



SAÚDE, CORPO E GÊNERO

PERSPECTIVAS TEÓRICAS E ETNOGRÁFICAS

Cristina Dias da Silva
(Organizadora)

SAÚDE, CORPO E GÊNERO

PERSPECTIVAS TEÓRICAS E ETNOGRÁFICAS

Cristina Dias da Silva
(Organizadora)



Juiz de Fora

2021

© Editora UFJF, 2021

Este livro ou parte dele não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização expressa da editora. O conteúdo desta obra, além de autorizações relacionadas à permissão de uso de imagens ou textos de outro(s) autor(es), são de inteira responsabilidade do(s) autor(es) e/ou organizador(es).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

REITOR

MARCUS VINICIUS DAVID

VICE-REITORA

GIRLENE ALVES DA SILVA



DIRETOR DA EDITORA UFJF

RICARDO BEZERRA CAVALCANTE

CONSELHO EDITORIAL

RICARDO BEZERRA CAVALCANTE (PRESIDENTE)

ANDRÉ NETTO BASTOS

CHARLENE MARTINS MIOTTI

CLAUDIA HELENA CERQUEIRA MARMORA

CRISTINA DIAS DA SILVA

ILUSKA MARIA DA SILVA COUTINHO

JAIR ADRIANO KOPKE DE AGUIAR

MARCO AURELIO KISTEMANN JUNIOR

RAPHAEL FORTES MARCOMINI

REVISÃO E DIAGRAMAÇÃO

MALORGIO STUDIO DESIGN & COMMUNICATION



Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFJF

Saúde, corpo e gênero : perspectivas teóricas e etnográficas / Cristina Dias da Silva (organizadora.) – Juiz de Fora, MG : Editora UFJF, 2021.

Dados eletrônicos (1 arquivo: 900 kb)

ISBN 978-65-89512-05-9

1. Saúde. 2. Antropologia. 3. Gêneros (Grupos sociais). I. Silva, Cristina Dias da. II. Título.

CDU 614:572

Este livro obedece às normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, promulgado pelo Decreto n. 6.583 de 29 de setembro de 2008.



EDITORA UFJF

RUA BENJAMIN CONSTANT, 790

CENTRO - JUIZ DE FORA - MG - CEP 36015-400

FONE/FAX: (32) 3229-7646 / (32) 3229-7645

editora@ufjf.edu.br / distribuicao.editora@ufjf.edu.br

www.ufjf.br/editora

Filiada à ABEU



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO _____ 5

Cristina Dias da Silva

O CAMPO DA ENFERMAGEM COMO OBJETO DE REFLEXÃO ANTROPOLÓGICA

“UMA CIÊNCIA QUE CUIDA DAS PESSOAS”:

A NOÇÃO DE CUIDADO NO CAMPO DA ENFERMAGEM _____ 9

Bruna Motta dos Santos

O PAPEL POLÍTICO DA ENFERMAGEM: NAÇÃO E GÊNERO

NAS HOMENAGENS PÓSTUMAS A ANNA NERY _____ 26

Cristina Dias da Silva

GÊNERO E SAÚDE

A BELEZA DE UM CAVALO: MASCULINIDADES E COMPORTAMENTO

POR ATLETAS DE FISCULTURISMO _____ 37

Gabriel Salgado Ribeiro de Sá

GÊNERO, CORPO E SANGUE: UMA ETNOGRAFIA SOBRE

A MEDICALIZAÇÃO DA MENSTRUÇÃO _____ 58

Janaina de Araújo Moraes

CIÊNCIA, NATUREZA E MORAL ENTRE CONSULTORAS DE AMAMENTAÇÃO _____ 70

Marina Nucci e Jane Russo

SAÚDE INDÍGENA E A PANDEMIA DE COVID-19

GUERRA DE MAPAS, GUERRA DE NARRATIVAS: PODER E PRODUÇÃO

DE DADOS SOBRE A COVID-19 NO CAMPO DA SAÚDE INDÍGENA NO NORDESTE _____ 88

Rita de Cássia Neves

SOFRIMENTO, MORTE E RESISTÊNCIA EM TEMPOS DE COVID,

O QUE NOS DIZEM AS MÃES SANÖMA/YANOMAMI SOBRE A PANDEMIA _____ 97

Sílvia Guimarães

SOBRE A(O)S AUTORA(E)S _____ 109

APRESENTAÇÃO

As pesquisas em saúde na Antropologia ocorrem, quase sempre, pela conexão com processos saúde-doença, em que se discutem e se aprofundam contextos históricos e políticos através dos quais certo olhar sobre nós e sobre os outros é construído: envelhecimento *versus* juventude, doenças específicas e/ou crônicas, saúde mental, contextos de violência institucional e ambiental, itinerários terapêuticos na saúde indígena, entre outros. Em comum, aparece o corpo – seja um corpo submetido a dores, privações, seja um corpo que elabora ensinamentos, práticas de poder específicas. O corpo torna-se um problema teórico digno de ser repensado, aparecendo algumas vezes como um elemento empírico disperso. Os cenários na saúde podem ser imprevisíveis num sentido da urgência ou emergência médica, mas possuem a constância da dor e do sofrimento no interior da diversidade destes itinerários terapêuticos, além dos seus itinerários burocráticos associados. Assim, somam-se três níveis de análises a serem entrelaçados: a dor e o sofrimento como um problema ético e teórico para a escrita etnográfica, a própria dificuldade que constitui o fazer antropologia da saúde ao considerar a intensidade das emoções como elemento constitutivo dos diálogos, das interações e dos contextos de vida cotidiana e, por fim, a disputa de sentidos e saberes no campo da saúde.

Assim, um dos maiores desafios teórico-metodológicos para pesquisadores que atuam na ‘passagem’ entre saúde e política é elaborar sua indissociabilidade e, ao mesmo tempo, atualizar as possibilidades de passar de um domínio a outro, isto é, do cuidado à política ou ainda das emoções à política – reconhecendo que estes, muitas vezes, são domínios tomados pelo senso comum acadêmico como opostos, talvez porque um remeteria supostamente e exclusivamente ao domínio do privado, e o outro, do público. Nesse sentido, destaca-se nos trabalhos que conformam esta coletânea um esforço analítico admirável para pô-los em franco diálogo. Itinerários terapêuticos não são apenas caminhos ou trajetos delineados por um tempo cronológico ou em um espaço linear, mas se apresentam nas etnografias, sobretudo, como histórias múltiplas e complexas, em torno de tomadas de decisão, arrependimentos, dores, sofrimentos, discriminações e relações de poder institucionalizadas, estabelecendo um desafio de linguagem para descrever tais complexidades.

A coletânea *Saúde, corpo e gênero: perspectivas teóricas e etnográficas* tem como objetivo apresentar algumas das pesquisas recentes neste campo, articulando a problemática clássica em torno dos conceitos de corpo e saúde na Antropologia a questões contemporâneas de pesquisa, sobretudo nas interfaces com os estudos sobre ciência, política e gênero.

Os conceitos de corpo e saúde se fazem presentes no campo da antropologia desde os primeiros trabalhos antropológicos do século XX. Podemos citar os trabalhos seminais de Marcel

Mauss e Robert Hertz, através dos quais o corpo e as técnicas do corpo se tornaram proeminentes na articulação com a noção de pessoa, isto é, como categoria êmica. Outra fonte de inspiração notável são as obras de Michel Foucault, Norbert Elias e Pierre Bourdieu, através da articulação de corpo e saúde com práticas de poder – algo que se encontra expresso na cuidadosa elaboração que os autores deram ao problema dos poderes corporificados. A partir de contextos etnográficos diversos, a coletânea apresenta três debates: (1) o campo da enfermagem como objeto e reflexão antropológica, (2) gênero e saúde e, por fim, (3) saúde indígena e a pandemia de Covid-19.

A composição da coletânea, no intuito de contribuir com tais enfoques, apresenta dois capítulos iniciais que tomam a enfermagem como objeto de reflexão antropológica. Bruna Motta dos Santos discute como a noção de cuidado é construída em sua relação específica com o corpo dos enfermeiros e das performances envolvidas no processo de ensino da enfermagem. Cristina Dias da Silva, por sua vez, discorre sobre o papel político da enfermagem nas homenagens póstumas à Anna Nery, cuja intenção principal foi fornecer alguns subsídios para a articulação entre os conceitos de nação e gênero nas performances narrativas que marcam a construção do campo da enfermagem no Brasil.

Três capítulos abordam diretamente a relação entre corpo, saúde e gênero. Gabriel Salgado Ribeiro de Sá apresenta e discute alguns dados etnográficos de seu trabalho de campo entre fisiculturistas, para os quais a categoria do cavalo dialoga com um imaginário sobre corpo e masculinidade, e oferece, assim, uma síntese particular da noção de pessoa moderna. Janaina Araújo Moraes investiga o campo do ativismo menstrual, buscando mapear discursos e práticas que apontam para uma politização da ginecologia, que se estende desde críticas à medicalização do corpo feminino às reivindicações de práticas terapêuticas cunhadas ora como naturais, autônomas ou orgânicas, dentre outras denominações. Em sentido similar, o artigo assinado por Marina Nucci e Jane Russo investiga as categorias de ciência, natureza e moral entre consultoras de amamentação como categorias êmicas, que remetem a um conjunto de valores, ideias e sentidos de disputa sobre os significados de amamentar no contexto dos *experts somáticos*.

Nos dois capítulos finais, Rita de Cássia Neves apresenta um conjunto de narrativas sobre a produção de dados no campo da saúde indígena na região Nordeste, tomando elementos deste contexto histórico e político como cruciais para compreender a crise sanitária gerada pela pandemia de Covid-19. Já Silvia Guimarães debate o contexto Yanomami, no qual as violências perpetradas pelos agentes governamentais, sob os auspícios de uma situação atípica e, portanto, ambígua, corrobora a reprodução de um quadro ainda mais amplo de desconsideração e violação de direitos humanos. Nota-se em todos os trabalhos um compromisso com a renovação teórica por meio e junto ao aprofundamento de contextos etnográficos: as descrições densas de conflitos sociais, processos de aprendizagem, rotinas de treinamentos, consultas, documentos históricos, crises sanitárias são processos de construção de conhecimento em si mesmos, e não se confundem com meras exemplificações.

Fica, portanto, o convite ao leitor para conhecer estes contextos etnográficos nos quais a relação entre saúde e corpo se atualiza, seja nas interlocuções com o campo da enfermagem, nas elaborações em torno da categoria de gênero ou, ainda, no interior da política de saúde indígena brasileira.

Cristina Dias da Silva
Juiz de Fora, 28 de novembro de 2020

**O CAMPO DA
ENFERMAGEM COMO
OBJETO DE REFLEXÃO
ANTROPOLÓGICA**

“UMA CIÊNCIA QUE CUIDA DAS PESSOAS”: A NOÇÃO DE CUIDADO NO CAMPO DA ENFERMAGEM

BRUNA MOTTA DOS SANTOS

*[...] Mãos...
Que estão sempre cheias,
De esperanças
E com sangue nas veias
Misturam razão e emoção
Mãos...
Que guiam o saber tecnológico,
Desnadam a ciência dura;
Acolhem
Promovem
Recuperam
Revigoram
Até o que não se cura
Porque são as nossas
Mãos que cuidam!*

Edna Ap. Barbosa de Castro¹

1 INTRODUÇÃO

Quando nos direcionamos a questões relacionadas ao cuidado, tratamos de uma categoria que transita por diversas dimensões, cujas fronteiras ainda permanecem pouco esclarecidas. Utilizamos habitualmente o termo cuidado para nos referirmos a um conjunto de ações realizadas

¹ Este excerto foi retirado de um poema intitulado “Nossas mãos”, da autoria de uma das professoras da Faculdade de Enfermagem onde realizei meu trabalho de campo, tendo sido publicado no jornal impresso da instituição.

no âmbito doméstico, executado de forma gratuita e que é comumente direcionado aos membros da família ou ao lar. Como afirmou Hirata (2010), o trabalho doméstico não remunerado é considerado como uma maneira das mulheres, sujeitos que majoritariamente cuidam, expressarem sentimentos aos seus familiares, uma relação social de cuidado que demanda a realização de uma série de tarefas rotineiras, como limpar, lavar ou cozinhar. Contudo, tais relações não se restringem ao âmbito do privado/doméstico, situando-se, também, no campo do trabalho profissional assalariado, sobretudo a partir do século XX.

Chamado pela bibliografia de *care work* (HIRATA, 2010), o trabalho de cuidado adquire diferentes estágios de profissionalização, que contam com maior ou menor grau de capacitação e/ou formação, estando as empregadas domésticas no seu primeiro estágio, seguidas das cuidadoras, auxiliares e técnicas de enfermagem, terminando com o seu mais alto nível de profissionalização: a enfermagem profissional. Enquanto uma profissão que compõe a área da saúde, a Enfermagem se constituiu ao longo do seu processo de desenvolvimento como um fazer definido pelo cuidado. Frequentemente apontada como a *arte* ou a *ciência* do cuidar, seus profissionais não somente mobilizam tal categoria para definirem seu ofício, mas a situam como a especificidade e essência da profissão, compreendendo um conjunto de conhecimentos e procedimentos próprios da atuação das enfermeiras e enfermeiros que visam promover o bem-estar do paciente em suas diversas dimensões. Assim, quando tratamos do campo da Enfermagem, nos direcionamos a um ofício que se ocupa e se define em torno da noção de cuidado e que, além de se situar como o seu mais alto grau de profissionalização – em razão da necessidade de uma formação e diploma de nível superior para o exercício da profissão –, se constituiu como um fazer consolidado dentro do campo científico, tornando o cuidar uma questão de ordem teórica e prática para esses sujeitos.

Nesse sentido, através de uma etnografia realizada com estudantes e professores da Faculdade de Enfermagem de uma universidade pública mineira², ocuparemos-nos da noção de cuidado, buscando compreender os sentidos atribuídos por enfermeiras, enfermeiros e estudantes de enfermagem. Tendo traçado esse objetivo, procuraremos relacioná-la com a trajetória histórica da profissão, discorrendo, ainda, sobre as suas implicações para a gestão das emoções dessa categoria profissional.

2 “A ENFERMAGEM É UMA CIÊNCIA QUE CUIDA DAS PESSOAS”

Chegamos à Unidade Básica de Saúde às treze horas de uma quarta-feira nublada, em um dos dias de prática no serviço de saúde. Os pacientes, que já aguardavam do lado da fora, começavam a se espalhar pela recepção à espera de seus atendimentos, enquanto os estudantes se organizavam no interior das dependências da unidade. Naquele dia, alunos e professores realizariam uma visita

² O presente trabalho é parte de uma pesquisa mais ampla, cujo objetivo consistiu em compreender a corporalidade das práticas em Enfermagem, buscando apontar como tal formação impacta na forma como o corpo é construído e manejado.

domiciliar, que tinha como finalidade prestar assistência ao Seu Francisco, um paciente idoso que possuía uma ferida oriunda da amputação de uma de suas pernas. Diante daquela demanda, nós nos direcionamos na companhia da agente comunitária de saúde à casa do senhor, onde fomos recebidos com grande entusiasmo, já que para o paciente aquele era um dia especial, visto que seu curativo era diariamente realizado por Dona Lurdes, sua esposa.

Luciana e Flávia, docentes, iniciaram o atendimento com a avaliação do ferimento, constatando que ele havia cicatrizado significativamente, uma melhora que atribuíram aos cuidados dispensados por Dona Lurdes. Conforme eu soube mais tarde, Dona Lurdes tinha se encaminhado dias antes à Unidade Básica de Saúde para solicitar os materiais necessários ao procedimento, sendo lá orientada sobre como deveria proceder com os curativos diários realizados no marido. Após parabenizá-la, os estudantes e as duas docentes prosseguiram na realização da assistência, sempre fornecendo dicas e direcionando os rumos que a esposa deveria tomar no seu cuidado cotidiano.

Após o fim do expediente, questionei Luisa, uma das estudantes que participaram da ação, acerca de como havia sido realizado o curativo em Seu Francisco e quais eram as orientações anteriormente repassadas à Dona Lurdes. A estudante, então, me explicou que aquele procedimento poderia estar amparado em duas técnicas distintas, a estéril e a limpa. A executada pelos profissionais naquele dia foi a técnica estéril, envolvendo um complexo ritual que ia desde a montagem do material aos gestos manuais, exigindo muita atenção dos estudantes, que deveriam respeitar as etapas sequenciais, sempre supervisionados pelas professoras: retirar o curativo antigo, descartar as luvas, calçar luvas novas, inspecionar/avaliar, limpar, aplicar o novo curativo e descartar o material utilizado. Já a técnica realizada por Dona Lurdes em seu dia a dia era a técnica limpa, que, ao contrário do método anterior, não demandava a utilização de materiais estéreis, dispensando a necessidade da maior parte das tarefas empreendidas pelos profissionais para prevenir contaminações. Como me contou a estudante, a primeira das técnicas não poderia ser empreendida pela senhora, já que ela *“não vai saber calçar uma luva estéril, ela não vai fazer o procedimento inteiro, ela não tá habilitada para isso”*.

Ao justificar tal diferenciação, Luisa me explicou: *“a enfermagem é uma ciência que cuida das pessoas”*. Contudo, a estudante ressaltava: *“mas não é só cuidar [...] você tem que ter a base científica”*. No caso aqui elucidado, não havia uma rejeição da efetividade do cuidado prestado pela senhora, que buscava seguir rigorosamente as orientações da equipe de saúde. Atestavam-se, ao contrário, os resultados dos curativos realizados por ela no marido. Entretanto, havia uma diferenciação nítida, uma separação entre um cuidado doméstico, aquele que Dona Lurdes poderia empreender, e um cuidado cujo embasamento se pautava no científico e dependia de uma formação específica para ser dispensado.

A noção de cuidado emerge como uma categoria onipresente nos contextos de ensino-aprendizado em enfermagem, o que evidenciava sua centralidade para além dos tratados teóricos,

repercutindo nesse cotidiano e mostrando-nos a especificidade do entendimento que este grupo possuía acerca da categoria. Contudo, a noção de cuidado vinha sempre acompanhada de outro termo, o científico/ciência, demonstrando como, para aqueles sujeitos, falar em enfermagem era tratar de uma ciência do cuidado, um fazer pautado em diretrizes técnico-científicas e distinto do cuidado leigo ou doméstico. Tais diferenciações eram, assim, estabelecidas de modo constante tanto para apontar como o cuidado na profissão era específico e diferenciado, quanto para denotar uma ruptura entre o momento em que o realizavam de forma leiga, dispensando-o através de práticas de acompanhamento e ajuda a familiares, e o momento em que passaram a exercê-lo de forma científico-profissional, o que fazia da experiência universitária um momento de transição entre dois momentos distintos.

Um desses casos era o de Amália, que antes de ingressar na graduação em enfermagem, havia sido responsável pelos cuidados com a saúde de seu pai adoecido. Nos contextos hospitalares ou no ambiente domiciliar, Amália executava várias tarefas, como a troca de fraldas, a realização de banhos, higienização de traqueostomia, além de cuidados com as sondas e acessos venosos por ele utilizados. Essas experiências não somente a teriam despertado para o interesse pela enfermagem, mas lhe forneceram um conhecimento prático sobre os cuidados que dispensava. Mas ainda que Amália considerasse esse saber como fundamental para as práticas que realizava, seu ingresso na graduação fez com que o cuidado direcionado ao pai fosse transformado em relação à assistência prestada anteriormente. Munida dos conhecimentos específicos da enfermagem, Amália empreendia diversos procedimentos diários, como a inspeção de edemas e lesões por pressão, verificação do pulso e da pressão arterial, além de avaliações da glicemia, que conseguia examinar tão logo tivesse contato com as características do seu hálito. Em suas palavras: *“agora eu posso utilizar as coisas para melhorar o meu cuidado, porque antes o meu cuidado era de filha, limitado ao que me era ensinado a fazer em casa. Agora o meu cuidado já é pensando no que eu sei além do que eu já sabia antes.”*. Este outro saber possuído por Amália, não mais exclusivamente prático, era o cuidado de Enfermagem que, segundo ela, consistia em um *“cuidado que tem uma especialização, a partir de um conhecimento científico”*.

Nesta perspectiva, o cuidado leigo/doméstico aparecia como um elemento anterior à profissão, enquanto a Enfermagem seria a responsável pela transformação do cuidado em ciência. O relato de Mauricio, docente, exemplifica tal concepção. Para ele, o ato de cuidar estaria situado dentro do sujeito, sendo dele uma característica inata, de modo que sua exteriorização seria promovida pela formação em Enfermagem, a partir da ciência que a sistematiza. Nesse sentido, a ciência, ao convergir com o cuidado, imprimiria nele uma dimensão de racionalidade, transformando-o em um cuidado racional. Nas palavras de Maurício, docente:

Esse cuidado, ele tá dentro da gente. Ele não tá fora, ele é arquétipo. Ele é ontológico. O que que a gente ensina pro nosso aluno? A tirar esse cuidado de dentro, sistematizando ele. Então esse cuidado, o poder do cuidado é você sistematizar ele. Nós enfermeiros sistematizamos esse cuidado, fazemos ele sair da lógica do senso comum para transformar ele em ciência e disciplina, entendeu? É isso que as teorias em Enfermagem fazem.

A sistematização do cuidado parecia se configurar, assim, em um processo de racionalização das práticas ou técnicas, no momento em que elas deixavam de ser realizadas de modo arbitrário, ou seja, de modo não guiado por normas ou regras, para serem estruturadas e controladas por um conjunto de conhecimentos e saberes, ou como afirmam os interlocutores, vinculadas a um *conhecimento específico* da Enfermagem. Nessa acepção, a noção de base científica para as práticas apoiava cada uma das atitudes que se desenrolam nesses ambientes, desde a postura, até os procedimentos mais elaborados. Ao realizarem o banho de leito³, por exemplo, os estudantes o aprendiam e executavam de acordo com métodos que possuíam uma lógica própria, sendo iniciado pela cabeça (cabelo, rosto, olhos e boca), seguindo pelos braços, tórax, pernas, pés, região genital e costas, com movimentos sempre orientados e obedecendo a um sentido específico de acordo com a parte do corpo a ser limpa. Nos braços e axilas, por exemplo, a ação deveria se iniciar da região distal para a proximal, a partir de movimentos amplos e firmes, diferentemente das pernas, onde eram realizados movimentos rápidos e curtos. Desse modo, o banho de leito não se constituía em uma tarefa cujas ações e movimentos eram realizados de maneira arbitrária ou imprevista. Através da *sistematização* do banho, as ações passavam a obedecer a uma lógica científica, que o distanciava do cuidado leigo – que poderia estar associado a um banho comum – como cuidado enquanto prática cientificamente fundamentada.

Para Tatiana, docente, a ênfase constante no entendimento do cuidado como ciência era importante, pois durante muito tempo o cuidar em Enfermagem estivera pouco relacionado ao fundamento científico, o que foi se transformando ao longo do seu desenvolvimento. Na sua concepção, distanciar-se de uma visão romântica e aproximar-se de uma esfera “embasada cientificamente” fazia com que esses profissionais fossem valorizados e legitimados.

Hoje a gente tenta abordar o cuidar com amor, com essa, entre aspas, “caridade”, mas embasado o tempo todo no que é científico. Então a gente desconstrói um pouco essa visão muito romântica da enfermagem, pra gente valorizar o nosso curso e valorizar os nossos profissionais enfermeiros. [...] Eu acho que o cuidar é isso, é você se embasar cientificamente, pra trazer melhorias para aquele indivíduo e para aquela comunidade (Tatiana, docente).

Como vemos, a noção de cuidado em enfermagem, tal como compreendiam os profissionais e estudantes da área, estava intimamente vinculada a uma concepção científica de cuidado, sendo os dizeres em torno dessa noção não somente frequentes, mas demonstrativos de uma preocupação constante em situar a prática e ofício de um modo científico e racional. Neste trabalho, compreendemos que essa preocupação se constitui como um aspecto intimamente associada à constituição da enfermagem enquanto prática social, estabelecida através de uma tênue fronteira com o fazer doméstico e à sua fundação como ciência, ocorrida na passagem entre os séculos XIX e

³ O banho de leito é um procedimento de higienização corporal realizado em pacientes que se encontram acamados (MOTTA, 2008). Designado pela bibliografia da área como uma tecnologia do cuidar, sua realização envolve ações como a troca de roupa de cama, posicionamento, higienização, enxague e secagem do paciente (FIGUEIREDO *et al.*, 2006).

XX. Nesta acepção, considero necessária uma pequena digressão ao contexto da institucionalização da Enfermagem para que compreendamos mais profundamente os esforços históricos desses sujeitos para o estabelecimento de uma ciência do cuidado.

3 A LEGITIMIDADE DO CUIDADO: A INSERÇÃO NO UNIVERSO CIENTÍFICO

Nos contextos da sociedade ocidental moderna, a biologia alcançou grande destaque na explicação dos processos de saúde-doença, o que tornou a biomedicina o modelo predominante no entendimento e tratamento das patologias. Como explicou-nos Bonet (2004), a aprendizagem da biomedicina ocorre através de uma profunda vinculação entre esse modelo e o âmbito científico, que nos séculos XVI e XVII foi responsável por um novo modo de compreensão do mundo, a partir de explicações metódicas e racionalistas. Como aponta o autor, a racionalidade científico-mecanicista, nuclear no desenvolvimento da biomedicina, ocasiona não só uma separação entre a arte de curar e a disciplina das doenças, como produz um sistema classificatório das patologias, em um contexto em que os estudos de anatomia e fisiologia se davam nos moldes do mecanicismo. Assim, afirma-nos a partir dos estudos de Luz (1988) que

A biomedicina como ciência das doenças e “através das categorias de: doença, entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma etc., elaboradas nos períodos clássicos, se instaura como um discurso sobre objetividades, discurso que institui a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, científicos” (BONET, 2004, p. 91).

Esse processo vincula-se à transformação significativa do âmbito hospitalar, quando tal instituição se torna um instrumento terapêutico em torno da ascensão do poder médico. Segundo Foucault (1984), esse processo decorre da disciplinarização dos hospitais aliado à legitimação da intervenção médica, que passa a ser percebida como um fator e ferramenta para a cura dos doentes, situando o hospital como um lugar de produção e disseminação de conhecimento médico-científico. Nesse sentido, o modelo biomédico passa a englobar um conjunto de saberes, práticas, valores e símbolos que são compartilhados por aqueles que constituem esse grupo social específico e exercem a medicina científica moderna, cuja função de curar é socialmente legitimada. Assim, os profissionais da medicina constituem uma cultura particular, dotada de uma visão de mundo e uma perspectiva médica que tem como premissas básicas aspectos como o dualismo corpo-mente, a racionalidade científica e a centralidade em elementos físico-químicos (HELMAN, 2009). Como afirmou Helman (2009, p. 114), citando Kleinman, a visão médica ocidental moderna considera que os elementos biológicos possuem uma maior relevância, sendo “mais básicos, reais, clinicamente significativas e interessantes que os aspectos psicológicos e socioculturais.” Ao direcionar-se em busca de dados físico-químicos, a medicina torna-os “fatos reais” em razão das possibilidades de estes serem observados e quantificados de forma empírica e objetiva, de modo “que um médico

confrontado com os sintomas de um paciente tenta, antes de tudo, relacioná-los a algum processo físico subjacente” (HELMAN, 2009, p. 114).

Nesse sentido, a Enfermagem como profissão esteve associada ao âmbito hospitalar e, conseqüentemente, ao modelo biomédico desde os seus primórdios, no momento em que hospitais passaram a se constituir em um espaço de diagnóstico, cura e pesquisa. Nesse cenário, os médicos legitimaram-se como detentores dos saberes e poderes acerca da cura, sendo as outras profissões, como a Enfermagem, auxiliares nesse processo. Em seu estudo sobre a origem da Enfermagem profissional no Brasil, Rizzotto (1995) aponta como, à medida que o modelo hospitalocêntrico se consolidava e as necessidades emergiam dentro desses espaços, a presença de enfermeiras e enfermeiros tornou-se indispensável para o funcionamento dos hospitais, ressaltando, ainda, como tal profissão dificilmente seguiria caminhos distintos daqueles trilhados pela Medicina. O mecanicismo, a ênfase nas investigações biológicas, a especialização, entre outros princípios, passaria a orientar também as práticas realizadas pela Enfermagem, importadas do modelo das escolas norte-americanas trazido para a formação brasileira.

Entretanto, os vínculos de uma Enfermagem pautada em uma esfera científica do cuidado parecem ter raízes muito mais profundas. Florence Nightingale (1820-1910), apontada pela história da Enfermagem como uma figura central para o seu processo de institucionalização, considerava que para desempenhar o ofício de enfermagem era necessário possuir conhecimentos e habilidades que só poderiam ser alcançados através de um *treinamento*. Com o intuito de auxiliar o paciente a viver, a Enfermagem, para Nightingale, se constituía em uma arte cujo treinamento e habilidade deveriam se pautar no científico, capacitando a enfermeira a servir à Medicina, à higiene e à cirurgia. Nesse sentido, ainda que os médicos – assim como o grande público – acreditassem ser prescindível uma formação específica para enfermeiras, o prestígio de Florence fez com que eles assumissem o ensino teórico, pautados nos conteúdos de anatomia, fisiologia e farmacologia (OGUISSO, 2007), fazendo com que o modelo biomédico, em todas as suas práticas e concepções não só impactasse o campo da Enfermagem, mas se tornasse parte constituinte do seu estabelecimento enquanto ciência.

No currículo das enfermeiras, Nightingale introduziu o conteúdo de estatística, em razão de suas preocupações voltadas para a relação entre o ambiente e as doenças, elemento que foi fundamental para tornar a Enfermagem uma teoria científica. Como afirmou Dias (2010), a produção de gráficos e estudos comparativos sobre hospitais de diversos países europeus pode ser lida nos termos de uma construção de autoridade no campo da saúde, trazendo uma legitimidade científica até então ausente na prática da Enfermagem.

Ela [Florence] registrou sempre suas impressões em apontamentos, posteriormente analisados, e utilizou seus conhecimentos de matemática e estatística, que resultaram em inúmeras publicações. De fato, legou às gerações futuras seu espírito científico, reflexivo e analítico, pois sempre defendia suas posições com base em prévia investigação (OGUISSO, 2007, p. 81-82).

Esses esforços na construção de uma prática científica para a área da Enfermagem vinculam-se amplamente ao status tido pela profissão e o caráter dos hospitais na época. Entre os séculos XVI e XVII, os hospitais se constituíam em locais insalubres, destinados a abrigar doentes e pobres, nos quais as atividades de uma enfermagem tradicional estavam associadas a tarefas domésticas, mediante condições de trabalho degradantes. Como afirmaram Geovanini *et al.* (1995), “sob exploração deliberada, o serviço de Enfermagem é confundido com o serviço doméstico e, pela queda dos padrões morais que o sustentava, tornou-se indigno e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada” (p. 14). A reforma da Enfermagem, empreendida por Florence a partir de 1860, esteve, também, embebida pela moralidade e o puritanismo, valores cultivados pela Inglaterra vitoriana. Sua preocupação era despertar a atenção de “moças de boa família” para essa prática, priorizando as qualidades morais das estudantes, num esforço para mudar um imaginário então em voga em relação à Enfermagem através da formação profissional. Assim, Florence situava de um lado o conhecimento que considerava real, ou seja, o saber médico-científico, e de outro o saber popular acerca do cuidar, realizado historicamente por mulheres (FONSECA *et al.*, 2011).

Ao retomarmos a trajetória histórica da Enfermagem, como prática e profissão, vemos como ela se inseriu em um contexto específico, compartilhando dos saberes ali consolidados, buscando se estabelecer num espaço-tempo no qual suas práticas estavam vinculadas de maneira pejorativa a um caráter doméstico, realizado predominantemente por mulheres, em que a cientificidade se constituiu como sinônimo de legitimidade e impulsionou o interesse de mulheres educadas para o trabalho fora de casa. A vinculação a uma dimensão científica das práticas e saberes contribuiu, de certo modo, para o afastamento dos estereótipos que vigoravam na época, consolidando a enfermagem como profissão. Nesse sentido, quando os interlocutores dessa pesquisa apontavam para uma prática científica do cuidado, compreendemos que eles pretendiam situar seu ofício em um lócus específico, baseando-se na construção de um saber próprio e científico, esfera de saber considerada como oficial e produtora de verdades universais. Além disso, reflito como tais esforços podem estar associados à própria noção que fundamenta a profissão, uma prática que possui diversos níveis de realização, podendo ser empreendida de forma gratuita ou profissionalizada e que, exercida majoritariamente por mulheres, se constitui como uma atividade desvalorizada. Em suma, a preocupação constante em situar e evidenciar sua prática como científica mostra-nos como esses sujeitos buscam legitimidade para agir e falar sobre o cuidado, entendendo-o como prática específica do campo da enfermagem.

4 O CUIDADO COMO CIÊNCIA: QUAL O LUGAR DAS EMOÇÕES?

Naquela tarde reservada à aula teórica, a sala não estava organizada tal como de costume. Ao contrário de mesas enfileiradas umas atrás das outras em frente à figura da professora, nós nos deparamos com cadeiras dispostas em formato circular. A novidade tinha uma razão, já que

especialmente naquele dia, não seriam discutidos os conteúdos teóricos e práticos sobre as técnicas mobilizadas durante os procedimentos, mas uma questão com a qual os estudantes se defrontariam em algum momento da profissão: a morte e a terminalidade. Ao participarem de rotinas hospitalares e ambulatoriais, o contato com o sofrimento e, em última instância, com a morte, tornavam-se experiências próximas e cotidianas para os estudantes que, diante dessas ocasiões, vivenciavam sentimentos com os quais ainda não estavam habituados. Desse modo, no intuito de situar os alunos diante da possibilidade de enfrentá-las, uma das aulas da disciplina observada era voltada à discussão de questões relacionadas ao fim da vida.

Dispostos pela espaçosa sala de aula, todos se olhavam e interagiam. A professora não tinha o domínio da fala e ouvia atentamente as histórias e concepções que eram compartilhadas. Entre as apresentações dos seminários, divididos por subtemas relacionados à questão mais ampla, os alunos colocavam em pauta seus dilemas, faziam questionamentos à professora e apontavam as condutas que julgavam adequadas para lidar com a finitude. O assunto era delicado e, em diversos momentos, podia-se notar a presença de olhares marejados, falas embargadas e manifestações de tristeza, decorrentes de eventos passados ou vindouros.

Todavia, mesmo diante do reconhecimento das dificuldades enfrentadas por um profissional diante da perda, por vezes relacionada à proximidade entre a enfermagem e o paciente, a ênfase era direcionada à dimensão relacional do cuidado. Assim, naquele dia ouvimos histórias como as de Poliana, sobre o acolhimento vivenciado por sua vizinha adoecida com o apoio de um enfermeiro, e a narrativa de Ramon sobre a empatia de enfermeiros diante da perda de um bebê recém-nascido noticiada em uma reportagem de televisão. Sentada no centro da roda com seu caderno de anotações, Aline, docente, explicava a importância da presença naquele ofício: *“as pessoas morrem nos hospitais e é onde vocês vão estar. Ninguém gosta de morrer sozinho e o enfermeiro é o profissional que mais fica com o paciente”*. Partindo da centralidade da presença durante cuidado, a professora falou-nos sobre como a enfermagem exercia um ofício marcado pelo *encontro*, uma dimensão que jamais se daria de modo imparcial ou indiferente:

Esse encontro nunca vai ser neutro e às vezes vai ser mais importante que a técnica, porque é nele que o paciente vai se apoiar. Nós temos que avaliar a dor que pode não ser só física e acolher tanto os pacientes quanto os familiares (Aline, docente).

Durante esse encontro, o cuidado deveria voltar-se à presença, ao acolhimento e ao apoio: *“Você não pode ser frio e deixar de prestar uma assistência necessária”*, disse Aline. Se durante todo o semestre, as professoras destacavam a importância da precisão e do rigor na realização das técnicas, naquele dia despontavam aspectos como a personalidade (*“cuidar da pessoa e não da doença”*) e a ênfase em domínios que ultrapassavam o caráter operacional do cuidado (*“temos que ter uma formação psicossocial e social”*, *“a enfermagem deve cuidar não só do físico, mas do espiritual”*). Mas o que parecia apresentar-se como um dilema central para os estudantes era a experiência emocional do profissional,

expressa pela presença ou não dos afetos durante a prática do cuidado. Questionada a esse respeito por uma das estudantes, Aline enfatizou: “[a enfermagem] *também é baseada no carinho, para além do conhecimento técnico-científico. A gente tem que oferecer acalanto*”. A explicação da professora nos encaminhava para a dimensão do acolhimento e da proximidade, que Aline reforçava aconselhando aos alunos que olhassem nos olhos, chamassem pelo nome e tratassem de igual para igual, condutas que possibilitariam uma abertura do paciente com o profissional: “*existe um envolvimento, por isso temos que tratar o paciente com carinho*”, disse a professora. Os alunos seguiram se manifestando acerca de como compreendiam a presença dos sentimentos na profissão, até que Isabela pediu para se pronunciar, resumindo os dizeres ali proferidos:

Não é que a gente não tenha que ter sentimentos. A gente tem que ter, porque a gente lida com o cuidado, que envolve carinho e amor. Mas [temos que] usar esse sentimento para trazer resultado para o paciente e para a família (Isabela, estudante).

O discurso da estudante situava o amor e o carinho como dimensões constituintes do cuidado em enfermagem, como elementos mobilizados para “trazer resultado” na assistência dispensada ao paciente. Ao retomar a palavra, Aline enfatizou o lugar dos sentimentos no ofício de enfermagem, elogiando a fala da estudante: “*Eu achei muito bonito o que a Isabela falou. O objetivo da enfermagem pode ser o profissionalismo, mas o amor é muito importante*”. Perante os discursos emocionados, Aline parecia gerenciar não só o debate, mas os sentimentos que circulavam por meio das falas e experiências partilhadas. Seus comentários orientavam e aconselhavam, apontando como aquelas questões fariam parte da futura trajetória profissional dos alunos, fazendo deste um ofício permeado pelas emoções: “*como a gente se emociona, como mexe com a gente. Vocês acham que é possível ter um equilíbrio na sensibilidade?*”, questionou aos alunos, que responderam positivamente. E como que lhes deixando um dever de casa, Aline pediu que os estudantes pensassem sobre o que havia sido discutido naquele dia e que trabalhassem consigo mesmos os sentimentos que permeavam o cuidado.

No convívio com os interlocutores desta pesquisa, pude notar como a presença junto ao paciente era mobilizada como alguns dos aspectos centrais que definiam a prática de cuidado, um fazer pautado na proximidade durante as interações. Ao ocupar-se do cuidado, o estudante de enfermagem era orientado a se atentar a aspectos diversos como medicação, higiene, conforto e estado emocional do paciente, acompanhando todo o seu processo de adoecimento, desde a entrada até a alta. Assim, a dimensão temporal do cuidado, atrelada à presença e proximidade, parecia se constituir como um aspecto que concedia à profissão um caráter específico e diferenciado frente a outras áreas da saúde. Os relatos de Lara e Mônica elucidavam tal perspectiva:

O cuidado é o cuidado mais direto com a pessoa, sabe? Por que a medicina não é conhecida pelo cuidar? Porque o médico vai ali, te passa um remédio, te examina e vai embora. A enfermagem te acompanha todo o processo que você tá no hospital e eles te proporcionam o seu bem-estar ali dentro. O primeiro cuidado é a enfermagem. [...] Eu acho que o cuidar é você ter uma relação mais junto com a pessoa, você tem um contato maior e mais direto (Lara, estudante).

O fisioterapeuta, por exemplo, ele vai lá, faz a sessão de fisioterapia com o paciente e vai embora, vai para outro paciente. E assim ocorre com a maioria dos demais profissionais: vai lá, tem um contato um tempinho com o paciente, despede e vai embora, vai para outro paciente. E a enfermagem? A enfermagem é a profissão da área da saúde que está 24 horas com o paciente. A gente não tem essa questão de “ah, vou cuidar da paciente Bruna agora, dei banho, dei comida, dei remédio, conversei, rezei com ela e agora vou para a paciente Sara”. A enfermagem não tem isso, porque se enquanto eu tô cuidando da Sara, a Bruna me requisitar, sei lá, a Bruna evacuar no leito, eu tenho que voltar lá. Então, o nosso trabalho, o nosso contato com o paciente é, de fato, 24 horas por dia. A carga afetiva é gigante (Mônica, docente).

Nas relações terapêuticas operadas pela Enfermagem, havia o pressuposto não somente de que este era um ofício interpessoal, estabelecido na relação entre enfermeiro e paciente, mas que tal relação era caracterizada pela proximidade, fortemente marcada pela emergência dos afetos, tal como descreveu Mônica. Assim, para os estudantes e professores com quem convivi, não era possível falar de cuidado sem recorrer a uma dimensão afetivo-emocional da experiência. Em outras palavras, era por se constituir propriamente em um ofício de cuidado que a enfermagem se constituiria como uma profissão vinculada às afetividades.

Como mostraram Saillant e Gagnon (1999), ao tratarmos de questões associadas ao cuidado, nos direcionamos não somente a um campo de práticas e gestos, mas somos conduzidos a um domínio de relações e afetividades, sendo o cuidado uma esfera inerentemente relacional. Para os autores, o cuidado se constituiria, de modo geral, como um conjunto de gestos, palavras e valores que visam ao auxílio e ao acompanhamento de sujeitos em situações de fragilidade ou limitação, envolvendo uma dimensão de alteridade, produzindo interações e colocando em questão a relação com o outro. Nessa mesma direção, Debert e Hirata (2016) afirmam que o cuidado consistiria em uma noção utilizada para tratar de processos, interações e sentimentos entre sujeitos que cuidam e que são cuidados, contemplando relações entre seres vivos – humanos e não humanos – e objetos nas mais diversas esferas do social. Nesse sentido, ao ser edificado em torno da noção de cuidado, o ofício de enfermagem era definido como uma prática associada a aspectos como o amor, o carinho e a empatia, elementos constantemente mobilizados não só para descrever no que consistia o cuidar, mas para situar a forma como ele deveria ser dispensado.

Era nessa perspectiva que Amália, estudante, relatava as razões pelas quais havia escolhido a enfermagem, enfatizando seu caráter presencial e próximo: *“a relação do enfermeiro com a pessoa é uma relação mais próxima, porque é um cuidado”*. Indecisa entre enfermagem e

medicina, Amália me contou que sua escolha teria se fundamentado em experiências pessoais que revelavam tais características. A primeira era a relação de parentesco que tinha com um médico e com uma enfermeira que, mesmo trabalhando juntos, tinham condutas distintas diante de um mesmo paciente. Enquanto o primo médico tinha o conhecimento restrito ao diagnóstico e modos de tratar a sua patologia, a prima enfermeira descrevia com detalhes elementos que ultrapassavam a doença: *“ela conhece o paciente”*, disse-me Amália. A segunda constatação teria se dado a partir da experiência como acompanhante de sua mãe, que havia passado por uma internação hospitalar durante três meses. Naquele contexto, a presença integral e constante era desempenhada pela equipe de enfermagem: *“eram eles que sabiam o que ela gostava e o que não gostava, até as coisas mais simples. Quem conheceu, ficou o dia a dia com ela foi a equipe de enfermagem”*. Desse modo, ao compreender esse ofício como baseado na presença e na proximidade, Amália o associava à dimensão dos afetos, expressa através das categorias amor, o carinho e empatia.

Eu acho que o cuidado você tem que ter empatia, você tem que ter amor e tem que ter disponibilidade, é o mais importante. Eu acho que não faz enfermagem sem amor e sem carinho. [...] É fornecer um tratamento, uma atenção com o que eu tenho de conhecimento e promover o bem-estar e a qualidade dele. Cuidado é chegar lá e ajudar ele ir no banheiro, é cuidar da medicação, é ouvir quando ele precisa falar, identificar se ele precisa fazer acompanhamento com psicólogo, é saber o que ele gosta e o que ele não gosta, ver se o acompanhante tem disponibilidade de vir ficar com ele (Amália, estudante).

O cuidado parecia, assim, compreender não somente um conjunto de técnicas realizadas sobre um corpo doente, mas uma série de outras condutas relativas à atenção e preocupação, comumente associadas a um domínio afetivo das relações. Desse modo, o amor, o carinho e a empatia eram entendidos não como contrários ao exercício profissional, mas como um domínio intrínseco ao cuidado, sendo as afetividades um domínio valorizado e incentivado. Como afirmou Lutz (1988), quando entendidas através da oposição emoção/estranhamento, a experiência emocional vê-se associada a aspectos como a vida em contraposição à morte, a conexão em contraste com a alienação e a relação em oposição ao individualismo. Nessa perspectiva, as emoções passam a ser percebidas como experiências que agem na contramão de um mundo racionalizado, como consonantes com o que é considerado genuinamente humano e verdadeiro, contrárias à ausência de autenticidade do pensamento. Como pontuou a autora, *“enquanto o emocional é geralmente tratado como o membro inferior do conjunto no contraste emoção/pensamento, aqui a avaliação é invertida. É melhor, a maioria concordaria, ser emocional do que estar morto ou alienado (LUTZ, 1988, p. 57, tradução minha).*

Desse modo, ao lidarem com sujeitos doentes, em condições de fragilidade e sofrimento, os estudantes e professoras viam nos afetos uma forma de cuidar. Tal como Amália, Beatriz compreendia as afetividades como parte do cuidado, mobilizando essa dimensão através da noção de vínculo: *“se você não cria vínculo com o paciente, se você não diz ‘bom dia’, ‘como você tá se sentindo’, ‘como*

“você passou a noite’ para um paciente que tá internado, aquele cara não vai confiar em você”. Para Beatriz, o vínculo, expresso através de condutas atentas às experiências do outro, se constituía como uma condição para a realização de um cuidado eficaz, que possibilitasse a abertura e confiança do paciente: *“a questão é você saber fazer o vínculo afetivo que vai gerar uma confiança no paciente, que você vai conseguir fazer uma assistência de qualidade”*. Assim, a estudante atrelava a dimensão dos afetos à definição de cuidado: *“[cuidado] é você orientar, é você educar, é você criar um vínculo com a família e com o paciente, porque a família participa do processo de recuperação. Eu acho é você aplicar o amor. O amor é intrínseco ao cuidado.”* Contudo, a narrativa de Beatriz destacava outra dimensão, que deveria associar-se ao domínio afetivo da profissão:

É um cuidado, mas não é um cuidado “ah, vou ali dar uma água com açúcar pra pessoa que tá nervosa”. É um cuidado científico, um cuidado embasado. E você tem que saber muito para fazer esse cuidado. Para mim esse cuidado, além de amor, de respeito, de carinho, de você estar ali presente para a pessoa, você também tem que ter o conhecimento científico, você tem que estar muito bem estudado, porque aquilo vai direcionar até mesmo como você aplica esse amor, eu acho, na minha visão. [...] Eu acho que além do amor, do sentimento, é importante você ter o aparato científico, porque você tem que saber aplicar [o amor] em cada caso e direcionar, “como é que eu posso fazer o melhor aqui?”.

Se falar sobre enfermagem era tratar de uma prática científica, era também falar de um ofício no qual as emoções não cessavam de emergir durante as interações. Assim, os afetos eram entendidos como uma forma de cuidado que transcendia as técnicas, devendo ser mobilizados para promover o acolhimento e o bem-estar do paciente. Como vemos através do relato de Beatriz, a afetividade não era entendida como uma dimensão oposta à cientificidade da enfermagem, já que para aqueles sujeitos a enfermagem consistia na ciência do cuidado. Pelo contrário, o conhecimento científico deveria ser mobilizado para que esse afeto fosse dispensado de maneira eficiente. Desse modo, a afetividade e conhecimento científico deveriam ser dispensados conjuntamente, o que fazia da ciência e dos afetos duas dimensões constituintes do cuidar em enfermagem. Na narrativa de Amália, tais dimensões também emergiam de modo atrelado, como esferas complementares:

Eu acho que o mais importante é ter amor, carinho e a gente ter comprometimento quando a gente tá fazendo a nossa formação. Porque não adianta ter amor e carinho e eu não me dedicar às matérias e aprender o que eu preciso, de ter bagagem de conhecimento. Então eu preciso ter essa responsabilidade com o conhecimento. Mas eu acho que, sobretudo, amor e carinho pra ser enfermeiro (Amália, estudante).

Nessa mesma perspectiva, Mônica, docente, me explicou que a formação em enfermagem, além de transmitir ao aluno diversos conteúdos acerca das práticas, também fornecia um conhecimento responsável por desenvolver nele uma série de outros *conhecimentos, habilidades e atitudes* que precisavam ser mobilizadas no momento em que as técnicas e procedimentos eram empreendidos: *“tem tantas outras ações, tantos outros conhecimentos, habilidades e atitudes*

que ele tem que desenvolver durante os cinco anos de graduação, que extrapolam as técnicas e os procedimentos em si.” Para Mônica, esta competência para além da prática técnica dizia respeito à esfera afetiva das relações, entendida através de comportamentos de atenção, preocupação e, em suma, pela habilidade da empatia em relação ao paciente.

O profissional precisa ter essa habilidade da empatia que eu sempre falo, de se colocar no lugar do outro, de entender o que o outro tá sentindo. É uma habilidade muito importante para o enfermeiro, porque ele tá ali o tempo todo. [...] Não é só eu chegar lá: “bom dia, vou passar uma sonda aqui em você”. Aí vai, coloca um cano no seu nariz e tchau. Nem te ouve, nem quer saber o que você tá sentindo, se você sentiu dor, se você sentiu desconforto. Então, é muito além da técnica. Se fosse só a técnica, pronto, era só preparar o material, chegar lá na pessoa, colocar o trem na pessoa e ir embora. E não é isso. Tem toda a parte afetiva, tem todo um sentimento que tá envolvido com aquela situação. Às vezes é só você ouvir a pessoa. E ela está desconfortável porque tá com saudade dos netos que estão em casa. [...] Às vezes você conversando, ela vai se sentir mais acolhida por você (Mônica, docente).

Embora a enfermagem se constitua como um ofício cuja formação se fundamenta no modelo biomédico, é uma profissão que elabora o seu cotidiano profissional de maneira particular, colocando-se desafios e questões específicas ao propor uma prática que se funda em torno da noção de cuidado. Nesse sentido, a relação desses profissionais com os pacientes coloca-nos questões, por se constituir como um fazer pautado no cuidado, percebido como integral e holístico e, ao mesmo tempo, fundamentado na biomedicina, uma prática que, como já discutido, enfatiza a dimensão fisiológica e dualista nos processos de cura. O que buscamos sustentar é que, ao se voltarem para o cuidado, os estudantes e professores valorizam uma dimensão tradicionalmente rejeitada pela biomedicina, referindo-se aos afetos como componentes importantes da prática que realizavam. Por se constituir como uma profissão responsável pelo cuidado e marcada pela presença constante junto ao paciente, o enfermeiro deveria direcionar suas ações à preocupação, acolhimento e apoio aos pacientes, sendo as afetividades entendidas como sentimentos intrinsecamente vinculados ao cuidar. Enquanto a biomedicina se constituiu como um domínio no qual as dimensões cognitiva e emocional se encontram dissociadas⁴, a ênfase na noção de cuidado mobilizada pela enfermagem parece levá-los a um de modo específico de vivenciar os domínios cognitivo e emocional, articulando-as como dimensões do cuidado.

Na bibliografia da área, é possível encontrar trabalhos que abordam como a dimensão afetivo-emocional emerge como uma habilidade necessária ao exercício do cuidado, sendo necessário aliá-lo ao “cuidado científico objetivado” (MONTEIRO, 2016), numa tríade composta por habilidades cognitivas, motoras e afetivas (SANTIAGO; CARVALHO, 2006). Em outros estudos, a dimensão das

⁴ Como afirmou Octávio Bonet (2006), a biomedicina, ao se tornar um dos âmbitos impactados pelo processo de racionalização do mundo, edificou um discurso racionalizado sobre o corpo e as doenças apoiando nos estudos de anatomia e fisiologia sob os moldes do mecanicismo que, entre outras implicações, teria culminado na separação entre os domínios emocional e racional da experiência. Neste trabalho, o autor demonstra as tensões evidenciadas entre a dimensão cognitiva e o domínio das emoções em contextos hospitalares, a partir de um olhar voltado à figura do médico.

emoções tem se destacado nos esforços internos de construção de uma epistemologia do cuidar, a partir da qual o cuidado científico é concebido como inseparável das emoções humanas (WATSON, 2007, 2008), tendo como foco o âmbito dos afetos (WALDOW, 1995, 1992). Como apontou Dias da Silva (2014), ao situar a noção de cuidado como uma premissa ontológica, a enfermagem estabelece uma forma específica de relação com o outro, fazendo dessa categoria um valor que os define enquanto profissionais da saúde. Seguindo a perspectiva da autora, parece-nos que as afetividades eram referidas não somente como aspectos que emergiam na prática cotidiana da profissão, mas como um atributo inerente e indissociável daquele cotidiano que, ao ser mobilizado no discurso, integrava a construção de uma concepção de especificidade para o ofício que realizavam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando lançamos o olhar para a mobilização conjunta de afeto e conhecimento científico no campo da enfermagem, entendida como uma forma de potencializar a realização do cuidado, entrevemos uma forma específica de articular as dimensões cognitiva e emocional da experiência cotidiana. Assim, quando professoras e estudantes falavam de uma prática que ultrapassava a dimensão técnica, estavam, por um lado, reforçando o caráter científico do cuidado, situando-o enquanto a manifestação do saber-fazer em enfermagem, mas estavam, por outro, enfatizando uma dimensão afetivo-emocional do ofício que realizavam. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que a área da Enfermagem carregaria uma influência do modelo biomédico, paradigma que a fundamentou desde os primórdios, ela parecia suspender dicotomias que o sustentam, considerando aspectos por ele desvalorizados. Pautando-se na noção de cuidado, estudantes e professores de enfermagem enfatizavam, assim, a importância da dimensão emocional, voltando o seu olhar para uma assistência que prezava pela integralidade do outro e que, ao suspender dicotomias, situava a atividade das enfermeiras e enfermeiros como um fazer particular e atento aos aspectos relacionais e afetivos da assistência.

REFERÊNCIAS

ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine. Introduction: emotion, discourse and the politics of everyday life. *In: ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine (eds.). Language and the politics of emotion.* Tradução de Maria Cláudia Coelho. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BONET, Octávio. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BONET, Octávio; TAVARES, Fátima Regina Gomes. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. *In: Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

DIAS DA SILVA, Cristina. De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. *In: Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa *et al.* Gênero e história da enfermagem. *In: Pesquisa em História da Enfermagem*. Barueri, SP: Manole, 2011.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 4ª ed, 1984.

GEOVANNI, Telma *et al.* *História da enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995

HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HIRATA, Helena. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos de debate. *In: Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres*. São Paulo: SOF, 2010.

HIRATA, Helena; DEBERT, Guita Grin. Apresentação. *In: Dossiê gênero e cuidado*. Cadernos Pagu, v. 7, n. 15, p. 7-15, 2016.

HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado. *In: O trabalho emocional e o trabalho de cuidado*. I Seminário de Sociologia da Fundacentro. São Paulo: Fundacentro, 2014.

LUTZ, Catherine. *Unnatural emotions: everyday sentiments on a Micronesian Atoll and their challenge to western theory*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória dos sentimentos. *In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso (org.). Marcel Mauss: antropologia*. São Paulo: Ática, 1979, p. 147-153.

MONTEIRO, Priscila de Vasconcelos *et al.* Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 20, n. 957, 2016.

OGUISSO, Taka. *Pesquisa em história da enfermagem*. Barueri, SP: Manole, 2011.

OGUISSO, Taka. *Trajetória histórica e legal da Enfermagem*. Barueri, SP: Manole, 2007.

REZENDE, Cláudia Barcellos; COELHO, Maria Cláudia. *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. *(Re)vendo a questão da origem da Enfermagem profissional no Brasil: a Escola Anna Néry e o mito da vinculação com a saúde pública*. Dissertação de mestrado em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

ROSALDO, Michelle. Toward an anthropology of self and feeling. In: R. Shweder e R. Levine (orgs.). *Culture Theory: essays on mind, self and emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

SAILLANT, Francine; GAGNON, Éric. Vers une anthropologie des soins? *Anthropologie et Sociétés*, v. 2, n. 23, p. 5–14, 1999.

SANTIAGO, Patrícia Sarsur Nasser; CARVALHO, Daclé Vilma. Habilidades afetivas na formação do profissional de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 292-296, 2006.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

WALDOW, Vera Regina. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

O PAPEL POLÍTICO DA ENFERMAGEM: NAÇÃO E GÊNERO NAS HOMENAGENS PÓSTUMAS A ANNA NERY

CRISTINA DIAS DA SILVA

INTRODUÇÃO

É notório na literatura de história da enfermagem (ALMEIDA FILHO, 2004; BARREIRA, 2005; NAUDERER; LIMA, 2005; KRUSE 2006; AMORIM; BARREIRA, 2007; BAPTISTA; BARREIRA, 2009; SILVA, 2008) que a enfermagem profissional moderna, como se entende hoje, surge em um contexto de prestação de cuidados em guerras do século XIX. No contexto europeu, Florence Nightingale (1820-1910) é um marco teórico e histórico, tanto pelas suas descobertas na assistência aos feridos por ocasião da guerra da Crimeia (1853-1856), quanto pelas publicações posteriores, um conjunto de reflexões fundamentais que é, até hoje, ensinado nos cursos de graduação em enfermagem – através do qual a autora consolida reflexões basilares sobre a qualidade do ar do ambiente, as vigílias noturnas, entre outros cuidados, ao processo de convalescência dos pacientes (COSTA *et al.*, 2009).

No Brasil, uma contemporânea da enfermeira inglesa, Anna Nery (1814-1880), projetou-se como símbolo da enfermagem nacional ao participar da Guerra do Paraguai. De origem abastada, baiana, viúva de um oficial da marinha portuguesa, Anna Nery acompanhou três de seus filhos e um irmão à Guerra do Paraguai (1864-1870), tendo redigido de próprio punho a carta ao governo da província da Bahia. Nery não formulou nenhuma teoria sobre cuidados, mas foi tomada como exemplo de qualidades indispensáveis às enfermeiras: abnegação, compaixão e, certamente, coragem. Homenageada desde a época do Brasil Império, condecorada com medalhas do Exército, quadros de Victor Meirelles, passando pela reforma sanitária da Primeira República, em que foi lembrada como personagem central no simbolismo do combate às epidemias, recebendo reconhecimento internacional através de medalhas cedidas pela Cruz Vermelha (1910), Nery continua sendo homenageada até hoje. Há uma celebração de sua imagem que ultrapassa os serviços prestados à enfermagem, e que foca em valores que tanto o Brasil Império quanto o Brasil República lograram atribuir à sua trajetória. A noção de que Anna Nery é uma heroína da pátria prevalece no seio das interpretações atuais sobre seu legado. Essa continuidade não é fortuita, e poderia ser pensada – nos termos deste artigo – como uma performance narrativa eficaz (AUSTIN, 1990). Dentre as

homenagens recebidas nos últimos quinze anos, destacam-se a sua inclusão como primeira mulher a constar no Livro de Heróis da Pátria, honra recebida durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2009, e a mais recente, em 2019 – uma homenagem com direito à edição comemorativa da Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia. A seguir, traço uma digressão sobre os aspectos mais importantes da performance narrativa sobre a figura de Anna Nery registradas na literatura histórica da enfermagem e, na sequência, analiso as homenagens mais recentes provenientes da minha incursão no IGHB em dezembro de 2019, em Salvador (BA).

PERFORMANCE HEROICA E TEMPORALIDADE MÍTICA

A sequência de homenagens a Nery nos permite pensar que o cuidado de enfermagem pode ser compreendido como performance política fundamental, isto é, tratar-se-ia de uma dicotomia que se estende ao contexto sociopolítico de surgimento da profissão de enfermagem e que desvela valores morais constitutivos da carreira de enfermagem. É a partir desses valores fundadores que pretendemos traçar alguns pontos de interlocução com as recentes homenagens e a correlação entre gênero e nação.

Desde seu início, a relação entre cuidar diretamente das pessoas, dando-lhes banho, fazendo curativos e, por outro lado, administrar os outros e as instituições que perfazem esses cuidados demonstrou-se incidir numa tensão constitutiva à enfermagem. Em meados do século XIX, essa tensão fora, entretanto, plenamente absorvida pela figura única e intransferível da enfermeira ao estilo Nightingale: ao mesmo tempo em que a abnegação e a caridade eram valores fundamentais, a construção de métodos estatísticos possibilitou a conversão da enfermagem em teoria científica. Contudo, a relação entre administrar e cuidar seria fundadora não apenas de um debate de cunho epistemológico e interno à constituição do campo profissional da enfermagem, mas tal relação pode ser aprofundada a partir da construção das autoridades no campo da saúde. Afinal, a legitimidade científica parecia estar ausente de qualquer prática de cuidado de enfermagem até o momento em que esta enfermeira inglesa começa a produzir gráficos e publicar trabalhos comparativos entre rotinas de hospitais ingleses, franceses, italianos, austríacos e alemães (KRUSE, 2006, p. 405).

A influência do trabalho de Nightingale no Brasil deve-se ao fato de seu modelo teórico ter sido apropriado no interior das escolas de enfermagem inglesas e norte-americanas (considerando que esse é o modelo que será trazido ao Brasil pelas norte-americanas décadas mais tarde), ao mesmo tempo em que se cultuava uma imagem específica de Nightingale, uma mulher de conduta exemplar, que lutou pela emancipação feminina através do ensino de enfermagem e da participação na guerra. Nery, nas comparações que lhes foram traçadas com Nightingale, surgiu como a figura feminina nacional que mais se aproximava desse ideal que associava abnegação, patriotismo e emancipação feminina a serviço da nação. A profissionalização da enfermagem através desse grupo de mulheres – provenientes de camadas sociais privilegiadas, com acesso à educação e boas condições socioeconômicas – foi acompanhada da composição de uma conduta pessoal considerada

inerente ao exercício da enfermagem, que associava a eficácia de sua atuação profissional ao cultivo de qualidade morais¹. A celebração dessas *personalidades* na história da enfermagem não diz respeito apenas a seus feitos, mas à disputa entre as “habilidades naturais de cuidar” atribuídas às mulheres, o cultivo de valores morais como abnegação, caridade e disciplina e a busca pela afirmação da enfermagem enquanto uma profissão autônoma, com teorias próprias.

Sendo prestigiada como heroína de guerra entre as diretoras da Escola de Enfermagem Anna Nery ao longo dos anos 1920, 1930, 1940 e 1950, Anna Nery se firma como enfermeira exemplar, cuja abnegação, caridade e disciplina deveriam ser cultivadas como valores da profissão (BAPTISTA; BARREIRA, 2009; KRUSE, 2006)². Assim, a influência da missão de enfermeiras norte-americanas nas décadas de 1920 e 1930, quando se implantou o ensino de enfermagem no país – através do financiamento da Fundação Rockefeller –, foi a de consolidar o modelo gerencial de Nightingale³. Esse foi o legado da missão norte-americana e seu modelo anglo-saxão no Brasil, através da instituição da Escola de Enfermagem Anna Nery em 1923, e que seria considerado padrão oficial por decreto entre 1931 até 1949, quando a lei 775/49 derruba a prerrogativa da Escola. Isso não significou, no entanto, nenhuma interrupção nas profícuas relações entre os campos da enfermagem no Brasil e nos Estados Unidos, país que continuou acolhendo as enfermeiras brasileiras para realizar pós-graduações e especializações em outras áreas da saúde, como a psiquiatria (KRUSE, 2006).

A partir de 1937, quando no governo de Vargas foi criado o Ministério da Educação e da Saúde sob comando de Gustavo Capanema, o Departamento Nacional de Saúde Pública ficou incumbido não apenas da administração das atividades de saúde pública como também da assistência médico-hospitalar. O sanitarista Barros Barreto tornou-se o administrador que respondia pelas ações da área da saúde como um todo, enquanto a Escola de Enfermagem Anna Nery e sua diretoria se inseriram na estrutura do Ministério a partir da área de ensino (AMORIM; BARREIRA, 2007). Outro dado relevante é o fato de que ainda na década de 1920, a direção da Escola, na figura de Ethel Parsons⁴, era contrária a que o ensino da enfermagem fosse direcionado à formação de enfermeiras-visitadoras. Os sanitaristas, entretanto, enxergavam nas enfermeiras a profissional que, por excelência, atuaria no “controle das famílias em seus domicílios, para a extensão das ações nos centros de saúde, para o processo de descentralização distrital (...). Por isso, no projeto sanitário, constava a ampliação do serviço de visitadoras, sob o comando do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública” (idem, 2007, p. 57).

¹ Num texto de Nightingale intitulado “a arte da enfermagem”, publicado em 1946 no Brasil, ela define as principais qualidades para o exercício da enfermagem: “A enfermagem é uma arte e, para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo – o templo do espírito de Deus. É uma das artes; e eu quase diria, a mais bela das Belas Artes” (Nightingale apud Kruse, 2006, p. 406).

² O rígido regime disciplinar do internato da Escola Anna Nery pode ser visto em Baptista e Barreira (2009) através do relato de uma professora que atuou entre 1940 a 1977 na instituição e relembra que o valor central na formação das enfermeiras era abnegação e disciplina.

³ Carvalho (2007) destaca que o modelo implantado por Nightingale representaria uma “ruptura epistemológica” na história da enfermagem, através da qual o ato de cuidar se tornaria uma atividade cientificamente legitimada.

⁴ Ethel Parsons era chefe da missão norte-americana que implantou o Serviço de Enfermagem do Dep^o Nacional de Saúde Pública.

Nesses contextos, portanto, notamos que a retomada da figura e da linguagem mítica em torno de Anna Nery esteve a favor da construção da saúde pública, da conclamação da participação feminina na construção da nação em um novo contexto histórico, desta vez, relacionado à institucionalização da enfermagem no Brasil.

UMA VISITA AO IGHB

Particpei, em dezembro de 2019, na sede do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, em Salvador, de uma homenagem póstuma a Anna Nery, com a presença de seus descendentes. A “I exposição de célebres da Bahia: A mulher Anna Nery” ocorreu no auditório principal da sede, recheado de quadros comemorativos do Brasil Império. O instituto se localiza numa região central e movimentada, circundado por igrejas católicas, e na ocasião havia uma feira de rua acontecendo. O lançamento da exposição contou com uma edição especial da Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia e, também, com a exibição de objetos pessoais da enfermeira, como suas roupas, atestado de batismo e de óbito, fotos de arquivo, medalhas e até sua urna funerária.

Denominada no panfleto de divulgação do evento como heroína baiana (em anexo), Nery ocupa um lugar inegável como metáfora da participação das mulheres na construção da nação brasileira e seus símbolos privilegiados (cuidado e abnegação). A associação de Nery com a enfermagem possui um duplo vínculo: o caráter do cuidar não se dissocia do exemplo de engajamento político feminino, isto é, um nacionalismo exercido nos limites de uma economia moral de gênero. Assim, vale a pena mencionar algumas imagens que surgiram nesta homenagem mais recente. Destacam-se nas narrativas sobre seus feitos heroicos, por exemplo, os cuidados que prestava tanto a feridos brasileiros como paraguaios, entrecortando as disputas políticas maiores que fomentavam a própria guerra. Esse salvo-conduto poderia ser pensado como o elo que, mesmo após tantos anos, permite que a imagem e memória de Anna Nery seja celebrada no contexto da enfermagem contemporânea, sobretudo porque está instaurado em uma temporalidade mítica, simbólica e que estrutura o jogo semântico e performático (TAMBIAH, 2018) sobre modos possíveis da participação feminina no espaço público. Por tal razão, as homenagens são pensadas sob o aspecto ritual de uma performance narrativa.

Nesse sentido, chamou-me a atenção que uma das autoras da coletânea, funcionária do Instituto e encarregada de abrir o evento tecendo considerações sobre o trabalho de pesquisa desenvolvido para a homenagem à personalidade baiana, não conseguiu chegar ao fim de sua fala. Num salão cheio de descendentes de Anna Nery, a interlocutora chorou, emocionada, ao que foi prontamente aplaudida, sendo em seguida conduzida à sua cadeira, para que outro pesquisador pudesse falar. A curadoria do evento, portanto, trazia um tom emotivo oportuno à imagem que estava sendo celebrada, a de uma heroína, cuja retórica é sempre inferior à grandeza da memória que ali se destacava. Parecia, quase, um novo funeral. Ou, ao menos, trazia semelhanças notáveis

com tais ritos. Na ocasião da exposição, havia duas inscrições importantes sobre Anna Nery exibidas em sua urna funerária: “Aqui está Anna Nery vencendo as trevas da morte, à distância dos séculos, para receber de nós, outros, o que lhe deve a prosperidade.” E, ainda: “Restos mortais de Anna Nery, mãe dos brasileiros, na campanha do Paraguai, homenagem da Universidade Federal da Bahia, 1979.” Vale destacar que a urna foi trazida desde Cachoeira, cidade natal de Nery, localizada a 120 km da capital, para a celebração do evento no IGHB em Salvador.

Proponho analisar, além do evento ali descrito, o conjunto dos artigos da edição comemorativa da Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia feito especialmente para a ocasião. Pretendo destacar o olhar a partir do qual a figura de Anna Nery é descrita. Assim, complementando parte de uma pesquisa iniciada há alguns anos por ocasião de minha tese de doutorado (DIAS SILVA, 2010), o intuito é aprofundar certa narrativa sobre a participação feminina na construção da nação, tomando o processo sócio-histórico de profissionalização do campo da enfermagem como referência e, também, considerando a virada do século XIX para o XX como pano de fundo. A hipótese é que mais do que a trajetória em si de Anna Nery, suas homenagens póstumas sinalizam rituais importantes de (re)construção de discursos sobre a nação, atribuindo ao gênero feminino um lugar específico. Desse modo, espera-se trazer reflexões sobre o papel político da enfermagem.

Poderíamos supor que estas conexões entre enfermagem, mulheres e guerras se transformam numa poderosa metáfora para o combate às epidemias que, volte e meia, ameaçam o desenvolvimento econômico das nações, seja pelos surtos de febre amarela, gripe espanhola e tuberculose do início do século XX, seja pelos atuais surtos de dengue, zika e, certamente, a atual pandemia por covid-19, e que tem endossado a imagem das enfermeiras como combatentes da pátria. Vale lembrar que o corpo de enfermagem no Brasil, seja em cargos técnicos ou de formação universitária, é constituído por oitenta e cinco por cento de mulheres (MACHADO *et al.*, 2015). Tais mulheres habitam a linha de frente na execução das políticas de saúde pública no combate a epidemias, em campanhas de vacinação e no cotidiano da assistência básica em saúde em todo o Sistema Único de Saúde. Assim, a hipótese de que a enfermagem sempre teve, desde o início do campo profissional, um papel político parece fazer sentido quando comparamos o cenário de guerra em que se forjou tal identidade profissional com a atual situação de guerra epidemiológica que vivemos. Porém, faz ainda mais sentido se repararmos na continuidade de um mesmo estilo de homenagens póstumas a Anna Nery, como figura feminina símbolo da enfermagem brasileira, durante mais de um século.

GÊNERO E NAÇÃO NA NARRATIVA DO INSTITUTO GEOGRÁFICO E HISTÓRICO DA BAHIA

Um dos elementos que mais chama atenção entre os artigos que compõem a edição comemorativa da Revista do IGHB, volume 114, de 2019, é a repetição ou certa redundância sobre quais pontos são centrais para reconstruir a memória pública e trajetória de Nery. Assim, é comum nos depararmos com querelas específicas sobre a forma correta da grafia de seu nome, cujo entendimento atual é de que seria Anna Nery, grafia sustentada desde o início pela escola de enfermagem da UFRJ (não foi localizado o documento de registro de seu casamento, mas há seu registro de batismo). Outro dado repetido por vários autores é a sua pertença familiar nobre, isto é, fazer parte de uma família, tanto por ascendência, quanto por casamento, de militares e de médicos. Além disso, destaca-se sua profunda abnegação em nome dos seus, pois acompanhava vários familiares à guerra, bem como seu engajamento político notável, oferecendo-se para ir à guerra. Era costume que as mulheres nobres, pertencentes ao mesmo círculo social de Nery, oferecessem ajuda nas campanhas de guerra, mas eram suportes de outros tipos: enviavam roupas, alforriavam escravos para seguir junto aos pelotões, faziam doações financeiras. Era incomum que se unissem aos batalhões. Esse aspecto de sua trajetória é exaustivamente enfatizado, isto é, a sua decisão pessoal, a nobreza de sua escolha, o seu gesto abnegado não apenas com familiares, mas com os soldados. Nery montou no Paraguai, por exemplo, uma enfermaria em sua própria casa, com recursos pessoais. Essa é outra informação encontrada em vários dos artigos que compõem a edição da revista do IGHB em sua homenagem.

Ter sido educada junto aos irmãos e ter tido acesso à leitura compõem também as possibilidades sociais de Nery. Ficar viúva bastante nova, antes dos trinta anos, rendeu-lhe ou adicionou, ainda, outro estatuto social singular. Nery assumiu a educação dos filhos, mudou-se do interior de Cachoeira para Salvador e pôde, portanto, tocar sozinha um projeto pessoal e de família, ao mesmo tempo. Quando começou a Guerra do Paraguai, Nery já estava na faixa dos cinquenta anos. Esse é um dado importante para o contexto da época, porque, se por um lado, “era considerada uma senhora para tal aventura”, por outro, era difícil imaginar que, se fosse solteira ou casada, teria tal espaço de atuação. Nery partiu com um batalhão de voluntários da pátria comandado por um de seus irmãos, um militar de alta patente. Esse interstício social que Nery encontrou para participar da guerra, de maneira coincidente com a trajetória de Nightingale na Inglaterra, tornou-se uma ocasião de mudança estrutural. A participação de mulheres como enfermeiras em guerras virou lugar comum na história do século XX. Mais do que a enfermagem moderna, estas personagens históricas parecem despontar com uma nova relação entre gênero feminino e nação.

Outro elemento que chama atenção nas homenagens póstumas é a transformação oficial de Anna Nery em heroína da pátria em 2009, pelas mãos do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Detalhe importante é que tanto na edição comemorativa do IGHB, como durante o evento de abertura

da exposição de Anna Nery, destaca-se o fato de que ela é a primeira mulher a constar no Livro de Heróis da Pátria. Essa homenagem póstuma se integra a um conjunto extenso de homenagens que começaram ainda na época do Império, integraram os discursos republicanos da Primeira República, na fase da reforma sanitária e com as homenagens da Cruz Vermelha, penetraram o Estado Novo, com a oficialização do Dia da Enfermagem e a prestação de homenagens a Anna Nery pelas escolas e instituições de enfermagem no dia 12 de maio, e chegaram até os dias atuais. Cento e quarenta anos depois de seu falecimento, Nery integra os dispositivos da construção da nação que relacionam o cuidado feminino, cultivado em âmbito essencialmente doméstico, com a abnegação de uma luta societária, seja na forma de guerras tradicionais ou epidemiológicas.

ENFERMAGEM, NAÇÃO E GÊNERO

Anna Nery tornou-se símbolo da enfermagem brasileira, sendo considerada não apenas nossa primeira enfermeira, mas aquela que mais se aproxima ao legado de Nightingale ao produzir revolução comparável (embora de natureza distinta) no campo da enfermagem brasileira. Mesmo falecida ainda na época do Brasil Império, seu nome é retomado no início do século XX através de várias homenagens que partiram da Cruz Vermelha, mas também das escolas e instituições de enfermagem que começaram a surgir em todo o país. Seu legado está relacionado à prática de cuidados, mas também a uma forma legitimada de participação feminina na esfera pública. Contudo, para além disso, destacam seus historiadores, havia em Anna Nery uma atitude marcada de oferecer atendimentos a todos os feridos, tanto brasileiros como paraguaios. Esta construção de uma imagem individual se tornou referência para um conjunto de valores cultivados no campo da enfermagem no Brasil associados à abnegação, resiliência e cuidado. Tratar-se-ia de uma correlação notável entre gênero e nação, na qual o valor do seu heroísmo profissional e patriótico está relacionado a valores tipicamente associados ao universo feminino. Assim, constrói-se, em relação a Anna Nery, uma ambiguidade entre administrar e cuidar que simbolicamente constitui o campo da enfermagem no Brasil. As contínuas homenagens parecem desvelar uma síntese possível da experiência de produzir a nação: se, por um lado, Anna Nery representou uma quebra de conduta em termos de classe social, por outro lado, legitimou certas expectativas de gênero. O que mais chama atenção é que essa ambiguidade aparece incorporada pelo campo da enfermagem, ao que parece, mais do que em qualquer outro campo científico da saúde pública e talvez, por isso, a enfermagem brasileira viva ainda intensamente a ambiguidade profissional discutida por Rizotto (2008): embora nossas escolas de enfermagem possuam currículos voltados ao atendimento clínico estrito senso, é na saúde pública que se forja a noção de vocação genuína da profissão.

Talvez, uma hipótese que ajude a compreender os significados do legado de Anna Nery no Brasil seja o fato de que sua trajetória carrega as marcas da relação entre construção da nação e gênero feminino, e não se refere tanto à criação de práticas científicas. Nesse sentido, as duas se

distinguem: Nightingale é a precursora das teorias da enfermagem, enquanto Anna Nery é precursora de um campo profissional marcadamente feminino, por meio de uma profissionalização do exercício do cuidado, tendo como pano de fundo o simbolismo atrelado à participação na Guerra do Paraguai.

A semelhança contundente entre a trajetória de ambas está calcada nesse imaginário que entrelaça gênero feminino e nação, mas por distintas vias. No caso inglês, Nightingale obteve reconhecimento convencendo generais, durante a guerra da Crimeia, da necessidade de ampla circulação de ar, vigília noturna aos pacientes, entre outros processos devidamente registrados em estatísticas. Nessa trajetória temos a imagem de uma cientista. Anna Nery não é assim retratada pelos seus historiadores, pois suas competências não estão relacionadas à produção de livros científicos, mas pelas numerosas homenagens recebidas desde a época do Brasil Império, com direito a uma retomada dramática no início do século XX, no contexto político da Reforma Sanitária brasileira. Note-se que as escolas de enfermagem brasileiras prestam homenagem e reconhecem suas origens simbólicas em Anna Nery, e não tanto em Florence Nightingale. Aracaju (SE), Natal (RN), Recife (PE), Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ) e Juiz de Fora (MG) possuem escolas de enfermagem com o nome em homenagem a Anna Nery, enquanto Florence Nightingale aparece menos: Caeté (MG) Anápolis (GO) e Macapá (AP). Por fim, cabe destacar que a relação de semelhança se produz no limiar de uma conexão com a nação, através do estímulo de certo dever cívico no qual a enfermagem se projetou no debate público, período coincidente à formação do campo da saúde pública no Brasil (HOCHMAN, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo, pretendi explorar algumas ideias que surgiram no âmbito da minha tese de doutorado (DIAS SILVA, 2010) e atualizá-las tendo como referências dois eventos importantes que mais recentemente homenagearam a enfermeira Anna Nery e que tiveram lugar no Instituto Geográfico e Histórico da Bahia. A intenção não foi tanto a de realizar uma crítica ao conteúdo das homenagens, mas de percebê-las como eventos prenhes de significados para pensar o contexto político de inserção profissional feminina na virada do século XIX e XX, tomando alguns marcos e narrativas do campo da enfermagem como *locus* privilegiado de análise. Não se trata de subsumir um tema ao outro, isto é, tanto a participação feminina não está subsumida à história da enfermagem, nem esta àquela. Antes, o ponto de encontro entre as narrativas é que constitui o foco do debate.

Um dos elementos notórios desta análise foi a continuidade das homenagens, a permanente reencenação de uma imagem feminina forte e carismática, como a de Anna Nery, como mito de origem da enfermagem no Brasil. Esta, por sua vez, tornou-se um campo profissional que, até hoje, pode ser descrito por uma ambiguidade bastante similar à história de suas heroínas: cuidar e administrar. Outro elemento importante do artigo foi buscar dar visibilidade às redundâncias que marcam a descrição da personagem de Nery, constituindo os contornos de uma temporalidade

mítica. Tal aporte permite ir além de críticas pontuais ao processo em si da narrativa sobre a vida de Nery, e nos deixa visualizar a proliferação de significados associados ao feminino na reconstrução da memória da nação: o cuidar e a abnegação que saem do plano doméstico e se tornam emblemas de uma conduta profissional e pública.

O caráter mítico-ritual das homenagens, analisado sob a perspectiva da performance, permitiu desvelar certa narrativa sobre o engajamento feminino no espaço público. Tal narrativa encontra no conceito de cuidado um elemento-chave que se reproduz em uma polissemia de alternativas de participação e engajamento, podendo ser associado ora a uma naturalização da relação entre cuidar e ser feminino, ora a uma busca estratégia por emancipação social.

REFERÊNCIAS

- AUSTIN, J. L. *Quando dizer é fazer: palavras e ações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- ALMEIDA FILHO, A. J. *A Escola Anna Nery (EAN) no “front” do campo da educação em enfermagem e o (re)alinhamento de posições de poder (1931 – 1949)*. Tese (Doutorado em enfermagem), EEAN/UFRJ, 2004.
- AMORIM, W. M.; BARREIRA, I. A. O jogo de forças na reorganização da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. *Revista Bras. Enfermagem*, v. 60, n. 1, p. 55-61, 2007.
- BAPTISTA, S.; BARREIRA, I. A. Anna Nava, baluarte da escola Anna Nery (anos 1940/1970). *Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 543-51, 2009.
- BARREIRA, Ieda A. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século XX. Florianópolis: *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 14, n. 4; p. 480-7, 2005.
- DIAS SILVA, C. *Cotidiano, saúde e política. Uma etnografia dos profissionais da saúde indígena*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, 2010.
- HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 2006.
- IGHB. *Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia*, v. 114. 3767 pp., 2019.
- MACHADO, M. H.; AGUIAR FILHO, W.; LACERDA, W.; OLIVEIRA; OLIVEIRA, L.; LEMOS, W.; WERMELINGER, M.; VIEIRA, M.; SANTOS, M. R.; SOUZA JUNIOR, P. B.; JUSTINO, E.; BARBOSA, C. Características gerais da enfermagem. O perfil sociodemográfico. *Enferm. Foco*, v. 6, n. 1/4, p. 11-17, 2015.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 1, p. 74-7, 2005.

RIZZOTTO, M. L. F. *História da enfermagem e sua relação com a saúde pública*. Goiânia: AB Editora, 2008.

SILVA, ANA I. *A Arte de enfermeiro: a escola Dr. Ângelo da Fonseca (1881-2004)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

TAMBIAH, S. J. *Cultura, pensamento e ação social*. Uma perspectiva antropológica. Coleção Antropologia. Petrópolis: Vozes, 2018.

**GÊNERO
E SAÚDE**

A BELEZA DE UM CAVALO: MASCULINIDADES E COMPORTAMENTO POR ATLETAS DE FISICULTURISMO

GABRIEL SALGADO RIBEIRO DE SÁ

INTRODUÇÃO

O termo *image and performance enhancing drugs* (IPEDs) é usado para se referir a substâncias que aumentam o crescimento muscular e reduzem gordura corporal, como esteroides anabólicos androgênicos (EAAs), hormônio do crescimento, insulina, agonistas Beta 2 (por exemplo, clenbuterol), dentre muitas outras, cuja popularidade cresceu substancialmente ao longo das últimas décadas (UNDERWOOD, 2017; SAGOE *et al.*, 2014). Tem-se por objetivo discutir consequências sociais desse consumo, levando em consideração que, diante das limitações éticas da biomedicina, determinados estudos em longo prazo, com doses suprafisiológicas de andrógenos em humanos, não são possíveis (HARTGENS; KUIPERS, 2004). Por causa desse fator, muitos efeitos e consequências permanecem desconhecidos, especialmente substâncias utilizadas para fins veterinários¹, tais como o acetato de trembolona e o undecilenato de boldenona. Para aqueles que, mesmo assim, optam pela utilização, são construídas sociobiologicamente concepções e modos de conduta.

Existem duas principais correntes ao se analisar o consumo de IPEDs. A primeira compreende o uso enquadrando o usuário em um contexto de uso ilícito de drogas, utilizando “discursos familiares” de jovens cujas vidas são ameaçadas pelo consumo, sujeitos à criminalidade e dependência. Assim, aquele que utiliza aparece como um sujeito antissocial, perigoso e excessivamente masculino. Já a segunda localiza o uso dessas substâncias dentro de um quadro de desordem da imagem corporal e psicopatologia cultural, constituindo nos homens algo análogo aos transtornos alimentares nas mulheres, produzindo, como resultado, um homem danificado e feminizado, um exemplo vívido da masculinidade contemporânea em crise (KEANE, 2005). Diante das problemáticas de tais

¹ Informações extraídas da base de dados PubChem. Boldenone, CID=13308, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Boldenone>. e PubChem Database. Trenbolone, CID=25015, <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Trenbolone>. Acesso em 17/10/2020.

formulações, especialmente por produzir juízos morais² frente aos atores, compactua-se com a proposta alternativa de Whyte *et al.* (2000) segundo a qual drogas apresentam “vidas sociais” assumindo significado através da experiência social comum, tendo possíveis implicações para tais relações. Assim, adicionalmente, tem-se como fundo analítico a referência de se pensar o corpo a partir de uma estrutura conceitual de uma “ecologia corporificada”, aproximando-se, portanto, de uma antropologia culturalista contemporânea sintetizada por Ford (2019a):

Fluidity between bodies and worlds involves both what surrounds bodies and what composes (or resides within) them; 2. Thinking with ecologies encompasses both bodies and environments, emphasizing relations instead of entities. Humans are not coherent objects set against the background of their environment, but are relationally implicated with it (and each other); 3. When relations are prioritized, distinctions between material substance and immaterial experience become blurry. Embodied ecologies are decidedly non Cartesian.³

Tais conceitos possibilitam à antropologia adequar-se a um novo contexto, em que a materialidade dos corpos humanos nas menores escalas – genes, micróbios, substâncias químicas, hormônios – está sendo cada vez mais entendida como responsiva a contextos ambientais mais amplos e como um local onde os ambientes se manifestam, de tal modo que, por exemplo, já não é defensável supor que a doença, a saúde e o bem-estar podem ser plenamente compreendidos como a condição de indivíduos facilmente isoláveis e limitados pelo corpo (FORD, 2019; LOCK, 2019c). Nossa atenção recai sobre o movimento epigenético, onde as distinções entre *Nature* e *Nurture* não são mais entendidos como elementos dicotômicos, entendendo o corpo a partir de coalhado inseparável das forças ambientais (macro e micro) desde o momento da concepção, estendendo-se ao longo da vida, sendo modulado incessantemente; a epigenética também é considerada o centro da biomedicina moderna, devido ao estudo da hereditariedade não relacionada à sequência de DNA que pode ajudar a explicar a relação entre o histórico genético, o ambiente, o envelhecimento e as doenças de um indivíduo (LOCK, 2015b; LEITE; COSTA, 2017). Dentro dessa lógica, fatores extragenéticos que podem ter sido previamente considerados sociais ou ambientais e, portanto, insignificantes para processos genéticos ou geneticamente não influentes como dieta, estilo de vida, classe, exposições tóxicas, medicamentos e outras variáveis, são hoje considerados importantes para a expressão do DNA (LAMOREAUX, 2016). Assim, as implicações do conhecimento epigenético são importantes tanto para a biomedicina quanto para a antropologia, possibilitando uma nova reunificação entre *Nature* e *Nurture*, o que não quer dizer que tal concepção também apresenta problemas⁴. Temos secundariamente como objetivo antropológico discorrer aqui como

² Como certamente pontua Moraes (*et al.*, 2018), não é incomum que até mesmo etnografias ou observações participantes sirvam de base para o uso de um apriorismo moralizante que propõe taxar este tipo de prática como um comportamento não saudável e, portanto, passível de vigilância e regulação/tratamento.

³ Ensaio disponível no site: <https://culanth.org/fieldsights/introduction-embodied-ecologies>. Acesso em 15/09/2020.

⁴ Ver especialmente as críticas de Lock (2013) e Silva e Duarte (2016) para como o ambiente está sendo medido por parâmetros “reducionistas” por pesquisadores na área de epigenética.

o conhecimento epigenético está se tornando “um fenômeno social em si” nos moldes em que Landecker e Panofsky (2013) propuseram: mudando a percepção de risco frente a determinadas escolhas, modificando modos de conduta e induzindo sujeitos a pensarem em consequências de modo que excedem uma só vida.

Hormônios ou substâncias semelhantes a hormônios são fascinantes atores “material-semióticos”, biotecnologias cruciais no processo de remodelação de nossos corpos, impondo novas relações sociais no mundo todo. Produtos químicos desreguladores do sistema endócrino, por exemplo, aparecem não apenas em corpos humanos e não humanos, mas também na água, no ar e em nossos produtos de consumo (HARAWAY, 1997a, 2009b; BÄRNREUTHERM, 2018). Em duas etnografias ambientalistas, Murphy (2017a, 2008b) cita como os produtos químicos produzidos industrialmente tais como PCBs⁵ tornaram-se parte do ser humano vivo, enquanto carnes alteradas hormonalmente e culturas dependentes de pesticidas tornam-se o sustento material da humanidade; e como neste sentido estamos experimentando novas formas de “corporificação” química que nos ligam molecularmente a economias locais e transnacionais. O poder desses produtos, entretanto, significa transgredir limites orgânicos com facilidade e modificar em maior ou menor grau, biológicas, distorcendo os limites conceituais, como dentro/fora; natureza/cultura ou sexo/gênero (BÄRNREUTHERM, 2018).

Ao se produzirem conhecimentos científicos e como tais influenciam no ambiente, devemos também levar em consideração como essa informação chega a populações e culturas específicas. Assim, temos como base uma investigação que privilegia o papel dos medicamentos como participantes ativos na construção específica de comportamentos e papéis sociais (tal como uma perspectiva construtivista de gênero se propõe a pensar). Optamos metodologicamente por uma etnografia *person-centered*⁶ a qual busca explorar as trajetórias farmacológicas de dois atletas consumidores em longo prazo de IPEDs, privilegiando uma abordagem biopsicossocial.

Apesar da ênfase nessas duas trajetórias, também foram inseridos relatos de outros atletas distintos para o enriquecimento de determinadas nuances. Ademais, os entrevistados foram selecionados seguindo o método “bola de neve”⁷, por meio do intermédio de um atleta-amigo de longa data (Alfa). Através deste foi estabelecida a confiança necessária para o compartilhamento de informações de uma cultura de difícil acesso. Em um primeiro momento, são articuladas as maneiras pelas quais as substâncias estão sendo categorizadas; num segundo, demonstra-se como elas produzem sociabilidades já que na experimentação farmacológico-coletiva não se constrói somente o corpo como também tipos de imaginários específicos em torno de masculinidades. Priorizaremos a percepção de como as drogas são imbuídas de significado por um grupo exclusivo

⁵ Abreviação do composto químico Bifenilpoliclorado, poluente ambiental.

⁶ Termo inicialmente usado para se referir a uma tentativa antropológica de desenvolver maneiras próximas à experiência de descrever e analisar o comportamento humano, a experiência subjetiva e o processo psicológico. Ver Hollan (1997).

⁷ Refere-se à forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (Vinuto, 2014).

e como o ato de “tomar uma droga”, por conseguinte, é tornar-se um tipo específico de pessoa. Por fim, discutimos brevemente como o conhecimento científico está mudando a percepção de risco frente à utilização, de tal forma que consequências do consumo passam a ser vistas pelos atores de modo intergeracional, isto é, como um legado capaz de ser transmitido para as próximas gerações.

1 TORNANDO-SE O CAVALO: MASCULINIDADES TÓXICAS⁸

Laveaga (2005) afirma que o conceito de “hormônio” é, em termos históricos, recente. Cunhado em 1905, demorou-se quase três décadas até que pudesse ser produzido em massa, uma transformação de “secreções” imaginárias como mercadorias que podiam ser compradas e manipuladas. Mas lembra-nos Azize (2005) que os usos dos medicamentos são sensíveis, ao passar do tempo, a mudanças na visão de mundo e novas descobertas científicas, sendo passíveis de serem colocados em perspectiva pelos agentes que circulam por esta cultura. Tais medicamentos podem ganhar significado e sentido por grupos específicos, como é o caso dos praticantes de fisiculturismo. Efeitos neuropsiquiátricos e comportamentais como resultado do “abuso”⁹ de EAAs são bem conhecidos e descritos na literatura biomédica, havendo evidências crescentes de que, para além dos efeitos psiquiátricos e comportamentais, o uso não médico de EAAs possui potencial neurodegenerativo (POMARA *et al.*, 2015). Entretanto, as substâncias continuam sendo consumidas, apropriadas e categorizadas por grupos sociais específicos que as experimentam e produzem suas próprias narrativas frente à utilização. A dimensão de neurotoxicidade é um exímio exemplo: através da experimentação coletiva, fisiculturistas sugerem (e aqui com nenhuma ou pouca evidência da literatura biomédica) que existem graus superiores para anabolizantes com fins veterinários. Por conta desse fator, as substâncias trembolona e boldenona são consideradas as que geram modos de conduta extremos, com ênfase especial na possibilidade de se tornar um homem agressivo, capaz de cometer atos violentos, frente a outros EAAs. Nessa experiência de intoxicação, a noção de risco está intimamente ligada a se tornar um cavalo, abrindo mão de sua humanidade e se comportando como um animal. Delimitar o que é um modo de conduta “abusivo” nesse contexto é extremamente subjetivo, ligado a tempo e dosagem, como afirmado pelo relato abaixo:

⁸ Não queremos somente pensar numa indução “orgânica” para a manifestação de uma toxicidade masculina e sim reconhecer tanto os parâmetros culturais quanto biológicos para tal. Apontamos aqui a existência de uma grande correlação do uso de anabolizantes veterinários com a existência de um ideal masculino existente na nossa sociedade: violência, sexo, status e agressão. As consequências que são geralmente apontadas em diversos estudos de gênero e sexualidade é que tal masculinidade socialmente definida acarreta por consequência: ansiedade, depressão, momentos de “explosão” ou descontrole etc. Em termos biomédicos, as consequências comportamentais do uso dessas substâncias são parecidas. Sugerimos, então, uma intoxicação dupla, socialmente e biologicamente construídas.

⁹ Necessariamente, o que é considerado “abusivo” pela literatura biomédica, percebida como “moralista” pelos meus interlocutores, é a utilização supra fisiológica de EAAs e/ou para fins não médicos. Entretanto, ressalta-se que, pela ótica dos interlocutores aqui expostos, o que se distingue de um uso abusivo está ligado à utilização de drogas consideradas mais agressivas, “arriscadas” e por maiores períodos de tempo, podendo ser passível de interpretação de usuário a usuário. Drogas veterinárias podem ser passíveis de “abuso”.

Mano, eu vi um cara maior *abuser*, treinador mesmo. Ele tava falando que não passa pros alunos trembo por mais de seis meses, ela causa medo nos próprios caras que mais abusam, entende? Ninguém usa trembo por muito tempo, no máximo dá uma pancadona [referindo-se ao momento de *blast*], nessas partes de preparação, tipo 1g por semana, durante 3-4 meses. (Relato por Omega)

Tal relato se aproxima parcialmente com as observações constatadas por Velho (1998) em seu estudo clássico sobre tóxicos na classe média copacabanense. Há uma percepção socialmente construída de que certos tipos de drogas devem ser vistos com cautela, respeitando certos limiares temporais e dosagens, a fim de diminuir riscos e danos (no caso do uso de anabolizante, especialmente, drogas com fins veterinários). Apesar de haver similaridades nas categorizações dos EAAs citados no *modus operandi* de uma masculinidade desviante, as drogas promovem modos de condutas distintos. Seguem sugestões que corroboram essa lógica:

[...] agora tenho certeza no psicológico da pessoa, pelo menos a trem e a *bold* eu vejo todo atleta depressivo no jeito de falar sabe? De querer provar que é um vencedor, sabe essas coisas de achar que é mais que as pessoas por fazer dieta e puxar ferro? Eu acho uma coisa tão normal, se faz o que você gosta, já até falei para você, para mim é maior prazer comer mais 1kg de frango por dia. Como diariamente o que 3-4 pessoas comem, uma família e pô, poder fazer isso se tem que agradecer sabe? Os atletas tops tudo depressivo, eu acho que esses “bagueio” deve dar uma afetada sim, esse é o meu maior medo. No dia que eu começar a ver que eu comecei a ficar xarope desse jeito, de ficar reclamando de coisa nada vê, vou parar. Esse atleta Y que eu te comentei e conheço pessoalmente, se você ver os vídeos dele, só chora¹⁰, só reclama, vai competir e fica em segundo lugar, começa a chorar que o adutor dele estava melhor que o do outro. Uns “bagueio” nada haver, uma choradeira, infantilidade, já foi [perdeu], não precisa. [...] Sobre a trem, ninguém fica com ela [por longos períodos de tempo], ninguém fica pela agressão que causa no perfil lipídico e no comportamento, eu acho que não usa. [...] é possível de ter alguns efeitos permanentes, o cara pode ficar meio “batata”, bobão entende? Também pode ter colateral de masculinização permanente do rosto e um envelhecimento absurdo. Mas isso é só daqueles que abusam por muitos anos mesmo [ênfase de voz] [...] já sobre a *bold* geralmente se fala em ansiedade e depressão. Mas não aconteceu comigo, entende? Apesar de existir uma generalização [sobre os efeitos], cada corpo reage de um jeito à droga. (Relato por Omega)

Conforme o atleta, a utilização de trembolona e boldenona pode acarretar mudanças em um nível permanente, deixando pessoas que “abusam” das substâncias depressivas, ansiosas ou até mesmo infantis e bobas. Isso também demonstra que a tentativa de construir um corpo específico é sempre acompanhada de tensões em torno da pessoa. As categorias de corpo físico e sujeito são inseparáveis nas falas dos interlocutores. Intoxicar-se, portanto, é tornar-se um tipo específico de pessoa e, por conseguinte, de homem. Aqui, de certo modo, é possível estabelecer um paralelo dessa

¹⁰ A conotação que aqui é dada não somente no sentido de reclamar assiduamente, como também de “chorar” no sentido literal. O atleta Y em questão é considerado pelo informante como altamente sensível e isso é atribuído ao assíduo consumo de substâncias neurotóxicas, especialmente de boldenona e trembolona (além das muitas outras possíveis substâncias que permaneceram desconhecidas).

interpretação com a experiência subjetiva de pessoa em sociedades ameríndias, dado que este não parece como ser substantivo, dado e acabado, mas como um processo permanente de transformação e aberto para experimentar diferentes possibilidades de metamorfose (MALUF, 2002).

Aqui sugerimos que, por trás de cada fármaco, existe um contexto específico de se tornar um tipo de homem e assim queremos trabalhar masculinidades respeitando essa disposição. Ainda mais, ao nos apropriarmos da premissa de “vida social das drogas”, podemos produzir perspectivas diferenciadas, permitindo visualizar como drogas possuem significados e como elas capacitam, transformam usuários, possibilitando também investigar a eficácia das drogas: as percepções dos poderes das substâncias não apenas em termos de fisicalidade, mas também em situações sociais (WHYTE *et al.*, 2002; UNDERWOOD, 2017). Então, é possível pensar em masculinidades criadas “pela” e “com” a droga, sem menosprezar processos mais amplos e nem reduzir também, no processo, a autonomia dos sujeitos. Mas por que escolhemos essa abordagem epistemológica? Acreditamos que exista um grande viés na análise sociocultural dessas substâncias. Corroboramos, assim, com outras evidências etnográficas, tais como a de Underwood (2017) em que atletas reclamam que a maioria das pessoas apresenta uma visão distorcida dos riscos do estilo de vida do fisiculturismo, sobretudo por conta da mídia. Esse sensacionalismo, muitas vezes, é construído por outras substâncias veterinárias que não são EAAs, argumentam:

Quando se trata da grande mídia, eles não têm noção, eles colocam um médico que falam umas bobagens lá, lendo como se fosse uma bula sabe? Coloca lá no google: esteroides que afetam o psicológico. Aí já aparece lá Trembolona, que que é Trembolona? ele lê aquilo, esteroide causa isso, isso e isso, fala uma bula dali da Trembolona, um lixo. E depois eles generalizam [ênfase de voz] pro resto [dos EAAS] [...] na verdade, eu só vi três casos de surto psicótico na grande mídia. Um é recente, foi aquele dono da Y suplementos em Santa Catarina. Esse daí eu nem sei de nada, mas os outros dois que eu vi, nem era anabolizante, os dois eram dependentes de potenay (tipo de estimulante). E na verdade colocavam como anabolizante, no caso não foi nem a Trembolona. Um era jiujiteiro, ele foi competir e pegou um desses cara de hotel, camareiro, pediu um bagulho, o cara demorou, na hora que ele foi no quarto, ele matou o cara. Isso tem um tempo já, surto psicótico se nem vê tanto na mídia[...]outro caso que apareceu, aquele G em 2014, tava competindo pro Mr Universo, morreu por Trembolona, mas ele já tinha problema de pulmão, ele tinha que parar o uso e não parou. Ele faleceu, o treinador Q dele, foi até embora pros EUA. (Relato por Omega)

A partir do relato do fisiculturista, poderíamos enquadrar tal “generalização” da mídia em uma visão comumente expressa e amplamente aceita, concordante com uma definição essencialista de masculinidade, na qual mudanças prejudiciais induzidas por EAAs incluem exibições hipermasculinas de agressão e violência (CONNELL, 1995; MONAGHAN, 2001a). A sabedoria “convencional” muitas vezes sustenta que a testosterona e derivados sintéticos desse hormônio “masculino”, como os EAAs, *determinam* fisiologicamente estados de humor e comportamento (MONAGHAN, 2001a). Não menos grave, muitos estudos acabam por corroborar

tal prerrogativa através de um viés de seleção¹¹ concluindo uma possível associação entre “agressividade-violência-crime-hormônio-masculino”, a partir de amostragens construídas com pessoas conscritas, presidiários, muitas vezes com passagem por hospitais psiquiátricos (MORAES *et al.*, 2018, ver especialmente p. 258-259). Assim, nas últimas décadas, diversos especialistas sobre o fisiculturismo e o uso de drogas apresentaram narrativas questionáveis a respeito de uma “crise de masculinidade” e de um suposto “distúrbio da imagem corporal” denominado de “dismorfia muscular” ou de um “complexo de Adonis” (KLEIN 1993, MONAGHAN; ATKINSON, 2014). Tais categorias corroboram com um estigma, descrevendo fisiculturistas e usuários de IPEDs com teorias que posicionam os mesmos como “indivíduos perigosos” ou “vítimas culturais” (MONAGHAN 2009b, MONAGHAN; ATKINSON, 2014). De tal modo, queremos abandonar esse viés epistemológico ao expor a correlação de consumo de IPEDs veterinários e fisiculturismo, respeitando prioritariamente as construções sociais dos autores frente às substâncias. Queremos então conceber nosso modelo de masculinidade através de uma mescla entre parâmetros biológicos e culturais “borrados” no condicionamento e formulação de padrões de conduta, sem determinismos. Retomando o depoimento da página anterior, é bastante peculiar a comparabilidade das substâncias em um imaginário social específico (p. ex.: “quanto à boldenona, geralmente se fala em ansiedade e depressão”). Esse imaginário surge conforme a evidência empírica coletiva de utilização, não havendo um escrutínio nos termos biomédicos ao qual estamos acostumados; permanece, contudo, um problema social, afinal, o consumo perdura e neste existe uma exímia interpretação social dos atores envolvidos. No caso das substâncias veterinárias, a potencialidade que é socialmente reverberada é, em primeiro lugar, a de transformação corporal/comportamental, com similaridades e também diferenças. Transcrevemos as similaridades em prol do que seria se tornar um “cavalo” nas academias e em seguida atentarmos às especificidades, as quais separaremos em subcapítulos. Como é um cavalo nas academias? Em relação às similaridades das substâncias, presentes em um imaginário humano-veterinário, no corpo físico, os usuários buscam a experiência corporal de crescer muscularmente de maneira acentuada, com baixa retenção de líquidos, permitindo, por conseguinte, um visual “polido”. Foi-me relatado que a pele, de certa forma, fica brilhosa, sendo muitas vezes possível perceber, em um atleta experiente, as veias em formas de “teias de aranha” e, até mesmo, ter a percepção de fibras musculares, inimagináveis a olho nu em um corpo não treinado e “anabolizado”. O rito de transformação não acontece do dia para a noite, a mágica corporal segue um período de tempo específico (aqui, remonta-se ao efeito de farmacocinética) que varia de usuário para usuário; de modo generalista, poderíamos apontar em torno de duas a quatro semanas. O processo de intoxicação, por um lado, demonstra o crescimento corporal com a perda de gordura, digno de cumprimento nas

¹¹ Críticas contundentes foram feitas a um dos estudos mais citados ao problematizar a associação de EAAs à violência; trata-se do artigo de Pope e Katz (1990), no famoso *Journal of Clinical Psychiatry*, ligado à Associação Americana de Psicofarmacologia Clínica. Através de uma epistemologia “reducionista”, esse artigo poderia servir de exemplo de como os discursos biomédicos são passíveis de dar credibilidade às alegações populares de que os EAAs causarão explosões incontroláveis de raiva e, por implicação, violência, fenômeno socialmente complexo (ver mais aprofundadamente as críticas tanto em Monaghan, 2001a quanto em Moraes *et al.*, 2018.)

academias, enquanto por outro, começa a afetar o comportamento daquele que utiliza. Em outras palavras, concomitantemente à mudança corporal, muda-se também a pessoa, que começa a ser em maior ou menor grau afetada pelo uso. Cada interlocutor apresenta suas próprias teorias em relação aos efeitos colaterais. Há aqueles que acreditam que os EAAs veterinários potencializam “predisposições biológicas”, ou seja, aqueles que já são estressados ficam mais, e a mesma lógica se aplica a depressivos, ansiosos ou “bobões”, enquanto outros acreditam veementemente numa mudança de personalidade “bruta” com o uso, a qual é, na maioria das vezes, temporária:

Tipo assim, te explicando, o hormônio vai tipo mudar sua personalidade, ele não somente vai colocar aquilo que você já era assim, sabe? Tipo você tinha uma predisposição a ser assim, e vai ficar maior, tipo vamos dar exemplo da bebida, a bebida é assim, ela deixa o que você já é de maneira mais intensa. Já esses hormônios eles vão criando uma nova personalidade mesmo, muda a pessoa, se vê isso em muito relato. Tipo eu com *bold*, mudei totalmente véi, eu não era assim e fiquei de outro jeito. (Relato por Omega)

Em suma, substâncias veterinárias mudam não somente o corpo, mas a pessoa. Dada essa problemática, existem múltiplas maneiras de ser um cavalo nas academias, daremos uma atenção às particularidades de que cada substância é imbuída nos próximos subcapítulos.

1.1 ACETATO DE TREMBOLONA: O CAVALO AGRESSIVO?

Considerada pelos informantes como o mais poderoso EAA para a construção corporal, também é reconhecida por fortes efeitos colaterais, especialmente com relação ao aumento da agressividade. Inicialmente foi criada para utilização em bovinos, com o propósito de aumentar o peso. Um dos efeitos estéticos mais marcantes seria o de deixar o rosto do usuário com traços mais masculinos (traços mais quadrados, com mandíbulas definidas e/ou esculpidas). Ela é a droga de maior destaque nas academias para descrever situações de descontrole psicológico. São comuns os relatos dessa droga com o termo “estourar”, citado para descrever momentos de descontrole psicológico/emocional. Transmite-se a ideia de que essa droga pode promover situações críticas, nas quais pessoas normais podem apresentar uma conduta de “agressividade de trembo”. Nesses momentos, a violência é associada ao descontrole emocional promovido pela substância:

[...] agressividade trembo pode dar sim, mas depende do cara, aquele *men’s physique* [categoria de competição] famoso Y [Nome do atleta] que esses dias aí bateu na namorada e ela foi na Polícia e falou que era por causa da Trembolona. Se tu ver qualquer vídeo do treinador Z, ele sempre é contra o uso de trembo em *men’s physique*, ele sempre diz que trembo destrói relacionamento. O que falam é que tu vira um cavalo, agressivo, manja? Eu particularmente não senti esse efeito, o colateral que trembo deu em mim foi bronquite. (Relato por Alfa)

[...] Tinha um bodybuilder que nunca malhou aqui, o W, mas ele é famoso, já fui na casa dele e tals, era totalmente quebrada, o cara era loucão, dava uns murros na porta. [...] Não sei se você ficou sabendo, ele já foi preso, deu uma quebradeira no hospital, saiu até no Tribuna de Minas [Jornal] bastante tempo atrás. Definitivamente tava usando trembo e outras paradas. [...] Provavelmente pó e outros estimulantes, não dá pra culpar a Trembolona, na realidade nem sei se ele estava usando. Mas com um cara com o shape dele, não duvido. (Relato por Delta)

[...] O relato mais estranho que eu já ouvi de trembo foi do treinador X que ele tinha um aluno nerd, que fazia faculdade federal, trabalhava, namorava. Um cara normal, nerd assim, de boa com a vida. Tudo engatilhado, manja? Igual nós assim, cara normal que não é esses caras zoados que vai para noitada. Daí ele começou blast e antes fazia só cruise ou era natural, não sei. Aí ele foi fazer o primeiro blast com trembo, moleque já era todo regrado com dieta, treino, os bagulhos da consultoria e aí ele sumiu, uns 15 dias sumido. Ele voltou, conversou com o treinador. O treinador perguntou o que aconteceu e ele falou que ele brigou com a namorada, foi para a balada, chapou na balada, coisa que ele nunca fez na vida e saiu com o carro na volta, e bateu o carro, e tava bêbado. Não sei se teve vítima, não quero falar besteira, só sei que ele ficou preso uns dias. Naquele momento o treinador se sentiu um bosta, por que ele passa o bagulho e aconteceu isso com o cara. O treinador pensou em parar e quase largou tudo, e só passar estilo de vida saudável [sem IPEDs] para os alunos. Aí todo mundo chegou nele e falou que ele não era culpado de nada, quem escolheu tomar trembolona foi ele, sacou? (Relato por Omega)

Do ponto de vista antropológico, a utilização de drogas sempre segue uma trama contextual. Longe de o comportamento agressivo ser fruto de um desequilíbrio essencialmente neuroendócrino, o potencial estrago varia em relação à situação e também ao momento. Por esse ângulo, é recorrente em todos os depoimentos a relativização do uso: a droga nunca age sozinha e nunca é totalmente responsável pela situação. Por isso, foi-me argumentado posteriormente que todo aquele que usa essas substâncias deve se “policiar” continuamente. EAAs intensificam emoções e é através dessa percepção que encontramos o verdadeiro risco comportamental para usuários: agressividade com aqueles que estão inseridos em seu círculo social, especialmente se tratando de pessoas mais próximas, como familiares. Como forma de exemplificar esse fenômeno, de maneira mais palpável, poderíamos dizer que potencialmente uma reclamação de um fisiculturista com sua noiva durante a utilização dessas substâncias poderia facilitar a evolução de tal para uma discussão e, dessa discussão, para a agressão. E não menos relevante, a utilização de um anabolizante veterinário nunca é feita de forma isolada, sempre há em paralelo outros anabolizantes e, em determinados momentos, outras classes de tóxicos, tais como a cocaína. Parece uma arbitrariedade culpabilizar a substância sem ao menos reconhecer toda a complexidade do contexto que envolve a utilização. Como forma de enriquecer essa discussão, pude entrevistar um atleta durante a utilização de trembolona junto com testosterona, em um contexto de *blast*. A seguinte experiência foi sintetizada abaixo:

Desde o começo eu te falei que se alguma coisa interferisse no meu trabalho eu paro, tipo não vou deixar um bagulho que é um *hobbie* interferir no meu ganha pão. O único colateral que eu vinha tendo é o suor noturno, mas eu nunca tive problema com sono. Mesmo com o suor noturno eu sempre acordo uma vez na noite para urinar então acordava essa hora para urinar e a cama totalmente ensopada, e quando estava frio e eu estava descoberto, dava calor e eu tava suando, acordava batendo os dentes, sentindo muito frio mesmo. E se põe uma camisa e tu tá melado, uma sensação horrível. Aí beleza, voltava e urinava e achava um canto na cama que não tava melado de suor e voltava a dormir de boa. Mas não acordava mais, não tinha mais o suor, nunca foi todo dia, mas foi constante. Esse era o único colateral[...] agora pro final eu comecei a sentir mais como eu vou dizer, não é impaciente, é mais chato, tipo pessoa vinha com conversinha besta e eu não dava moral. Eu comecei a ver que eu tava ficando chato, mas eu também tô que se foda, pessoa que vem falar bagulho comigo não tem porque eu gostar do que ela tá falando né? Apesar de eu sempre ter curtido falar besteira, zoar assim os “baguio”, eu vi que isso tava mudando. Mas até aí tudo bem, não tava ligando, se sabe que minha vida é só trabalho e academia, não saio muito, não faço muito bagulho diferente. Mas aí no meio do blast, umas três semanas atrás, meu padrasto aloprou, me chamou e conversou: “vou largar aqui tudo, quero dar uma parada, tirar um pouco a pressão, já tô aposentado, só estou aqui por causa dos funcionários, amigos, família, quero que tu vá assumindo aos poucos e eu vou te ajudando”. Aí comecei assumir a posição do meu padrasto, um dos “baguio” que eu preferi parar o blast foi como eu estou lidando mais com pessoa, eu tenho medo de explodir. Mesmo sabendo que eu não vou fazer, quando eu estava com a *bold*, mano que nem eu falei para você na época, eu tava no limite. Qualquer bagulhozinho eu podia explodir e eu conseguia segurar. E agora que eu tô de boa, eu sei quando eu vou estourar, mas agora como eu tô lidando com pessoa o dia inteiro, eu não posso estourar mesmo, tipo uma pessoa vem e me dá um problema, eu vou estourar com ela? Eu tenho que resolver o problema dela, é meu trabalho. Foi pensando nisso que eu pensei em parar. Tava com medo de acontecer. (Relato por omega)

Cerca de duas semanas depois do primeiro relato, o atleta parou de utilizar a trembolona, segundo o próprio. No uso de anabolizantes, o sujeito sempre está em negociação com a substância. Conforme a utilização, o efeito colateral inicial (bastante intenso) estava sendo parcialmente tolerado por possíveis benefícios (estético-corporais). De certo modo, o pior “medo” para o atleta era o que já estava justaposto no imaginário social da droga: a possibilidade de “estourar” com alguém.

Em seu processo de intoxicação, existe uma singular maneira de analisar o próprio envolvimento com a substância e suas consequências para o comportamento: as relações sociais são analisadas – antes e durante – o uso. Através desse singular escrutínio, o usuário avalia se os benefícios justificam os danos. Cabe ainda apontar que, do ponto de vista etnográfico, neste acompanhamento, foi notado que o mesmo estava mais impaciente para responder a indagações a respeito de suas práticas. Contudo, isso não o impediu de responder assiduamente a perguntas, e, além disso, cumpriu sua “promessa”, ao perceber a possibilidade de danos em sua vida pessoal, de interromper a utilização da droga. Essa “promessa” é um denominador em comum na utilização de substâncias veterinárias, afinal, nenhum benefício estético se justifica se há algum prejuízo comportamental capaz de acarretar uma situação crítica de agressividade contra um

inocente. Do que adianta conseguir o corpo almejado, se no processo, o círculo intrapessoal do atleta é impactado? Dos depoimentos também é marcante uma tentativa de minimizar os efeitos colaterais da droga em seu comportamento, ao utilizar o adjetivo “chato” ao invés de impaciente. Ao descrever “tô que se foda”, foi percebido que naquele breve momento em questão o atleta havia ficado irritado com a situação envolvida do próprio relato, apesar de contraditoriamente admitir em seguida que seu comportamento havia mudado para pior. Vemos, também, que as novas oportunidades profissionais juntamente com o “medo”, emoção que não deve ser menosprezada, influíram na sua decisão de parar com a utilização da trembolona. Entretanto, continuou com a testosterona e diminuiu a dosagem para cerca de 300 mg semanais (dose considerada suprafisiológica, entretanto). Foi notado que o atleta voltara a ser o de “antes”. Ao ser entrevistado novamente, Omega estava novamente fazendo piadas e não se sentia em nenhum momento incomodado com questionamentos.

1.2 UNDECILENATO DE BOLDENONA: O CAVALO ANSIOSO-DEPRESSIVO?

Esse EAA apresenta um poder anabólico inferior em relação à trembolona, segundo informantes. Diferentemente desta segunda, não há relatos envolvendo situações críticas nas quais indivíduos são passíveis de agressividades catastróficas. Apresenta bem menos efeitos colaterais em relação à primeira, sendo muitas vezes considerada uma droga mais “segura” para utilização. Mesmo assim, foi considerada uma EAA com alto potencial de neurotoxicidade, sendo muito utilizada por homens magros, pela sua “maravilhosa” capacidade de aumentar a fome. Ela é caracterizada como uma droga que promove uma irritabilidade contínua, possivelmente ascendente, assim como ansiedade e depressão características, de acordo com o fisiculturista Alfa:

De colateral, eu falo em irritabilidade, neurotoxicidade da Trembolona é bem maior, impacto no fígado é bem maior, esqueci o nome das placas, tá ligado nas conexões nos neurônios que tipo quando se rompe, vão desligando, dá Alzheimer? Trembolona ataca isso bem mais, eu acho que é isso. A qualidade do sono é bem pior, GABA[Neurotransmissor] fica bem pior. [...] pelo que eu percebo a trembo é muito mais explosão e a *bold* não, entendeu? A *bold* é um bagulho mais contínuo, você sempre vai estar um pouco mais estressado, nervoso e ansioso. Com a trembo não é constante [...] e logicamente em um nível maior, dá uns “rages” absurdos, em um sentido assim, sei lá... caiu um bagulho no chão ou você chutou um pé na cama, mano aquele pico de nervoso vai ser muito grande, muito maior, com a *bold* eu tenho isso, mas é bem menor, entende? (Relato pelo fisiculturista Alfa)

Devido a esta particularidade de a droga exacerbar emoções de maneira ascendente, é muito mais fácil o controle do usuário frente à sua intoxicação. Não há picos de nervosismo, de ansiedade ou de depressão. Em todos os depoimentos que escutei sobre essa droga, sempre foi posta em comparação com a trembolona. Ela não teria capacidade de promover uma “explosão” no usuário, mas deixá-lo cada vez mais sem paciência em situações as quais todos nós somos

passíveis de enfrentar no cotidiano, como “chutar um pé da cama”. A importância de estabelecer essa comparação é justamente demonstrar que as drogas, apesar de promoverem modos de condutas parecidos, são diferentes. Cada droga, por assim dizer, promove um modo de conduta particular.

Curiosamente, o atleta cita o papel em potencial dessas substâncias como fator neurodegenerativo, com ênfase na trembolona, destacando o aumento da formação de placas β -amiloide presentes em pessoas com Alzheimer (ver Murphy e Levine, 2010). Nessa linguagem da serotonina (AZIZE, 2008), os neurotransmissores são venerados por destrinchar a verdadeira natureza comportamental humana. Na manipulação da construção do corpo físico, também é manipular o corpo cerebral, tendo como resultado novos tipos de emoções e comportamento. Nessa negociação sistemática, a categoria nativa de *bioindividualidade* é por vezes ressaltada para explicar como o imaginário socialmente construído ao redor da droga nem sempre é validado pela empiria da experimentação pessoal.

Isso permite que os interlocutores elaborem suas experiências fisicossensoriais em torno de uma individualidade biológica, que varia não somente de pessoa para pessoa, mas também podendo fazer com que os efeitos variem de tempos em tempos (o corpo sofreria metamorfoses ao longo do processo de construção corporal). Através dessa perspectiva, sugerimos que, por mais que uma droga seja socialmente caracterizada por promover a agressividade, ou outra ligada a ansiedade ou depressão, existem distintas maneiras de ser agressivo, ansioso e deprimido. A experiência de Omega explica isso:

Bold essa é do demônio [risadas]. Você fica nervoso, sangue quente, sem paciência, alguém quer discutir com você e o sangue parece que [algo] esquenta e sobe para a cabeça, se não controlar sai agredindo [risadas] [...] quando iniciei o cruise, comecei dar umas descontadas de problema na minha noiva, ficava nervoso e tal. Aí pensei que isso era coisa da cabeça, conversei com ela e parei com isso! Mas acho que problema psicológico mesmo, com trem e *bold* ouço relatos e isso vai muito da pessoa, dela mesmo saber lidar com a situação. Posso te dizer, por exemplo, que a maioria das pessoas se dá pior com a *bold*, por que ela causa mais ansiedade, deixa a pessoa inquieta, deve mexer com GABA, sei lá. Eu diria que trembo é mais nervoso de momento mesmo. Mas eu me dei muito pior com *bold* do que com trem.

[...] isso é um clichê do fisiculturismo, essa coisa de *bioindividualidade*. Comecei a seguir muito Instagram de atleta recentemente, aí eles respondem muitas coisas naquele esquema de pergunta e resposta. Tipo eles colocam por exemplo, treino e nutrição. Deve ter umas 30 perguntas e 25 eles respondem: “é muito individual, depende do corpo). Nossa cara, todo mundo sabe que é individual, que cada um é um, e por que esse cara coloca uma pergunta que ninguém vai responder? Por que ele não responde que:” meu corpo funciona desse jeito ou que na maioria dos alunos eles teriam x resultado [...]” aí ele responde então: “[...]que isso vai variar em relação ao seu perfil, preciso saber sua nutrição, treinamento, hormônios, etc. Se quiser coisa detalhada fecha consultoria”. Eu acho esse o pior clichê do fisiculturismo, é óbvio que tudo depende da individualidade biológica de cada um, mas isso

não é um segredo, manja? Para falar eu tenho um ódio disso aí. E nessa individualidade biológica é lógico que ela também é de certo modo fabricada, até por que você tá colocando várias variáveis no organismo para se tornar outra coisa. Vou te dar um exemplo, já ouviu falar de biótipos corporais? Eu sempre fui mais aproximado de um endomorfo, agora depois de muito tempo de treinamento estou mais próximo de um mesomorfo. Lógico que não muda a genética 100%, mas obviamente você vai aprimorando seu metabolismo (Relatos pelo fisiculturista Omega)

Conforme as explicações do interlocutor, sua experiência com boldenona foi pior do que com trembolona. Se o imaginário sugere que a trembolona é uma droga mais agressiva ou perigosa, sua experiência pessoal sugere o inverso. Isso definitivamente não invalida a experiência pessoal. No mais, é perceptível que a categoria de *bioindividualidade* é sempre mobilizada para explicar as mudanças corporais/comportamentais conforme o aprofundamento no estilo de vida. Por exemplo, Omega inicialmente apresentava um biótipo inicial de um endomorfo (físico estético redondo, ganha músculos com facilidade) e agora está mais perto de um mesomorfo (formato retangular, ganha músculo com facilidade e perde gordura com facilidade). Conforme a introdução de variáveis tais como um tipo específico de treino, drogas, alterações no descanso, etc., é possível mudar essa predisposição biológica para determinado formato corporal. O corpo sempre é maleável para essas pessoas. No caso do uso de tóxicos, ao qual recai nossa ênfase, sempre se considera a categoria supracitada na escolha de decidir utilizar uma droga, tanto para os benefícios quanto para os malefícios. De modo a ilustrar, se uma pessoa acima do peso utiliza trembolona, ela pode modificar seu corpo para um físico mais esguio e musculoso (isso seria uma experiência positiva nesse caso); se você é uma pessoa que “naturalmente” tem predisposição à ansiedade, evitar-se-iam drogas como a boldenona; e se você apresenta uma impulsividade e momentos de “explosão”, você nunca deveria consumir trembolona. Assim, mudar de corpo caminha de modo paralelo a mudar de pessoa. Outro fisiculturista também explicou sua experiência com a boldenona:

Falando dos meus colaterais com a Bold. Fome e essa irritabilidade, mas agora deu uma normalizada. Mas, tipo, pra minha mina eu falo: se eu estiver muito chato ou algo assim me fala. E ela mesmo disse que eu melhorei, que estou me controlando mais. Eu procuro ficar quieto quando tá atacado tem dia que eu não aguento nada, aí fico quieto. De vez em quando também me dá ansiedade, mas é pouco. Vou respirando e acaba, entende? De maneira geral a Bold afetou assim, minha relação com minha família, com a minha mãe principalmente. Se sabe que sempre tivemos essas coisas, mas deu uma piorada. Mas no geral eu fico sem paciência, aí acabo brigando com mais facilidade. (Relato pelo fisiculturista Alfa)

Deste relato chama-se a atenção novamente para a utilização do adjetivo “chato” para descrever essa irritabilidade característica da droga que é repetidamente caracterizada de maneira singular. Não menos importante, o efeito colateral da utilização não é vivido somente pelo atleta,

mas pelos que estão ao seu redor. Muitas vezes, família, namorados e amigos podem ser afetados pelas condutas promovidas pelas “masculinidades intoxicadas”, em que se verificam momentos de descontrole psicológico. Nesse período de tempo, foi verificado que o atleta Omega estava muito mais “irritado” com a utilização de boldenona do que com sua experiência com trembolona, por exemplo. Na condução das entrevistas, foi notado que em determinados momentos o atleta simplesmente deixava de responder a alguma indagação, desviando para outro tópico e demonstrando um incômodo aparente. Apesar disso, em nenhum momento foi considerada pelo entrevistador a possibilidade de algum xingamento ou agressão por parte do atleta. Ressalta-se, também, que o próprio avisou da possibilidade de “ficar mais chato” e, caso estivesse, era somente falar com ele, para o mesmo “perceber melhor suas atitudes”.

De tal modo, pode-se dizer que a atitude do atleta Alfa também seguiu um caminho parecido. Este primeiro estava mais impaciente, mas não necessariamente no nível verificado pelo atleta Omega. É pertinente dizer que a “dose” semanal de EAAs do atleta Alfa era duas vezes menor do que a do Omega, o que também pode fornecer alguma pista para sua impaciência. A utilização do adjetivo “chato” para se autodescrever pode também ser uma forma de minimizar a sua irritabilidade e ao mesmo tempo de demonstrar que existe um controle de si mesmo. Afinal, reconhecer que está irritável por causa da utilização da droga significa também considerar que a mesma está impactando o modo de conduta individual, e isso não pode ser somente interpretado como um efeito bioquímico, mas uma derrota moral frente à intoxicação. É possível estabelecer um paralelo ao estudo de Velho (1998, p. 79) visto que certos abusos na quantidade e a utilização de tóxicos considerados mais perigosos podem desequilibrar o ideal de uma vida em termos de consumo, símbolos de prestígio, status, etc. Para fisiculturistas, drogas veterinárias ganham o status de perigo e sua utilização pode afetar justamente esses tipos ideários de vida. Assim, relembramos a frase de um interlocutor: “[...] tipo não vou deixar um bagulho que é um *hobbie* interferir no meu ganha pão”. Deixar o estilo de vida, ou *hobbie*, atrapalhar outros aspectos da vida pessoal, tais como relacionamentos ou trabalho, significa perder a guerra corporal interior, na medida em que não é mais a pessoa que controla o tóxico, e sim este que controla a pessoa. E, ademais, o imaginário social ao qual a droga é entrelaçada permite ao usuário navegar melhor em sua experiência, evitando-se excessos que podem ser materializados em suas relações interpessoais.

2 TOXICIDADES TRANSMISSÍVEIS

O discurso científico e popular enquadrada cada vez mais os ambientes modernos, de modo a desestruturar as ecologias afetivas, microbianas e químicas, afetando a reprodução. Na maternidade é sugerido que um corpo se toma múltiplo (FORD, 2019b). Em seu trabalho de campo sobre a cultura da gravidez/nascimento, na Califórnia, a autora conheceu uma mulher que sugeriu algumas colocações interessantes:

They found out, or they thought, I'm not sure what the research is, but the mom's stress level determines what kind of egg she releases. If she's stressed, she produces a being with more emphasis on the midbrain, where the fight or flight instinct comes from, instead of the front brain, where thought and empathy happen. So [a child's temperament] can start in the mom's health, even before conception.¹²

A evidência etnográfica da autora sugere que a pesquisa científica muitas vezes enquadra as mulheres grávidas como “ambientes” que podem afetar o desenvolvimento fetal. Essa observação desloca sua própria experiência e personalidade, ao mesmo tempo em que estimula discursos de risco pelos quais as mulheres são responsáveis pela gravidez, mesmo antes da concepção. São corpos deslocados temporalmente, em que as responsabilidades excedem o escopo das vidas individuais – acumulando ou persistindo ao longo do tempo (FORD, 2019b; VALDEZ 2017; MURPHY, 2011). Nesse sentido, poder-se-ia acrescentar que não apenas as mulheres estão sendo afetadas pelo discurso científico, como também os homens. Vejamos um exemplo:

[...] Então, eu não lembro muito disso, do estudo. Só sei da probabilidade, que não é do esperma “mulher”, tem um outro nome. Mas eu não lembro, foi até o Zeta [treinador] que falou, que homens que são usuários de hormônios têm probabilidade maior do bebê vir mulher, entendeu? Foi um estudo que fizeram disso, a maioria dos usuários de homens que tiveram filhos nasceram mulher. Eles procuraram o porquê, e tinha algo explicando, mas eu nem li a fundo nem nada. (Relato pelo fisiculturista Omega)

Apesar do próprio não saber o tipo de estudo e, necessariamente, não ser possível enquadrar-se de certo modo, era algum tipo de arguição epigenética. Entretanto, as consequências já começam a ser interpretadas de modo geracional. A grande questão que perdura é: até que ponto o imaginário dessas pessoas está sendo afetado pelo discurso científico, enquadrando os homens também como pessoas que geram e que por tal são passíveis de responsabilização? As escolhas promovidas por um estilo de vida são vistas por um âmbito negativo, e isso acaba por acarretar um tipo específico de medo:

Sobre o medo que eu tenho, tem um atleta que eu sigo e ele é de São Paulo. Ele tem um filho de dois anos ou um ano e meio com síndrome de Down, tipo porra, ele disse isso comigo, que um conhecido dele, que eu não sei se foi da família ou amigo que quis dizer para ele. Não lembro também se falou diretamente para ele ou ficou sabendo indiretamente, manja? Só sei que esse conhecido ou sei lá perguntou se o filho dele nasceu daquele jeito por causa dos hormônios. Aí, ele ficou maior chateado, ele chegou pensar nisso também quando descobriu que o filho tinha o problema. Ele foi no médico, mas ele falou que não tinha nada a ver, não era por causa dos hormônios. Mas do mesmo jeito, se eu tivesse um filho e ele nascesse com algum problema, eu acho que provavelmente eu ficaria me culpando também. (Relato pelo fisiculturista Omega.)

¹² Ensaio disponível em: <https://culanth.org/fieldsights/triple-toxicity>. Acesso em 15/09/2022.

O que é interessante nesse relato é o fato de que mesmo o médico negando a possibilidade da correlação entre a Síndrome de Down e o consumo de EAAs, o medo permanece. O medo não está somente ligado à síndrome em específico, mas às consequências na transmissão geracional da utilização de EAAs, muito possivelmente ligadas à popularização do discurso científico epigenético. Outros que corroboram essa lógica também podem ser lidos abaixo:

Posso falar o que eu acho, em teoria né, que você ser exposto a esteroides altera o equilíbrio hormonal, na realidade isso é certo. Agora, isso pode de algum modo alterar como os genes se expressam, só que obviamente não tenho certeza. Não sei se nem tem estudo sobre isso, manja? Já ouvi falar, mas não sei se nosso hobbie poderia afetar isso daí. Acho que anabol em geral pode ser um mecanismo para contribuir nessa alteração. (Relato pelo fisiculturista Delta)

Eu acredito que tudo pode alterar a genética e eu interpreto o prefixo “epi” em epigenética assim. Esse “epi” significa sobre, acima da genética, pensa comigo, se até estresse e dieta afetam nossa expressão gênica, por que não considerar as drogas e o estilo de vida? Eu diria que estamos cada vez mais percebendo que nossas escolhas de vida impactam não somente nossa individualidade, mas nossos futuros filhos e netos. A grande questão é que nós não devemos saber em muitas décadas é o verdadeiro impacto, mensurável, de nossas escolhas. Simples assim. (Relato pelo fisiculturista, médico e treinador Zeta)

Alterações físicas causadas por esportes, por exemplo, o aumento de fibras musculares por treinamento ou “abuso” de drogas, podem induzir um perfil epigenético alterado levando a uma expressão gênica alterada, sugere Schwarzenbach (2011). A vida de um fisiculturista problematiza o corpo a cada momento pela implosão da ideia de indivíduo moderno, dado que o corpo não existe per se, mas apenas em sua relação. Para Maluf (2003), se a contemporaneidade e suas experiências estão voltadas para a fabricação de corpos que, investidos de agência e subjetividade, fabricam cultura, também são uma experiência de fabricar pessoas e sujeitos. Por esse ângulo, o diferencial da experiência aqui relatada é que o potencial transformativo também é preconizado de maneira geracional. O corpo não é somente imaginado por uma agência que vislumbra o potencial de transformação próprio, mas de maneira supraindividual, à qual salienta-se um sentido de não só um modelo de corpo e de pessoa sócio e culturalmente construída (e individualmente experimentada), mas em relação a este corpo e outros ainda não existentes. Em outras palavras, o corpo epigeneticamente imaginado está, em relação a outros, não somente em um sentido social, mas em uma dimensão de temporalidade corporal. Ademais, salientamos que a experiência de uso de tóxicos foi sociologicamente constituída por uma dialética entre o estado subjetivo do indivíduo e os efeitos psicotrópicos objetivos da droga (YOUNG, 1971 apud VELHO 1998, p. 78-79), mas não podemos mais desconsiderar que as consequências de um ato já são imaginadas em não só um corpo. De forma complementar, se as contribuições paternas à herança epigenética ainda não são bem compreendidas, já é documentada a transmissão da *memória epigenética* por espermatozoides (TABUCHI *et al.*, 2018). Queremos sugerir o seguinte, se por outrora consideramos

o conceito de memória como algo estritamente fruto da experiência subjetiva, ou trabalhado em termos antropológicos em prol de uma dimensão de memória coletiva no âmbito das tradicionais orais, com o fenômeno epigenético temos a combinação de duas tradições epistemológicas (de maneira bastante singular): a pessoa como indivíduo e a pessoa como coletividade. Se, por um lado, a intoxicação é subjetivamente sentida, por outro, é geracionalmente experimentada. O corpo, como elo intermediário entre ambos, é dotado de um singular poder de agência; afinal, quando transforma a si próprio, também impacta o outro, por mais distante ou não que este esteja.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos ter contribuído para a percepção de que o uso de andrógenos (e aqui não só veterinários) é uma experiência múltipla, seja nos corpos em que ela atravessa e impacta, seja nas relações sociais mais ou menos afetadas. Fomos convidados a reflexionar, através do ponto de vista dos sujeitos, o papel do que compreendemos como natureza humana, via alterações neuroendócrinas. Assim, indagamos: estaria essa “natureza” nos hormônios e suas respectivas alterações bioquímicas? O consumo dessas substâncias, por conseguinte, atravessaria uma tensão fundamental na antropologia, entre natureza e criação? Para esse seletivo grupo existiria uma natureza comportamental compartilhada entre humanos e animais, plasmada nessas moléculas, que regulam tanto a fisiologia quanto o comportamento? Através deste ponto de vista, com a ingestão de determinadas substâncias cujos fins são o uso veterinário, seria possível herdar ou adquirir ao menos temporariamente as características de um animal, singularmente o cavalo? O maior risco que segue nesse consumo, nessa comunhão bioquímica humano-veterinária, é ultrapassar a fronteira humano-animal, tornando-se prioritariamente um animal-humano. Sendo o desafio que se segue na visão nativa, é evitar uma certa inversão de papéis nessas relações humano-animais, perdendo o controle da própria humanidade. Mesmo assim, sabe-se que mudar o corpo também é mudar a pessoa, dimensões que não podem ser dissociadas uma da outra: é preciso que o usuário negocie com a dimensão “mágica” da substância e, para isso, temos uma farmacocinética social: não devemos nunca “abusar” do poder mágico-transformativo desses produtos. O cavalo é referência, pois de certa forma, longe somente de um ideal corporal a ser conquistado, também é de masculinidade: dominante, forte, livre, imbatível e, não menos importante, musculoso. No processo de metamorfose, a bioquímica é incerta, dado que certas características nem sempre condizem com esse ideal, como ansiedade e depressão, reflexos que não somente são um produto farmacológico, mas de um meio, que imbuí uma necessidade de se construir por vias não ortodoxas. Reverberam através de nosso escrutínio que esse tipo particular de pessoa e masculinidade também não pode ser positivado por esse grupo social, por mais que haja um incentivo para tal.

Poderíamos deduzir que o processo de se tornar o cavalo pode ser ambigualmente descrito por um controle racional frente ao corpo hormonal, que não quer dizer que não exista a possibilidade

de descontrole hormonal, sempre presente no imaginário dos atletas de fisiculturismo. No mais, as categorizações socialmente construídas nem sempre condizem com a empiria da utilização de EAAs, demonstrando uma complexidade do fenômeno em questão. Adicionalmente, o enquadramento analítico-teórico possibilitou analisar que a popularização do conhecimento científico (principalmente em epigenética) em saúde impacta diretamente o consumo de IPEDs. As consequências de saúde e doença que outrora eram percebidas somente no cotidiano de experimentação farmacológica de atletas, agora podem ser imaginadas geracionalmente. Isso possibilita a construção social de um medo, devido ao seu estilo de vida (considerando não somente medicamentos, como também hábitos alimentares e aspectos ambientais, como a contaminação por xenoestrogênios). Por fim, essa construção social acaba por induzir naqueles que aceitam o discurso, uma modificação da noção de risco que é sempre presente em maior ou menor grau, em corpos e masculinidades marcadas pela toxicidade.

REFERÊNCIAS

AZIZE, Rogerio. *A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre o uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras*. Programa de pós-graduação em antropologia social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002a.

AZIZE, Rogerio. Uma neuro-weltanschauung? Fysicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. *Mana* [online]. v. 14, n. 1 p. 7-30, 2008b.

BÄRNREUTHER, Sandra. "Hormones". Correspondences, Fieldsights, August 3, 2018. Disponível em: <https://culanth.org/fieldsights/series/hormones>.

CONNELL, R. *Masculinities*. Cambridge: Polity, 1995.

FORD, Andrea. *Introduction: Embodied Ecologies*. Theorizing the Contemporary, Fieldsights, April 25, 2019a. Disponível em: <https://culanth.org/fieldsights/introduction-embodied-ecologies>.

FORD, Andrea. *Triple Toxicity*. Theorizing the Contemporary, Fieldsights, April 25, 2019b. Disponível em: <https://culanth.org/fieldsights/triple-toxicity>.

HARAWAY, Donna. *Modest_Witness@Second_Millennium.FemaleMan@_Meets_Onco_Mouse™: Feminism and Technoscience*. New York: Routledge, 1997^a.

HARAWAY, Donna. *Antropologia do Ciborgue, As vertigens do pós-humano*. Organização e tradução. Tomaz Tadeu. 2 ed. Belo horizonte: Autêntica, 2009b.

HARTGENS, F.; KUIPERS, H. *Effects of androgenic-anabolic steroids in athletes*. *Sports Medicine*, v. 34, p. 513–554, 2004.

HOLLAN, D. The Relevance of Person-centered Ethnography to Cross-cultural Psychiatry, *Transcultural Psychiatry*, v. 34, n. 2, p. 219-234, 1997.

KEANE, H. Diagnosing the male steroid user: drug use, body image and disordered masculinity. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, v. 9, n. 2, p. 189-208, 2005.

KLEIN A. *Little Big Men: Bodybuilding Subculture and Gender Construction*. Albany, NY: State University of New York Press, 1993.

LANDECKER H.; PANOFSKY A. From social structure to gene regulation, and back: A critical introduction to environmental epigenetics for sociology. *Annual Review of Sociology*, July, 2013, p. 333-357.

LAMOREAUX, J. What if the Environment is a Person? Lineages of Epigenetic Science in Toxic China. *Cultural Anthropology*, v. 31, n. 2, p.188-214, 2016.

LAVEAGA, Gabriela Soto. Uncommon trajectories: steroid hormones, Mexican peasants, and the search for a wild yam. *Studies In History And Philosophy Of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, [s.l.], v. 36, n. 4, p.743-760, dez. 2005.

LEITE, Michel Lopes; COSTA, Fabricio F. Epigenomics, epigenetics, and cancer. *Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua*, v. 8, n. 4, p. 23-25. 2017.

LOCK, Margaret. The Epigenome and Nature/Nurture Reunification: A Challenge for Anthropology. *Medical Anthropology*, [s.l.], v. 32, n. 4, p. 291-308. Informa UK Limited, 2013A.

LOCK, Margaret. Comprehending the Body in the Era of the Epigenome. *Current Anthropology*, v. 56, n. 2, p. 151-177, 2015b.

LOCK, Margaret. Centering Milieux. *Theorizing the Contemporary*. Fieldsights, April 25, 2019c. Disponível em: <<https://culanth.org/fieldsights/centering-milieux>>.

MA, Fucui; LIU, Daicheng. 17 β -trenbolone, an anabolic–androgenic steroid as well as an environmental hormone, contributes to neurodegeneration. *Toxicology And Applied Pharmacology*, [s.l.], v. 282, n. 1, p. 68-76, 2015.

MALUF, Sônia Weidner. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. *Revista Esboços*, UFSC, 2002.

MONAGHAN, Lee. *Bodybuilding, drugs and Risk*. London: Routledge, 2001a.

MONAGHAN, Lee. *The normalization of steroid use: Commentary on Kanayama et al.* *Addiction*. 104: 1979-80, 2009b.

MONAGHAN, Lee; ATKINSON, Michael. *Challenging myths of masculinity: Understanding physical cultures*. Farnham: Ashgate, 2014.

MORAES, Danielle *et al.* A incrível fábrica de hormônios, receitas e moralização: notas sobre os esteroides anabolizantes androgênicos. In: *Antropologia da Saúde: Ensaio em Políticas da Vida e Cidadania / Organizado por Ednalva Maciel Neves, Marcia Reis Longhi & Mônica Franch; Prefácio: Maria Cecília de Souza Minayo*. 1 ed. Brasília: ABA Publicações; João Pessoa: Mídia Gráfica e Editora, 2018.

MURPHY, Michelle. Chemical Regimes of Living. *Environmental History*, v. 13, n. 4, p. 695-703, 2008a.

MURPHY, Michelle. *Distributed Reproduction*. In: Casper M.J., Currah P. (eds) *Corpus*. Palgrave Macmillan, New York. 2011b.

MURPHY, Michelle. Alterlife and Decolonial Chemical Relations. *Cultural Anthropology*, v. 32, n. 4, p. 494-503, 2017c.

MURPHY, Paul; LEVINE, Harry. Alzheimer's Disease and the Amyloid- β Peptide. *Journal of Alzheimer's Disease*, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 311-323, 2010.

POLLOCK, Anne. *Queering Endocrine Disruption*. In *Object-Oriented Feminism*, edited by Katherine Behar, 183-99. Minneapolis: University of Minnesota PRESS, 2016.

POMARA, C. *et al.* Neurotoxicity by synthetic androgen steroids: oxidative stress, apoptosis, and neuropathology: A review. *Curr Neuropharmacol*, v. 13, n. 1, p. 132-145, 2015.

POPE, H. G. Jr.; KATZ, D. L. Homicide and near-homicide by anabolic steroid users. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 51, n. 1, p. 28-31, 1990.

SAGOE, Dominic *et al.* *The global epidemiology of anabolic-androgenic steroid use: A meta-analysis and meta-regression analysis*. *Annals of Epidemiology*, 24, p. 383-398, 2014.

SAGOE, Dominic. *Polypharmacy among anabolic-androgenic steroid users: a descriptive metasynthesis*. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, v. 10, 12, 15, 2015.

SCHWARZENBACH, Heidi. *Impact of Physical Activity and Doping on Epigenetic Gene Regulation*. *Drug Testing And Analysis*, [s.l.], v. 3, n. 10, p. 682-687, 2011.

SHAPIRO, Nicholas; EBEN Kirksey. *Chemo-Ethnography: An Introduction*. *Cultural Anthropology*, v. 32, n. 4, p. 481-93, 2017.

SILVA, Gláucia; DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Epigênese e epigenética: as muitas vidas do vitalismo ocidental*. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v. 22, n. 46, p. 425-453, Dec. 2016.

TABUCHI, Tomoko M. *et al.* *Caenorhabditis elegans sperm carry a histone-based epigenetic memory of both spermatogenesis and oogenesis*. *Nature Communications*, [s.l.], v. 9, n. 1, 17 out. 2018. Springer Nature.

UNDERWOOD, Mair. *Exploring the social lives of image and performance enhancing drugs: An online ethnography of the Zyzz fandom of recreational bodybuilders*, *Int. J. Drug Policy*, n. 39, p. 78-85, 2017.

VALDEZ, Natali. *The Redistribution of Reproductive Responsibility: On the Epigenetics of "Environment" in Prenatal Interventions*. *Medical Anthropology Quarterly*, [s.l.], v. 32, n. 3, p. 425-442, 1 fev. 2018.

VELHO, Gilberto. *Nobres e Anjos: Um Estudo de Tóxicos e Hierarquia*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora, 1998.

VINITO, Juliana. *A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate aberto*. *Temática*. v. 22, n. 44, 2014.

WHYTE, Susan *et al.* *Social Lives of Medicines*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003.

GÊNERO, CORPO E SANGUE: UMA ETNOGRAFIA SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA MENSTRUÇÃO

JANAINA DE ARAÚJO MORAIS

INTRODUÇÃO

A concepção da menstruação na sociedade ocidental como algo ruim e o sangue menstrual como um agente poluidor, dotado de impurezas, despertando, geralmente, nojo e aversão – sensações essas que podem ser estendidas ao corpo menstruante – não apareceu até o século XIX. Segundo Chris Bobel (2010), na Idade Média a palavra flor era comumente utilizada para se referir à menstruação. Endossando esse argumento, a professora Elizabeth Meloni Vieira (2002) aponta que, segundo a medicina grega, a menstruação era encarada como uma evacuação purificadora e favorável à saúde.

O purgativo menstrua era explicado pela teoria da plethora. Aristóteles e Galeno, assim como todos os médicos até o século XVIII, diziam que a mulher tinha um estado natural de plethora, que a menstruação agia como agente regulador do sangue e que somente na gestação poderia ser suprimida, sem causar inconvenientes. (CESAR, 1924 apud VIEIRA, 2002, p. 42).

A medicalização¹ do corpo feminino se estabelece no século XIX, em meio aos discursos de exaltação da maternidade. Até então, o conhecimento sobre o corpo feminino era exclusividade das mulheres. “O processo de naturalização do corpo feminino, que se promoverá, articulando condição orgânica e de gênero, será necessário para conformar este objeto, assim como a criação de uma nova disciplina médica: a obstetrícia” (VIEIRA, 2002, p. 15).

Vários autores afirmam que nesse processo houve a execução de milhares de pessoas na Europa Ocidental, das quais 70% a 90% eram mulheres, principalmente no período de 1563 a 1727 (Turner, 1987). Ehrenreich & English (1976) argumentam que a história da caça às bruxas e a extinção das curandeiras devem ser vistas como parte da história da exclusão das mulheres da ‘prática médica’, já que na Europa Ocidental havia uma antiga tradição de mulheres sábias – as curandeiras, as parteiras e as herboristas. Para as autoras, a caça às

¹ A medicalização refere-se ao processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais (Miles, 1991 apud Vieira, 2002).

bruxas fez parte de uma estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura de doenças e legitimá-lo como saber médico através das universidades criadas no Renascimento (VIEIRA, 2002, p. 48).

Seguindo esse mesmo argumento, Waleska Aureliano (2009) afirma que a biomedicina foi crucial para a definição do sujeito-mulher e também para a definição dos papéis sociais atribuídos à mulher em função de sua anatomia, distinguindo-a completamente do homem. Ela acrescenta que, nesses discursos, o biológico seria “o fator determinante da ‘personalidade feminina’, impossível de ser outra, mas suscetível de controle e ajustamento através da ‘educação das mulheres’ e da construção moral por meio das suas ‘funções naturais’ como a maternidade” (AURELIANO, 2009, p. 50). Como a produção do conhecimento médico-científico durante a consolidação da medicina enquanto ciência foi essencialmente masculina, segundo a autora, os discursos sobre o corpo da mulher estão carregados de uma moral que coloca a mulher como “ser primordialmente ‘natural’ e ‘orgânico’ em oposição ao homem, um ser ‘cultural’ e ‘histórico’” (AURELIANO, 2009, p. 55).

Em relação ao discurso médico sobre a menstruação, Daniela Manica (2009) cita o trabalho da antropóloga Emily Martin, que problematiza as representações da medicina sobre o corpo feminino, buscando tratar a ciência como um sistema cultural que produz uma série de significados e metáforas sobre o corpo. Segundo a autora, ao falar sobre menstruação e menopausa, Martin mostra como a menstruação foi frequentemente definida, em textos médicos, como um processo de desintegração, uma hemorragia, sempre como algo negativo. “Em outras palavras, a reprodução é, por excelência, a forma de produção esperada para o corpo feminino, e tanto a menstruação como a menopausa são vistas como uma falha nessa produção” (MANICA, 2009, p. 245).

Vieira (2002) apresenta o trabalho de Ehrenreich & English, que assinalam que o poder da medicina de transformar eventos fisiológicos em doenças representa uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista na cultura ocidental. “A ‘patologização’ desse corpo apresenta-se como fruto de uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em evento cirúrgico” (VIEIRA, 2002, p. 24-25).

A partir dos argumentos dessas autoras, fica evidente como as concepções sobre a menstruação – seja como algo natural, positivo ou indesejável – vão se transformando ao longo do tempo, estando diretamente vinculadas aos valores morais e sociais da época. Levando isso em consideração, este *paper*² tem o intuito de fazer uma reflexão sobre a produção do conhecimento médico-científico sobre o corpo feminino em relação à menstruação, procurando compreender a política de produção desse conhecimento e as relações de poder que envolvem essa produção. Busca-se compreender de que forma a medicalização da menstruação por meio da pílula contraceptiva

² É importante mencionar que este *paper* é resultado de uma pesquisa de doutorado em andamento sobre a medicalização da menstruação e as expressões de resistência. A pesquisa se inicia em plataformas virtuais através da participação em comunidades e grupos do Facebook e por meio do desenvolvimento de um projeto intitulado “Meu corpo, meu sangue – ressignificando a menstruação” (fb.com/meucorpomeusangue; meucorpomeusangue.wordpress.com) - que busca incentivar corpos menstruantes a conhecerem seus corpos, seus ciclos e sua sexualidade, por meio da arte menstrual – mas se estende para além das redes sociais, através da realização e participação em grupos de reflexão e prática em ginecologia autônoma, como também por meio do testemunho de diversas histórias que envolvem menstruação e medicalização.

acontece e em que medida tem afetado os corpos menstruantes de modo a influenciar as narrativas e práticas desses corpos em relação ao tema.

Para empreender essas reflexões, este *paper* apresenta alguns recortes de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de trabalho de campo em plataformas virtuais da internet, através do acompanhamento de vários grupos e páginas do Facebook, além de blogs e sites que abordem temas como sexualidade, saúde feminina, contracepção e menstruação³.

MEDICALIZAÇÃO DA MENSTRUÇÃO POR MEIO DO USO CONTÍNUO DE HORMÔNIOS

Daniela Manica (2009), em sua dissertação de mestrado sobre a supressão da menstruação⁴, utilizando a pesquisa de Nelly Oudshoorn (1990), mostra como os efeitos dos hormônios para contracepção eram conhecidos por alguns pesquisadores desde a década de 1920. Entretanto, o desenvolvimento de um produto farmacêutico para o controle da fertilidade não aconteceu antes da década de 1950, quando o crescimento demográfico se configurou como um problema social.

A supressão dos sangramentos menstruais era possível desde o desenvolvimento da primeira pílula, por meio do uso contínuo desses hormônios. No entanto, o receio dos efeitos colaterais provenientes dessa maneira de administrar o medicamento e a “má percepção que esta supressão causava às mulheres teriam levado os idealizadores da pílula a formatar a pílula de maneira que os sangramentos observados em ciclos férteis (ovulatórios) pudessem ser reproduzidos” (MANICA, 2009, p. 10). A autora ainda aponta a preocupação com a manutenção dos ciclos como uma forma de tornar a intervenção humana sobre a bioquímica da reprodução o menos perceptível possível, reproduzindo a menstruação, percebida como um sinal de fenômenos naturais do corpo feminino.

O efeito da contracepção, nos primeiros momentos de vida desses hormônios, não era explicitamente divulgado, restringindo-se a um pequeno comentário na bula do medicamento, como parte do item advertências (Oudshoorn 1990:133). Temendo a baixa aceitação da contracepção no mercado, os laboratórios os divulgavam como medicamentos para controlar e regular os ciclos menstruais – um argumento que serviu, inclusive, para construir e sustentar a concepção da ciclicidade feminina e da similaridade biológica (universal) entre as mulheres em torno de sua fertilidade, como aponta Oudshoorn (OUDSHOORN, 1990 apud MANICA, 2009, p. 10).

³ Alguns grupos, páginas e blogs utilizados na pesquisa são: Adeus Hormônios: Contracepção não-hormonal (<https://www.facebook.com/groups/1640142202894672/>); Síndrome dos Ovários Policísticos Tratamentos Naturais (<https://www.facebook.com/groups/1538464226444627/>); Ginecologia Natural (<https://www.facebook.com/groups/511601292276553/>); Ginecologia Natural, Ginecosofia (<https://www.facebook.com/groups/511601292276553/>) e (<https://ginecosofia.com/>); Vulva Sapiens (<https://www.facebook.com/vulvasapiens/>) e (<http://www.vulvasapiens.net/>); Percepção da Fertilidade e Contracepção Natural (<https://www.facebook.com/groups/1589241914660741/>); Endometriose Tratamentos Naturais/ETNA (<https://www.facebook.com/endometriose.tratamentos.naturais/>); El Camino Rubí (<https://www.facebook.com/elcaminoarubi/>) e (<http://www.elcaminoarubi.com/>); Ginecologista Sincera (<https://www.facebook.com/ginecosincera/>); Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade (<http://www.mulheres.org.br/>).

⁴ Manica faz a análise da trajetória social dos contraceptivos hormonais que podem provocar a supressão dos sangramentos mensais, lançados a partir de 1999 no mercado brasileiro, através do material produzido pela indústria farmacêutica na divulgação desses e da fala de alguns ginecologistas sobre eles, procurando delinear alguns traços do contexto de relações entre ginecologistas, mulheres, contraceptivos e indústria farmacêutica.

A necessidade de manter os sangramentos, que antes era encarada como algo importante, vem sendo questionada há alguns anos no Brasil. O médico e professor de Ginecologia e Reprodução Humana da UFBA, Professor Dr. Elsimar Coutinho, é uma das principais referências a favor da supressão da menstruação, discorrendo sobre a inutilidade dos sangramentos menstruais em um livro, publicado em 1996, intitulado “Menstruação, a sangria inútil”. Sua tese sustenta-se no argumento de que a menstruação não é natural, e sim fruto do investimento humano no controle de sua fertilidade, que acabou culminando na contracepção – única situação na qual uma fêmea como a mulher apresentaria menstruações repetidas. “Naturais, segundo ele, são a gestação e o aleitamento, períodos nos quais as mulheres não menstruam. A menstruação repetida por vários meses é, por ele, entendida e classificada como um produto social ou cultural” (MANICA, 2009, p.13).

Assim, como aponta Manica, a ênfase da indústria farmacêutica e de alguns médicos no fato de que as mulheres contemporâneas menstruam demais, três vezes mais que as antepassadas, e que a supressão da menstruação é uma forma de evitar distúrbios, sintomas desagradáveis e incômodos decorrentes da menstruação (tais como enxaqueca, dismenorreia, síndrome pré-menstrual e endometriose), é utilizada para justificar a ideia de que clinicamente (cientificamente) não há nenhum problema em suprimir a menstruação fazendo uso contínuo da pílula (MANICA, 2009, p. 47).

A partir da análise da trajetória social dos contraceptivos que podem provocar a supressão dos sangramentos mensais, lançados a partir de 1999 no mercado brasileiro, Manica (2009) mostra a transformação da abordagem das indústrias farmacêuticas em relação à menstruação e como, no momento em que é percebido um contexto favorável à supressão da menstruação, o investimento simbólico da indústria farmacêutica passa a ser na menstruação como causa de doenças ou deficiências e incômodos para a vida social e, conseqüentemente, na ausência da menstruação como algo positivo, benéfico ou desejável.

Chris Bobel (2010) aborda esse assunto apontando como os corpos que não estão dentro do padrão desejado serão sempre vistos como problemáticos, com necessidades de correção através do veículo de consumo. No caso da menstruação, o problema é sua própria existência; a solução é tornar o processo invisível, contendo o sangue menstrual, ou progressivamente eliminando-o através de ciclos contínuos de contracepção, suprimindo a menstruação. “Leaky, liquid, flowing menstruation – a uniquely female experience associated with sexuality – is constructed as a shameful form of pollution that must be contained. Menstruation, then, is constituted as a problem in need of a solution” (BOBEL, 2010, p. 31).

A supressão da menstruação tem sido cada vez mais defendida por diferentes ginecologistas e, atualmente, esse discurso tem influenciado a decisão de vários corpos menstruantes que optam por suprimir os sangramentos mensais, seja por vontade própria ou por indicação médica. Entretanto, a supressão da menstruação ainda é um tema que gera controvérsias. A partir de uma matéria sobre o tema, que teve grande repercussão em um dos grupos acompanhados durante a

pesquisa, procura-se, a seguir, perceber como a supressão da menstruação tem sido encarada por uma diversidade de corpos menstruantes.

SUPRESSÃO DA MENSTRUÇÃO: CONTROVÉRSIAS E RESISTÊNCIAS

O programa Bem Estar⁵, da Rede Globo, abordou o tema da supressão da menstruação convidando o hebiatra⁶ Dr. Benito Lourenço e o ginecologista Dr. José Bento. O primeiro defendeu a ideia de que a supressão da menstruação durante a adolescência não é recomendada, pois “a menstruação é um sinal de saúde”, sendo importante para as adolescentes acompanharem a evolução do seu ciclo, compreenderem a sua ciclicidade para depois, quando mais velhas, poderem escolher se interrompem ou não a menstruação. Já o segundo argumentou a favor da supressão da menstruação (não especificando a faixa etária) alegando que “90% dos problemas femininos são causados pela menstruação”, utilizando a mesma ideia anteriormente abordada sobre a menstruação como causa de malefícios como TPM (Tensão Pré-Menstrual), endometriose e ovários policísticos e ainda afirmando que quanto mais a mulher menstrua, mais chance ela tem de desenvolver câncer e miomas.

Esse programa acabou viralizando na internet gerando muita polêmica. A matéria foi comentada por vários perfis pessoais e em grupos do Facebook. A primeira vez que tive contato com a reportagem foi pelo grupo secreto “Adeus Hormônios: Contracepção não-hormonal”⁷, por meio do *post* de uma integrante criticando o programa. A postagem gerou mais de 3,4 mil curtidas e mais de 500 comentários. A seguir apresento a reprodução do *post* e de alguns comentários⁸.

POSTAGEM

Título da postagem: PERPLEXA

“Hoje, 20/03 no programa da GLOBO, BEM ESTAR, um médico falou tantaaaaas coisas incoerentes, fiquei chocada! Olhem o que ele falou:

*- É melhor tomar pílula e ter 3 vezes mais risco de Trombose, porque se engravidar vai ter 10 vezes mais risco. (Eu corro risco ZERO, pois uso preservativo e não estou grávida)
- Os sintomas da pílula anticoncepcional são pequenos, uma dorzinha de cabeça, uma acnezinha, uma engordadinha... (até parece né!?)*

- Menstruar aumenta a possibilidade de endometriose e ovários policísticos. (Tentando assustar a mulherada)

⁵ Exibido no dia 20 de março de 2017. Matéria completa pode ser acessada em: http://g1.globo.com/bemestar/noticia/menstruar-ou-nao-menstruar-bem-estar-explica-os-pros-e-os-contras.ghtml?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=bemestar. Acesso em 22/03/2017.

⁶ Médico especialista na saúde de adolescentes.

⁷ Grupo com mais de 130 mil participantes que deixaram ou querem deixar de tomar hormônios.

⁸ Optou-se por manter anônima a identidade de cada integrante e também por reproduzir os comentários exatamente como foram postados, sem correções gramaticais.

- o DIU⁹ é para as meninas que vão pra balada e tomam todas depois ficam dizendo que a dor de cabeça é do anticoncepcional! (Como?!?!) Fora outras coisas que fiquei horrorizada! Gente, EU NÃO TOMO MAIS ESSE VENENO, porque eu sei dos riscos reais dele, mas imaginem quanta gente assistindo esse médico (que deve ganhar uma grana por pílula indicada), está achando que tomar pílula é saudável!?”

Comentários

Também me pareceu uma propaganda do anticoncepcional! Aliás, quando perguntaram do diu (dispositivo intrauterino) ele só falou bem do siu¹⁰, dizendo que era melhor opção e detonou totalmente o diu. A pergunta era pra que ele explicasse sobre os métodos não fazer propaganda de um versus o outro!

Médico normalmente só faz isso.... Só empurra o AC na gente! Não costumam falar sequer que tem efeitos colaterais. Aí você vai ler a bula e tem um ataque cardíaco!

Tive dois cistos de ovário imensos (11 e 15cm) tomando AC, um dos quais literalmente explodiu meu ovário direito e me levou pra mesa de cirurgia. Tive acne cística por anos e ela quase sumiu nem um ano depois de parar o AC. Hoje lido com várias consequências de 10 anos tomando Diane inclusive depressão, hormônios desregulados e TPMs absurdas que melhoram mês a mês desde que resolvi parar de tomar aquele veneno. E esse comentário do DIU é nojento, fiquei horrorizada.

E quantos mais não devem reproduzir esse mesmo discurso incoerente ou outro pior!? Ainda bem que existem grupos com essa finalidade: esclarecer, informar, partilhar experiências. Cada dia aprendendo...

Quanta merda mesmo! Mas é claro, nosso processo de conscientização sobre os riscos dos ACs (anticoncepcionais) vai contra a maré do lucro monstruoso sobre a venda dessas desgraças!

Eu tomava pílulas até que em junho do ano passado eu tive trombose venosa cerebral (AVC), fiquei internada por 20 dias tomando anticoagulantes via oral e injetável na barriga (dói muito), vim embora para casa e fiquei mais 6 meses tomando, hoje tomarei AS infantil para o resto da vida, não posso doar sangue, não posso me cortar, não posso engravidar, risco de morte para mim e o bebê. Graças a Deus não morri e nem fiquei com sequelas, mas estou lendo o livro de um caso verídico de uma jovem de 21 anos que ficou muda e tetraplégica após trombose por uso de anticoncepcionais. Enfim, sou feminista, sou a favor da liberdade da mulher de utilizar as regras que quiser quando diz respeito ao seu corpo, mas alguns casos devemos nos informar antes de criticar. Pílulas um veneno em forma de medicamentos, cuidado pode matar.

Credo gente! Eu não assisti hoje! Estou pensando em tomar AC e acaso eu não conseguir colocar o DIU pelo SUS.... tenho Ovídio policístico e endometriose (A minha “colega” está entre o intestino e o útero) então já viram..., mas o que ele disse é super horrível!! Esses médicos que são péssimos médicos! Que horror

⁹ DIU – Dispositivo Intrauterino.

¹⁰ Sistema Intrauterino (hormonal).

Me ajudem eu acho q muitos médicos relatam isso: QUE O problema hoje em dia para câncer NOS OVARIOS UTERO E MAMA é justamente esse a mulher menstrua cada vez mais cedo e por anoosooooos e tem menos filhos ou talvez nem filho tem ou seja ela passa a maior parte da vida só mestruandooooo... q o ac nestes casos ajudaria a prevenir... será? q duvidas por isso continuo pesquisando....

sempre questione se há publicações científicas que tenham feito um mínimo de pesquisa com amostragem para poder afirmar isso. Duvido que cientistas (infelizmente em sua maioria homem) tenham acompanhado a vida reprodutiva de um número significativo de mulheres por 30,40 anos para poder chegar a essa conclusão.

Escolher tomar pílula é opção individual, o problema é que muitas vezes a galera aceita as informações que a Globo passa cegamente e achar que tá tudo beleza com o corpo, se enchendo de hormônio artificial. --'

E a quantidade de meninas que tem defendendo a matéria no G1 é grande. Dizendo que preferem tomar ac do que menstruar e ter TPM.

Essa postagem e os comentários me conduziram à matéria do G1, e os comentários¹¹ da notícia também são interessantes de serem reproduzidos.

Meu médico me aconselhou a emendar minha cartela, antes disso sofria muito com cólicas e enxaquecas, agora não sofro mais, foi um alívio!

Apesar de não gostar do período menstrual, não sou a favor de impedir um processo natural do corpo. Anticoncepcional já faz mal tomando com pausa, imagina tomando direto. Pode ser que ainda não descobriram os males que isso pode provocar, mas bem não faz.

O próprio médico na matéria está relatando que não tem problema. Meu médico me informou que é menos perigoso emendar a cartela do que menstruar.

tenho ovário policístico, e tomo o anticoncepcional Selene. más me dá enjoos após tomar a pílula, é normal a menstruação vir um dia e no dia seguinte parar? agora depois de 4 dias veio novamente. Isso me impede de engravidar tenho 25 anos e ainda não consegui engravidar. e não sei o que fazer o meu ginecologista disse pra continuar com a pílula e me faz um enorme mal

Olha pra quem é mulher e passa por esse desconforto de cólica, absorvente é ótimo eu emendo 03 cartelas e logo faço a pausa e assim já tem dois anos e vivo muito bem e com bem menos desconforto pra trabalhar, brincar com meu filho e fazer as atividades do dia-a-dia. não vejo problemas até por que é uma atitude que muitos GOs [ginecologistas] indicam.

Esqueceram de falar de vários outros efeitos colaterais. Eu mesma tive embolia pulmonar por causa de anticoncepcional. E é muito comum ter perda de libido, enxaqueca, náuseas, diarreia... Pílula anticoncepcional não é para qualquer um e não é essa maravilha toda para

¹¹ Ao todo foram 86 comentários dos quais dez foram selecionados.

várias mulheres. Esse método deveria ser usado juntamente com a camisinha (porque uma adolescente vai esquecer de tomar a pílula todos os dias e também com a proteção contra DSTs) e em caso de necessidade médica.

Também tive trombose por conta do anticoncepcional. Não recomendo essa droga nem ao meu pior inimigo. Maiores problemas sabem quem já teve uma trombose por conta desse veneno. Ridículo a reportagem. A fama de conhecimento leva as pessoas a tomarem e achar que é uma bênção. Espera só ter uma trombose venosa que eu quero ver dizer que é bom seja para o que for

Minha menstruação vem muito e por isso tenho anemia. Porém, tentei várias pílulas e todas me fizeram mal. Usei injeção trimestral durante um ano e meu cabelo caiu horrores. Após 2 anos sem usar qualquer anticoncepcional e com muita anemia, apareceu um cisto no ovário. Comecei a usar a injeção mensal e estou com muito medo dos efeitos colaterais. Quais os efeitos colaterais dessa injeção? Qual outro método eu poderia usar?

Boa tarde, Adorei a matéria. Eu tenho 25 anos e fui diagnosticada com endometriose faz 1 ano, estou tomando o Gestinol 28, mas estou com muitas cólicas, a minha barriga fica inchada as vezes e tenho dores na lombar, pelo menos a menstruação não está descendo, eu queria saber se tem um anticoncepcional ou tratamento melhor do que este que estou fazendo?

Bacana falarem sobre isso pois irão tirar muitas dúvidas. Muito se fala que suspender a menstruação faz mal para a mulher, eu mesma sempre tive medo disso e de até tomar pílula. Falam que com o passar do tempo surge o câncer e outros problemas. Difícil definir o que é verdadeiro e o que é lenda

Acredito que o anticoncepcional vai de acordo com o sistema de cada mulher. Por exemplo para mim não faz bem e já para outras fazem.. Mas pode trazer graves consequências futuras...

Fica claro, por meio dos comentários na postagem do grupo e dos comentários na matéria do G1, como esse tema gera controvérsias. É possível perceber que existem corpos menstruantes que optam pelo uso da pílula e da supressão, adaptando-se bem durante o processo, como há também aquelas pessoas que fazem o uso do medicamento por indicação médica para o tratamento de algum distúrbio, por exemplo, mas que não se adaptaram e não sabem bem o que fazer ou a qual outro tratamento recorrer, como também existem aquelas pessoas que não se adaptaram ou que sofreram algum tipo de efeito colateral mais grave e que preferiram/precisaram interromper o uso da pílula. A menstruação pode ser encarada como algo natural, bom, ruim ou até mesmo como algo dispensável. Os organismos são diversos, cada corpo reage de forma diferente ao uso da pílula e cada corpo menstruante tem um tipo de relação com a sua menstruação, mas fica evidente como o discurso médico e farmacêutico sobre a menstruação e a supressão são capazes de afetar as narrativas e práticas desses corpos, seja negando ou aceitando o discurso.

O que percebo sobre o uso da pílula em geral, seja contínuo ou com pausa, e não só com base nessa pequena amostra que apresentei¹², é que após 67 anos do lançamento da primeira pílula contraceptiva, ainda há uma grande falta de informação ou até mesmo uma desinformação sobre o uso do medicamento e seus efeitos, influenciando diretamente as narrativas e práticas dos corpos menstruantes em relação ao medicamento. Mesmo quando o uso da pílula é discutido em consultório médico e indicado pelo ginecologista¹³, muitos corpos menstruantes saem dos consultórios com pouca informação e muitas dúvidas sobre o medicamento. Com os casos de efeitos graves oriundos do uso da pílula, tais como AVC, trombose e embolia pulmonar, além dos efeitos mais brandos como perda de libido, enxaqueca, náuseas etc., sendo cada vez mais relatados pelas vítimas e com a falta de discussão sobre o assunto pelas indústrias farmacêuticas e pela maioria das instituições médicas e seus agentes, vários corpos menstruantes que possuem dúvidas em relação ao uso da pílula, que buscam outro tipo de método contraceptivo ou tratamento para seus distúrbios menstruais, recorrem a outros veículos de informação.

Essas comunidades no Facebook funcionam como um meio alternativo de discussão e compartilhamento de informações e vivências. Qualquer dúvida ou experiência que alguém queira compartilhar é rapidamente respondida e comentada por várias pessoas que participam dessa rede. O próprio grupo possui um arquivo muito bem organizado com várias informações sobre saúde e sexualidade, além da indicação de vários sites, grupos e páginas que abordem temas tangenciais. Nesses grupos é incentivado que os corpos menstruantes busquem profissionais (seja alopatas ou de linhas alternativas) que tenham um olhar mais humanizado sobre o corpo menstruante e também que pesquisem por conta própria e vivenciem sua saúde e sexualidade de forma mais autônoma e livre, assumindo uma postura mais ativa na relação médico-paciente. Atualmente, está cada vez maior o número de pessoas ou coletivos que incentivam a prática de uma ginecologia com autonomia, também conhecida como ginecologia autogestiva ou autoginecologia¹⁴.

Essa capacidade de reflexão, contestação e agência de mulheres de diferentes origens se constitui, a meu ver, como uma prática de resistência à colonização dos corpos por meio da medicina e da ciência, mas não como uma mera oposição à medicina alopática que nasce do pensamento

¹² Pelo acompanhamento do assunto por meio dos grupos, páginas, perfis e notícias na mídia, além de testemunhar o relato de vários corpos menstruantes, inclusive o meu próprio, sobre o assunto.

¹³ É preciso ressaltar que a indicação de pílula contraceptiva pela maioria de ginecologistas alopatas é prática recorrente, seja como método contraceptivo ou para o “tratamento” de algum distúrbio menstrual. Poucos são os profissionais alopatas que apresentam métodos não hormonais ou tratamentos alternativos.

¹⁴ A ginecologia autogestiva ou autônoma é uma prática que surge a partir do movimento *self-help* iniciado na década de 1960, que instigava as mulheres a conhecerem seu próprio corpo e sexualidade, usando o exercício do autoconhecimento como forma de libertação. Uma metodologia muito utilizada por este movimento era a dos grupos de consciência e reflexão feministas, em que várias mulheres se reuniam nas casas umas das outras, ou em locais públicos para expressarem e reconhecerem suas próprias experiências, além de discutirem temas diversos relacionados ao contexto do momento. Nestes encontros, as mulheres compartilhavam histórias pessoais, observavam o próprio corpo e o corpo das companheiras e questionavam o saber médico e científico. Assim, a ginecologia autogestiva é uma prática que busca incentivar mulheres a conhecerem seus corpos (tocá-los, senti-los, examiná-los), para poderem cuidar de sua própria saúde, sem necessariamente romper completamente com a ginecologia convencional, mas sim, utilizá-la em seu benefício, trabalhando o conceito de *Body Literacy* (Alfabetização do Corpo). Dessa forma, é uma prática que procura resgatar a sabedoria intrínseca de cada corpo e valorizar os saberes e conhecimentos populares e vindos das lutas feministas, que foram negligenciados pela medicina alopática convencional.

ocidental eurocêntrico, e sim como uma manifestação a favor da reinserção das mulheres nesse domínio que sempre pertenceu a elas e que lhes foi negado com a institucionalização da medicina. Toda essa resistência permite uma reexistência desses corpos e desses saberes, tornando-se um exemplo de que são possíveis outras formas de ser, estar, sentir, saber, pensar, existir nesse mundo, para muito além do que o pensamento racional moderno defende e permite.

É preciso destacar, ainda, que a medicalização do corpo feminino, mais especificamente da menstruação, não é vivida ou sentida da mesma forma por todos os corpos menstruantes e tampouco que a prática da ginecologia autônoma e natural também o seja. O feminismo pós-colonial e interseccional aborda a falácia de perceber as mulheres como sujeitos universais, que compartilham a mesma condição subordinada, destacando a importância de se reconhecer as variadas intersecções entre raça, classe, etnia e gênero na constituição da experiência dos sujeitos (CREENSHAW, 1995).

Dessa forma, existem corpos menstruantes que não vão perceber a medicalização da menstruação como algo negativo, pelo contrário, assim como existem pessoas que vão problematizar essa medicalização, criando formas alternativas de saber e estar no mundo, mas que também podem divergir em vários aspectos sobre o que sejam essas alternativas¹⁵.

O que acredito ser interessante em todas as diferentes experiências é ouvir as várias vozes que ecoam sobre o assunto e que muitas vezes podem ser contraditórias. Como Teresa Cunha (2016) mesmo afirma, descolonizar o feminismo implica reconhecer nesses discursos, frequentemente divergentes, por vezes inteligíveis para nós, energia epistemológica que não pode ser perdida. Os feminismos pós-coloniais – que reconhecem que o capitalismo não termina com o fim da colonização política e, por isso, percebem a necessidade de conduzir uma descolonização cognitiva e uma descolonização do poder contemporâneo – não só reconhecem a diversidade, mas se envolvem no exercício de tradução intercultural que tem em sua base uma permanente humildade epistemológica. Essa ideia levantada pela autora tem uma grande força inovadora para pensar a nação e o lugar dos corpos menstruantes e de suas formas divergentes de construí-la, pois reitera a ideia de que a homogeneidade é transitória. O que temos são ideias diferentes, muitas vezes contraditórias, portanto, somente com humildade epistemológica iremos chegar a algum lugar.

¹⁵ Para refletir um pouco mais sobre como as experiências dos corpos menstruantes se diferem, vamos pensar quem são esses corpos que tem acesso à informação e acompanhamento médico de qualidade, conseguindo optar por qualquer outro método contraceptivo ou tratamento que não seja a pílula? De acordo com matéria publicada na revista época (<http://epoca.globo.com/saude/check-up/noticia/2017/07/elas-nao-querem-tomar-pilula.html>), para as mulheres que usam o Sistema Único de Saúde (SUS) – e elas são a maioria das brasileiras (73%) –, escapar da prescrição da pílula e escolher outro método contraceptivo é mais difícil. Na maioria das vezes, o problema não é encontrar nas unidades de saúde outros métodos não hormonais, tais como DIU e diafragma, mas, sim, convencer o médico a prescrevê-los. A reportagem entrevistou o ginecologista Luis Bahamondes, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que estuda o acesso a diferentes anticoncepcionais e segundo o médico “falta tempo na rotina do ginecologista para colocar o DIU. No período de tempo em que o médico atende uma mulher e coloca DIU nela, ele poderia ter prescrito pílulas facilmente para outras três.” O médico ainda aponta outra questão subjacente: “como muitos médicos não saem preparados das faculdades para fazer o procedimento, é comum que eles evitem a prática no consultório, pois se sentem inseguros”. A dificuldade de acesso a esses outros métodos no SUS é um dos motivos de a pílula anticoncepcional oral continuar à frente de outros métodos no mercado de contraceptivos. Por ano, são vendidos cerca de 130 milhões de contraceptivos orais no Brasil, contra cerca de 40 milhões de unidades de DIUs e implantes subdérmicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da reflexão sobre a medicalização da menstruação, através da pílula contraceptiva, pode-se perceber como a produção do conhecimento médico-científico sobre o corpo menstruante é permeada por interesses políticos, econômicos e sociais e é marcada por uma relação de poder desigual, em que a medicina e a indústria farmacêutica detêm o discurso oficial das condutas e comportamentos adequados aos corpos menstruantes, podendo influenciar as narrativas e práticas desses corpos, que tiveram seus conhecimentos e inquietações sistematicamente invisibilizados e deixados de lado no processo de produção desse conhecimento. Muitos destes corpos, percebendo as consequências desse processo e problematizando o saber médico, resistem e buscam formas alternativas de viver, pensar e sentir, para muito além do que o pensamento racional moderno permite. É evidente, também, que nem todos os corpos menstruantes percebem a medicalização da mesma maneira, há quem a encare como um problema e há quem a veja como solução. Essas várias vozes que ecoam sobre o assunto, por vezes contraditórias, nos dão energia epistemológica para pensar que vários domínios tidos como universais, tais como a epistemologia e a medicina, são historicamente peculiares, e suas reivindicações em relação à verdade estão conectadas às práticas e valores sociais do momento. Por isso a importância do reclamo por uma descolonização cognitiva e do poder, pois só assim esses saberes e conhecimentos oriundos das lutas feministas e dos saberes populares poderão emergir como mais uma episteme possível nesse mundo de possibilidades epistemológicas.

REFERÊNCIAS

ADEUS HORMÔNIOS. Comunidade. Disponível em: <https://www.facebook.com/groups/1640142202894672/>. Acesso em: 20 mar. 2017.

AURELIANO, Waleska de Araújo. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 49-70, jan./abr. 2009.

BOBEL, Chris. *New blood: third-wave feminism and the politics of menstruation*, 1963.

CRENSHAW, Kimberlé Williams. *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color*. 1995.

CUNHA, Teresa; da Silva, Terezinha. *Women in skirts: Decolonising feminisms in Mozambique*, WiCDS Decolonising Feminism. Johannesburg, Wits University, 2016.

ÉPOCA. Reportagem. Disponível em: <http://epoca.globo.com/saude/check-up/noticia/2017/07/elas-nao-querem-tomar-pilula.html>. Acesso em: 6 jul. 2016.

G1. Matéria Globo. Disponível em: http://g1.globo.com/bemestar/noticia/menstruar-ou-nao-menstruar-bem-estar-explica-os-pros-e-os-contras.ghtml?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=bemestar. Acesso em: 22 mar. 2017.

MANICA, Daniella Tonelli. *Supressão da Menstruação*: ginecologistas e laboratórios farmacêuticos re-apresentando natureza e cultura. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2003, 176 pp.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A Medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 84 pp.

CIÊNCIA, NATUREZA E MORAL ENTRE CONSULTORAS DE AMAMENTAÇÃO

MARINA NUCCI
JANE RUSSO

INTRODUÇÃO

“Amor líquido”, “ouro líquido”, “ato de amor” – muitas são as metáforas que expressam a intensa relação entre ideais de “boa mãe”, de “amor materno” e o ato de amamentar, e diversas são as autoras que vêm chamando atenção para o forte componente moral nos discursos sobre aleitamento (ver, por exemplo, Badinter, 1985; 2010; Blum, 1993; Wall, 2001; Wolf, 2007; Crossley, 2009; Kalil, 2015, entre outras). Além disso, a amamentação é com frequência reduzida a um ato biológico, prova de um instinto materno e da natureza feminina (BADINTER, 1985; ALMEIDA, 1999; SCHIEBINGER, 2004; KALIL, 2015).

Justamente por este apelo a uma suposta natureza feminina, temos visto, nos últimos anos no Brasil, uma grande valorização da amamentação – assim como do chamado parto natural – por adeptas de correntes de um ideário de maternidade que preconiza uma espécie de “retorno à natureza” (TORNQUIST, 2002; CARNEIRO, 2011; HERNANDEZ; VICTORA, 2019, CARNEIRO, 2019, RUSSO; NUCCI, 2020). De modo geral, tais mulheres – a maioria de camadas médias de grandes cidades – descrevem o parto, a amamentação e a maternidade como experiências transformadoras que devem ser vividas em sua intensidade e criticam intervenções médicas no processo do nascimento e a “indústria da fórmula” do “leite artificial”. Embora reivindiquem uma desmedicalização desses processos, através da ideia de uma sabedoria da natureza e do corpo feminino, apoiam-se para isso, muitas vezes, na autoridade da ciência, realizando uma bricolagem que mescla visões “alternativistas” com “evidências científicas” (RUSSO *et al.*, 2019).

Ligado a esse ideário, podemos ver surgir, mais recentemente, novas profissionais voltadas à perinatalidade, como doulas, que auxiliam no parto, e consultoras em amamentação, que orientam mulheres com dificuldades para amamentar. Muitas dessas profissionais, como veremos, vivenciaram tais processos de maternidade, que consideram transformadores, e buscaram cursos livres para formação de doulas ou consultoras, como forma de conjugar seus novos interesses, conhecimentos e experiências como mães com uma nova atuação profissional.

Assim, o objetivo deste trabalho é investigar o surgimento e atuação de uma dessas novas profissionais da perinatalidade: as consultoras em amamentação. Além disso, procuremos refletir sobre as concepções em torno de gênero, maternidade e natureza, e a articulação entre ciência e moral, nos discursos sobre amamentação.

1 METODOLOGIA E APRESENTAÇÃO DO MATERIAL

Nesta pesquisa, realizamos dez entrevistas com consultoras de amamentação e uma entrevista com uma consultora que é também professora responsável por um curso de capacitação. Dados gerais sobre as entrevistadas podem ser vistos no quadro abaixo:

Quadro 1 – Perfil entrevistadas

	IDADE	FORMAÇÃO ORIGINAL	FILHOS	TRABALHOS ATUAIS (ALÉM DA CONSULTORIA AMAMENTAÇÃO)
C1	37	Nutrição	1	Atendimento em nutrição
C2	43	Fonoaudiologia	3	Atendimento em fonoaudiologia; cursos
C3	30	Arquivologia	1	Doula
C4	34	Psicologia	0	Doula; consultório psi
C5	40	Engenharia	1	Doula
C6	40	Sociologia	1	Doula
C7	38	Fisioterapia	2	Doula; cursos
C8	35	Psicologia	1	Consultório psi
C9	42	Psicologia	1	Doula; consultório psi
C10	33	Economia	1	Doula
PROF	40	Psicologia	2	Consultório psi; cursos

Fonte: autoras, 2021.

Além das entrevistas, realizamos a observação de um curso voltado para a capacitação de consultoras em amamentação, ministrado pela professora entrevistada. O curso teve a duração de quatro dias, com uma programação intensa da manhã até a noite, com aulas expositivas, rodas de conversa e uma sessão de acompanhamento de um atendimento com uma mãe voluntária e seu bebê. As aulas eram realizadas pela própria professora idealizadora do curso e outras profissionais convidadas (como pediatras, fonoaudiólogas e nutricionistas). Os temas abordados variavam desde aspectos mais teóricos (como a fisiologia da amamentação), técnicos (principais intercorrências, manejo e discussão de condutas) até práticos (como se apresentar profissionalmente, como organizar as consultas). Havia aulas específicas também sobre ética profissional, questões emocionais e aspectos sociais ligados à amamentação. No curso, havia aproximadamente 35 alunas – todas mulheres, e bastante participativas –, com idades que variavam de 22 a 60 anos, mas que se concentravam em torno dos 30 a 40 anos.

2 (BIO)POLÍTICAS DA AMAMENTAÇÃO, “LACTIVISTAS” E CONSULTORAS

Atualmente, devido aos reconhecidos benefícios à saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam dois anos ou mais de aleitamento materno, sendo os primeiros seis meses exclusivos (isto é, sem que o bebê consuma outros líquidos ou alimentos, nem mesmo água). Entretanto, embora esses números tenham melhorado nas últimas décadas, apenas 36% dos bebês no Brasil são amamentados exclusivamente até os primeiros seis meses, e apenas 31% seguem mamando até dois anos (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Para aumentar os índices de aleitamento, diversas políticas públicas têm sido fomentadas desde pelo menos a década de 1970¹, tanto globalmente, quanto nacionalmente, visando promover e apoiar a amamentação. Trata-se, como analisam Hernandez e Victora (2018), de biopolíticas que articulam diferentes instituições, como a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e, nacionalmente, o MS e entidades como a Sociedade Brasileira de Pediatria, contando também com o protagonismo da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Além disso, fazem parte da articulação internacional de tais políticas, ONGs e grupos de apoio à amamentação que formam a Aliança Mundial de Ações Pró-Amamentação (World Alliance for Breastfeeding Action – WABA). Entre esses grupos, destacam-se a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (International Baby Food Action Network – IBFAN), a La Leche League (LLL) e o International Lactation Consultant Association (ILCA). Os dois últimos, LLL e ILCA, nos interessam especialmente aqui.

A LLL foi criada por duas mães em 1956, nos Estados Unidos, com o objetivo de apoiar e informar mulheres que desejavam amamentar. O grupo rapidamente se expandiu para diversos estados, chegando também a outros países. Segundo Badinter (2010), a LLL seria um dos principais responsáveis pela difusão de ideologias naturalistas ligadas à maternidade.

As participantes da LLL são mães que trabalham de forma voluntária. Além de promoverem encontros de grupos visando a ajuda mútua, ao divulgarem informações sobre benefícios do leite materno, tais participantes atuam também em um campo que podemos classificar de “lactivismo” – termo criado pela junção das palavras “ativista” e “lactação”, conforme analisado por Faircloth (2013). Embora o trabalho voluntário da LLL continue existindo até hoje, países como Estados Unidos e Canadá também passaram, principalmente a partir das décadas de 1980 e 1990, por um processo de profissionalização e criação da categoria de “consultoras em amamentação”. Assim, podemos observar como muitas das consultoras eram, originalmente, membros da LLL que desejavam se especializar e transformar suas atuações em uma carreira (EDEN, 2012; TORRES, 2013, 2014; JUNG, 2015). Nesse processo, foram criadas também diferentes associações de consultoras, como a ILCA, que confere, através de provas, um título internacional, compondo o International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC), criado em 1985.

¹ É nesta época que ganham força denúncias sobre o impacto do *marketing* das fórmulas lácteas de grandes corporações, como a Nestlé, no aumento da mortalidade infantil em países do “terceiro mundo” – sobretudo a partir da publicação do relatório “*The baby killer*” de Mike Muller, em 1974 (ALMEIDA, 1999; HERNANDEZ; VICTORA, 2018).

Há, portanto, uma permeabilidade e continuidade entre ativismo, grupos de apoio e a criação da categoria profissional das consultoras em amamentação no contexto internacional. No caso do Brasil, esse é um campo ainda incipiente, como veremos a seguir.

2.1 GRUPOS DE APOIO, ATIVISMO E CONSULTORAS NO BRASIL

A atuação das consultoras ainda não é regulamentada no Brasil, embora existam iniciativas nesse sentido, como a AGACAM/RS (Associação Gaúcha de Consultoras em Aleitamento), criada em 2019. Apenas nos últimos anos profissionais começaram a se nomear dessa forma, embora anteriormente houvesse outros profissionais que “trabalhassem com amamentação” ou “ajudassem mulheres a amamentar”, como enfermeiras e fonoaudiólogas – que continuam a atuar nesse campo, somando ou não a suas identidades profissionais a nova denominação de “consultora” ou “especialista”.

Além disso, é preciso destacar que o Brasil, desde a década de 1980, conta com uma rede de Bancos de Leite Humano (BLH) considerada referência no mundo e que, além de receber doações, armazenar e distribuir leite para bebês internados, atua na orientação e apoio ao aleitamento materno (ALMEIDA, 1999). O trabalho das consultoras, porém, além de ter surgido no contexto brasileiro apenas mais recentemente, seria diferente do trabalho dos BLH por acontecer em consultas, na maioria das vezes, no domicílio das mulheres – e por isso mesmo, mais restrito a mulheres de camadas médias e altas². Há também algumas diferenças de perspectiva: enquanto que a orientação dos BLH em geral se refere a um nível mais amplo, do ponto de vista da população brasileira, e a índices de aleitamento nacionais, a consultoria diz respeito a um atendimento individual (“um a um”, como chamam). Essa diferença pode ser vista em uma maior flexibilidade em relação a certos protocolos, como, por exemplo, o tempo ideal que o leite materno pode ser congelado para posterior consumo do bebê³, e a uma maior abertura aos desejos e tomada de decisões da mulher em relação a questões como o uso de “bicos artificiais”⁴ ou a práticas não ideais ligadas à amamentação.

Em relação às ONGs e grupos de apoio à amamentação, embora a LLL exista oficialmente no Brasil, há poucas informações disponíveis a respeito de seu funcionamento, que no momento parece

² Há também outro personagem que atua na orientação da amamentação: o pediatra (seja num contexto de consultas na rede pública ou privada). Porém, enquanto o pediatra precisaria dar conta de diferentes questões em uma consulta de tempo diminuto, a consultora pode focar apenas na amamentação. Além disso, em geral, na formação médica, pediatras recebem pouca informação específica sobre o tema. Assim, as consultoras acabam atuando em um “vácuo” deixado por esta falta de conhecimento específico dos médicos, como observa Torres (2013) acerca do contexto dos Estados Unidos, e que também podemos observar no Brasil.

³ O protocolo utilizado pelos BLH brasileiros determina que o leite materno pode ser congelado por apenas 15 dias em congeladores domésticos. Muitas das consultoras consideram tal protocolo desnecessário e limitador, principalmente para o caso de mulheres que desejam fazer um estoque de leite para ser ofertado ao bebê durante sua ausência, no momento do retorno ao trabalho. Assim, as consultoras se guiam por protocolos menos rígidos, como aqueles utilizado em países como os Estados Unidos, que determina que o leite pode ficar congelado por até três meses.

⁴ “Bicos artificiais” são mamadeiras, chupetas, intermediários de silicone e afins. Seu uso não é recomendado, pelo risco de causar “confusão de bicos” no bebê, podendo prejudicar a amamentação e ocasionar o desmame. No caso da oferta de leite para o bebê, haveria modos considerados mais “seguros” para a manutenção da amamentação, como o uso de copinhos. Porém, esta técnica requer maior treinamento do que o uso das tão disseminadas mamadeiras, e nem sempre é bem recebida pelas famílias.

estar desativado. No caso da cidade do Rio de Janeiro, é preciso destacar a atuação da pioneira ONG Amigas do Peito, fundada em 1980, visando ao incentivo à amamentação através de reuniões periódicas de mães em diferentes pontos da cidade (KUSCHNIR, 2008). A ONG, porém, encerrou seus encontros presenciais no ano de 2014, mantendo apenas sua página na internet⁵.

Mais recentemente, principalmente nos últimos dez anos, grupos de ativismo e apoio à amamentação parecem ter migrado para a internet, proliferando-se cada vez mais. São diversas as páginas e grupos em redes sociais destinados a compartilhar informações e prestar apoio para mulheres com dificuldade para amamentar. Uma característica à primeira vista peculiar de muitos desses grupos é a obrigatoriedade de que as informações trocadas sejam “baseadas em evidências científicas”. Desse modo, conselhos ou dicas que vão em direção contrária àquelas encontradas em estudos científicos ou recomendações oficiais da OMS, por exemplo, são tratados pejorativamente como meros “conselhos de comadres” e combatidos. Outra característica é que, embora, a princípio tais grupos possuam um caráter horizontal de ajuda mútua entre mães – diferentemente de uma consulta com um profissional –, alguns membros dos grupos possuem o papel de “moderadoras”, tornando-se referência e autoridade naqueles contextos. Nestes grupos, a “moderação” tem a função de filtrar informações “corretas”, isto é, aquelas “baseadas em evidências”⁶, das incorretas e potencialmente prejudiciais. Embora muitas consultoras em amamentação participem ou tenham participado desses grupos, em geral, como veremos, elas procuram se diferenciar desse tipo de atuação e de um maior “ativismo”, descrevendo um percurso ideal em direção à profissionalização. Entraremos, a seguir, na discussão mais específica sobre as consultoras, a partir de nosso material de análise.

3 CONSULTORAS EM AMAMENTAÇÃO: “DO ATIVISMO À PROFISSIONALIZAÇÃO”

3.1 TORNAR-SE MÃE E TORNAR-SE CONSULTORA

Em nossa pesquisa, observamos que as categorias profissionais de origem, tanto das estudantes do curso de capacitação, como das consultoras entrevistadas, eram variadas. A maioria possuía alguma formação na área da saúde, como fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, pediatria, enfermagem, psicologia e nutrição. Muitas já atuavam também como doulas, combinadas ou não com outras profissões (como, por exemplo, “psicóloga e doula”).

A escolha por virar consultora foi, na maioria das vezes, atravessada pela própria experiência de maternidade. No curso de capacitação observado, apenas duas alunas não eram mães, sendo que uma delas, na rodada de apresentações que abriu a primeira aula, disse que se tornar mãe era

⁵ <http://www.amigasdopeito.org.br/> - último acesso em setembro de 2020.

⁶ Justamente por isso, práticas como uso de “bicos artificiais” são fortemente condenadas. Em geral a primeira pergunta que uma “moderadora” faz, para uma mulher que busca ajuda no grupo, é se o bebê utiliza chupeta ou mamadeira, alertando para os “riscos” da prática.

seu sonho, mas vinha enfrentando dificuldades para engravidar. Praticamente todas as alunas, ao se apresentarem, fizeram referência aos seus filhos e suas próprias histórias de amamentação, quando perguntadas sobre a motivação para fazer o curso⁷. Muitas falavam, inclusive, por quanto tempo seus filhos mamaram, ou detalharam as dificuldades que vivenciaram nesse processo. Embora a relação com a própria experiência como mães também estivesse presente nas falas daquelas com formação em saúde, no caso das alunas e consultoras com formação em outras áreas, a experiência de maternidade era ainda mais ressaltada. Uma das alunas, advogada, explicou, ao apresentar-se: “tive bebê, foi aquele perrengue todo para amamentar, aí depois me informei e passei a ajudar amigas e queria me especializar”. Em outro caso, uma engenheira explica: “renasci com o nascimento da minha filha, tive uma ‘virada de chave’ pós-maternidade. Eu sou engenheira. Ou era. Estou deixando de ser...”.

Acabadas as apresentações, a professora do curso comentou: “ninguém está nessa à toa, vocês viram, né? Esse não é um trabalho qualquer, há um eco pessoal”. Esse ponto também foi trazido por ela na entrevista:

Quase todo mundo [que deseja se tornar consultora] tem uma história muito triste ou muito feliz de amamentação. Geralmente as pessoas vêm de uma experiência muito ruim ou muito boa, e querem elaborar isso de alguma forma fazendo esses atendimentos. (Professora)

Estudar mais sobre amamentação também é apontado por uma das entrevistadas como uma forma de “elaboração” ou “cura” das dificuldades enfrentadas:

Entrevistadora: Então o primeiro curso para consultora que você fez foi por curiosidade, ou você achava que queria trabalhar com isso? Qual foi a sua motivação?

Consultora 8: Não foi algo como “quero um trabalho”, foi muito um processo meu de cura da minha vivência. Tipo, passei um perrengue. Como podem os profissionais estarem tão despreparados pra lidar com isso? Porque eu recebi alta [da maternidade] sem estar conseguindo amamentar. [...] Como dar alta pra uma dupla que não tá entrosada?

3.2 PROCESSO DE EXPERTISE: “CONTORNO PROFISSIONAL” E “BUSCA POR EVIDÊNCIAS”

A experiência, portanto, teria grande importância nesse percurso, como é possível ver no trecho abaixo da professora entrevistada:

Quando a minha filha nasceu, não foi assim: bota no peito e vai mamar, né? Botava ela no peito e ela ficava olhando pra mim... não chorava muito, mas, assim, eu comecei a perceber que o dia do nascimento foi passando, o dia seguinte... e eu não estava conseguindo

⁷ De modo semelhante, em seu estudo sobre o processo de profissionalização e formação de doulas, Fernanda Loureiro Silva (2017) observou, a partir da etnografia de um curso de formação, que as alunas que eram mães colocavam suas experiências de parto e maternidade como cruciais nesta escolha de uma nova carreira, isto é, suas experiências pessoais de maternidade atuavam, portanto, como uma espécie de “gatilho” ou “detonador”.

coloca-la no peito. Então, ninguém me ajudou na maternidade quanto a isso. Eu tive zero ajuda. O fato é que o nosso primeiro passeio, com dois dias de idade, foi no Banco de Leite. E aí lá aconteceu alguma coisa, assim... um momento único na vida. Porque quando a enfermeira começou a me atender eu tive um *insight*... eu olhei e falei assim: “meu Deus, isso é muito maravilhoso! Eu tô amando o que ela tá fazendo, eu também quero fazer isso”. [...] Então, lá no banco de leite eu tive esse momento que eu considero uma coisa, assim, extracorpórea. E eu não sou essa pessoa extracorpórea [risos], eu sou muito cética. Mas nesse momento alguma coisa aconteceu. Sabe quando você vê luzinhas brilhando e tal? Eu achei incrível esse trabalho. [...] E eu comecei a me interessar desesperadamente pelo assunto. Comecei a comprar livros... [...] li muitos sites, muitos textos... [...] E aí começou a aparecer um curso aqui, outro acolá. Aquela coisa da maternidade, a chavinha virou. E aí eu comecei a fazer muitos cursos. E aí começou essas coisas das amigas: “ah, você sabe tudo de amamentação, quando eu tiver filho eu vou te falar”. Aí tem uma prima, uma conhecida, aí fala pra outra amiga... E aí de repente eu tava indo, informalmente, ajudar pessoas. E, claro, na época com a ajuda da minha terapeuta também, que ela falou: “você precisa dar um contorno profissional pra isso”. Então eu, que nunca tinha ido buscar meu diploma na faculdade (de psicologia), nunca tinha ido fazer meu registro no conselho, nunca tinha pensado em fazer uma pós-graduação nem nada, comecei a falar assim: “bom, eu preciso unir essas coisas”. (Professora)

Neste momento em que a “chavinha da maternidade” vira, muitas relatam um processo similar de “mergulho” no tema da amamentação, buscando diversos materiais de estudo na internet, livros e cursos. Progressivamente, começam a identificar que a busca supera o interesse “normal” de uma mulher que vai amamentar:

Quando eu engravidei do [segundo filho] eu comecei nesse caminho... Eu mergulhei de cabeça pra me informar com tudo o que eu podia, pra viver o parto e amamentação. E principalmente amamentação, primeiramente, foi me ganhando de um jeito, que, quando eu vi, eu tava estudando mais do que deveria. Mais do que uma mãe... O interesse tava maior do que o interesse de uma mãe que vai amamentar. Eu já tava querendo ajudar outras pessoas, eu já tava falando disso todos os dias e toda hora, era um assunto que me mobilizava. (Consultora 6)

Nesse processo, a busca por informações científicas é bastante valorizada. São frequentes, nos grupos de consultoras em redes sociais, pedidos por indicações de artigos e “evidências científicas” sobre os mais variados temas, em postagens como “alguém tem evidências sobre o impacto de alterações hormonais na produção de leite?”, “alguém tem as últimas evidências sobre galactogogos [substâncias que aumentam a produção de leite]?”. A intensa busca por informações e a valorização das evidências científicas nos faz lembrar – embora com suas particularidades – do processo de expertise dos “grupos de pacientes” estudados por Epstein (1995), Callon e Rabehariosa (2008), entre outros. Assim, as mães e futuras consultoras se especializam e adquirem um conhecimento qualificado, sendo capazes, muitas vezes, de questionar diretamente pediatras que receitariam leite em pó ou desencorajariam a amamentação.

Uma das consultoras, porém, critica que, por muitas vezes, haveria um uso pouco cuidadoso das “evidências científicas”:

Consultora 3: Eu fiz um curso de evidências científicas voltadas pra amamentação. [...] Levamos os nossos *laptops* e aprendemos a procurar, [aprendemos] a linguagem dos bancos [de dados] todos...

[...] Era muito comum alguém falar: “alguém tem evidência de ‘não sei o quê?’”. Então a gente tinha que aprender a procurar. [...] E o mais importante também, que eu achei, foi aprender a verificar a qualidade da evidência.

Entrevistadora: E como é que se verifica?

C3: Então, as pessoas ficavam falando: “mas tem um estudo... tem um estudo que falou...” Aí quando você vai olhar, foi um estudo feito com 14 pessoas [risos]. Você aprende a avaliar o tamanho da amostra, como é que foi feito, porque têm várias incoerências, que quando você começa a exercer, você percebe. Como é que a pessoa testou isso, se no outro grupo ela...? Aí você começa a reparar que não faz sentido. E isso foi muito, muito importante. Mais importante do que saber onde procurar, é saber se aquilo atende o que você tá procurando.

Normalmente essa é a diferença de uma discussão de quem só pegou o *link* e leu o que tava escrito ali, e quem foi lá dentro e leu o que realmente tava escrito. E tem gente que vai muito mais a fundo, né, pega o artigo inteiro e vai ver... A gente normalmente vê só o resumo, vê só o final e acabou. Mas eu achei que isso mudou bastante coisa. Tinham várias coisas que eu achava, que “não, isso aqui tem evidência, olha aqui”. E aí você vai lá olhar e, hum....

E: Você acha que mudou sua prática? Coisas que você fazia?

C 3: A prática no geral até que não muito, porque não teve nada muito controverso. O que teve mais é no meu posicionamento. Parar com aquela história de que “isso aqui tem evidência”. Pera aí, não, gata, isso não é assim... Primeiro, quem são essas mulheres que participaram desse teste no geral? Mulheres de onde? Tem que considerar toda a questão socioeconômica, de território... E aí começa a entender melhor como é que funciona. Acho que isso me deu mais maturidade pra lidar com essas questões todas.

E: Mais cautela?

C3: Mais cautela também.

E: Você acha que acontece muito de falarem “ah, tem evidência”, mas as pessoas não leram os artigos?

C3: Sim, sim! Tem gente que nem nunca leu. É porque, assim, alguém disse que tinha e botou um *link*... aí a pessoa pega aquele *link* e sai passando pra todo mundo e nunca nem abriu o *link*. Nunca nem abriu, só fala: “a evidência tá aqui”. Mas que evidência é essa?

[...] A ideia, na verdade, era você combater a indústria do leite artificial a qualquer custo. Só que não adianta combater com *fake news* [risos], inventando evidência que não tem. Não tem, a gente tem que usar as que a gente tem a favor. E aí eu acho que é aonde o pessoal se enrola. Nessa questão de “mas tem evidência...”. Cara, não. Não tem evidência falando isso, não vá passar vergonha. O que tem de evidência tá falando disso e disso, e, realmente, a gente pode concluir que...

3.3 ÁREA DE SAÚDE X OUTRAS ÁREAS

Como vimos, o curso de capacitação para consultoras observado é aberto, independentemente de conhecimentos formais prévios sobre o tema, ou de atuação na área da saúde. A professora idealizadora do curso explica essa opção:

Eu não acho que aleitamento é da área da saúde, acho que o aleitamento é de todo mundo. Porque, assim, o mundo inteiro fora o Brasil – quer dizer, eu não sei do mundo inteiro, mas o que eu vejo do mundo, de polos de amamentação, todo mundo vem falando sobre cuidado interdisciplinar em amamentação. Têm um livro que é tipo a Bíblia da amamentação, né, que teve uma edição nova que saiu esse ano. Mudou o nome, inclusive. O nome agora é “Currículo para cuidado interdisciplinar em amamentação”. O mundo todo só vem falando disso, do quanto o aleitamento é de todo mundo, como tudo é complementar, todo mundo pode apoiar. [...] Inclusive eu acho que, assim, as próprias mães têm muito a agregar. Qualquer pessoa, por mais que tenha havido uma história impactante no aleitamento, mas se ela consegue se descolar da própria história – porque, assim, o profissional de saúde também não está isento de não se descolar da própria história, vamos combinar – então, quando ela consegue se descolar, nossa! (Professora)

Uma das consultoras entrevistadas, com formação em arquivologia e que trabalhava em uma multinacional até o nascimento de seu filho – quando então resolveu começar uma nova carreira como doula e consultora em amamentação – relatou ser discriminada por certas colegas:

Entrevistadora: E como é isso de não ter uma formação na área da saúde e atuar nesse campo?

Consultora 3: É maravilhoso, eu sofro preconceito o tempo inteiro [risos]. Nem é interessante pra gente que a amamentação seja monopolizada por uma função só, meu Deus do céu! São vários profissionais envolvidos, e a gente tem que trabalhar junto pra conseguir dar a melhor assistência. E aí tem vários profissionais que querem pegar a amamentação pra si. Não basta você não ser da área da saúde, você tem que ser da profissão *dele*. Então, assim, tem fono que acha que a amamentação é só da área de fono. nutricionista que acha que a amamentação tem que ser da área da nutrição. Enquanto que na verdade a gente tá somando, né, as experiências. [...] Direto me perguntam “o que você é ‘de verdade’, qual a sua formação acadêmica?” E quando você fala que não tem formação em nenhuma área da saúde, você tá ferrada. A galera torce o nariz, acha que você não tem estudo suficiente.

Em relação às clientes, porém, ela observa que é raro perguntarem sobre sua formação “de verdade”. Em geral, como as clientes chegam a partir da indicação de amigas ou parentes, essa confiança seria maior do que a conferida por um título específico:

E: E das clientes você sente algum preconceito? Ou nem perguntam isso?

C3: Às vezes... agora a gente tem botado uma pressão pra gente ter como se fosse um cartãozinho que diz como é a nossa formação geral. Porque a gente já fez muito curso... Então dá pra ir lá, acrescentando... os congressos que a gente participou... enfim, o currículo. Mas de uma forma mais resumida. A maioria não pergunta. Principalmente aquelas que vieram de indicação, porque alguém já falou “não, ela é ótima, vai lá, ela cuidou de mim...”.

Haveria, porém, como é possível ver no trecho reproduzido, um esforço maior em se qualificar através de diferentes cursos e de valorizar seu “currículo” de aprendizagem.

Ao ser perguntada sobre a questão, uma consultora com formação em fonoaudiologia, se diz dividida:

Entrevistadora: E você acha que é importante pra consultora ter uma formação em saúde?

Consultora 2: Eu não sei responder essa pergunta. Metade de mim diz que sim [risos]. Diz que faz falta. Diz que... é o conhecimento anatômico, o conhecimento da fisiologia do corpo, tem algumas informações que te deixam com o olhar um pouco mais apurado. Quando você encontra um caso que você não sabe exatamente, não é óbvio, não é a posição que estava errada... tem alguma coisa ali que você não entende muito bem... eu acho que esse conhecimento anátomo-funcional faz diferença. Porém, não acho que quem não seja da área da saúde seja impedido de alcançar esse conhecimento. Então, assim, hoje eu conheço muitas... algumas... profissionais, consultoras de amamentação, que não vieram da área da saúde e que dão banho em um monte de enfermeira, e um monte de fonoaudióloga, e em um monte de nutricionista. Então também não é uma verdade absoluta. Mas eu acho que faz falta. Ter um arcabouço... [...]. Então eu não posso afirmar nem que sim nem que não. Eu acho que sai na vantagem, mas pra quem quer estudar... [...] o raciocínio clínico, que a gente aprende na faculdade, a pessoa aprende na marra. Então, assim, sai em desvantagem.

Como ela explica, sua atuação prévia como fonoaudióloga em maternidades públicas teria lhe dado certa vantagem para trabalhar na consultoria privada:

Eu acho que eu levei uma vantagem, porque eu comecei a trabalhar com amamentação nos casos atípicos, casos muito difíceis. A gente trabalha com amamentação em bebê de 1,5kg, trabalha amamentação em bebê sindrômico, trabalha amamentação em bebê neuropata. Então isso me deu um jogo de cintura. Me deu um olhar ampliado. E quando eu vou na casa de alguém pra trabalhar com bebê que nasceu com 2,5kg, e que por algum motivo não está mamando, dificilmente esse motivo é tão complexo a ponto de... então, assim, eu acho que começar pelas exceções me deu uma história diferente. Mas é só a minha história, não significa que todo mundo tem que seguir isso. (Consultora 2)

Se a fonoaudiologia garantiria uma vantagem no manejo e técnica, as consultoras formadas em psicologia argumentam que suas formações também lhes conferiria um diferencial:

Acho que o grande diferencial é a escuta. Eu vejo muito profissional que vai tomada pela própria experiência e aí impõe ao outro algo que ela acha que já sabe, né? Da sua própria experiência. Mas na psicanálise a gente trabalha muito isso: eu não sei nada, não sei nada sobre o outro. Eu preciso ouvir. Não diz respeito a mim quando eu tô atendendo, é aquela pessoa, aquele sujeito. [...] Então se eu chego lá impondo como ativista: “tem que isso, tem que aquilo” sem saber o que aquela pessoa ali tá me pedindo e precisando... A gente escuta algumas histórias ruins nesse sentido, de posicionamento, seja de consultora ou de qualquer outro profissional, de não ter sido de fato acolhedor. Aí eu acho que esse é o grande diferencial do que a psicologia ou a psicanálise podem vir a somar pra formação. (Consultora 8)

A professora do curso observa algo similar:

A formação da psicologia me traz um olhar específico não pro manejo, mas me traz um olhar específico pra mulher. Acho que tem um diferencial entre as consultoras, ou quem trabalha com o aleitamento, que é isso. Há profissionais especialmente vinculados com o bebê. É esse olhar: “estou aqui porque sou alguém que pensa no que é melhor pro bebê”. E há o profissional, que inclusive é o que a gente tenta passar no nosso curso, que se vincula com a mãe. Então eu tô aqui para atender a demanda dessa mãe, o desejo dessa mãe, o que essa mãe me pede. Entendeu? Então eu que vou ser responsável para adaptar minha prática a atender essa mãe. (Professora)

3.4 “DO ATIVISMO À PROFISSIONALIZAÇÃO”

A atuação das consultoras em amamentação pressupõe, idealmente, um percurso em direção à profissionalização. Embora o interesse primordial não deva ser apenas “ganhar dinheiro” – o que, como observa Silva (2017) em relação à atuação das doulas, seria considerado malvisto por implicar em um falso comprometimento –, podemos notar o surgimento de um novo mercado que se dá, ao mesmo tempo, a partir de uma “mercantilização do cuidado” envolvendo gestação, parto, puerpério e maternidade em geral, e de uma “profissionalização do ativismo”. Assim, um ponto bastante discutido no curso para consultoras é que, justamente por “ninguém trabalhar com amamentação à toa”, seria preciso cuidado para não misturar sua própria história com os atendimentos. Além disso, seria preciso também deixar de lado, no momento dos atendimentos, um “ativismo pró-amamentação”. Como coloca a professora do curso:

Não há lugar pra ativismo dentro do atendimento, sob pena de me cegar em relação à demanda daquela mulher. [...] A maior parte das pessoas quando chega, principalmente, no começo da prática profissional, estão tipo “sangue nos olhos” [risos]. E pra muitas o curso é um grande baque. No curso, a gente tem aulas em que a falamos de questões emocionais, e por todas as aulas, todos os profissionais estão sensíveis a essas questões. A gente está sempre falando dessa coisa do um a um, de adaptar a prática à necessidade de cada cliente.

[...] Agora, isso é um choque pra muitas alunas, né. E eu tenho certeza que as pessoas saem do curso meio, assim... ou refletindo... ou baqueadas... ou até criticando a gente, talvez. A gente fala muito na formação sobre problemas da vida real. Porque, assim, só quem procura a gente é quem tem problema. Então não adianta eu fazer o curso sobre os benefícios do leite materno. Tem também, mas não é só isso. O leite materno é incrível, acho que não tem mais o que ser dito, acho que a ciência só vai descobrir coisas boas [em relação a ele]. Mas, assim, como a gente faz para as pessoas darem esse leite materno? [risos]. Do jeito que elas podem dar, entendeu?

[...] O ativismo vem daí também, a pessoa quer chegar lá e: “deixa eu te falar o que é certo: é aleitamento exclusivo até seis meses, blá lá blá lá”. Gente, não é nada disso! Ninguém sabe mais daquele bebê do que aquela mãe, então o nosso conflito interno é chegar nua na casa da pessoa, deixar tudo o que eu sei do lado de fora, e poder olhar e ser preenchido pelo que aquela pessoa tá me falando. E, cara, isso é difícil pra caramba! Porque, realmente, as pessoas vão trazer coisas pra você na consulta, que vai totalmente de encontro com o que você sabe, que é a fisiologia do aleitamento, que é importante, não sei o que. E não adianta, cara! Porque isso é lindo lá no livro, o negócio é fazer funcionar, sabe? (Professora)

Uma das consultoras entrevistada explica que haveria um processo de “desconstrução” que viria com a prática:

Eu acho que isso é uma desconstrução. Pra mim foi uma desconstrução. Quando eu tive a [primeira filha], e eu via uma mulher amamentando com uma mamadeira um bebê recém-nascido, eu olhava pra ela e falava: “poxa, ela podia estar dando o peito”. E hoje quando eu olho pra uma mulher dessa eu penso que ela deve estar com alguma dificuldade, alguma questão, talvez ela precise de ajuda, ou talvez ela não queira ajuda [...]. Mas a gente ainda vê muitas consultoras na ditadura da amamentação. Tem que amamentar de qualquer jeito... Isso eu acho que é um passo que a consultora tem que dar, de empoderamento mesmo da mulher. Pra que ela tome a decisão dela. (Consultora 7)

Se a mulher deve tomar suas próprias decisões, o papel da consultora não seria o de fazer a mãe amamentar, mas sim:

O papel da consultora é ser uma facilitadora do processo, sabe? É ajudar a mulher a construir uma ponte. Escolher atravessar, ela vai escolher todo dia, a cada mamada. Isso é muito claro pra mim. Escolher amamentar e “escolher”, né, com todas essas ressalvas, porque não é uma escolha que uma pessoa faça sozinha, tem toda uma sociedade, economia, cultura, por trás. Uma história pessoal. Mas escolher atravessar, é a cada mamada. Porque a toda mamada a gente tá se perguntando: “Eu vou continuar? Não, eu tô muito cansada”, “Ah, eu gosto disso”, “Eu não gosto” [...]. Essa escolha não é do profissional. Então um dos pilares da consultoria é promover autonomia e autossuficiência das famílias. (Professora)

No curso e na fala das entrevistadas, é marcada a necessidade de uma postura não autoritária. “Não catequize ninguém”, brinca a professora no curso. Assim, são estimuladas técnicas de “aconselhamento” e “empatia”:

Hoje a gente vê muito a parte do aconselhamento em amamentação, que não é mais o que que a gente fala, é como a gente fala, né? Então a gente passa muito da abordagem, da escolha das palavras, da nossa comunicação não verbal, do poder em transmitir confiança, né? [...] o entendimento de que não existe um caminho único... [...]. Uma escuta pra o que cada mulher quer e que muitas vezes não é aquilo que o livro diz que é o ideal, que é o “correto”. Então, assim, eu acho que é o pulo do gato. [...] Não é ajudar aquela mulher a fazer aquilo o que ela (consultora) acha que é certo. É ajudar aquela mulher a caminhar o caminho que ela quer. E mesclar isso com a informação técnica, mesclar isso com a ciência, com embasamento teórico que a gente tem, muitas vezes é difícil né? [...] Antes, a gente tinha menos conhecimento da importância da abordagem. Então a gente podia meio que se fixar um pouco mais na técnica. Só que havia uma frustração muito grande. Porque a gente falava, falava, falava, falava, e as mulheres não “obedeciam” a gente. A adesão era mínima, a frustração nossa era grande. Então o objetivo no final das contas não era tão alcançado assim. E hoje o aconselhamento explica porque a gente não tinha tanto sucesso. [...] a técnica é ótima, a técnica é fundamental, a técnica é a base, é o chão. Mas saber o que dizer sem saber como dizer não te leva a muito... (Consultora 2)

Haveria, portanto, uma fronteira tênue entre recomendações oficiais (da OMS, do MS) e uso de evidências científicas, e empatia e aconselhamento. A ideia seria que as consultoras forneceriam informações (baseadas na ciência), mas que a mulher deveria ter autonomia para tomar suas decisões:

A evidência [científica] tem um papel muito importante. Porque, assim, é nesse momento que a gente sai do papel de alguém que opina sobre alguma coisa, e passa a ser um profissional que tem que seguir com base nisso, né. [...] Então eu não posso chegar e oferecer um recurso pra pessoa, que não tá lá. Ou explicar sobre algum recurso controverso, por exemplo, que eu opte em usar. Eu preciso explicar pra pessoa: “ó, bico de silicone, talvez precise usar aqui, acho que pode ser legal, mas tem uma série de riscos associados. Vamos decidir?”. Nessa hora da decisão, é que eu acho que a decisão é compartilhada. Porque, assim, não tem evidência pra decisão. Decisão é de cada família.

[...] Como a ideia é fomentar a autossuficiência, a autonomia da decisão familiar, aí eu acho que a consultora é que tem que se adaptar. Não se omitindo, nunca se omitindo, sabe? Quando você tem uma relação com a cliente que não é paternalista, eu não tenho medo de falar sobre esse assunto. Se você não aceita as escolhas dos outros, você está no trabalho errado. Não dá para não aceitar. Você está no caminho errado. Não vejo possibilidade nessa área aqui. A minha história é a minha história. É preciso aceitar a verdade do outro como verdade. Como fica a autonomia? (Professora)

REFLEXÕES FINAIS

Em diferentes aspectos da sociedade, podemos observar, em curso, um processo de transformações e produção de novas subjetividades entrelaçadas ao discurso biomédico, como analisado por Rose (2007). Entre essas transformações, ele chama atenção para o surgimento de múltiplas subprofissões que reivindicam *expertise* e exercem a gestão de aspectos particulares da

existência somática – os “experts somáticos”. Embora o foco do autor seja o campo da genética, é possível pensar nas consultoras em amamentação através dessa lente analítica.

Assim, com a emergência de uma nova ética somática, em que os indivíduos passam cada vez mais a serem responsabilizados por sua saúde e pela “política da própria vida”, Rose destaca a centralidade da ideia de que caberia a eles tomarem suas próprias decisões e fazerem suas “escolhas”. Nesse sentido, os novos experts somáticos teriam a função de realizar um “aconselhamento” para auxiliar nessa tomada de decisão, constituindo uma relação “pastoral” entre os indivíduos e os novos especialistas. Embora tais “pastores somáticos” defendam princípios éticos como consentimento informado, autonomia e não diretividade, na prática, há uma linha tênue entre os limites da coerção e consentimento (ROSE, 2007, p. 74). Com isso, subjetividades são engendradas a partir de técnicas discursivas que conformam novas maneiras de pensar sobre si mesmo, que, por fim, irão guiar tais escolhas e tomadas de decisão.

A partir do que foi discutido, podemos pensar na produção de subjetividades ligadas a este ideal de maternidade intensamente corporificado, que deve passar pelo parto natural, amamentação e formas de criação que promovem contato próximo entre mãe e bebê (como a “cama compartilhada”, o uso de panos – *slings* – para amarrar os bebês ao corpo da mãe, a amamentação em livre-demanda – isto é, sempre que o bebê desejar, sem que sejam estabelecidos horários rígidos – etc.). Nesse sentido, doulas e consultoras em amamentação (mas também outras novas especialistas, como “consultora de sono do bebê” e “educadoras perinatais”, por exemplo) seriam as novas pastoras desse ideal de maternidade. Assim, a mãe não deve mais receber passivamente prescrições de uma autoridade médica como o pediatra, tal como na “maternidade científica” analisada por Martha Freire (2008), mas, sim, a partir de trocas em grupos de mães na internet, busca de informações e do aconselhamento de consultoras, tomar suas próprias decisões.

É preciso destacar também mais um aspecto colocado pela lógica da escolha dentro desses ideários de maternidade, conforme discutido por Hernandez e Victora:

se a ampliação dos atos de “escolha consciente” é vista como a possibilidade de se tornar mais autônomo, consiste também em tomar para si a responsabilidade por um leque crescente de decisões, que devem ser baseadas em informações, a tal ponto que em algum momento torna-se impraticável dar conta da busca por toda uma diversidade de conhecimentos para lidar com tantas decisões cotidianas. [...] Nesse sentido, parece que a autopercepção de que se está permanentemente escolhendo pode ser sentida em algum momento como uma sobrecarga de responsabilidades para quem adere à lógica da escolha. (HERNANDEZ; VICTORA, 2019, p. 51)

Além disso, se as escolhas devem ser sempre “escolhas informadas” e se o discurso científico será o modo de conhecimento privilegiado para compor essa “informação”, precisamos nos atentar sempre para as articulações entre ciência e moral, sobretudo no que diz respeito a uma prática tão marcada por estereótipos de gênero, como a amamentação.

Por fim, se por um lado podemos pensar em um espraiamento da autoridade médica – apontando para uma desmedicalização da maternidade –, é preciso lembrar, novamente, que se trata de uma desmedicalização que se apoia fortemente na ciência – isto é, no discurso científico e em suas “evidências” do campo biomédico. Desse modo, concordamos com a análise de Torres (2014) de que as consultoras poderiam contribuir simultaneamente para a desmedicalização e medicalização da amamentação, localizando-se em uma espécie de encruzilhada. Por um lado, criticam o poder médico hegemônico, por outro, colocam-se também como especialistas. Além disso, como vimos, embora o trabalho das consultoras tenha, em sua origem, relação com suas próprias experiências como mães, elas devem idealmente se afastar de suas histórias e do ativismo para se profissionalizar.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, João Aprigio. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BADINTER, Elisabeth. *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record, 2010.
- BLUM, Linda. Mothers, babies, and breastfeeding in late capitalist America: the shifting contexts of feminist theory. *Feminist Studies*, v. 19, n. 2, p. 291-311, 1993.
- BOCCOLINI, Cristiano *et al.* Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 108, 2017.
- CALLON, Michel; RABEHARISOA, Vololona. The Growing Engagement of Emergent Concerned Groups in Political and Economic Life: Lessons from the French Association of Neuromuscular Disease Patients. *Science, Technology, & Human Values*, v. 33, n. 2, p. 230-261, 2008.
- CARNEIRO, Rosamaria. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, 2011.
- CARNEIRO, Rosamaria. Dilemas de uma maternidade consciente: A quantas anda a conversa dos feminismos com tudo isso? *Cadernos de Gênero e Diversidade*, v. 5, n. 4, p. 181-198, 2019.
- CROSSLEY, Michele. Breastfeeding as a Moral Imperative: An Autoethnographic Study. *Feminism & Psychology*, v. 19, n. 1, p. 71-87, 2009.

EDEN, Aimee. New Professions and Old Practices: Lactation Consulting and the Medicalization of Breastfeeding. In: SMITH, Paige; HAUSMAN, Bernice; LABBOK, Miriam. *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*. London, Rutgers University Press, 2012, p. 98-109.

EPSTEIN, Steven. The construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology, & Human Values*, v. 20, n. 4, p. 408-437, 1995.

FAIRCLOTH, Charlotte. *Militant lactivism? Attachment parenting and intensive motherhood in the UK and France*. New York: Berghahn, 2013.

FREIRE, Maria Martha. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *Manguinhos*, v. 15, suplemento, p. 153-171, 2008.

HERNANDEZ, Alessandra; VICTORA, Ceres. Biopolíticas do aleitamento materno: uma análise dos movimentos global e local e suas articulações com os discursos do desenvolvimento social. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 9, e00155117, 2018.

HERNANDEZ, Alessandra; VICTORA, Ceres. Criação de filhos, recriação de pais: práticas e discursos sobre os modos sensíveis de criação infantil. *Áltera*, v. 1, n. 8, p. 38-60, 2019.

JUNG, Courtney. *Lactivism: How feminists and fundamentalists, hippies and yuppies, and physicians and politicians made breastfeeding big business and bad policy*. New York: Basic Books, 2015.

KALIL, Irene. *De Silêncio e Som: A produção de sentidos nos discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros*. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde), 2015.

KUSCHNIR, Karina. Maternidade e Amamentação: biografia e relações de gênero intergeracionais. *Sociologia, problemas e práticas* (Lisboa), v. 56, p. 85-103, 2008.

ROSE, Nikolas. *The Politics of Life Itself*. Princeton: Princeton University Press, 2007.

RUSSO, Jane; NUCCI, Marina. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface*, vol. 24, e180390, 2020.

RUSSO, Jane; NUCCI, Marina; SILVA, Fernanda Loureiro; CHAZAN, Lilian K. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana*, vol. 25, n. 2, p. 519-550, 2019.

SCHIEBINGER, Londa. *Nature's Body: Gender in the making of modern science*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2004.

SILVA, Fernanda Loureiro. *Sobre a “porta que abre por dentro”*: análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

TORNQUIST, Carmen. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Estudos Feministas*, n. 2, p. 483-492, 2002.

TORRES, Jennifer. Breast milk and labour support: lactation consultants’ and doulas’ strategies for navigating the medical context of maternity care. *Sociology of Health & Illness*, v. 35, n. 6, p. 924-938, 2013.

TORRES, Jennifer. Medicalizing to demedicalize: Lactation consultants and the (de)medicalization of breastfeeding. *Social Science & Medicine*, n. 100, p. 159-166, 2014.

WALL, Glenda. Moral constructions of motherhood in breastfeeding discourse. *Gender & Society*, v. 15, n. 4, p. 592-610, 2001.

WOLF, Joan. Is breast really best? Risk and total motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign. *J Health Polit Policy Law*, v. 32, n. 4, p. 595-636, 2007.

SAÚDE INDÍGENA
E A PANDEMIA DE COVID-19

GUERRA DE MAPAS, GUERRA DE NARRATIVAS: PODER E PRODUÇÃO DE DADOS SOBRE A COVID-19 NO CAMPO DA SAÚDE INDÍGENA NO NORDESTE¹

RITA DE CÁSSIA NEVES

Neste trabalho analiso o Estado e a forte produção de significados conferidos às políticas da vida e da morte, problematizando-as a partir dos conceitos de biopoder, biopolítica e necropolítica no contexto da pandemia da Covid-19. A partir desse eixo, discuto como, em situação de pandemia, são acionadas e confrontadas diversas narrativas colocando em evidência a dimensão política de produção dos dados pelo Estado, pela sociedade civil e mais diretamente pelos povos indígenas e suas organizações sociais nas produções de narrativas e estratégias de sobrevivência. Etnograficamente, tratarei dos indígenas do Nordeste e, de forma mais específica, dos indígenas do Rio Grande do Norte, que durante anos tiveram suas identidades étnicas negadas e de quem, no atual contexto de pandemia, são acirradas as negligências no campo das políticas públicas de saúde e de atenção diferenciada.

A pandemia da Covid-19 trouxe, além da doença em si mesma, a única forma de combate possível, que foi o distanciamento e isolamento social. Isso fez com que produzíssemos novas formas de trabalhar (trabalho remoto) e de nos relacionarmos uns com os outros. As pesquisas e atividades de extensão universitária também sofreram alterações. Não era mais possível o contato presencial, a pesquisa de campo e aos pesquisadores só coube conservar os laços que foram construídos ao longo dos anos através dos encontros etnográficos e pôr em prática uma etnografia do possível. Foi dessa forma que, por exemplo, publicamos² um artigo que faz parte do livro *Pandemia e Território* (2020), organizado por Alfredo Wagner Almeida, Rosa Acevedo e Eriki Aleixo, em que utilizamos aplicativos

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código do financiamento 001.

² O artigo intitulado “Enquanto tudo permanece como estava”: vulnerabilidades e resistência Indígena e Quilombola no contexto de Pandemia no Rio Grande do Norte. Escrito coletivamente pela equipe do Projeto Nova Cartografia Social, núcleo RN, com vários autores entre docentes e discentes.

como WhatsApp, telefone e encontros virtuais pela internet para escutar e conversar com nossos interlocutores, o que só foi possível pela longa relação estabelecida no decorrer dos anos.

Meu propósito não é traçar um panorama global da situação dos povos e comunidades indígenas no Nordeste e nem apresentar friamente os dados epidemiológicos dessa população com a chegada da Covid-19, mas pensar tematicamente as diversas situações, campos políticos e narrativas a partir das pessoas que vivem em comunidades indígenas, para com esses fragmentos poder refletir sobre a realidade, as políticas do Estado, as negligências acirradas em situação de pandemia e como essas populações, através de suas ações e enfrentamentos nesse campo político, conseguiram se apropriar de formatos e modelos de combate à pandemia, imprimindo suas marcas e agenciamentos locais.

No artigo anteriormente referido, chamamos a atenção para um ensaio escrito ainda em março, no início da pandemia, do historiador e filósofo Achille Mbembe (2020), que, ao falar sobre as vítimas da Covid-19, nos convida a somá-las às dezenas de milhões de pessoas vítimas de aids, cólera, malária, zika, chikungunya, todas as epidemias que durante séculos devastaram “povos sem nome em terras remotas”. O autor conclama a não esquecermos dos desmatamentos, da destruição de ecossistemas, da ação das empresas poluidoras e das multidões que povoam as prisões do mundo. Em seguida, afirma que durante muito tempo se tem discutido que isso é um problema de aceleração, de redes de conexões e chama atenção para as comunidades que dependiam desses recursos naturais ambientais e que foram expropriadas. Ao final ele afirma categoricamente que é esta corrida dionisíaca que o vírus vem frear “enquanto tudo permanece como estava”, que virou título de nosso artigo. Ele alerta ainda que a humanidade e a biosfera estão ligadas e que uma não tem futuro sem a outra (NEVES; MOURA; VIEIRA *et al.*, 2020).

Ao mesmo tempo, entre junho e julho, foi identificado no Brasil um deslocamento da ação do vírus para as cidades menores e simultaneamente houve um aumento da letalidade. São áreas rurais e pequenas cidades que não possuem infraestrutura necessária para atendimento à população atingida, ao mesmo tempo em que há nessas cidades um modo de viver comunitário cuja lógica é diversa do apregoado isolamento social necessário ao combate do vírus e que me parece formatado para ser cumprido por uma lógica de isolamento em apartamentos próprios aos grandes centros urbanos³.

No caso das populações indígenas que habitam a região nordeste do Brasil, em sua grande maioria, estão inseridas nas zonas rurais ou nessas cidades em que o vírus demorou um pouco mais a chegar. Há, efetivamente um modo de organização social dessas comunidades que privilegia as decisões coletivas, frequentemente tomadas em reuniões de lideranças ou assembleias mais amplas envolvendo toda a comunidade. Inicialmente a tensão da letalidade do vírus era apresentada como algo muito distante dessa população. Aos poucos começaram a surgir as informações das primeiras infecções por Covid-19 em povos indígenas no Nordeste e os óbitos começaram a surgir, chamando

³ Não cabe aqui discutir a entrada do vírus nos aglomerados populares urbanos e favelas das grandes cidades, mas essa temática também pode ser pensada a partir desse contexto urbano.

a atenção das lideranças indígenas para a melhor forma de combate e como pensar o isolamento social em populações cuja vivência religiosa, doméstica e familiar se dá no coletivo da comunidade. Alguns desses povos indígenas instituíram barreiras sanitárias impedindo a entrada e saída dos territórios onde vivem. Muitas vezes as lideranças sofreram ameaças ou entraram em atrito com os que queriam livre acesso às áreas, sejam índios ou não índios.

PRODUÇÃO DE DADOS E DE NARRATIVAS

Sabemos que, embora as estatísticas sejam resultado de produção de conhecimento, baseado em dados e com métodos rígidos de análise, os resultados de qualquer trabalho no campo da ciência nunca são neutros, mas refletem intenções políticas. Em um trabalho que discute a estatística e a produção de dados na pandemia, Platero e Gomes (2020, p.1) afirmam que “o modo como os gestores públicos manipulam e publicizam os resultados advindos da análise desses dados pode influenciar a prática das ações cotidianas dos sujeitos”. Os autores demonstram de forma instigante como, partindo de uma mesma base de dados coletados por estes durante a pandemia da Covid-19, se pode chegar a resultados e gráficos visivelmente diferentes.

Uma outra questão também importante é apresentada por Veena Das (2020), em um texto produzido durante a pandemia, em que afirma que as “experiências de governança” em todo o mundo apontam que uma mesma medida de combate à Covid-19, como os *lockdowns*, por exemplo, embora implementadas pela maior parte dos países, tiveram respostas diferentes para as classes médias e para os pobres:

A Covid-19 mostrou, tragicamente, que é impossível saber com antecedência que tipo de conhecimento será caracterizado como acadêmico, não acadêmico ou instrumental. Se, por exemplo, formuladores de políticas públicas estivessem prestando atenção ao trabalho acadêmico feito por cientistas sociais acerca dos impactos de formas cotidianas de governança sobre comunidades vulneráveis, talvez tivéssemos evitado a tentação de presumir que um modelo que funciona em um lugar funcionará igualmente bem em outros (DAS 2020, p. 5).

No Brasil, entendemos rapidamente o que Veena Das afirmou em seu texto, quando percebemos que conforme mudava o direcionamento político do Ministério da Saúde (MS), mudavam também as orientações sanitárias de combate à Covid-19, bem como os números de casos e mortes se alteravam conforme a metodologia de coleta, de análise e de divulgação no site do MS. Foi um momento em que a confiança nos dados apresentados pelo MS foi abalada e vários institutos, universidades, órgãos de imprensa e organizações civis passaram a fazer a coleta de dados diretamente dos municípios. No auge do problema, tivemos ao mesmo tempo dados relativamente diferentes apresentados no mesmo dia nos sites do Ministério da Saúde, dos veículos de imprensa que se organizaram em consórcio, da Associação Médica Brasileira (AMB), do Brasil IO – Repositório de Dados Libertos e, por fim, do Senado Federal.

Em relação aos povos indígenas, estes perceberam que os dados apresentados pela SESAI⁴ não correspondiam aos números de infectados de que as lideranças tinham conhecimento, tanto nas aldeias quanto nas cidades, motivo pelo qual estes, a partir de suas organizações, passaram a registrar e divulgar os números da Covid-19 a que tinham acesso. Em parceria com os pesquisadores das universidades federais, organizações indígenas como a APIB⁵ e a APOINME⁶ publicaram boletins quinzenais em que apareciam os números e os mapas atualizados, seguidos de textos apresentando uma diversidade de temas e dando visibilidade à situação de vulnerabilidade dos povos indígenas.

Tabela 1

27/07/2020	SESAI	APIB/APOINME
GERAL	- 13.728 confirmados - 256 óbitos	- 18.854 confirmados - 581 óbitos
NORDESTE	17 óbitos	32 óbitos

Fonte: a autora, com dados coletados no dia 27/07 nos sites da SESAI, da APIB e da APONME.

Essa discrepância de dados apresentados na tabela acima pode ser explicada principalmente porque a SESAI, nesse período, não contabilizava os indígenas que provisoriamente moram nas cidades, bem como os que não estão em terra indígena (TI) demarcada. Embora a FUNAI esteja presente nesses estados e atue junto a essa população específica, a SESAI só atua junto às pessoas que estão morando nas TIs em que se fazem presentes. Em Pernambuco, por exemplo, a REMDIPE⁷, em seu primeiro boletim informativo, chama a atenção para a quantidade de indígenas vivendo na Região Metropolitana de Recife e que não são computados como indígenas ao dar entrada em hospitais:

Segundo o censo (IBGE, 2010) há *mais de 6mil indígenas que vivem nas principais cidades da Região Metropolitana do Recife (RMR)*: Recife com uma população de 3.665 indígenas; em Olinda, 941; Paulista, 83; e Jaboatão dos Guararapes, 1.513. Ao contrário daqueles que vivem em territórios reconhecidos como T.I, os indígenas em centros urbanos não contam com atendimento provindos da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e sequer são registrados como indígenas ao dar entrada em hospitais e postos de saúde dos municípios. Esta situação caracteriza um estado de descaso por parte do Estado que coloca os indígenas em estado de vulnerabilidade social (REMDIPE, Boletim Especial #01 27/05/20⁸).

A construção política dos dados numéricos, aliada à discussão sobre a invisibilidade trazida pelos próprios indígenas, só reforçou alguns problemas vividos por esses povos em relação à saúde

⁴ Secretaria Especial de Saúde Indígena. Órgão governamental subordinado diretamente ao Ministério da Saúde.

⁵ Articulação dos Povos Indígenas do Brasil

⁶ Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo.

⁷ REMDIPE é a Rede de Monitoramento em Direitos Indígenas de Pernambuco. Fazem parte da rede a docentes e discentes da antropologia da UFPE, da UPE, ONGs e indígenas. No período da pandemia a REMDIPE passou a fazer boletins com mapas, dados e textos sobre a situação dos povos em Pernambuco.

⁸ <https://www.indigenascontracovidpe.com/boletim-especial-1>. Acessado em 20/08/2020.

diferenciada e que a pandemia acirrou. Para tratar dessas questões, utilizarei exemplos etnográficos a partir dos povos indígenas no estado do Rio Grande do Norte durante a pandemia.

PROTAGONISMO E PRODUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA

Segundo a APIRN⁹, existem atualmente cerca de sete mil indígenas no território potiguar, que se distribuem em seis diferentes povos/etnias vivendo em catorze comunidades¹⁰. São comunidades que sempre viveram em situação de vulnerabilidade econômica e social em relação à manutenção da vida e vivenciam cotidianamente dificuldades de acesso a políticas públicas de assistência à saúde, e a Covid-19, ao atingir essas populações, amplia essas desigualdades.

A pandemia tornou mais latente um conjunto de problemas que já haviam sido alvo de denúncias por parte do movimento indígena no estado. No Rio Grande do Norte não há políticas públicas de atenção à saúde diferenciada como no resto do Brasil; não há Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e nenhuma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) para atender essas populações, evidenciando o descaso no campo das políticas públicas de saúde. O que essas comunidades acessam, quando conseguem acessar, se dá no âmbito das políticas de saúde municipal e estadual.

Em 2015, houve uma tentativa de inserção desses indígenas nas políticas nacionais de saúde. Nesse ano, o DSEI Potiguar, da Paraíba, iniciou o atendimento aos indígenas do estado. Inicialmente implantou o modelo adotado de organização administrativa da saúde com a criação de dois conselhos locais de saúde, com um representante de cada etnia, dividindo o estado em duas grandes áreas. Isso, na prática, significou que o acompanhamento das políticas de saúde por esses dois Conselhos se dava sempre nas reuniões distritais no estado da Paraíba cujas preocupações centrais giravam em torno dos índios potiguaras do estado. Por causa da distância entre as aldeias, os conselheiros no RN só conseguiam se encontrar em eventos que não os da saúde, imobilizando na prática as ações mais efetivas dos Conselhos.

É fato também que para o estado foi designada uma única EMSI que deveria atender todos os povos desse estado, além dos índios Tabajara que habitam a fronteira entre o estado da PB e o RN. Reflexo desse problema é que quase não aconteceu a Conferência Distrital Local de preparação para a 6ª Conferência Nacional de Saúde, que estava prevista para acontecer em 2019. Foi preciso o esforço e a pressão em Brasília, dos indígenas do RN, para que houvesse a etapa da conferência no estado. O DSEI Potiguar alegava falta de verba para realizar a etapa no RN.

⁹ APIRN é a sigla da Articulação dos Povos Indígenas do Rio Grande do Norte.

¹⁰ Etnias: Caboclos, Tapuias Tarairius, Mendonça Potiguar, Catu dos Eleutérios Potiguar, Sagi Trabanda Potiguar e Tapuias Paiaçús da Lagoa do Apodi. Habitam 14 comunidades: Amarelão, Açucena, Cachoeira, Marajó, Serrote de São Bento e Santa Terezinha (Território Mendonça – municípios de João Câmara e Jardim dos Angicos), Mendonças de Natal, Eleotérios do Catu (Território Catu – municípios de Canguaretama e Goianinha), Sagi Trabanda e Jacu (Território Sagi – município de Baía Formosa), Lagoa Tapar, Lagoa do Mato e Ladeira Grande (Território Lagoa de Tapar – municípios de Macaíba e São Gonçalo do Amarante) e Apodi (Território Lagoa do Apodi – município de Apodi).

Na Conferência no RN, a fala inicial do coordenador do DSEI Potiguara foi: “não adianta cadastrar o RN no SIASI, sem orçamento próprio.” Afirmou que foi cortado 15% do orçamento do DSEI Potiguara, então não seria possível atender também ao RN e ainda ao povo Tabajara da Paraíba, que também estava sendo atendido pela mesma EMSI que atuava no RN. A enfermeira da EMSI também foi enfática ao afirmar que uma só equipe viajando os 6 municípios e visitando as 14 comunidades do RN inviabilizava um tratamento como proposto na legislação. Tudo isso acabou provocando atritos entre os indígenas da Paraíba e os do Rio Grande do Norte. No entanto, mesmo com todas essas dificuldades, os indígenas do estado são unânimes em afirmar a importância do modelo de saúde indígena diferenciado, na medida em que a maior parte da população atendida mora na zona rural e em áreas aonde a saúde pública ampla, através do SUS, não chega.

Em 2019, um pouco antes da pandemia, como consequência da falta de investimento em saúde do Estado brasileiro, pelo fato de a EMSI¹¹ não estar conseguindo atender a contento o RN e diante das dificuldades orçamentárias, o DSEI Potiguara suspendeu o atendimento aos indígenas nesse estado. Com isso, essa população se encontra completamente desassistida por políticas públicas de saúde diferenciada, reforçada pelo processo de desestruturação e desmonte das políticas de saúde indígena em curso no país.

Aliado ao problema da falta de assistência distrital no RN, essas populações vivenciam um processo de insegurança alimentar e vulnerabilidade econômica e social intensa. Não há nenhum território demarcado no estado, o que para esses indígenas é considerado fundamental para a reprodução sociobiológica dos mesmos. Apenas a comunidade do Sagi Trabanda teve seu processo iniciado, mas ainda não foi concluído pois está aguardando autorização para dar continuidade ao GT. Essa falta de demarcação expõe outro problema. Quando a Covid-19 se intensificou e morreu o primeiro indígena no Brasil, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos anunciou a entrega de cestas básicas apenas para os povos indígenas aldeados, mas na ocasião apenas indígenas com território demarcado eram considerados aldeados, o que fez com que a Coordenação Técnica Local (CTL) da FUNAI não tivesse acesso a essas cestas básicas. Como alternativa, o representante local da Funai procurou assistência e cestas básicas de alimentos em órgãos municipais e estaduais, como a Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB), que foram entregues às famílias indígenas.

As famílias, em sua grande maioria, trabalham nas próprias comunidades. É o caso dos indígenas que conformam o território Mendonça, em que grande parte destas trabalham com o beneficiamento da castanha de caju. Segundo relatos da liderança indígena Tayse Campos, os Mendonças do Amarelão beneficiaram, em 2018, aproximadamente, 32 toneladas de castanha de caju por semana. Com a pandemia, não havia como comprar a castanha *in natura* para beneficiar e nem tinham como escoar a pouca produção que em sua grande parte é vendida na cidade de Natal, bem como nos estados da Paraíba e Pernambuco, processo realizado pelos próprios indígenas ou atravessadores.

¹¹ EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.

Com a pandemia do coronavírus essa semana as famílias não conseguiram mais comercializar a castanha, já tem um alerta que provavelmente a castanha in natura não vai chegar na comunidade em quantidade suficiente por pelo menos 30 dias. A situação é desesperadora!!! Além do risco de contrair o vírus, as famílias indígenas do Amarelão não têm como conseguir alimentos (entrevista com Tayse Campo em 17/03/2020 via WhatsApp).

Durante a pandemia, a APIRN, junto com o departamento de antropologia da UFRN¹², montou uma enquete que foi aplicada através dos celulares nas comunidades indígenas no estado. Tivemos resposta parcial de duas etnias: Mendonça e Tapuias Tarairius. No total foram 377 respostas. É um trabalho que ainda está em andamento e seus resultados são parciais, mas vale ressaltar que, desse número, 181 pessoas afirmaram não ter emprego formal, 83 estão desempregadas e 17 ficaram desempregadas por causa da Covid-19, totalizando 281 pessoas em situação econômica precária. As demais foram 30 pessoas aposentadas e 66 apenas que possuem emprego. Em relação à renda familiar, as respostas são ainda mais reveladoras. Das 377 respostas, 339 (89,9%) recebem até 1 salário mínimo (SM) e 38 mais de 1 SM e até 3 SM por família.

Esses dados só confirmam que o impacto da insegurança alimentar se deve à fragilidade dos vínculos de trabalho dos indígenas, que em grande parte desenvolvem atividades remuneradas no trabalho informal, através da agricultura, extrativismo com produtos vendidos em feiras livres. Em relação às feiras livres, o caso do Catu é emblemático. No início do período de isolamento social, as feiras livres haviam sido suspensas e mais recentemente, com o retorno das mesmas, soubemos que a comunidade indígena do Catu que usa a feira livre para vender seus produtos foi proibida de voltar a vender produtos nas mesmas. Segundo Luiz Catu, cacique da comunidade, o motivo alegado seria porque havia pessoas com Covid-19 na comunidade e estas poderiam contaminar os demais, o que demonstra mais uma vez a situação de vulnerabilidade social e o preconceito que se acirrou na pandemia, na medida em que toda a região onde moram os indígenas do Catu (municípios de Goianinha e Canguaretama) foi alvo de elevado número de infectados e não apenas entre os indígenas.

Em todo o estado, cinco indígenas morreram vítimas da doença, sendo que desses, quatro moravam temporariamente na área urbana das cidades. Esses dados foram coletados em parceria com a APIRN, APOINME e a UFRN, que através do professor Glebson Vieira, coordena um projeto e um site¹³ de divulgação das populações do estado, suas demandas, festas e, neste momento atual, acompanha os dados dos indígenas atingidos pela Covid-19 e que não estão contabilizados pela SESAI. Em paralelo, eu e o professor Glebson passamos a compor um coletivo composto de pesquisadores das universidades e indígenas da APOINME dos estados em que esta atua, para a produção de boletins informativos que foram publicados no site da própria APOINME¹⁴.

¹² Essa enquete é parte de um trabalho maior coordenado pela professora Kelly Oliveira, da UFPB com indígenas na PB e em PE. A parte do RN ficou sob minha coordenação.

¹³ O site está apontado na página da UFRN: <https://cchla.ufrn.br/povosindigenasdorn/index.html>.

¹⁴ O site da APOINME em que os boletins e dados foram publicados: <https://www.apoinme.org/boletim-leste-e-nordeste-do-coronav>.

A vulnerabilidade, o medo do contágio e o abandono das políticas públicas de saúde nessas comunidades levaram as mesmas a romperem com a centralização burocrática que se apresenta através das políticas públicas que nunca chegam a essa população. Podemos, então, falar de autonomia e independência dessas populações no trato com o Estado. Mendonças, Eleutérios do Catu, Tapuias Paiacu, Tapuias Tarairius, Potiguaras do Sagi e Caboclos de Assu se mobilizaram para enfrentar a Covid-19. Uma das primeiras iniciativas foi através da APIRN, no canal do YouTube¹⁵:

Enquanto algumas pessoas estão com medo do Tédio, as comunidades Indígenas estão com medo da Fome! Ajude as comunidades do RN a enfrentarem essa Pandemia!

Como todos sabem, o CORONA VÍRUS veio pra desestabilizar todas as articulações, sendo assim, pelas prioridades, estamos editando essa Campanha para que ela possa suprir os males que a QUARENTENA irá trazer. As comunidades Indígenas do RN sobrevivem da venda de castanhas, alimentos em feiras livres e etnoturismo. Com o isolamento causado pela Pandemia esses territórios ficarão sem renda e correm o risco de passar fome. Então, nos ajudem com essa Campanha pra que ela sirva como uma diminuição dos danos que já estão sendo causados pela ausência de planejamento dos governos vigentes. (Acessado em 30/10/20, através do site <https://cchla.ufrn.br/povosindigenasdorn/campanhas.html>).

Como resultado dessas campanhas particulares, as primeiras cestas básicas foram entregues nas comunidades do Amarelão, Apodi, Assentamento Marajó, Catu, Lagoa de Tapará, Sagi e Serrote de São Bento. Em abril, essas ações foram reforçadas através de doações de cestas básicas, produtos de higiene e de proteção, de entidades como a CUT/SINTEST (Sagi) e do governo do estado (Catu e Sagi).

Nesse contexto de adoção de estratégias locais para enfrentamento da pandemia, é importante destacar o aumento do uso das ferramentas virtuais pelas lideranças indígenas para mobilização de recursos e divulgação das ações realizadas nessas comunidades. Os indígenas no RN estão produzindo seus dados, realizando pesquisas e produzindo mapas como uma forma de apresentar sua narrativa em detrimento da narrativa oficial que os retira do mapa da Covid-19 enquanto indígenas.

Apesar das enormes dificuldades de uso da internet nesses povos, campanhas mais localizadas também foram realizadas para obtenção de alimentos e itens de higiene no combate à doença. Outras medidas também foram incentivadas, como acionar as associações e conselhos indígenas para escoar a produção que ficou retida nas comunidades. No Catu, por exemplo, foram montadas barreiras sanitárias para impedir o acesso de não índios nas áreas rurais em que essa comunidade se localiza. Havia uma emergência em frear o vírus que estava presente no entorno dessas comunidades. Além disso, em locais onde não foram feitas barreiras sanitárias, coube às lideranças buscar ajuda sanitária e alimentar, para manter a população o mais distante possível das cidades.

¹⁵ Acessar em https://benfeitoria.com/indigenarn?fbclid=IwAR2spD1BJsppK0Cae_h0qE4Fkyfxs_Je-2xJDGRe-J22Acb6CdCsOGiVCuk.

Para finalizar, cito uma das aulas proferidas por Michel Foucault (2018), no Collège de France, em 17 de março de 1976. Este pergunta como o biopoder “que tem essencialmente o objetivo de fazer viver pode deixar morrer?” ou, ainda, como se exerce o poder da morte, como se exerce a função da morte, num sistema político centrado no biopoder? Para esse autor, a resposta está na maneira como o racismo se insere na sociedade moderna. Essa é uma forma de “introduzir nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu, um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer”. Segundo o autor, o racismo fragmenta e deixa morrer. Em suma, o que essas comunidades chamadas de tradicionais estão dizendo é que elas não vão se deixar morrer, ou como disse o Mbembe (2020), “antes desse vírus a humanidade já estava ameaçada de asfixia”, e mesmo que no plano geopolítico essas forças continuem a prevalecer, ele fracassa nos planos locais de resistência dessas comunidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alfredo Wagner B.; MARIN, Rosa E. Acevedo; MELO, Eriki Aleixo de. (orgs). *Pandemia e Território*. São Luiz: UEMA Edições/PNCSA, 2020.

DAS, Veena. Encarando a Covid-19: meu lugar sem esperança ou desespero. *In: Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social – Rio de Janeiro – Reflexões na Pandemia*, 2020, p. 1-8.

FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de março de 1976. *In: Em defesa da Sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)*. 2 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018.

MBEMBE, Achille. *O direito universal à respiração*. n. 20 N-1 edições, 2020. Disponível em: <https://n-1edicoes.org/020>. Acesso em: 27 maio 2020.

NEVES, Rita; MOURA, Ana Maria; VIEIRA, Glebson *et al.* “Enquanto tudo permanece como estava”: vulnerabilidades e resistência Indígena e Quilombola no contexto de Pandemia no Rio Grande do Norte. *In: Pandemia e Território*. Alfredo Wagner B de Almeida.; Rosa E. Acevedo Marin; Eriki Aleixo de Melo. (orgs). São Luiz: UEMA Edições/PNCSA, 2020. p 555-566.

PLATERO, Klarissa; GOMES, Fabian. Números estatísticos e realidades: uma proposta de reflexo sobre a pandemia de Covid-19 no Brasil. *In: Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social – Rio de Janeiro – Reflexões na Pandemia* 2020, p. 1-11.

REMDIPE. Boletim #1 – Povos Indígenas e a COVI-19 em Pernambuco. Disponível em: <https://www.indigenascontracovidpe.com/>. Acesso em: 27 out. 2020.

SOFRIMENTO, MORTE E RESISTÊNCIA EM TEMPOS DE COVID, O QUE NOS DIZEM AS MÃES SANÖMA/YANOMAMI SOBRE A PANDEMIA

SÍLVIA GUIMARÃES

INTRODUÇÃO: CENÁRIO DA COVID, RACISMO E AS FRONTEIRAS EM CORPOS INDÍGENAS

No Brasil, a pandemia da covid escancara o racismo estruturante que move os serviços de saúde. E amplifica o sofrimento em corpos de mulheres indígenas. No caso dos Sanöma, subgrupo Yanomami, a pandemia explicitou a forma como mulheres indígenas são tratadas pelo Estado brasileiro. No início da pandemia no estado de RR, no mês de abril, um bebê falecera e, em maio, outros três bebês faleceram. Nenhum dos corpos foi entregue às mães. Seus filhos morreram na cidade de Boa Vista e nada foi dito a elas quanto ao paradeiro das crianças. Quatro corpinhos desaparecidos e a liderança Sanöma teve que seguir um itinerário entre hospitais, Casa de Saúde Indígena e Distrito Sanitário Yanomami para saber sobre o ocorrido. Somou-se à violência dos corpos retidos pelo serviço, o não compartilhamento de decisões, de conhecimento e de cuidado e a não realização das cerimônias funerárias. O racismo que marca a existência dessas mulheres dizia que elas não eram dignas de diálogo, de respeito e cuidado por parte do Estado brasileiro. Este trabalho pretende discutir esse caso, a violência sobre mulheres indígenas e a importância de redes de apoio em tempos de práticas genocidas. Essas mulheres não falam português, estavam distantes de suas redes de apoio, de sua família extensa, mas contavam com a solidariedade das lideranças Sanöma na cidade. Essa rede local foi ativada como um dínamo a partir de uma mobilização nacional que se concatenou a ela, incluindo universidades, Ministério Público, jornalistas e movimentos indígenas nacionais. Diante de tal cenário, várias questões estão postas, uma delas é qual ética iremos viver nesta pandemia.

No dia 9 de abril de 2020, faleceu o primeiro indígena no Brasil por covid. Era um jovem Yanomami que experimentara várias malárias e, com o corpo enfraquecido, foi consumido pela

covid. Foi enterrado sem o consentimento da família, sem explicações, uma violação a seus direitos humanos enquanto povo, especialmente pelo fato de que as cerimônias funerárias compõem um ponto fundamental da vida Yanomami. Como afirmou Bruce Albert (2020), não poder dispor de seus mortos é um “ato infame” para qualquer povo, para os Yanomami, configura-se em uma violência, pois impossibilita-os de exercer rituais fundamentais que permitem ao morto seguir seu caminho até as “costas do céu”, onde viverá uma nova vida. Outras mortes de indígenas seguem acontecendo ao longo da pandemia, mas não somente o vírus é letal. Arelada a essas mortes, uma trilha de violações de direitos se forma, revelando o cenário de genocídio que se agudizou com a covid. Diante de tal cenário, é possível ver uma máquina de guerra mover os serviços de saúde no Brasil. Nos termos de Achille Mbembe (2018), o Estado pode se metamorfosear em uma máquina de guerra “nas suas fronteiras” e, neste momento no Brasil, ele se acopla ao vírus e se move no racismo, matando e violentando pessoas e coletivos seletivamente. É instaurado o estado de exceção e a regra é matar e deixar morrer. As práticas médicas em áreas indígenas foram definidas por um médico, em uma conversa informal, como uma medicina de guerra, onde vigoram a precariedade e decisões unilaterais dos médicos, o que contradiz a Política Nacional de Atenção Básica em saúde que deveria atuar nesses locais, conforme a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

Os corpos que carregam as marcas dessas fronteiras são dos grupos racializados de comunidades negras e indígenas que vivenciam a coisificação de suas vidas e seus usos em um sistema mundo do capital que se atrela aos estados-nações, como nos informa Aníbal Quijano (2005). Raça é uma categoria mental da modernidade na qual foram criadas novas identidades históricas e sociais e os espaços e temporalidades onde as mesmas vigoram (op. cit). Relações coloniais se mantiveram como relações de colonialidade e, seguindo o pensamento de Quijano, o capitalismo se constituiu e ainda se constitui tendo como base uma nova estrutura de controle do trabalho, de corpos e grupos sociais. Aimé Césaire (1978) nos informa que, nesse cenário, a colonização produz a coisificação. Na análise de Césaire (op. cit), os colonizadores enfatizam a civilização, o progresso, a cura de doenças, mas o que há de fato são “(...) sociedades esvaziadas de si próprias, de culturas espezinhadas, de instituições minadas, de terras confiscadas, de religiões assassinadas, de magnificências artísticas aniquiladas, de extraordinárias possibilidades suprimidas”

Os Yanomami encontram-se nessa fronteira, seus corpos são essas fronteiras. As mulheres Sanöma quando adentram os serviços de saúde e seus filhos morrem de covid, concentram vários olhares, esses se entrecruzam nos seus corpos. Recorro-me aqui a Lélia Gonzalez (1984) e sua análise sobre os corpos das mulheres negras e os olhares encontrados. Na esteira do pensamento de Lélia González (op. cit), é possível ver, na reunião de olhares sobre a mulher negra, o racismo e a memória da reexistência. O racismo é o que violenta, oculta e aniquila e, ao mesmo tempo, a memória da reexistência é a memória da história de contracolônização, as experiências de resistências e dos saberes ancestrais. O corpo das mulheres indígenas são essas fronteiras onde todo o tipo de violência é permitido, mas também ele carrega a memória da reexistência, das alternativas de

organização localizadas, do conhecimento ancestral. O racismo está na forma como elas são vistas pelos colonizadores brancos como selvagens, sem sentimentos, niveladas ao nível de animais que agem por instinto, como coisas. Ouvi de uma médica no Hospital Universitário afirmações sobre o absurdo que fazem com seus filhos. Em outro momento, fui convidada a participar de reuniões em instâncias médicas que queriam ouvir da antropóloga que uma criança yanomami que ficou com sequela após o tratamento não seria morta na comunidade. O racismo cria uma figura de mulheres indígenas criminosas, selvagens e sem sentimentos. No entanto, seus corpos se impõem e trazem, como afirma Lélia, tanto a marca da exploração e subordinação racial como também da libertação. Quando os bebês das mães Sanöma morreram e seus corpos sumiram, sabemos que essas mulheres foram avaliadas como não merecedoras de tê-los. E direitos humanos fundamentais foram violados.

O cenário da covid entre os Yanomami é contemporâneo das violências que vivenciam em um Estado que visa aniquilar os direitos indígenas. Como afirma Boaventura de Sousa Santos (2020, 01), o coronavírus é “nosso contemporâneo porque partilha conosco as contradições do nosso tempo, os passados que não passaram e os futuros que virão ou não.” Essa copresença dos contrários provoca a “reinvenção permanente do passado e a aspiração sempre incompleta do futuro de que são feitas as tarefas que concebemos como ‘presente’” (SANTOS, 2020, 02). Nessa contemporaneidade, as realidades não estão dadas, mas estão sendo tensionadas, os Yanomami revelam a força da comunidade buscando outra realidade, outra história a ser contada. Seguindo a trilha do argumento de Ailton Krenak (2019), adiar o fim do mundo está nas possibilidades de muitas histórias ainda serem contadas, de memórias ancestrais serem acionadas e reexistências ativadas.

No final do mês de outubro de 2020, havia, entre os Yanomami, 1.201 casos confirmados de covid, 20 casos suspeitos, 9 óbitos por covid e 13 óbitos suspeitos, de acordo com informações da Rede Pró-Yanomami e Ye’cuana. No caso dos Sanöma, localizados no extremo norte da Terra Indígena Yanomami, na fronteira entre o Brasil e Venezuela, eles contam com 74 contaminados e 3 óbitos por covid (três bebês). As mortes por covid explicitaram uma situação de extrema violência contra os Sanöma, que nos leva a pensar quais critérios éticos estamos vivendo nesta pandemia. Ao todo, até o momento, 59 Sanöma foram contaminados por covid na CASAI ou nos hospitais, eles e elas estavam fazendo algum tipo de tratamento. No final de setembro, explode o contágio nas comunidades Sanöma dentro da Terra Indígena, a primeira é a comunidade de Korekorema, localizada ao longo do rio Uraricoera, local de passagem dos garimpeiros. Os Sanöma acreditam que o vírus entrou com os garimpeiros. E outro caso aconteceu em Hokolasimu, no extremo norte da TIY. Há duas hipóteses sobre a chegada do vírus, uma delas é um enfermeiro que estava com sintomas e outra é o trânsito dos Sanöma entre as comunidades dos dois lados da fronteira. Ao todo, no mês de outubro de 2020, os Sanöma contam com 74 pessoas contaminadas em uma população de aproximadamente 3000 pessoas.

A covid relembra os grandes adoecimentos que acometeram os Sanöma, na última grande epidemia de malária que viveram nos fins da década de 1980. Nesse momento, os xamãs Sanöma

entendiam que a epidemia de malária era um ataque de xamãs inimigos, os quais queimavam uma planta e sua fumaça com sua substância letal (*wazu*) alcançava a aldeia-alvo e todos morriam. Hoje, os xamãs analisam tal ataque, desse período, aos garimpeiros que adentram a Terra Indígena por meio do leito de seus grandes rios e lançaram essa fumaça letal, que seguiu os leitos do rio e chegou atacando as comunidades. Agora, a covid é vista como outro ataque dessa substância letal que se espalha pelo ar como uma forma potente de *wazu*.

MÃES E SEUS BEBÊS SANÖMA NESSA PANDEMIA DA COVID

No início de maio de 2020, uma mãe Sanöma foi deslocada para Boa Vista com seu bebê que precisava realizar tratamento de pneumonia, este veio a falecer em poucos dias. No final de maio, duas outras mães, uma das quais vive em uma aldeia na Venezuela e buscava tratamento no polo-base localizado no lado brasileiro da fronteira, foram deslocadas para Boa Vista com o intuito de realizarem tratamento de seus bebês. As crianças eram todas menores de um ano e estavam com pneumonia em tal grau que requeria atendimento nos hospitais da cidade. Somente a primeira dessas mulheres, a que viera no início de maio, estava acompanhada de seu irmão, as outras duas vieram sem acompanhantes, estavam somente com seus bebês. Sem falar português e distantes de suas redes de apoio, essas mulheres adentraram o pior cenário da covid, o dos hospitais e da Casa de Saúde Indígena (CASAI)¹.

Vale fazer uma pausa para explicar como se constitui essa rede de apoio das mulheres Sanöma. O matrimônio na vida Sanöma é marcado pela presença do genro na casa dos sogros ou em suas proximidades, vivem a uxorialidade. Desse modo, forma-se, na família extensa, uma rede feminina de cuidado, de jovens irmãs e mães, que vivem também próximas de suas tias maternas e filhas de suas tias. Em algumas situações, a jovem se muda para a casa do sogro, isso acontece quando este tem força política maior que o pai da jovem ou quando ele já faleceu. Os Sanöma vivem em casas retangulares onde se abrigam essas famílias extensas e se configuram as redes de apoio, de cuidado e de produção de alimento. As mulheres Sanöma não falam português, somente alguns homens se comunicam nessa língua. Quando essas mulheres vêm para Boa Vista, sem falar português e com seus filhos adoecidos, são lançadas em um local distante de seu território, de suas redes de apoio, em um lugar desconhecido, perigoso devido aos vários contágios, à presença de inimigos e às ameaças de feitiços.

Nos hospitais, cada um dos três bebês falecera. As mães receberam a notícia das mortes, mas nada foi informado sobre os paradeiros dos corpos ou sobre a suspeita de covid. Quando o primeiro bebê morreu, no início de maio, a notícia se espalhou entre os Sanöma que estavam na CASAI, e a liderança Sanöma, presidente da Associação Indígena Sanöma Ipasali, que vive

¹ As casas de saúde indígena (CASAI) são locais onde os indígenas ficam hospedadas quando estão em tratamento na média e alta complexidade em centros urbanos, quando adentram o SUS.

temporariamente em Boa Vista, dividindo-se entre a cidade e a Terra Indígena, seguiu um périplo para saber do paradeiro do corpo da criança. A primeira suposição foi que o corpo do bebê estaria ainda no hospital. Os anciãos e as anciãs na comunidade souberam da notícia, por meio do sistema de radiofonia, e pressionaram a liderança para que ela cobrasse das autoridades o retorno do corpo do bebê ao território. Ele buscou informações no hospital, na CASAI e foi ao coordenador do DSEI Yanomami, que o informou que a criança havia morrido de covid, foi enterrada e só poderia ser exumada e retornar em três anos. A liderança informou à mãe e aos demais o que aconteceu. A mãe passou a fazer o seu choro lamurioso de luto pela morte do seu filho em meio a desconhecidos na CASAI e de forma tímida. Em alguns dias, ela retornou à Terra Indígena sem o corpinho do bebê.

No final de maio, quando os dois outros bebês que realizavam tratamento morreram, suas mães retornaram do hospital para a CASAI, onde se contaminaram de covid, sem saber do paradeiro dos corpos dos seus filhos. A primeira impressão que elas tiveram conjuntamente com a liderança foi que os corpos dos bebês estavam retidos no hospital. As mães, os anciãos e as anciãs na comunidade novamente exigem o retorno dos corpos dos bebês para que possam realizar a cerimônia funerária. Mais uma vez a liderança segue por entre hospitais e a CASAI para saber sobre os paradeiros dos corpos e, na CASAI, é informado que os bebês morreram de covid, foram enterrados no cemitério e só poderão ser exumados e retornar em três anos. A angústia invade as mães Sanöma que estão na CASAI e suas famílias que estão no território. Sem informações, explicações e compartilhamento de decisões, essas mulheres sofrem várias violências: o desaparecimento dos corpos de seus filhos, o enterro dos corpos e as decisões tomadas à revelia das mesmas. Essas mulheres passam a clamar por esses corpos, a liderança busca por respostas e todos são ignorados pelos serviços de saúde. Essas mães não receberam informações sobre o que fizeram com os corpos, sobre a causa da morte, não foram informadas sobre a gravidade da covid, não receberam os laudos indicando a causa da morte, não receberam os exames que comprovassem a infecção por covid e não participaram da decisão de ter seus filhos enterrados.

E a história se repetira, voltando ao mês em que o primeiro Yanomami morreu de covid, em abril de 2020, um outro bebê Sanöma havia falecido e seu corpo ficou retido em Boa Vista e sua mãe retornou sem o corpo do bebê a sua comunidade. Foi dito à liderança que a criança também tinha uma suspeita de covid, não sabiam do paradeiro desse corpo. No entanto, a partir das repercussões citadas acima, a suspeita de covid desse bebê não se confirmou e o corpo retornou conjuntamente com o corpo do bebê que veio a falecer no início de maio. Dois corpos retornaram e foram realizadas as cerimônias funerárias e dois corpos ficaram enterrados.

Algo muito grave para o mundo Sanöma estava acontecendo, a não realização da cerimônia funerária, o *sabonomo*. Cabe outra pausa para explicarmos sobre o *sabonomo* Sanöma. A cerimônia funerária entre os diversos subgrupos Yanomami contempla versões de um mesmo tema, o qual é fazer esquecer o morto para que ele siga seu caminho para a morada dos mortos e não permaneça no mundo dos vivos. Esse processo de fazer esquecer, no caso Sanöma, significa lembrar os feitos

do morto, as interações que manteve e os sentimentos provindos dessas interações. Mesmo uma pequena criança inicia sua interação quando ainda está na barriga da mãe, quando estão dormindo, ela brinca, sai e retorna da barriga da mãe, o que faz com que tanto o pai quanto a mãe mantenham um resguardo rígido para protegê-la. Essa vida pequena já despertou sentimentos e manteve relações com os seus. A cerimônia funerária ou *sabonomo*, na língua Sanöma, se configura em um momento de lembrar para esquecer, pretende destruir as marcas do morto, esquecer-lo, apagá-lo e, ao mesmo tempo, criar sua personalidade, a singularidade da sua corporalidade (GUIMARÃES, 2005, 2010).

O início do luto é marcado por lamentações dos parentes próximos, as mulheres reúnem-se na casa do morto, choram e lamentam a falta que faz. Pintam o rosto de preto e realizam cantos de lamúria: “*Piza wai, piza wai, uuu. Iba de, iba de. Piza wei, piza wei, uuu.*” (Meu filho, meu filho, o meu, o meu, meu filho, meu filho). Parentes e afins corresidentes choram sua morte. Homens adultos fazem discursos coléricos, pedindo vingança e colocam-lhe penugem de pássaros. O corpo do morto e seus pertences, colocados sobre ou próximo a ele, devem ser queimados. Se o defunto é um homem importante, sua casa deve ser queimada. O nome, que já era sigiloso quando vivo, agora, deve ser esquecido por todos como parte do conjunto de operações destinadas a apagar suas “marcas”. Tudo o que se relaciona com a pessoa, que faz parte de sua essência, de sua corporalidade, deve ser dissipado para evitar a proximidade do *heno polepö de*. Esse é a porção do corpo interior da pessoa (*pili õxi*) que sofre uma transformação quando morre. O *heno polepö de* é feito de uma substância dura, que não se degrada, i. e., ele é imortal. É extremamente agressivo e deve ser mantido distante dos vivos, o que requer ações dos xamãs (GUIMARÃES, 2005).

O responsável pela cremação deve ser um consanguíneo, pai ou irmão mais velho, o qual segue os ensinamentos de homens e mulheres mais velhas especialistas em cremação. Essa deve acontecer durante o dia, pois à noite, o *heno polepö de* se enfurece porque quer comer seu cadáver, para ele, já transformado em queixada. Assim, a pira é preparada no início da manhã, pois o corpo leva um dia inteiro para se consumir totalmente. Irmãos do morto e aliados corresidentes ateiam a pira. Antes de os homens levantarem o cadáver deitado na rede para pô-lo na pira, as pessoas devem se afastar do corpo, eles batem com varas na parte externa da casa para espantar o *heno polepö de* do morto e evitar, assim, que ele agrida alguém.

Com o corpo na pira funerária, os cantos fúnebres se intensificam, as pessoas choram ao redor da fogueira. Ao longo do dia, as pessoas vão se acalmando e, quando a fogueira diminui, começam a retornar a suas casas. No final da tarde, a cremação se finda e só restaram pequenos pedaços de ossos e madeira carbonizados. Todos que estiveram na cremação tomam um banho, retiram do corpo qualquer substância letal que a fumaça pudesse ter, com exceção dos pais, filhos e outras pessoas muito próximas, que, muito tristes, apenas lavam as mãos para não contaminar os alimentos. Tomarão banho no dia seguinte.

Alguns ossos são coletados por uma mulher próxima ao morto com a ajuda dos homens que realizaram a cremação. Essa operação continua no dia seguinte, quando os restos da fogueira e

dos ossos estão frios e mais fáceis de ser manipulados. Remexem as cinzas com varas de madeira em busca de fragmentos. Há uma trituração preliminar dos ossos para guardá-los em um recipiente, que é envolvido em folhas e guardado dentro de um pequeno cesto, que é posto sobre um jirau acima do fogo doméstico dos parentes do morto.

As noites que se seguem à cremação são tomadas de pranto, as parentas mais velhas do morto cortam o cabelo bem curto e choram com suas faces enegrecidas e, chorando, fazem suas atividades, como buscar lenha ou água. Por alguns dias, os consanguíneos do morto devem permanecer nas proximidades da aldeia. Não podem caçar, jogar futebol ou trabalhar, pois o seu interior está muito triste, precisam chorar. Com os ossos carbonizados e guardados, os Sanöma devem preparar a cerimônia de pulverização e feitura das cinzas. O enlutado principal deve fazer uma grande roça, especialmente de bananas, pois visitantes serão convidados para as cerimônias seguintes e devem ser recebidos com fartura de alimentos. Os preparativos são discutidos em reuniões das quais quase toda a comunidade participa.

Depois dessas reuniões, que podem durar alguns meses, acontecem sessões xamanísticas diurnas que pretendem descobrir quem foi o agressor do morto. Os xamãs devem perguntar aos seres auxiliares quem foi culpado e, assim, tentam pôr fim às especulações e suspeitas que recaem sobre desafetos do morto, alguns deles são pessoas muito próximas do grupo. Em muitos casos, o xamã vê a culpa em um inimigo longínquo, o que requer a realização de vingança por meios xamanísticos.

Após essas reuniões seguidas de sessões xamanísticas, os preparativos do *sabonomo* tomam um novo ímpeto. Com a chegada dos visitantes, devem se concentrar na produção de uma fartura de alimentos para finalizar a cerimônia. As roças foram plantadas e os homens partem para a caçada, que perdurará por alguns dias. Na comunidade, uma mulher relacionada ao morto segura o embrulho com os ossos carbonizados acompanhada de outras mulheres que também estão com cabaças ou recipientes contendo as cinzas de seus parentes já falecidos. Choram sobre os restos mortais que ainda existem de outros mortos, lamentam a perda daquele bom filho, boa filha e enfatizam a relação de parentesco. Os caçadores retornam com fartura de caça e as mulheres que ficaram produziram também uma fartura de alimentos da roça. Vale enfatizar que uma convivialidade intensa acontece ao longo desse período, reafirmando laços de aliança entre os anfitriões e seus convidados. E a cerimônia entrará em uma nova etapa.

O ponto alto da cerimônia acontece com a pulverização dos ossos e o consumo das cinzas. As bananas são cozidas pelos homens, consanguíneos do morto com o auxílio dos visitantes, aliados próximos. Quando o mingau de banana (*ökoma tu*) está fino e as bananas estão totalmente diluídas na água formando um creme, os homens começam a macerar os ossos. Põem-nos em um pilão improvisado, uma panela velha, onde parentes do morto, de pé, com um bastão de madeira começam a pulverizá-los, um de cada vez. Revezam-se até que se forme um pó muito fino, as cinzas. Em seguida, essas são peneiradas e os pedaços maiores voltam a ser pilados. Isto acontece em meio ao pranto das mulheres. Ao final, parte das cinzas é depositada em uma pequena cabaça que

é lacrada com cera e amarrada em um jirau acima do fogo doméstico. A outra parte é consumida misturada ao mingau de banana.

Um aliado próximo junta um pouco das cinzas ao mingau de banana em um recipiente e remexe a mistura com a própria mão até a tonalidade amarela do mingau passar a acinzentada. Em um clima solene e de compenetração, homens e mulheres adultos, próximos do morto, são os primeiros a consumir o mingau. Depois, vêm os demais parentes, os aliados muito próximos ao morto, afins com fortes laços de amizade com ele. Aliados próximos os consomem sem restrições. No entanto, os pais com filhos pequenos, que são afins não muito próximos, temem comer as cinzas, que podem fazer mal aos seus filhos. Os jovens ainda sem esposas, quando não são próximos do morto, também evitam consumi-las. Cada pessoa, com a cuia cheia, bebe o mingau de uma só vez, sem pausa. Consumidas as cinzas, a caça moqueada é distribuída aos aliados, visitantes. No dia seguinte, fazem-se as trocas que combinaram ao longo dos dias quando perdurou o *sabonomo* e retornam a suas casas. Os anfitriões, cansados, deitam e dormem com muitas histórias para compartilhar por um bom tempo.

Depois desse consumo parcial das cinzas, o resto pode ser dividido entre parentes próximos do morto que vivem em aldeias distintas. Demandar as cinzas do morto é obrigação dos seus consanguíneos, membros do seu grupo patrilinear. Os detentores deverão concluir a cerimônia de ingestão das cinzas que foi iniciada nessa primeira cerimônia. Em geral, o intervalo entre esta cerimônia de pulverização e as próximas de consumo do resto das cinzas é de, aproximadamente, um ano. Assim, haverá um outro *sabonomo*, quando outras roças estiverem prontas e as cinzas poderão ser consumidas. Nessa nova ocasião tudo se repete, só não haverá mais a pulverização dos ossos em cinzas. A cabaça deve ser guardada sobre o fogo doméstico, onde as cinzas possam permanecer aquecidas.

Toda essa cerimônia visa a um processo de transformação do morto, do *heno polepö de*, que falecera para que ele siga o caminho da aldeia dos mortos, onde terá uma nova vida. Ao longo da cerimônia, dos anos que perdura, o morto permanece por perto, tenta atrair os seus parentes vivos para sua casa, ou seja, quer transfigurá-los em mortos. Quando os Sanöma sonham, o morto oferece-lhes a comida dos mortos. Se o Sanöma comer, transformar-se-á em morto. Quando as cinzas finalizam e há a conclusão do *sabonomo*, a metamorfose estará completa e o morto estará em sua nova morada, vivendo uma nova vida. Ele será esquecido e finda este ciclo da vida, e um novo se abre junto a outros Sanöma já falecidos.

Essa cerimônia compõe o cosmos Sanöma, suas vidas e formas de se relacionar e se fazerem humanos. Os riscos de ter um corpo enterrado recaem sobre o morto, que não conclui seu ciclo, e sobre os vivos, por tê-lo tão perto. Não compreender as implicações dessa negação das cerimônias para a vida Sanöma revela o impulso colonialista dos serviços de saúde, quando não se abrem para a compreensão de vidas e respeito à humanidade do Outro. Ter o corpo do seu filho enterrado, para uma mãe Sanöma, viola elementos essenciais dessa humanidade. Como afirma Sueli Carneiro

(2005), os mecanismos de efetivação do racismo, ou os dispositivos de racionalidade/biopoder, passam a ser acionados nos processos de trabalho dos serviços de saúde, e a dimensão ontológica do ser enquanto tal, do Ser Humano, não está nas mulheres Sanöma. Essas mulheres estão restritas ao ôntico, a seres particulares, onde se concentram raça, cultura, etnia, particularidades do ser. O racismo reduz o ser dessas mulheres à dimensão ôntica, negando-lhe a condição ontológica, o que lhes atribui incompletude humana. De acordo com Sueli Carneiro (2005), a particularidade da etnia/raça aprisiona o indivíduo não ocidental ao seu grupo específico que é marcado pelo racismo. O eu hegemônico rebaixa o estatuto do ser desse Outro. Na verdade, esse Outro passa a não ser, nem mesmo sua alteridade é reconhecida, então, relações sociais, éticas não são estabelecidas, diante da negação da humanidade. Não sendo humanas, não havia o que dizer a essas mulheres, explicar sobre a morte de seus bebês e sobre o paradeiro dos corpos. Mas essas mulheres resistiram e buscaram em suas redes ação contra tal violação. Elas falaram sobre a violência que viveram:

Eu sofri muito nesta gravidez, eu quero o corpo da criança de volta, que está aqui na cidade. Vocês, os maiores (lideranças), devem me devolver o corpo da criança. Vocês devem resolver de uma forma possível o retorno do corpo, porque eles faleceram dessa doença. Eu quero o corpo na comunidade. Eu estou sofrendo muito. Meu filho sofreu com a doença, agora, eu estou sofrendo. Eu tenho que levá-lo para a comunidade, meus pais, os velhos estão esperando. Temos que fazer a cerimônia funerária. Eu não quero deixar o corpo do meu filho aqui. Eu quero levar junto comigo, eu quero levar o corpo do meu filho, vamos junto pra comunidade. Para ele ser queimado lá, para fazer a cerimônia funerária. Quero que seus chefes mandem o corpo do meu filho de volta. Eu quero leva-lo junto comigo. (Fala de uma das mães, em junho de 2020, traduzida para o português)

Se meu filho estivesse bem, eu não chamaria vocês. Nos mandaram de lá, mas quando chegamos aqui o meu filho pequenininho morreu. Então eu chamei vocês autoridades, eu não quero mais sofrer, eu não quero voltar sozinha. É muito difícil, estou muito triste! [...] Portanto, no dia 11 eu quero voltar junto com o corpo do meu filho, por isso chamei vocês, lideranças! [...] Eu chamei vocês autoridades, porque eu não quero mais sofrer! Meu filho pequeno morreu lá no hospital, então por isso estou chorando.” (Fala de uma das mães em reportagem do Jornal Folha de Boa Vista, em junho de 2020, traduzido pelo português)²

Essas mulheres se apresentaram como corpos políticos e, na luta política que passaram a travar, tornaram visível o corpo colonial, violentado pelo racismo e, ao mesmo tempo, como resistência na esfera pública. Elas buscaram apoio de sujeitos que afirmam sua humanidade frente às opressões que as desumanizaram. Assim, acionaram redes mais amplas de apoio, como veremos a seguir. E se deu o encontro entre corpo e poder, como afirma Fassin (2003). As corporalidade dessas mulheres Sanöma passaram a dinamizar um cenário de disputa política. E foram incorporadas ao jogo de olhares que, menciona Lélia Gonzales (1984), tanto às desigualdades sociais e racismo quanto à história, memória da reexistência. De acordo com Fassin, histórias se inscrevem nos corpos, histórias

² <https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Mae-yanomami-implora-para-retornar-a-comunidade-com-corpo-do-filho/66795>.

das estruturas das desigualdades, do racismo, dos sofrimentos e também da luta, das estratégias coletivas, do conhecimento ancestral, localizado.

Nas redes acionadas por essas mulheres estavam a mídia, que promoveu uma ampla divulgação³, denúncias do caso ao Ministério Público Federal de RR, redes de movimentos feministas de mulheres negras e indígenas nacionais. As vozes dessas mulheres foram amplificadas e o racismo, denunciado. Somente após essa mobilização, os corpos dos bebês que faleceram em abril e no início de maio retornaram à comunidade, pois foi comunicado que eles não estavam com covid. Os outros dois corpos continuam enterrados no cemitério, foi dito aos Sanöma, após essa mobilização, que os exames deram positivo e eles faleceram de covid. E, tardiamente, os serviços de saúde foram em área conversar com os anciãos e anciãs Sanöma e informar sobre os riscos de contágio do coronavírus ao se realizarem as cerimônias funerárias na comunidade, motivo que os levou a não permitir o retorno dos corpos. As lideranças Sanöma compreenderam o fato, mas, como eles disseram, usaram “palavras duras” reafirmando a insatisfação sobre como tudo ocorreu. Os Yanomami seguem debatendo o tema da possibilidade de cremação dos corpos dos seus, contaminados por covid, nas comunidades, com o DSEI, MPF e demais autoridades. Os corpos dos Yanomami mortos por covid continuam sendo enterrados, e os vivos seguem sendo amedrontados em suas noites de sonhos, quando os mortos aparecem incentivando a morte daquele que sonha, e os bebês mortos seguem no limbo com seu ciclo inconcluso, sem uma transformação completa de si.

Acionando essa rede ampla e que vinculou pequenas e diversas outras redes, essas mulheres foram do corpo colonial ao corpo decolonial. Hoje, quando as mulheres Sanöma adentram os serviços de saúde na cidade de Boa Vista, aos olhares racistas se soma também o receio da potência da contracolônização que produziram. Agora, os profissionais de saúde e gestores explicam as terapêuticas, apresentam papéis, compartilham decisões com elas por meio de tradutores e da liderança, o presidente da Associação Indígena Sanöma, que se encontra em Boa Vista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da covid, no Brasil, escancarou a máquina de guerra em que se transfiguraram os serviços de saúde para os povos indígenas. As mães Sanöma viveram um horror da destruição de fundamentos essenciais de sua vida enquanto povo com os corpos retidos, desaparecidos e enterrados de seus filhos. Ao longo da covid, foram quatro corpos de bebês desaparecidos e muitas violações de princípios humanos fundamentais. Não há espaço para o diálogo, compreensão do sofrimento e do tecido social da vida Sanöma, mas sim para a imposição de um modelo de vida e cuidado que é absolutamente inegociável. Os serviços de saúde do atual governo se impõem

³ Ver matéria de Eliane Brum no Jornal El País, em 24 de junho de 2020. (<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-24/maes-yanomami-imploram-pelos-corpos-de-seus-bebes.html>).

de forma colonizadora, há um projeto civilizatório de aniquilamento do Outro, de sua existência e formas de viver. As formas de cuidado e prevenção à covid preconizadas pelos serviços de saúde são impostas irrestritamente como a solução. Ao mesmo tempo, promovem o descontrole do contágio na Casa de Saúde Indígena. Na Terra Indígena Yanomami, são despejadas toneladas de comprimidos de cloroquina, assim como são ditadas as formas de ser, viver e morrer. Não permitem a cremação na comunidade sob supervisão dos especialistas Sanöma conjuntamente com seus especialistas brancos. Para esse projeto civilizador e colonizador, os especialistas Sanöma não podem dominar técnicas de cuidado para lidar com pandemia. Por isso, são silenciados. Sueli Carneiro (2005) afirma que o racismo se projeta também sobre o epistemicídio quando fere de morte a racionalidade do subjugado ou sequestra e mutila a capacidade de aprender. Assim, o conhecimento Sanöma sobre como lidar com o corpo do morto, sobre o processo de cremação de um corpo é descartado. Essa produção de conhecimento é deslegitimada. É negada a racionalidade Yanomami e, ao mesmo tempo, é imposta uma assimilação cultural.

Tal projeto civilizatório hegemônico, que está nos serviços de saúde, para os povos indígenas se traveste de humanitário, quando afirma dos riscos de contágio e da preocupação de os corpos poderem disseminar a covid em território, ao mesmo tempo em que não controla o contágio na CASAI, despeja medicamentos inapropriados, não emite laudos, não comprova a covid de mortos, não compartilha decisões e permite a presença de 20.000 garimpeiros destruindo a vida dos Yanomami e de seu território e disseminando a covid. Os serviços de saúde dedicados aos povos indígenas pretendem assumir uma “paz” que tende a assumir o rosto de uma “guerra sem fim”, como afirma Achille Mbembe (2018) sobre a colonização. Viver sob a ocupação do atual governo é experimentar uma condição permanente de “viver a dor” (op. cit). A produção de tragédias humanas segue seu curso na pandemia da covid. Mas os Sanöma e todos os povos indígenas decidiram que eles não serão os mortos-vivos e lutam e provocam uma transformação.

REFERÊNCIAS

ALBERT, Bruce. 2020. *Mortos sem sepultura*. N-1 edições. suporte.ebook@n-1edicoes.org.

CARNEIRO, Sueli. *A Construção do Outro como não-ser como fundamento do ser*. Tese de doutorado em Educação, USP, 2005.

FASSIN, D. Governar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuadernos de Antropología Social*, Buenos Aires, n. 17, p. 49-78, 2003.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: *Revista Ciências Sociais Hoje*, Anpocs, 1984, p. 223-244.

GUIMARÃES, Sílvia. *Cosmologia Sanumá: o xamã e a constituição do ser*. Tese de doutorado. Brasília: DAN/UnB, 2005..

GUIMARÃES, Sílvia. O drama ritual da morte nos Sanumá. *Tellus*, ano 10, n. 19, p. 111-128, jul./dez. 2010.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. SP: N-1 edições, 2018.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. *In: A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005

SANTOS, Boaventura de Sousa. Coronavírus, nosso contemporâneo. *Site Controvérsia*, 2020. Disponível em: <https://controversia.com.br/2020/05/30/o-coronavirus-nosso-contemporaneo/>.

SOBRE A(O)S AUTORA(E)S

BRUNA MOTTA DOS SANTOS

Mestre em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG e, atualmente, é doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

E-mail: bruna-motta@outlook.com

CRISTINA DIAS DA SILVA

Antropóloga e professora associada do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora. Coordena o Laboratório de Pesquisas Antropológicas em Política e Saúde (LAPS/UFJF).

E-mail: cristina.dias@ufff.br

GABRIEL SALGADO RIBEIRO DE SÁ

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG. É pesquisador do LAPS/UFJF.

Email: gabrielsalgado4@hotmail.com

JANAINA DE ARAÚJO MORAIS

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG. É pesquisadora do LAPS/UFJF.

E-mail: janainajanis@gmail.com

JANE RUSSO

Professora titular do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Está vinculada ao Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos na mesma instituição.

E-mail: jane.russo@gmail.com

MARINA NUCCI

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e atualmente realiza estágio pós-doutoral no Instituto de Medicina Social da UERJ. Bolsista Faperj Nota 10.

E-mail: marinanucci@gmail.com

RITA DE CÁSSIA NEVES

Professora adjunta do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

E-mail: rcmneves@yahoo.com.br

SÍLVIA GUIMARÃES

Antropóloga e professora associada do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. Atua junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde e do Mestrado em Sustentabilidade junto a Povos e Terras Tradicionais (MESPT). Coordena o Laboratório Matula, vinculado ao Grupo de Pesquisa do CNPq Sociabilidades, diferenças e desigualdades.

E-mail: guimaraes.silvia@gmail.com