalhava muito com população em situação de rua e isso incomodava bastante a vizinhança. Até aí a gente ia segurando as pontas, tentava ao máximo fazer tudo bem direitinho pra não dar motivo pra ninguém surtar com o nosso trabalho. Nunca fui discreta quanto à minha orientação sexual, mulher preta lésbica, macumbeira mesmo, de andar de branco na rua com as guias à mostra no pescoço. Não deu outra, primeiro começaram os ataques à casa, jogavam pedras no telhado, sacos com fezes no quintal, carcaça de bicho morto e até fizeram inúmeras pichações nos muros dizendo morte à sapatão, macumba é coisa do diabo, casa de satanás e por aí vai. Na madrugada que entraram na minha casa e me espancaram, eu pensei que fosse morrer, sem entender o motivo daquilo. Destruíram o que puderam. Cortaram o meu corpo e jogaram gasolina, dizendo que eu tinha que queimar como o demônio que eu cultuava estava queimando no inferno. Eu senti dor nos ossos, na alma mesmo, cara. Eu vim embora pra cidade da minha avó, que é a única parente viva que eu tenho. Brasília não é um lugar seguro pra mim, pra minha esposa, para ninguém que contrarie o normativo branco-cisgênero da família de bem, filhotes de Bolsonaro. E está chegando as eleições e eu não quero nem de longe estar em Brasília” (R.1 -Respondente à chamada-convite, transcrição da chamada de áudio autorizada, 2022).

Encontramos em Guimarães (2017) a percepção da ascensão dos discursos religiosos em detrimento das práticas medicinais populares; em Carneiro (2021) o relato de vivenciar um período de ódio e intolerância financiado pelo próprio governo federal, eleito em 2018; em Santana (2018) o ônus aferido às comunidades tradicionais quando o Estado assume um regime teocrático e patrocina o epistemicídio, chancelando um processo de perseguição, ódio e intolerância baseado no medo e nos tribunais de exceção onde o juiz é autodeclarado um cidadão de bem, pai de família heterossexual cisgênero, cristão, branco, patriota e conservador.

Com o cronograma apertado e refletindo acerca da realidade no campo, viramo-nos para Mãe Batá, a senhora que se mostrou aberta à pesquisa e cujos laços se fortaleceram a cada visita. Trata-se de uma interlocutora de contexto e vida muito familiares, mas que desperta, ao mesmo tempo, um

olhar de estranhamento, como se estivesse posicionada em um lugar exótico de desdobramento quanto à forma de entender e lidar com a vida alicerçada em sua ancestralidade. De um magnetismo singular, passa a deter o centro da escrita e a coleta de dados da pesquisa, despertando buscas, contrastes, dizeres e pensamentos livres. E era isso o que buscávamos justamente desde o primeiro rascunho de projeto.

O CUIDADO TERAPÊUTICO POPULAR À SAÚDE E A COVID-19

O conceito de terapeuta popular assiste a uma demanda de reconhecimento dos saberes que constituem o denso sistema tradicional de saúde, levando em consideração o sistema terapêutico popular. Mas, além disso, está inserido em um movimento político de emancipação do fazer científico, da luta antirracista e da legitimação do outro enquanto protagonista de sua própria narrativa. A prática terapêutica popular emerge do campo dos marginalizados, cujas identidades são constantemente associadas a uma camada de inferioridade, desumanização e descredibilidade pelo sistema biomédico, tido como a verdade suprema, promotor de evidências científicas, as mesmas nas quais se baseia:

“Eu fiz o pré-natal no Plano Piloto, por causa do trabalho, arranjei um comprovante de endereço de uma colega e consegui fazer lá. Durante as consultas, o médico, super arrogante, um nojento, foi super-violento comigo, perguntando se eu sabia quem era o pai, quantos parceiros sexuais eu tinha, se usava camisinha com eles, quais drogas eu usava [...]. Eu sou casada há mais de cinco anos, monogâmica e nunca fumei um cigarro, imagina usar alguma droga, ainda mais grávida. Teve outra vez, isso no final de 2019, quando começaram a falar de vírus, gripe, China, que o médico disse que eu tinha que tomar cuidado com o meu estilo de vida para não prejudicar o ‘feto’. Eu saí de lá aos prantos. Fiquei doente, muito doente mesmo, de cama, até pensei que fosse perder o bebê. Sou formada, tenho pós-graduação, e ele me tratou como uma pessoa inferior a ele. Já tinha sofrido racismo, mas nunca por um médico. Eu fiquei com vergonha de mim, parecia que eu realmente era o que ele falava, uma pessoa drogada e promíscua. Logo depois veio a pandemia. O parto estava previsto para ser em abril ou nas primeiras semanas de maio. A minha mãe teve que ir para o interior, por causa da idade, mas antes dela ir, viemos aqui na Dona Maria [Mãe Batá] pedir que me benzesse. Na hora que ela passou a folha em mim, eu vomitei um negócio preto, escuro e gosmento. Aquilo me deixou super assustada, parecia

uma lesma. Eu só lembrei daquele nojento que me atendeu. Não sei se você acredita, Caetano, mas tem coisa que fica entalada na garganta, acredita? Não é nada físico, é espiritual. Eu podia ter perdido meu filho. Ele nem chutava mais na minha barriga. Depois desse dia parecia um jogador de futebol, compensou todos os chutes que não deu. Eu voltei a viver. Aí chegou o dia de dar à luz. Entrei em trabalho de parto lá no Plano Piloto. Ainda estava trabalhando nessa época, a minha empresa foi uma das últimas a suspender o trabalho presencial, sem exceções. A coisa ainda não estava o caos por completo, corri para o hospital com uma amiga, liguei para o meu marido e fui. Adivinha quem era o médico de plantão no hospital? Ah! Na hora que eu vi aquele homem entrar na sala, eu dei um pulo. Peguei no braço da minha amiga e saí andando, e ela sem entender nada. Entrei no carro com ela, liguei para o meu marido, disse que viria aqui para o Hospital da Ceilândia. Dei entrada lá e as coisas foram se complicando cada vez mais, nada de dilatar, o médico preocupado, foi um fofo por sinal, mas naquela coisa de se não dilatar tem que voltar depois. Dito e feito. Mesmo com dor, mandaram voltar depois. Caetano, te juro por tudo que é sagrado, na hora que eu entrei aqui na rua, eu moro aqui na segunda casa, quem vinha subindo a rua? Dona Maria! Parece até coisa de outro mundo. Entramos em casa e ela entrou junto. Dona Maria me ajudou a deitar, pediu para pegar na minha barriga. Foi pegando dos lados e eu com dor. Não era só contração, doía mesmo, parecia que tinha algo me quebrando ao meio. Ela disse: ‘minha filha, vou ali pegar um óleo para passar na sua barriga e você vai melhorar’. Quando essa mulher passou esse óleo, te juro, sem mentira nem brincadeira, eu quase desmaio sentindo o bebê se mexer todo, parecia que estava se encaixando, ela foi pedindo para Nossa Senhora me cobrir com o manto Dela, nunca vou esquecer: ‘Mãe de Misericórdia, tem misericórdia dessa outra mãe, cobre ela com o teu manto’, toda vez que vejo uma grávida rezo comigo a reza de Dona Maria. Deu pouco tempo, sem dor, sem desespero, voltamos para o hospital e o meu meninão nasceu, quase na porta do hospital. Dona Maria foi com a gente. Eu só consegui porque ela estava lá, tanto, Caetano, que quem entrou comigo foi ela, meu marido quem pediu. Aí quem fez o parto foi uma médica, eu me senti mais protegida, só tinha mulheres na sala, isso fez toda diferença para mim” (Jéssica, vizinha de Mãe Batá, durante um encontro ao acaso enquanto apanhava ervas para um chá para fortalecer a imunidade do filho de um ano, 2022).

É possível notar a violência e o racismo que a mulher negra ainda sofre nos serviços de saúde, além da dificuldade de acesso ao pré-natal que

a mulher trabalhadora enfrenta, cabendo citar, igualmente, as restrições impostas pelas empresas às trabalhadoras gestantes, potencializadas com a sindemia de Covid-19. Nota-se o vínculo da mãe de Jéssica com a Mãe Batá, o que pode ser lido como um processo de construção do itinerário de cuidado terapêutico, *iniciação*, dando à filha vistas para uma cura possibilitada por uma terapêutica não farmacológica, reverberada em uma rede de sociabilidade (GUIMARÃES, 2017).

Outro achado se refere à conciliação entre o sistema terapêutico popular e o sistema biomédico. Trata-se de uma senhora de 41 anos de idade, auto-declarada parda, sem ocupação remunerada e com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior há sete anos:

“Tenho depressão há sete anos, faço tratamento no CAPS e desde 2019 que não tenho nada presencial. Sinto muita falta. Na última sessão, a médica mandou eu fazer alguma atividade, meditação, ioga, alguma coisa que pudesse me ajudar. Eu não consigo trabalhar, por causa da medicação. O meu dia é inteiro em casa, sozinha. No começo o meu ex-marido me dava apoio, mas ele conheceu outra mulher e foi embora de casa antes da pandemia. Eu fiquei sozinha assim que começou a pandemia. A terapeuta ocupacional do CAPS falou da Dona Maria, eu mesmo nunca tinha ouvido falar dela. Aqui eu venho para benzer, tomar chá e molhar as plantas. Tem sido bom, mesmo longe da minha casa. A Dona Maria é especial para mim, ela me ouviu” (relato de uma paciente da Mãe Batá, 2022).

Em outro momento, disse-nos Mãe Batá:

“Meu filho, dá fé que o problema não é na cabeça, mas na alma. Tem gente tomando tarja preta, mas se tomasse um bom banho de ervas, um ebó, uma limpeza, já dava conta do recado. Para você ver, tem espírito possessor que adoce a gente. Mas só a reza não dá jeito em certas coisas, não. É bom tomar o remédio, ir lá no CAPS, para depois não tentar se matar e dizer que a culpa foi minha. Não digo para ninguém deixar de tomar remédio, se mandaram tomar, que tome. Agora que está mais complicado conseguir a receita, né? Babazinho, ouvir é o melhor remédio. Enquanto a pessoa desabafa no meu ouvido, eu vou rezando calada, limpando a pessoa na minha frente, pego na mão, pego no ombro, dá fé eu já fiz o passe todo. Tem que saber ajudar quem não sabe pedir ajuda” (Mãe Batá, 2022).

Outro relato, relacionado também ao contexto de saúde mental:

“É de uma hipocrisia muito grande a pessoa pensar que pobre não adoce mentalmente. É você tirar qualquer traço de humanidade da pessoa e colocar ela como uma máquina, algo inorgânico e que não sente nada. Enquanto isso, a cachorra da minha vizinha faz tratamento com o psicólogo comportamental para pets. Tem ansiedade. Que bizarrice é essa, cara! Pelo amor de Orixá, quem leva a relação humano-animal para um nível assim perdeu o senso do ridículo. Eu vivo isso na pele todo dia. Tenho ansiedade, começou depois que eu fui assaltada voltando para casa, foi horrível. Tomo todo dia quatro comprimidos, porque também sou ex-usuária. Tem que equilibrar as coisas, se vacilar ‘bau-bau’ vida, volta tudo para a merda de antes. Trabalho no atacadão, então, não parei nem vou parar, mas o salário eu estou ciente que vai diminuir. Enquanto isso, uma lata de óleo está custando quase R\$ 10,00, desce o salário e sobe as coisas. Esse presidente aí não entende nada de matemática, pelo visto. Eu me trato aqui, com Mãe Batá. Sou de umbanda, trabalho com preto velho e Exú, é ela quem está me ajudando a desenvolver a mediunidade, controlar as coisas, e não deixa de ser uma terapia. Toma o remédio e passa o ebó, dura um mês certinho, nada me abala, sem crise nenhuma. Quando começou a pandemia, que eu não pude vir. Caramba! Foi coisa de doido, literalmente, eu fiquei perdidona! Eu vou lá no CAPS, o médico não olha para a minha cara, aqui eu tenho até liberdade de abrir a geladeira, sentar-se sem medo, incorporar as minhas entidades [...] qual o mais importante? Aqui! Importante é onde a gente se sente bem, se sente livre” (relato de uma paciente da Mãe Batá, 2022).

Inúmeros itinerários puderam ser vistos no desenrolar das visitas. Testemunhamos inúmeras mulheres que solicitavam algo para fazer descer a menstruação atrasada. Algumas diziam estarem muito tensas com as notícias, cada vez piores, sobre a sindemia de Covid-19, outras citavam um atraso anormal, mas havia quem falasse abertamente sobre a suspeita de uma gravidez indesejada. Essas mulheres quase nunca citavam suas demandas abertamente, sendo que, na maioria das vezes, pediam para falar em particular com Batá:

“É que você é homem né, menino! Tem dessas mulheres aí que o marido não gosta de ver outro homem de papo com elas, não. E não é toda mulher que fala das regras [menstruação] dela na frente

de homem, não. Não fala nem na frente de outra mulher, imagina na frente de um homem que ela nem conhece. Elas vêm buscar buchinha ou carqueja, fica ali no canto. Mas tem que saber usar, mulher grávida não pode tomar que faz abortar. E tem delas que quer isso mesmo, abortar. Eu sempre digo que, dependendo do tempo de barriga, não faz abortar, não, faz é mal, dá febre. Tem vindo muita mulher pedir carqueja, arruda, canela [...] quando eu tenho, eu dou, sem problema, nasce aí é para dar mesmo. E eu sei que tem vez que a mulher fala de menstruação atrasada por causa da pandemia, mas eu não sou boba nem nada, menino! Sou velha já, já vi muita coisa na vida. Não julgo ninguém, não, a pessoa sabe onde o calo dela aperta, eu já tomei também, vai a suja falar da mal lavada? Vê só, tem delas que tem quatro filhos já, vai colocar mais um no mundo como? Parir menino no mundo sem nem saber se vai ter mundo para criar? Às vezes nem pai vai ter, vai criar sozinha aí, com dificuldade, passando necessidade. Eu dou para ela o que ela pede, se for mentira, quando pediu o problema é dela. Cada um com a sua cruz. Eu não sou a favor de aborto, não, podem me julgar, mas repara só, esse povo que faz e acontece condenando a mulher que aborta, esse povo ajuda a criar? Não. Esse povo é o primeiro a condenar quando o filho da pobre faz algo errado. Não abortou para nascer, mas abortou na sociedade, não é?” (Mãe Batá, 2021).

A memória oral-ancestral para Mãe Batá estava presente em vários fios do tecido social interlocutor. No primeiro momento, tínhamos uma nítida dificuldade em perceber a prática terapêutica popular, mas, de fato, não enxergávamos muito além do próprio referencial teórico já pesquisado, pois somente ele norteava o olhar para o campo. Porém, a percepção de saúde e doença ainda estava presa à leitura biomédica, sendo que Barros (2004) nos auxiliou na troca de lentes, ao afirmar que a compreensão de adoecimento “tem poder suficiente para promover necessidades novas e estilos de vida coerentes com as normas e valores estruturalmente necessários” (p. 91) à realidade do indivíduo. E, nesse caso, a realidade de Mãe Batá está inserida em outro prisma:

“Quando você pergunta o que é saúde pra mim eu penso em Orixá [fala tocando o chão em referência aos ancestrais]. É Orixá quem me dá régua e compasso das coisas. Se alguém me procura doente, antes eu vou ao jogo de búzios saber qual o tratamento que eu posso oferecer. Aqui eu sou a médica [diz gargalhando], uma médica preta. Olha só, eu ensino para os meninos daqui de casa que tem doença que não é do corpo, é da alma. Aí cabe fazer uma limpeza,

um borí, uma reza, até mesmo ouvir, o mundo precisa de quem queira ouvir o outro. Mas tem coisa que eu não dou jeito não. Tem que ir para o médico, se Deus e Orixá deu a sabedoria para a pessoa passar tantos anos estudando medicina, tem que ser usado esse conhecimento. Durante a pandemia eu fiz muita garrafada para o povo daqui de casa, mas você acha que eu não mandava usar máscara? Passar álcool gel? Ficar quieto em casa? Saúde também é obedecer ao que as autoridades mandam fazer” (Mãe Batá, 2022).

APONTAMENTOS POSSÍVEIS

Voltamos ao normal. Porém, ainda fica a sindemia, com os reflexos e os sintomas de um Brasil imerso no obscurantismo político, científico e social durante mais de quatro anos. Esta pesquisa testemunha o surgimento da vacina que poderia ter salvado inúmeras vidas, não fosse o negacionismo do governo federal em reconhecer a importância da profilaxia e, ainda pior, ter feito do gerenciamento da emergência sanitária um discurso eleitoral falacioso, neofacista e genocida.

Voltamos ao normal, ouve-se por todo o canto. Mas que *normal* é esse? *Normal* para quem? Não temos as respostas, talvez apontamentos, mas é a reflexão que deve ser posta como resultado. O que é o *status* de *normal* em um país latino-americano que viveu o flerte com um golpe de Estado, devido à ascensão da extrema-direita e que ainda é uma nação que possui uma dívida histórica para reparar com os povos originários e o povo negro? É normal não ter água encanada, saneamento básico, coleta de resíduos domésticos, eletricidade, acesso à saúde pública e acesso a um transporte público de qualidade? Voltar ao normal, para muitas pessoas que atravessaram as nossas entrevistas durante a pesquisa, é isso. Cabe refletir sobre qual *normal* se está falando.

O cuidado terapêutico popular foi alvo da ascensão de discursos de intolerância, racismo e preconceito, velados pela falácia e interpretação torpe do direito de liberdade de expressão, alastrados pelo território periférico, cuja fertilidade e reprodução se valeram do controle ideológico facilitado pela vulnerabilidade e privação dos direitos de comunidades inteiras sujeitas à omissão da assistência e cuidados governamentais.

Não se reinventou a roda, como costuma dizer Pacheco (2016) ao se referir à Pedagogia Griô, mas se permitiu alterar os eixos de giro, alternar as narrativas epistemológicas, compartilhar e descentralizar o poder científico

e, principalmente, captar um fragmento 'invalorable' da vivência, sabedoria e historicidade de uma agente promotora de saúde, imersa em um cenário contraventor do padrão eurocentrista e hegemônico medicinal. Isso vai de encontro com a necessidade de um maior empenho acerca da inclusão de outros sistemas promotores de cuidado à saúde, mas, além disso, do adensamento da compreensão do funcionamento e operação da oferta de cuidado não farmacológico.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. **Manual de História Oral**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- ARAÚJO, V. L. F. **Terapeutas populares e suas ações na comunidade em um município baiano**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). Universidade de Brasília, Brasília, 2018.
- AUGÉ, M. **Não-lugares**: introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papirus, 1994.
- BARROS, D. D. Terapia Ocupacional Social: o caminho se faz do caminhar. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 90-97, 2004.
- CAPUTO, S. G. **Educação nos terreiros**: e como a escola se relaciona com crianças de Candomblé. Rio de Janeiro: Pallas, 2012.
- CARNEIRO, A. S. **Construção do Outro como Não Ser como fundamento do Ser**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, 2005.
- CARNEIRO, R. G. Cartas para mim ou sobre mim? Notas autoetnográficas de um puerpério não silenciado. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, e21306, p. 1-34, 2021.
- DAMATTA, R. O Ofício do Etnólogo ou como ter Anthropological Blues. In: NUNES, E. O. (Org.). **A aventura sociológica**: Objetividade, paixão, imprevisto e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 23-35.
- EVARISTO, C. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas, 2016.
- FLEISCHER, S. **Descontrolada**: uma etnografia dos problemas de pressão. São Carlos: EdUFSCar, 2018.
- FLEISCHER, S.; ALVES, R. L.; CARNEIRO, R. et al. Como fazer pesquisa antropológica durante a pandemia do Covid-19? **Revista Pós Ciências Sociais**, v. 19, n. 2, p. 427-434, 2022.
- FONSECA, C. O anonimato e o texto antropológico: dilemas éticos e políticos da etnografia "em casa". In: SCHUCH; VIEIRA; PETERS (Orgs.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2010. p. 205-227.
- GUIMARÃES, S. Olhares diversos sobre pessoas e corporalidades: os saberes e práticas de terapeutas populares na região do DF e entorno. In: DIAS, C.; GUIMARÃES, S. (Orgs.). **Antropologia e Saúde**: diálogos indisciplinados. 1ª ed. Juiz de Fora: Editora da UFJF, v. 1, p. 68-99, 2017.
- HORTON, R. Covid-19 não é uma pandemia. **The Lancet**, v. 396. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>. Acesso em: 1º out. 2020.
- KIMURA, V.; MENDES, M. L. Atravessando os portões: educação nos terreiros ou o que a escola poderia aprender. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 46, p. 237-251, 2021.
- MALUF, S. W. Mitos Coletivos, Narrativas Pessoais: Cura Ritual, Trabalho Terapêutico e Emergência do Sujeito nas Culturas da "Nova Era". **Mana**, v. 11, p. 499-528, 2005.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. *In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 61-76.

ORWELL, G. **A Revolução dos Bichos**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2007.

PACHECO, L. A Pedagogia Griô: educação, tradição oral e política da diversidade. **Revista Diversitas**, São Paulo, n. 3, p. 22-99, 2016.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova**: da crítica da Geografia a uma Geografia Crítica. 3ª edição. São Paulo: HUCITEC, 1986.

SEGATA, J. A pandemia e o digital. **Todavia**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 7-15, 2020.

SEGATA, J.; SEGATA, J. Prefácio: muito além do vírus. *In: PIMENTA, D. N.; ALMEIDA, J. R.; GARCIA, L. (Orgs.). (Im) permanências: história oral, mulheres e envelhecimento na pandemia*. Rio de Janeiro: Letra & Voz, 2021. p. 12-17.

VERGER, P. F. **Os Libertos**. Salvador: Corruptio, 1992.

SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)

Amanda Gioriatti Lunkes

Bacharela em Antropologia do Departamento de Ciências Sociais (Campus IV) da Universidade Federal da Paraíba, Rio Tinto, Paraíba, Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC/UFPB).

Amanda Silva Rodrigues

Graduada em Enfermagem (UECE/2003), especialista em Auditoria em Serviços de Saúde (FACISA/2005), mestre em Antropologia Social (UnB/2009), doutora em Antropologia Social (UFSC/2021). Professora assistente no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), pesquisadora do Transes – Núcleo de Antropologia do Contemporâneo. Tem experiência no trabalho de campo etnográfico em serviços de saúde e entre povos indígenas do nordeste. Atua nas seguintes áreas temáticas: atenção à saúde, políticas públicas e saúde, ciência sociais em saúde, políticas de saúde diferenciadas.

Ana Claudia Knih de Camargo

Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tem interesse em temas relacionados a epidemias, cuidados, medicamentos e substâncias farmacológicas.

Ana Maria Guedes do Nascimento

Doutora em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB); Mestre em Saúde Pública pelo Núcleo de Saúde Coletiva do Instituto Agamenon Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz (NESC/IAM/FIOCRUZ-PE); Sanitarista da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco.

Ana Paula Jacob

Professora substituta na Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA) na área de Antropologia, Direito e Ética em Saúde, no Instituto de Saúde Coletiva. Também é doutoranda em Antropologia pela Universidade de Brasília (UnB). Tem experiência como psicóloga clínica, atuando majoritariamente com os públicos adulto e infantil. Mestre em Antropologia pela Universidade Federal do Paraná (2017). Possui graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília (2014). Atua principalmente nos seguintes temas: antropologia da saúde, dos medicamentos e do COVID-19.

Ana Paula Marcelino da Silva

Doutoranda em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da

Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB). Mestre em Antropologia (PPGA/UFPB). Bacharela e Licenciada em Filosofia (UFPB). Membro do GRUPESSC (Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura) e das redes de pesquisa Antropocovid e Ecos da Pandemia.

Ana Paula Müller de Andrade

Doutora em Ciências Humanas pelo Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO/PR – Campus Irati. Pesquisadora do Transes - Núcleo de Antropologia do Contemporâneo e do Instituto Brasil Plural, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Claudia Fonseca

Professora titular de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil). Seus interesses de pesquisa incluem antropologia médica, tecnologias de governo, estudos feministas e antropologia da ciência e tecnologia. Além do envolvimento na área de parentesco, gênero, adoção e proteção infantil, ela realizou pesquisas recentes sobre hanseníase, examinando questões de saúde, cuidados, ativismo de pacientes, estigma e deficiência. Atualmente desenvolve investigação sobre governação reprodutiva, analisando a utilização de linguagens científicas na promoção de agendas políticas e morais específicas.

Danielle Ferreira Medeiro da Silva de Araújo

Consultora Técnica na Secretaria Nacional de Cuidados e Família - MDS. Pós-Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparativos sobre as Américas - UNB. Doutora e Mestre em Estado e Sociedade - UFSB. Especialista em Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos (FIOCRUZ). Especialista em Advocacia Cível (FESMP). Especialista em Filosofia, Conhecimento e Educação (UFRB). Integrante do Grupo de Pesquisa Paidéia - Laboratório de pesquisa transdisciplinar sobre metodologias integrativas para a educação e gestão social (UFSB) e do CASCA - Coletivo de Antropologia e Saúde Coletiva (UNB).

Daiana Maria Santos de Sousa Silva

Advogada. Professora universitária do curso de direito do UNICEPLAC. Mestre em Direitos Sociais e Processos Reivindicatórios - IESB. Mestre em Saúde Coletiva, UnB. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - Estudos Comparados sobre as Américas (PPGECsA).

Ednalva Maciel Neves

Doutora em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (IFCH/UFRGS). Professora titular aposentada, docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia (UFPB). Integrante do Comitê de Antropologia e Saúde da ABA (2023-2024). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC). Atua em temas relacionados ao corpo, à saúde e à biomedicina.

Érica Quinaglia Silva

É antropóloga e professora da Universidade de Brasília. É líder do Grupo de Pesquisa «Bioética, Saúde Mental e Direitos Humanos» do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, do qual também é bolsista de produtividade em pesquisa. Também é pesquisadora do INCT Brasil Plural e da Rede Antropo-Covid. Atua nas seguintes áreas: Antropologia (da) Política, Antropologia da Saúde, Bioética, Saúde Coletiva, Saúde Mental, Religiosidades Brasileiras, Antropologia da Morte, Antropologia Audiovisual e Direitos Humanos.

Fábio Leite de Carvalho

Jornalista graduado pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Trabalhou como repórter em diversos veículos impressos e eletrônicos, em assessoria parlamentar e também na assessoria de imprensa de um sindicato de agentes policiais. É mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Francisco Paulino de Oliveira Neto

Graduado em Antropologia no Centro de Ciências Aplicadas e Educação da Universidade Federal da Paraíba (CCA/E/UFPB). Estudante pesquisador do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC) e integrante da Rede Antropo-Covid.

Gabriel Cavalcante Bueno de Moraes

Graduando em Antropologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (Campus IV). Estudante Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC) e integrante da Rede Antropo-Covid.

Geissy dos Reis Ferreira de Oliveira

Cientista social, mestra em antropologia e então doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia da UFPB. Integra os grupos de pesquisa AVAEDOC e GRUPESSC. Atuou na rede de pesquisa AntropoCovid, e atualmente compõe a rede de pesquisa Ecos da pandemia. Desde 2021 faz parte corpo editorial da Revista *Áltera* de Antropologia.

George Luiz Nérís Caetano

Pedagogo pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), 2017 e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), 2023. Iniciado para o orixá Oxalá há duas décadas, em uma das casas de candomblé mais tradicionais da Bahia, é descendente de mulheres-bruxas-curandeiras vindas de África e do Sertão Nordestino, donde vem a encartaria por uma releitura da medicina, por meio do sistema terapêutico popular de saúde. Atualmente está discente do curso de medicina, na UnB, Assessor de Planejamento da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e Coordenador na Regional Centro-Oeste da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Pesquisa principalmente os saberes, fazeres e práticas de cura advindos da memória oral ancestral.

Heloisa Cardoso Wanick Loureiro de Sousa

Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba. Sanitarista concursada da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB. Aluna

pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura, com interesse nas temáticas relacionadas a políticas públicas, saúde e suicídio.

Júlia Tôrres Barbosa

Graduada em Psicologia pela Universidade Evangélica de Goiás (2021); Graduação em andamento em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB); Pós-Graduação em Psicologia Hospitalar pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante; Diretora de Gestão de Pessoas na Empresa Júnior AVENIR Consultoria Sanitarista; realizando Curso de Capacitação em Gestão Hospitalar.. Áreas de interesse: Psicologia Social, Psicologia da Saúde, estudos sobre transtornos psicológicos, adicção e estudos de gênero.

Luziana M. da Fonseca Silva

Professora Associada do Departamento de Ciências Sociais na Universidade Federal da Paraíba (CCA/UEPB). Vice-líder do grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC), coordenadora do projeto “Os desafios da descentralização da atenção em HIV/Aids na ESF – Rio Tinto”, coordenadora do projeto de extensão “Falando sobre Aids” e integrante da Rede Antropo-Covid.

Marcia Reis Longhi

Doutora em Antropologia pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGA/UEPB). Mestre em Antropologia (PPGA/UFPE). Pesquisadora do GRUPESSC (UEPB), do FAGES (UFPE) e pesquisadora da rede de pesquisa Antropocovid e ECOS da Pandemia. Professora associada do DCS da UFPB e professora permanente do PPGA/UEPB desde 2011.

Maysa Carvalho de Souza

Mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UEPB). Licenciada em Ciências Sociais (UEPB). Membro do GRUPESSC (Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura) e da rede de pesquisa Antropo-Covid.

Milena Batista

É antropóloga formada pela universidade de Brasília, possui título de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas pela mesma universidade. Possui interesse de pesquisa nas áreas de gênero, maternidades e políticas públicas.

Mónica Franch

Professora do Departamento de Ciências Sociais e membro permanente dos Programas de Pós-Graduação em Antropologia e de Sociologia da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Antropologia pelo PPGSA/UFRJ, mestre em Antropologia pela UFPE, com estágio pós-doutoral na Universitat Rovira i Virgili (Espanha). Líder do GRUPESSC (Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura).

Pedro Nascimento

Professor do Departamento de Ciências Sociais (Campus I) e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC/UEPB) e do Mandacaru (UFAL).

Rafael Pavie Frejat

É graduando em Enfermagem pela Universidade de Brasília. É membro da Rede Antropo-Covid.

Rosamaria Giatti Carneiro

Professora associada do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, orientadora no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - Estudos Comparados sobre as Américas (PPGECsA). É Doutora em Ciências Sociais pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Sônia Weidner Maluf

Professora Titular da UFSC desde 1986. Docente permanente no PPGAS/UFSC. Mestre em Antropologia Social (UFSC, 1989) e doutora em Antropologia Social e Etnologia (EHESS, França, 1996). Pesquisadora 1B do CNPq. 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 Transes/UFSC.

Soraya Fleischer

É mãe, antropóloga, pesquisadora, professora do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. Bacharel em Ciências Sociais (UnB, 1997), mestra em Antropologia Social (UnB, 2000) e doutora em Antropologia Social (UFRGS, 2007), com estágio pós-doutoral em Antropologia na Universidade de Johns Hopkins (2016) e na Universidade Federal de Santa Catarina (2021). Tem interesse pelos temas de saúde, adoecimento, cronicidade, ciência. Co-coordena o grupo de pesquisa CASCA - Coletivo de Antropologia e Saúde Coletiva (DAN/DELA/DSC-UnB) e também o Mundaréu, um podcast de divulgação científica em An-

tropologia (UnB/Unicamp). Atualmente, pesquisa os encontros científicos durante a epidemia do vírus Zika no Recife/PE. Contato: soraya@unb.br

Vinícius Gabriel da Silva

Mestre em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (PPGS/UFPB). Licenciado em Ciências Sociais (UFPB). Membro do (GRUPESSC) Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura) e da rede de pesquisa Antropo-Covid e Professor de Sociologia da Rede Estadual de Ensino da Paraíba.

Vitória Mamede

Bacharelanda em Antropologia do Departamento de Ciências Sociais (Campus IV) da Universidade Federal da Paraíba, Rio Tinto, Paraíba, Brasil. Pesquisadora do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – Pibic/UFPB/CNPq.

