

Do nome à coisa: a Covid-19 experienciada por mulheres domiciliadas em João Pessoa - o caso de Cristina¹

Names and things: Covid-19 as experienced by women living in João Pessoa (Brazil) - a case study of Cristina

Del nombre a la cosa misma: el Covid-19 como experiencia vivida por mujeres con domicilio en João Pessoa (Brasil) - el caso de Cristina

Geissy Reis¹

ORCID: 0000-0002-0198-1555

Mônica Franch²

ORCID: 0000-0003-3845-3841

Recebido em: 08/12/2021

Aceito em: 08/03/2022

Resumo

A pandemia da covid-19, ao longo de seu trajeto espaço temporal, vê-se enredada às múltiplas condições socioculturais das distintas localidades e grupos humanos que atinge, como diversos estudos vêm apontando. Tais contextos nos dão elementos para que possamos significá-la, assim como produzem condições em meio às quais a pandemia é vivenciada. A longeva atribuição do cuidado às mulheres acaba por engendrar formas de viver e de adoecer em meio à pandemia, que merecem ser percebidas, além de encaradas, também, como questões de saúde pública. O objetivo deste artigo está em apresentar e alinhar a experiência de adoecimento por covid-19 de Cristina à histórica produção do gênero, calcada na desigualdade, agenciando um lugar de pertencimento subalterno às mulheres. Nos propomos a apresentar a vivência em pandemia e de adoecimento por covid-19 em pandemia de Cristina, mulher moradora da cidade de João Pessoa, componente das classes médias urbanas, com ensino superior completo na área de enfermagem, e que atualmente trabalha numa farmácia, local de onde é também sócia. Neste estudo de caso acerca da vivência de Cristina, vivência que acessamos a partir da feitura de uma pesquisa antropológica qualitativa com base em entrevistas, questões como o diagnóstico, as itinações em busca de cuidados, os riscos, as sequelas e as sensações no corpo narradas por Cristina, são aqui postas em diálogo com narrativas antropológicas de escopo feminista e da antropologia do corpo, da saúde e da doença.

Palavras-chave: Covid-19; experiência de adoecimento; cuidado.

Abstract

As several studies have pointed out, the Covid-19 pandemic is entangled in the multiple sociocultural conditions of different localities and human groups it affects. Such contexts bring elements that allow us to signify the pandemic itself and produce the conditions in which the pandemic is experienced. The long-standing attribution of care to women ends up engendering ways of living and getting sick in the midst of the pandemic, which deserve to be noticed and understood as public health issues. The purpose of this article is to present and tie Cristina's experience of illness by Covid-19 to the historical production of the genre, based on inequality between men and women. We present the experience of living and getting sick in a pandemic, through the case of Cristina, a urban middle class woman living in the city of João Pessoa, with a nursing degree, who currently works in a pharmacy. In this case study (qualitative research based on

1. Doutoranda em Antropologia no Programa de Pós-graduação em Antropologia (PPGA) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: geissykreis@gmail.com

2. Doutora em Antropologia pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente no Programa de Pós-graduação em Antropologia (PPGA) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: monicafanchg@gmail.com.

interviews) on Cristina's experience, issues such as diagnosis, journeys in search of care, risks, sequelae and narrated sensations in the body dialogue with anthropological narratives with a feminist scope and with the anthropology of the body, health and disease.

Key-words: Covid-19, illness experience, care.

Resumen

La pandemia de la Covid-19, a lo largo de su trayectoria espacio-temporal, está enredada en las múltiples condiciones socioculturales de las diferentes localidades y grupos humanos que afecta, como lo han señalado diversos estudios. Tales contextos nos dan elementos para que podamos significarla, así como producir condiciones en las que se vive la pandemia. La atribución histórica de las tareas del cuidado a las mujeres termina engendrando modos de vivir y enfermar en medio de la pandemia, que merecen ser estudiados y enfrentados como problemas de salud pública. El propósito de este artículo es presentar y vincular la experiencia de enfermedad de Cristina por el Covid-19 a la producción histórica del género, a partir de la desigualdad, que emplaza a las mujeres en un lugar social subordinado. Proponemos presentar la experiencia de Cristina, una mujer que vive en la ciudad de João Pessoa, miembro de las clases medias urbanas, con educación superior en el área de enfermería, que actualmente trabaja en una farmacia, con una pandemia y enfermedad por Covid-19 en una pandemia. En este estudio de caso sobre la experiencia de Cristina, experiencia a la que accedimos a partir de una investigación antropológica cualitativa basada en entrevistas, se ponen en diálogo temas como diagnósticos, recorridos en busca de cuidados, riesgos, secuelas y sensaciones en el cuerpo narradas por Cristina, las narrativas antropológicas de alcance feminista y la antropología del cuerpo, la salud y la enfermedad.

Palabras-clave: Covid-19, Experiencia de enfermedad, Cuidado.

1. Introdução

Prevista por especialistas, que afirmaram ser apenas uma questão de tempo (LYNTERIS et al., 2019), a eclosão da pandemia da covid-19 teve a primeira vítima notificada no nosso país em março de 2020: uma mulher de 63 anos, trabalhadora doméstica, acometida pela doença no exercício de sua função, na casa dos patrões.² No momento de redação deste artigo, em fevereiro de 2022, ultrapassamos o número de 600 mil pessoas mortas no país. Ela nunca foi uma gripezinha.³

Desde o começo de 2021, vimos fazendo pesquisa sobre a pandemia na internet, e por meio do *WhatsApp* são contactadas mulheres em João Pessoa, na Paraíba, que adoeceram por covid-19. O privilégio de mulheres para a pesquisa decorre da compreensão de que a vivência da pandemia, incluindo o proces-

mento, possui uma dimensão inescapável de gênero – sem negligenciar a importância de outras interseções como raça, classe, geração e território.

De acordo com Canavêz, Farias e Luczinski (2021, p. 113), “requer especial atenção a situação das mulheres, muitas das quais arcam sozinhas com a responsabilidade do cuidado com a casa, com os filhos e com os demais membros da família, resultado incontestado da divisão sexual do trabalho”. Diversas análises têm chamado a atenção para o fato de a pandemia ter colocado a cru, além de ter aprofundado, desigualdades de gênero que estão presentes no cotidiano brasileiro, quer seja entre mulheres acadêmicas (CARNEIRO; MÜLLER, 2020), quer entre profissionais da saúde (CANAVÊZ; FARIAS; LUCZINSKI, 2021), no que tange a saúde reprodutiva

3. Disponível em:
<<https://www.agazeta.com.br/brasil/nao-vai-ser-uma-gripezinha-que-vai-me-derrubar-diz-bolsonaro-0320>>.
Acesso em: 20 de março de 2020.

(CARNEIRO, 2020; SANTANA, 2020), violência doméstica, saúde mental, entre outros aspectos.

No relato que trazemos a seguir, nos propomos a apresentar a vivência de adoecimento por covid-19 de Cristina, mulher moradora da cidade de João Pessoa, componente das classes médias urbanas, com ensino superior completo na área de enfermagem e que atualmente trabalha numa farmácia, da qual também é sócia. Neste estudo de caso acerca da vivência de Cristina (nome fictício, escolhido pela própria interlocutora), questões como o diagnóstico, as itinações em busca de cuidados (BONET, 2014), os riscos, as sequelas e as sensações no corpo narradas por Cristina, são postas em diálogo com narrativas antropológicas de escopo feminista e da antropologia do corpo, da saúde e da doença. Dialoga-se aqui, a partir da singularidade do caso de Cristina, sobre a experiência corporificada de adoecer por pelo vírus e de viver em meio a uma pandemia.

Antes, porém, de apresentar o relato dessa experiência, se faz necessária uma breve nota metodológica sobre as condições em que esta pesquisa foi realizada.

2. Entre telas: breve nota metodológica

Uma tela de celular aberta no *WhatsApp*. Às vezes acontecia de usar o *WhatsApp Web* na tela do computador. De telas, textos e áudios no aplicativo, esta pesquisa antropológica foi sendo construída. Foi a partir de entrevistas realizada, principalmente via *WhatsApp*, que a pesquisa buscou atender seu objetivo central, o de apreender narrativas de adoecimento por covid-19 entre mulheres domiciliadas na cidade de João Pessoa e aprender sobre o modo como viveram e vivem a doença, em meio à pandemia da Sars-Cov-2. A pesquisa foi realizada no ano de 2021 e contou com o total de quatro

interlocutoras, das quais destacamos para este texto apenas uma delas, a Cristina.

Desde cedo, no curso dessa experiência pandêmica, antropólogas e antropólogos ao redor do mundo se perguntaram e traçaram estratégias sobre o modo como atuar nesse cenário, tendo em vista um enfrentamento à pandemia (DAS, 2020); (MALUF, 2020), e se moveram nessa direção. Esse desafio, o de fazer uma “antropologia em tempo real”, nos termos da Sônia Maluf (2020), segue mobilizando parte da produção antropológica. Soma-se a esse desafio, no contexto brasileiro, a escassez de recursos destinados à ciência, a negação do conhecimento produzido pela Ciências Sociais, inclusive das produções sobre esta pandemia e outras epidemias, além da desigualdade posta na própria possibilidade de fazer pesquisa no Brasil, também perpassada pelos marcadores étnico raciais, de gênero e classe.

Envoltos no fazer antropológico em meio à pandemia, novos desafios éticos e metodológicos se interpõem à prática da antropologia. Antropólogas e antropólogos, campos e sujeitos de pesquisa, e porque não, a própria antropologia, veem-se atravessados de distintas formas pela pandemia da covid-19. Em meio ao *lockdown* e distanciamento social, medidas preventivas de contenção da circulação do vírus, metodologias, campos e pesquisas inteiras foram revistas, tendo em vista a necessidade de se levar em consideração o risco de infecção pelo Sars-Cov-2. Nesse momento, a internet, para a qual abordagens antropológicas há muito vêm sendo estabelecidas (HINE, 2000); (HINE et al., 2020), se apresenta como alternativa a pesquisas etnográficas inicialmente projetadas para serem feitas na presença física. Dito isso, a própria realocação da pesquisa, do espaço *offline* para o *online*, integra os desafios trazidos aqui, ainda mais se levarmos em conta a associação, ainda corrente, do fazer antropológico com a etnografia, e desta com estar presente

fisicamente em um campo de pesquisa bem delimitado (HINE, 2020). Importante apontar aqui para o fato de que, apesar de citar Christine Hine em sua defesa da “ciberetnografia”, não se trata esta de uma pesquisa etnográfica, nem mesmo de uma etnografia online, ou ciberetnográfica, nem de seus correlatos, e sim, de uma pesquisa antropológica pautada em entrevistas compreensivas (KAUFMANN, 2013) e conversações feitas online, mediadas pelo *WhatsApp*.

Nesse sentido, o primeiro desafio a enfrentar foi o modo de acesso às interlocutoras, já que não era possível “estar lá”. O acesso a Cristina, bem como às demais entrevistadas, se deu a partir da intermediação de terceiras pessoas, para as quais eu era uma completa estranha, a conhecida de alguém, a orientanda de Mônica, a amiga da Janaína, a colega de trabalho da Raquel, a coorientanda do João. Pelo *WhatsApp*, então, foi estabelecido o primeiro contato, e por lá foi transcorrendo a pesquisa, pela troca de mensagens de texto e áudio. Os contatos iniciais foram feitos em dias de semana, durante o dia. Com o prolongamento das trocas, e a depender de cada interação em particular, vez ou outra aos sábados e domingos também foram enviadas mensagens, numa ou outra direção.

Um aspecto relevante da pesquisa foi o fato de ela ser desprovida daquela fase que Brandão (2007) descreve como contágio, ou seja, aquele momento inicial de pesquisa em que o/a pesquisador/a se deixa “contaminar” pelas questões trazidas pelo campo. Nem mesmo a estratégia de “quebrar o gelo”, antes do início de uma entrevista, com conversas casuais, tomando um cafezinho, por exemplo, são cabíveis no formato de uma entrevista feita pelo *WhatsApp*.

O contato inicial estabelece uma situação de pesquisa que já começa a ser movimentada com perguntas, que fluem no sentido das narrativas sobre o “contato”

com a covid-19, sobre as experiências de adoecimento, rede de apoio, situação de *lockdown*, também sobre a itinação em busca de cuidados, percorrida no curso do adoecimento, prolongado após o momento da “recuperação” pela fase aguda do vírus, e demais questões previamente situadas num roteiro semi-estruturado de entrevista, somadas às novas que iam se apresentando no curso da conversa. Mais adiante, veremos de que modo esses grandes temas foram servindo como fio condutor no acesso à experiência de adoecimento por covid-19 de Cristina.

3. Sobre doença, experiência e sofrimento

O adoecimento sempre figurou no escopo dos problemas antropológicos, nos diz Ceres Víctora (2011), seja na forma de “infortúnio”, em Rivers, e/ou “aflição”, em Turner, mesmo que só partir da década de 1970 se constitua o campo da chamada antropologia médica ou da saúde. “Com o desenvolvimento da corrente interpretativa em antropologia, surge uma nova concepção da relação entre indivíduo e cultura e torna-se possível uma verdadeira integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde.” (UCHÔA; VIDAL, 1994, p. 500) Em 1978, Arthur Kleinman, de orientação interpretativa, elabora o modelo de medicina como um sistema cultural, que postula:

Não importa como sejam interpretados, os sistemas médicos são sistemas sociais e culturais. Ou seja, eles não são simplesmente sistemas de significado e normas de comportamento, mas esses significados e normas estão vinculados a relações sociais e configurações institucionais particulares. Separar o sistema cultural dos aspectos do sistema social dos cuidados de saúde na sociedade é claramente insustentável (p. 85, tradução das autoras).

Desde essa perspectiva, o nosso próprio sistema de saúde, o sistema biomédico, ou medicina ocidental, tal qual os sistemas de saúde de “outras” culturas, “torna-se também um sistema cultural passível de análise antropológica” (LANGDON, 2014, p. 1022).

A definição de “doença” ganha novo sentido no campo da antropologia da saúde: “é também experiência que se constitui e adquire sentido no curso de interações entre indivíduos, grupos e instituições” (RABELO et al., 1999, p. 171). Igualmente, são muitos os autores e autoras a argumentar que a saúde não se encerra em aspectos biológicos e objetivos. A experiência vivida na saúde e na doença ocorre em alinhamento com o contexto sociocultural (MINAYO, 2018); (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999); (VICTORA, 2011), logo, passível de análise pelas Ciências Sociais. Conforme afirma Minayo, “(...) a díade saúde/doença remete ao que há de mais profundo e relevante na existência do ser humano: sua vida e morte. Por isso, também, saúde e doença não são objetos exclusivos nem dos médicos nem dos profissionais do setor” (2018, p. 13).

Ao tratarmos de experiências de adoecimento por covid-19, temos em mente os seguintes aspectos constitutivos da enfermidade desde a antropologia da saúde, assim descritos por Rabelo et al. (1999): (i) a doença como uma “sensação de mal-estar”, “expressão direta da aflição”, indissociável inicialmente de nossa corporeidade; (ii) tal “experiência de sentir-se mal”, atrelada ao “corpo vivido”, encontra-se igualmente indissociada de nossa subjetividade “a qual, por sua vez, é sempre uma subjetividade encarnada” (p. 171-172). Até aqui, é experienciada a “vivência pré-objetiva da dor”, ou seja, não se pode ao certo dissociar a aflição do “corpo vivido”, no que tem de sensorial e subjetivo; (iii) embora a doença envolva sentir-se mal, ela não se resume a esta sensação, “é necessário que o mal-estar seja transformado em objeto socialmente aceito de conhecimento e

intervenção” (p. 172). Ocorre, então, a transformação da “vivência pré-objetiva da dor” em “algo objetivo” e, por fim, em enfermidade/doença, “na medida em que me volto reflexivamente para ela, destacando-a do meu fluxo de vivências e destacando-me dela” (p. 173).

Diante da pretensa alocação do processo de adoecimento no campo do individual, de uma subjetividade ex nihilo, e logo, longe do alcance da antropologia e demais ciências sociais, contrapõem-se as/os autoras/es ao argumentarem que a doença só ganha sentido no terreno da subjetividade quando é tornada crível/real para todo o conjunto da sociedade (RABELO et al., 1999). Nesse sentido, no de um *continuum* contexto e adoecimento, este último “não está necessariamente relacionado às patologias genéricas universais que acometem indivíduos” (VÍCTORA, 2011, p. 3). Ceres Víctora argumenta, ao contrário disso, que “diferentes tempos e sociedades produzem certos tipos de sofrimento” (2011, p. 3). O que nos leva ao conceito de sofrimento social de Arthur Kleinman, manuseado pela autora: “ou seja, o sofrimento social é social não somente porque é gerado por condições sociais, mas porque é, como um todo, um processo social corporificado nos sujeitos históricos” (2011, p. 4).

Na experiência encarnada da doença, portanto, vemos o manejo da vida ocorrendo em sociedade. Imediatamente, nos pomos a pensar essa relação transversal nada simples, na continuidade do social e do biológico, um no outro, e também, no que é particular em cada experiência de adoecimento, e no que é geral na métrica dos dados estatísticos e normalizações gestadas no âmbito da biomedicina e no ambiente médico-hospitalar.

Temos, então, sofrimento e adoecimento como fenômenos sociais, e também a própria pandemia da covid-19 como “eminentemente social” (MALUF, 2020), na medida em que embora atinja a todos, não atinge da mesma forma (MALUF, 2021), ou seja, o caráter aparentemente unus da pan-

demia por covid-19 dá lugar a distintas experiências de infecção pelo novo coronavírus, de adoecimento e de sobrevivência a este cenário pandêmico que se coloca.

Estejamos atentas/os ao fenômeno que ocorre, de uma epidemia tornar-se “pandemia”, ou seja, ver-se disseminada ao redor do mundo. Neste movimento, alcança pessoas e localidades em diferentes posições de poder, com diferentes conjuntos de valores, com diferentes sistemas de saúde e seguridade social, com diferentes líderes políticos e religiosos na guia de uma resposta, com acessos distintos à água potável e sistema de esgoto, entre muitas outras desigualdades. Do que se depreende que o “fracasso brasileiro diante da pandemia” (MALUF, 2021, p. 267) se deve ao fato de que a “produção da desigualdade – e da morte – é hoje no Brasil uma política de governo” (MALUF, 2021, p. 274).

4. Covid-19: a pandemia vivida

Nesse cenário pandêmico é que Cristina experiencia o adoecimento por covid-19. Se a expressão “pandemia de Covid-19” aglutina dois fenômenos, a doença e sua disseminação global, a experiência corporificada de Cristina complexifica cada um deles. Doença e pandemia assumem diferentes matizes, ou seja, adoecer pelo vírus não é o mesmo que viver num contexto pandêmico sem adoecer (por covid-19), que não é o mesmo que adoecer em pandemia.

Aqui usamos o termo corporificar em relação com a teoria de Csordas (2008). Logo, entendemos a experiência de Cristina como corporificada, na medida em que “o corpo é a base existencial da cultura” (CSORDAS, 2008, p. 145). Csordas, a partir de uma revisão crítica dos escritos de Bourdieu e Merleau-Ponty sobre o corpo e sua existência na cultura, elabora o paradigma da corporeidade, ou *embodiment*, no original, a partir do qual reconhece o corpo como sujeito, e também o inverso, o sujeito como corpóreo. Dessa forma, o paradigma insti-

tuído pelo autor vem minar a partição corpo-mente dos sujeitos, e afirmar que suas experiências, longe de poderem ser capturadas, podem ser acessadas pela antropologia, ao menos aí reside o desafio. Csordas faz tal afirmativa sobre a experiência, visto que esta vinha sendo compreendida como inacessível pela teoria antropológica. Conclui o próprio autor que compreende a experiência como

significância do significado, imediata tanto no sentido de sua concreitude, sua abertura subjuntiva, sua desobstrução da realidade sensorial, emocional e intersubjetiva do momento presente como também no sentido de ser a rica ascensão não-mediada, impremeditada, espontânea ou não-ensaiada da existência primeira (2008, p. 16).

Caracterizada por colapsar a dicotomia corpo-mente, a corporeidade como paradigma, se caracteriza, também, por levar à derrocada uma outra dualidade, a de sujeito e objeto. Nem para a cultura nem para a antropologia, nem para cada um de nós individualmente, podem os sujeitos serem objetificados, “muito pelo contrário, eles [os corpos] são parte integral do sujeito que percebe. (...) Se não percebemos nossos próprios corpos enquanto objetos, tampouco percebemos outros como objetos” (CSORDAS, 2008, p. 141), senão a posteriori, em consequência de um processo reflexivo, conclui Csordas.

A esta altura cabe a seguinte questão: em que medida doença e experiência se conectam? De acordo com Langdon, “a doença é um processo experiencial” (2001, p. 241, grifo nosso), uma vez que sua ocorrência se vincula aos fatores culturais, sociais e psicológicos, em alinhamento com os de ordem psico-biológica.

É por meio da narrativa de Cristina que tal experiência é acessada. Por narrativa nos referimos a uma “expressão simbólica que explica e instrui como entender o que está acontecendo” (LANGDON, 2001, p.

p. 248) no tempo presente, e também o que se deu no passado. Nos perguntamos se essa delimitação temporal faz sentido na compreensão da vivência de Cristina, se seria acertado alocar no passado a doença vivida por Cristina, quando os fios dessa experiência seguem se emaranhado (INGOLD, 2012) às linhas do presente. Passamos então a nos perguntar: onde começa e onde termina o adoecimento por covid-19? Ela dura os dias de pico dos sintomas, mas também se estende com a continuidade das sequelas, no caso de Cristina, o agravamento da queda de cabelo e da ansiedade.

Junto à explicação e instrução, ou melhor, a partir delas, a ação é englobada na narrativa, como afirma Mattingly (1994) com a noção *emplotment*. Narrar, aqui, se distancia do contar a história, ou uma das histórias relativas ao adoecimento, mas assume o papel também de reflexão e elaboração da experiência de adoecimento, e por isso, do engendramento do próprio vivenciar cotidiano do adoecimento, logo, das tomadas de decisão. O narrar, logo, o compreender, fazer compreender e perfazer essa experiência, assume contornos ímpares a depender de quem vivencia e narra, e narra o que vivencia.

Entrei em contato com Cristina no dia 09 de junho deste ano, ao meio-dia, via *WhatsApp*. Dei boa tarde, perguntei se estava tudo bem e me apresentei como antropóloga em formação, como pesquisadora e como amiga e colega de trabalho da Raquel⁵, prima de Cristina que a indicou para participar desta pesquisa e me passou o contato. Cristina me respondeu com boa tarde e disse que seria um prazer ajudar. Apresentei, então, brevemente a pesquisa e duas possibilidades de interlocução, a primeira via *WhatsApp*, com mensagens de áudio e/ou texto, e a segunda, via ligação por *Google Meet*. Em seguida enviei ali mesmo por *WhatsApp*, como disse a ela que faria, foto frente e verso da minha cartei-

rinha de associada da ABA (Associação Brasileira de Antropologia) e o TCLE (Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento) em PDF.

“Você pode mandar as perguntas e eu vou te respondendo, porque tá um pouquinho corrido pra mim, tá um pouquinho ruim [risos] em relação ao tempo, porque eu tô sendo multifuncional agora, infelizmente quatro pessoas da família pegaram covid de uma vez.” Essa foi a resposta de Cristina, enviada por áudio, em que me informou sua preferência pelo *WhatsApp* como meio de comunicação, por conta do tempo “corrido”. Das quatro pessoas de sua família acometidas pela covid-19, Cristina alertou para a condição de sua avó, que estava “ruinzinha”, e por isso ela operava um revezamento com demais membros da família, que junto a ela, ficavam “lá, em cima dela sabe, cercando ela de cuidados”. À época da nossa conversa, Cristina tinha 40 anos e se autodeclarou parda, natural de João Pessoa, onde mora com seu marido e filho, tem ensino superior completo com formação em enfermagem e atualmente é sócia de uma farmácia, seu local de trabalho. Indagada sobre o modo como sua rotina se viu afetada pela pandemia, disse que “mudou completamente, os cuidados, eles foram redobrados, a nossa atividade é uma atividade essencial, nós tínhamos que nos adequar de qualquer forma a tudo novo que estava acontecendo (...) e foi muito, muito exaustivo”. O cuidado apareceu diversas vezes na narrativa de Cristina nessa primeira parte da entrevista, que tematizou os impactos, de forma geral, da pandemia na vida, momento em que somos todos vulneráveis, mesmo que em diferentes níveis e de diferentes formas (BLANC; LAUGIER; MOLINIER, 2020).

No trabalho, além da limpeza a cada duas horas de teclados, mouse e balcão, foram introduzidos novos procedimentos, como a “higienização das bolsas” de *delivery*, a troca das máscaras de pano, a separ-

5. Opto por utilizar nome fictício aqui, e este foi eu mesma que escolhi, na tentativa de inviabilizar uma associação entre as duas e, assim, resguardar a identidade da interlocutora que optou por não expor seu nome.

ração de bolsas, uma para colocar dinheiro e a outra as receitas, entre outros. Se o uso cotidiano de máscara facial que passou a ser exigido no atendimento aos clientes não trouxe desconforto para Cristina, por conta de sua “rotina hospitalar” como enfermeira desde 1999, o que proporcionou a ela uma “vivência muito grande com a máscara”, o isolamento “foi muito difícil em relação à família”. Requereu “adequar muitas coisas”, como a área externa da casa de sua avó, transformada “para não deixar também ela isolada, porque ela ia ficar com o emocional extremamente afetado, então a gente botou mesa no terraço, botou um sofá, assim, adequou pra gente poder continuar indo lá, sem oferecer risco a ela”, relatou Cristina.

A forma como a pandemia atravessou as relações familiares emergiu como o maior impacto para Cristina em sua rotina. Ela comentou que dividia com o marido a tarefa de higienização de objetos e demais cuidados com a casa, mas mesmo assim ela ficava com a maior parte desse serviço. Isto levanta a questão do cuidado como atividade generificada, que se vê agora impactado pela pandemia da covid-19 na medida em que “atua como dispositivo de visibilidade para práticas geralmente discretas, e promove a conscientização da importância do care, do trabalho das mulheres e das outras ‘mãozinhas’ da vida cotidiana, constantemente fechadas entre os muros da vida doméstica” (BLANC; LAUGIER; MOLINIER, 2020, p. 1). Sensibilidade relativa ao care, que é desencadeada pela “consciência da vulnerabilidade” (BLANC; LAUGIER; MOLINIER, 2020, p. 2), desde a qual são ressignificados os arranjos de cuidado “com os quais tentamos mitigar as consequências para a nossa saúde e para a saúde dos que nos são próximos” (BONET, 2021, p. 3).

5. Covid-19: a doença vivida em pandemia

Remetendo agora ao adoecimento por covid-19 experienciado por Cristina nos

primeiros dias do ano de 2021, perguntei em que momento ela pensou “posso estar com covid-19” e quais os sentidos a levaram a crer que poderia estar infectada, ao que ela respondeu:

A gente conseguiu durante o ano todo se manter tudo em ordem, no réveillon a gente foi jantar nessa tal mesa lá fora, na casa da minha avó, nos juntamos e ficamos distantes ao mesmo tempo, né, ela sempre longe da gente e tudo, mas o meu cunhado, que é da polícia civil, não sabia que estava [infectado pelo Sars-Cov-2], a gente não ficou tão próximo, mas ele passou e tirou uma brincadeira comigo, perto de mim, e a gente estava sem máscara. No outro dia ele ficou com muita tosse e recebeu a ligação de um colega de trabalho que tinha testado positivo, para todo mundo que estivesse no plantão com ele fazer o teste, foi aí, ele fez o teste, o dele deu positivo. Fiz o teste, e o meu deu positivo, com dois dias eu estava com muita dor no corpo.

A covid-19, no corpo, veio para Cristina depois da notícia de adoecimento do cunhado, e confirmação de seu diagnóstico a partir da feita do teste, em uma das unidades da rede de farmácia Pague Menos. Perguntei se esse modo como ela entrou em contato com o vírus desencadeou o sentimento de culpa ou raiva em relação a quem o “trouxe”, e ela disse “fiquei chateada mesmo sabendo que ele não sabia. Só que eles tiraram a máscara no trabalho. É bem complicado quando eu tenho certeza que me cuido e vejo no outro grande deslize. Me deixa numa situação de impotência total”. Também esta situação parece obedecer à lógica generificada do cuidado, da mulher cuidadora, responsabilizada pela garantia do bem estar. O care, que durante muito tempo foi lido pelas lentes do amor ao próximo, da preocupação com os familiares, sofre agora um importante deslocamento (BLANC; LAUGIER; MOLINIER, 2020). “Teremos agora compreendido, à custa da catástrofe atual, que esse é um

trabalho que sustenta o mundo (...).” (BLANC; LAUGIER; MOLINIER, 2020, p. 9)

Quando perguntei sobre os sintomas da doença, Cristina me relatou por um áudio de cinco minutos no WhatsApp o pós diagnóstico e a covid-19 no corpo. Após receber o diagnóstico, então, retornou a sua casa, ainda sem “sentir nada”. Lá chegando, “organizou tudo”, separou copos e outras coisas para seu uso pessoal. No dia seguinte, acordou um pouco indisposta, e a partir do segundo dia de diagnóstico ela começou a sentir fortes dores no corpo e teve uma alteração de paladar. Até o quinto dia, Cristina, bastante atenta e alerta à progressão da doença, comparou as “sensações” do adoecimento por covid-19 com as de “uma gripe normal”. Já no sexto, ela passou a ter dificuldade para comer, e no sétimo sentiu uma grande pressão no peito. Relatou, ainda, no mesmo áudio, que a pressão foi

(...) muito forte mesmo, de uma hora pra outra, aí eu me apavorei um pouco né, veio a questão emocional também. Quando eu verifiquei minha pressão, ela estava muito alterada e eu já tinha tomado minha medicação do dia né, o Atenolol. Não podia me medicar de novo. Foi a primeira vez, que aí, eu fui pra UNIMED e procurei ajuda. Quando eu cheguei na UNIMED, foi que aí eu me deparei com uma coisa muito ruim, muito ruim mesmo. Primeiro de tudo que eu não tinha ido no hospital durante esse período, então eu descobri que o hospital estava todo separado. O médico veio me receber numa área, e olhou e disse, “a partir de agora é só você”, aí disse pro meu marido que não podia entrar. Ele ficou com a minha bolsa, e eu já entrei com aquela sensação muito ruim né, de “meu Deus, e agora?” Aí foi quando a cabeça, realmente foi muito gritante, no sentido de que... de se descompensar realmente. Eu fiquei sentada, o médico veio, eu conversei com ele, mas eu olhava pros leitos... porque no lugar que eu estava tinham cadeiras, aquelas cadeiras do papai que são confortáveis e tinham os leitos. E eu olhava pros leitos e fazia assim “meu Deus, se

eu agravar eu vou pra um daqueles leitos, já vou ser internada e daqui pra frente eu não vejo mais ninguém”, foi quando chegou uma pessoa do sétimo dia também, mas ela estava muito ruim, dizendo pro médico que ia morrer faltando respiração e tudo, aí eu parei e fiz “meu Deus do céu, eu tenho que sair daqui, eu vou sair daqui, eu só vim pra aqui por conta da minha pressão, eu não vou ficar aqui” comecei a mentalizar coisas positivas. A minha pressão cedeu e eu vim pra casa por volta de três horas da manhã. No oitavo dia em diante, aí começou uma questão, que aí, eu acredito que foi parte do covid né, mas também foi parte emocional, porque eu não conseguia comer nada, não entrava nada, eu ficava de água de côco, uma fruta, uma uva... pouquíssimas coisas. Passei o oitavo e o nono dia assim, foi quando eu comecei a ficar muito, muito fraca. E eu me apavorei no décimo dia, quando eu levantei pra fazer xixi e não tinha xixi, então de uma noite toda, cadê a diurese? Cadê o xixi? Aí eu fiz “pronto, eu to desidratando, os meus rins vão começar a sofrer”, aí eu pedi ajuda a minha mãe, e daí eu comecei uma nova fase do covid, que daí eu fui pra casa dela, e ela separou um quarto pra mim, e quase eu não consigo subir, porque eu estava muito debilitada. E começou uma força tarefa entre ela e o meu pai, pra se dividirem entre trabalhar e me alimentar a cada hora.

Cristina expressou aí seu adoecimento como uma experiência de diferentes fases, ou etapas, e multi-situada. Seja no corpo, ao atingir diferentes órgãos, regiões e/ou determinado desempenho, desabilitando-os, ou no mínimo, os desregulando, seja ao percorrer as localidades no curso da itinação em busca de cuidado, primeiro sua casa, em seguida o hospital, causador de sensações ruins, e depois a casa de seus pais. Ao narrar sua itinação em busca de cuidados, Cristina descreveu uma prática de autoatenção, no sentido dado por Menéndez (2003), algo que ela fez para controlar a pressão, e poder sair de um lugar que percebeu como perigoso, ou seja, evitou ser hospitalizada a partir de uma compreensão

de que ela própria podia agir sobre sua pressão. Paola Peniche (informação verbal⁶) descreve que a recusa a ser hospitalizada foi uma estratégia de auto atenção por parte de algumas pessoas no México, devido ao caráter alienante do tratamento nos hospitais, no sentido da retirada das pessoas das suas redes de convívio.

Dando continuidade ao relato por áudio no *WhatsApp*, contou que “a terceira etapa do Covid” foi disparada pela consulta com uma médica psiquiatra, por orientação de sua mãe. Cristina relatou que havia buscado atendimento psiquiátrico no ano passado “por conta da minha carga de trabalho eu desenvolvi uma ansiedade, mesmo que leve, mas ela já existia (...)”. No décimo segundo dia, ainda doente, fez então a consulta com a psiquiatra, que recomendou tratamento para ansiedade, “ela disse que eu tinha entrado numa crise de ansiedade mais aguda”, narrou Cristina, que, quando da nossa conversa ocorreu, seguia tomando a medicação receitada, e tinha pretensão de seguir por um ano com os fármacos.

Ao pensar o adoecimento de Cristina desde os aspectos constitutivos da enfermidade, apontados por Míriam Cristina Rabelo (et al., 1999), percebe-se que ela se entende doente desde a testagem positiva para covid-19, antes mesmo de sentir qualquer aflição, quando vai para casa se isolar e organizar o ambiente, visando a proteção de seu marido e filho. O mal-estar surge um dia após o diagnóstico, na forma de uma indisposição, e vai se agravando com o passar dos dias.

Ou seja, desde o teste, Cristina se depara com a covid-19 como “algo objetivo”, ela não experimenta uma “vivência pré-objetiva da dor”, a enfermidade

enquanto tal vem antes do mal-estar no “corpo vivido”, possibilitando-a se destacar do processo de adoecimento, portanto. A não ser se pensamos a aflição e o mal-estar como o medo do que virá a seguir, tão situado no corpo, ou seja, corporificado, como a desidratação que viria a seguir. Nessa apreensão, alinhada com a teoria do *embodiment* de Csordas, a aflição é marcada por uma antecipação, um alerta, um sinal de perigo, uma expectativa da doença que virá, mobilizada pelo diagnóstico positivo do cunhado e, posteriormente, dela própria. Trata-se de um tempo da espera (ARAÚJO, 2012), instaurado pela desconfiança do possível contágio a partir do conhecimento da condição do cunhado, que põe em relevo as emoções e enseja atitudes práticas para lidar com uma situação que demanda cuidados especiais.

Merecem, ainda, ser destacadas, no fluxo dessa experiência, as incertezas diante da doença, a falta de conhecimento e de controle sobre quais sintomas serão sentidos e a sua gravidade. O risco à vida surge como a mais preocupante das incertezas. “Não sabemos como lidar com a proximidade cotidiana da morte [...] Essa é a nova situação em que o vírus nos colocou.” (BONET, 2021, p. 3) Para isso, Bonet revisita a noção de “novos feridos” de Catherine Malabou, alargando sua acepção a pessoas que, mesmo sem terem “sofrido lesões cerebrais, têm seu equilíbrio emocional modificado pelo trauma” (BONET, 2021, p. 4). Logo, na progressão da experiência de adoecimento de Cristina, o trauma, paira como uma triste certeza.

6. Considerações finais

A partir da narrativa de Cristina, as

dores, a falta de apetite, a desidratação, a fraqueza, o aumento da pressão, o uso de fármacos, mas também a breve ida ao hospital, o receio de ficar só ali, somadas ao agravamento da queda de cabelo, da ansiedade e o medo de morrer e “deixar o filho”, o que ela relatou posteriormente em um outro áudio de WhatsApp, e também a falta de uma resposta nacional de enfrentamento à pandemia, compuseram esta experiência, perpassada, ainda, por desesperos, “descompensações”, sensações ruins, isolamento em sua casa e depois nas casas dos pais, entre outros inumeráveis componentes do adoecimento.

Podemos falar então de uma Covid-19 brasileira? Talvez seja útil, embora não muito preciso, para entendermos os atravessamentos entre sociedade-cultura, e experiência da doença. De acordo com Langdon, “a doença faz parte dos processos simbólicos e não é uma entidade percebida e vivenciada universalmente” (2001, p. 241). Logo, nos deparamos com as Cvids-19, no plural. Falar então de uma Covid-19 brasileira, ou melhor, das Cvids-19 brasileiras, seria o mesmo que pensá-las como sócio-culturalmente situadas, num país altamente desigual, e em que “não apenas inexistente um plano nacional de enfrentamento [à pandemia], mas também observa-se uma estratégia continuada de boicote às medidas determinadas pelos estados” (MALUF, 2021, p. 272).

Ao longo deste texto, buscamos enfocar a experiência corporificada de adoecimento pela covid-19 por Cristina. A interlocução feita online, mediada pelo WhatsApp, aportou um vasto conjunto experiencial, composto por inúmeros elementos, indexados a itinerários em busca de cuidados, sintomas e sequelas da covid-19 – isso de forma ampla, pensando também em aspectos de ordem relacionais e afetivas –, rede de apoio e estratégias preventivas.

A partir do que podemos concluir, não é possível que haja apenas uma definição de doença, uma definição da

covid-19, haja vista que os saberes são sempre localizados (HARAWAY, 1995). Esse texto acontece localmente, porque localmente é que Cristina experiencia o adoecimento pelo vírus e a vivência com a pandemia. A covid-19 não é uma doença ou uma pandemia apenas, mas inúmeras, ou melhor, sua compreensão e definição depende dos múltiplos processos, não só que engendram, mas dos que a engendram, das marcas deixadas por experiências de adoecimento e demais experiências pandêmicas, que lhe conferem significações múltiplas. Se a mantemos no singular, tenhamos em mente a característica plural da covid-19. O medo e a ansiedade perpassaram a experiência de adoecimento de Cristina na fase aguda e alongada da doença, a ponto dela ter de lidar com o adoecimento pela covid-19, e com sintomas que mais pareciam outros adoecimentos, como a ansiedade, o aumento da pressão arterial e o agravamento da queda de cabelo.

A covid-19, fundamentalmente atrelada à lógica de que ocorre globalmente, deixa rastros tão distintos quanto são as diversas localidades e configurações que, juntas, compõem o que nomeamos globo. Adoecer não é apenas desenvolver sintomas, não segue uma trajetória lisa, linear, de ser infectado, e ou morrer, ou sobreviver à doença. Estar em adoecimento, além de não linear, não se destaca do fluxo da vida, ao contrário disso, além de somar experiências novas, se entrelaça a eventos cotidianos. A pessoa, de forma integral, e não apenas o corpo biológico destacado do sujeito pela medicina (LAPLANTINE, 2010), experiencia o adoecimento, mobiliza estratégias e reflexões na lida e compreensão do processo de adoecimento. Ela própria, a experiência, além de produto, é também produtora, na medida em que nos deparamos com o adoecimento como um processo vivo, em fluxo, e inacabado, se pensamos a covid longa.

Podemos concluir, também, que na lida com a covid-19, Cristina trouxe o cuida-

do como dispositivo protetivo. O “cuidar”, agudizado com a pandemia, é praticado desde muito antes, atrelado à lógica de gênero de mulheres como “cuidadoras”, que sobrecarrega a nós mulheres neste trabalho cotidiano de manutenção da vida, permitindo a continuidade da vida de nós mesmas e de todo o coletivo, e que, portanto, urge ser alvo de políticas públicas que o reconheçam e valorem enquanto tal (BLANC; LAUGIER; MOLINIER, 2020); (ENERGICI; ALARCÓN-ARCOS et al., 2021).

Em meio a “esse cenário de incertezas [que] nos pontuará por ora e por muito tempo” (SPINK, 2020, p. 15), aportar tal narrativa em torno da experiência de adoecimento pela covid-19 traduz-se em aportar conhecimento sobre o vírus, este enquanto doença e enquanto pandemia. Conhecimento experiencial que urge ser dotado de importância, e também compartilhado. Opção que segue atenta ao objetivo da pesquisa, o de acessar experiências de adoecimento por covid-19 e demais vivências no marco da pandemia, para que então possamos melhor compreender esses dois fenômenos, cujas narrativas vêm nos possibilitando tal entendimento.

Desse modo, tentamos pôr em prática uma antropologia calcada na experiência (HARAWAY, 1995), por entender que, além do potencial disparador para a reflexão antropológica, a narrativa experiencial aqui aportada, bem como este texto, se endereçam a um projeto, compartilhado globalmente, desde localidades diversas e por ciências, saberes, atores e atrizes também diversos, de compreensão das inúmeras facetas e elementos, igualmente situados, que compõem a pandemia da covid-19.

Referências:

ARAÚJO, Emília. A espera e os estudos sociais do tempo e sociedade. In: ARAÚJO, Emília; DUQUE, Eduardo. (Orgs.) Os tempos sociais e o mundo contemporâneo. Braga: Universidade do Minho: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Centro de Investigação em Ciências Sociais, 2012.

BLANC, Nathalie; LAUGIER, Sandra; MOLINIER, Pascale. O preço do invisível: As mulheres na pandemia. Por que as mulheres, onipresentes na luta contra a pandemia e seus efeitos, não obtêm a visibilidade que elas merecem? A crise que nós vivemos é reveladora de nossa negação e desconsideração das atividades cotidianas. DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social. Rio de Janeiro – Reflexões na Pandemia – pp. 1-13, 2020.

BONET, Octavio. Itinerâncias e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. Sociol. Antropol, v. 4, n. 2, pp. 327-350, 2014.

BONET, Octavio. A sociedade do espanto? vírus, emaranhados e vidas. BVPS - Blog da Biblioteca Virtual do Pensamento Social: Pandemia, cultura e sociedade, 01/06/2020. Disponível em: <https://blogbvps.wordpress.com/2020/06/01/a-sociedade-do-espanto-virus-emaranhados-e-vidas-por-octavio-bonet/>. Acessado em: 10 maio 2021.

BONET, Octavio. A sociedade do espanto? vírus, emaranhados e vidas. BVPS - Blog da Biblioteca Virtual do Pensamento Social: Pandemia, cultura e sociedade, 01/06/2020. Disponível em: <https://blogbvps.wordpress.com/2020/06/01/a-sociedade-do-espanto-virus-emaranhados-e-vidas-por-octavio-bonet/>. Acessado em: 10 maio 2021.

CSORDAS, Thomas. A corporeidade como um paradigma para a antropologia. In: CSORDAS, Thomas. Corpo, significado, cura. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

DAS, Veena. Encarando a Covid-19: Meu lugar sem esperança ou desespero. Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social - Reflexões na Pandemia, Texto 26, pp. 1-8, 2020.

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

HINE, Christine. Virtual Ethnography. London: Sage, 2000.

HINE, Christine; PARREIRAS, Carolina; LINS, Beatriz Accioly. A internet 3E: uma internet incorporada, corporificada e cotidiana. Cadernos de Campo, v. 29, n. 2, pp. 1-42, 2020.

INGOLD, Tim. Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. Horizontes Antropológicos, v. 18, n. 37, pp. 25-44, 2012.

KAUFMANN, Jean-Claude. A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis/RJ: Vozes; Maceió/AL: Edufal, 2013.

KELLY, Ann H.; KECK, Frédéric; LYNTERIS, Christos. The Anthropology of Epidemics. London, New York: Routledge, 2019.

KELLY, Ann H.; KECK, Frédéric; LYNTERRIS, Christos. *The Anthropology of Epidemics*. London, New York: Routledge, 2019.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, vol. 12, pp. 85-93, 1978.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LANGDON, Esther Jean. *A Doença como Experiência: O Papel da Narrativa na Construção Sociocultural da Doença*. *Etnográfica*, v. 5, n. 2, pp. 241-260, 2001.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 19, n. 4, pp. 1019-1029, 2014.

MALUF, Sônia Weidner. *Antropologia em tempo real: urgências etnográficas na pandemia*. Aula inaugural do Programa de Pós-Graduação em Antropologia UFAL, 2020. Disponível em: <https://ics.ufal.br/pos-graduacao/mestrado-em-antropologia/institucional/eventos/aula-inaugural-2020-profa-sonia-maluf>. Acessado em: 03 mar. 2020.

MALUF, Sônia Weidner. Janelas sobre a cidade pandêmica: desigualdades, políticas e resistências. *Revista TOMO*, v. 38, pp. 251-285, 2021.

MATTINGLY, Cheryl. The Concept of Therapeutic Emplotment. *Social Science and Medicine*, v. 38, n. 6, pp. 81-822, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A antropologia contribui para pensar e fazer saúde. In: NEVES, Ednalva Maciel; LONGHI, Marcia Reis; FRANCH, Mônica (Org.). *Antropologia da saúde: Ensaio em políticas da vida e cidadania*. Brasília: ABA, 2018. pp. 7-14.

RABELO, Miriam Cristina Marcilio; ALVES, Paulo César Borges. Significações e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, Miriam Cristina Marcilio et al., (Org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, pp. 171-185.

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

SPINK, Mary Jane Paris. Fique em casa: a gestão do risco em contextos de incerteza. *Psicologia & Sociedade*, v. 32, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32239826>. Acessado em: 10 abr. 2021.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad. saúde pública*; v. 10, n. 4, pp. 497-504, 1994.

VÍCTORA, Ceres. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da antropologia. RECIIS, v.5, n.4, pp. 3-13, 2011.