

# “O Zika me formou”: formação profissional em tempos epidêmicos

“Zika formed me”: professional training in epidemic times

## Soraya Fleischer

Professora do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil;

Professor at the Anthropology Department, University of Brasília, Brasília, DF, Brazil;

E-mail: soraya@unb.br; ORCID: 0000-0002-7614-1382

Contribuição dos autores: SF realizou todas as etapas para a elaboração do artigo: contribuiu para o delineamento do estudo, coordenou o projeto de pesquisa, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. Se responsabiliza pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: PQ-CNPq e FAP/DF.

Recebido em: 19/11/2024

Aprovado em: 28/07/2025

Editor responsável: Frederico Viana Machado

**Resumo: Introdução:** Entre 2015 e 2016, o Brasil vivenciou uma epidemia do vírus Zika, com consequências reprodutivas preocupantes, declaração de emergência sanitária nacional e internacional e, dada a novidade etiológica, intensificação do esforço científico. Em Pernambuco, segundo estado brasileiro mais afetado, professores, pesquisadores e profissionais de saúde rapidamente recrutaram estudantes de graduação e pós-graduação para ganhar escala no acolhimento da população infantil e na investigação sobre o fenômeno viral. **Objetivos:** Descrever e entender o que há de específico na formação em saúde durante uma epidemia desconhecida. Esta formação aconteceu em consultas mais longas e frequentes, a partir de relações múltiplas e continuadas com as famílias atingidas e com as equipes de trabalho e repercutindo em ciências polifônicas e reflexivas. **Métodos:** Entrevistas foram realizadas em Recife/PE, entre 2018 e 2023, com 18 estudantes de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia Ocupacional. **Resultados:** Naquele tempo epidêmico, quando ciência e clínica se encontraram intensamente, os interlocutores analisaram retrospectivamente como ensino-pesquisa-comunidade deixou uma marca na formação, nas escolhas profissionais e também na vida pessoal. Foi a presença de graduandos e pós-graduandos que permitiu mais atendimentos, artigos científicos, protocolos clínicos e políticas de saúde. **Conclusões:** A formação é um elo importante entre assistência e pesquisa. No convívio com as crianças, suas famílias, os professores e tutores nos serviços de saúde, estes estudantes tiveram a chance de rever os procedimentos convencionais da pesquisa, de conhecer os limites da infraestrutura hospitalar e se converterem em testemunhas críticas de uma epidemia.

**Palavras-chave:** Zika vírus; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Recife; Antropologia.

**Abstract: Introduction:** Between 2015 and 2016, Brazil experienced an epidemic of Zika virus, with severe reproductive consequences, the declaration of national and international health emergency and, given the etiological novelty, intensification of scientific efforts. In Pernambuco, the second most affected Brazilian state, professors, researchers and health professionals quickly recruited undergraduate and postgraduate students to gain scale in welcoming the child population and investigating the viral

phenomenon. **Objectives:** Describe and understand what is specific about health education during an unknown epidemic. This training took place in longer and more frequent consultations, was based on multiple and continuous relationships with affected families and work teams and resulted in polyphonic and reflexive sciences. **Methods:** Interviews were carried out in Recife/PE, between 2018 and 2023, with 18 students of Nursing, Physiotherapy, Medicine, Nutrition, Public Health, Social Work and Occupational Therapy. **Results:** During the epidemic time, when science and clinic met intensely, the interlocutors retrospectively analyzed how teaching-research-community left a mark on their training, professional choices and also personal life. The presence of undergraduate and postgraduate students allowed for more consultations, scientific articles, clinical protocols and health policies. **Conclusions:** Education is an important link between assistance and research. In contact with children, their families, professors and tutors in health services, these students had the chance to review conventional research procedures, learn about the limits of hospital infrastructure and become critical witnesses of an epidemic.

**Keywords:** Zika Virus; Health Human Resource Training; Recife; Anthropology.

“O Zika me formou. Junto com o laboratório, eu consegui ter uma prática que eu não teria tido se ele não tivesse existido, (...) uma prática muito diferente porque eu fui muito trabalhada nas situações emergenciais”.

(M., graduanda em Fisioterapia)

## INTRODUÇÃO

Como é bem conhecido, entre 2015 e 2016, o Brasil vivenciou uma intensa epidemia do vírus Zika, com consequências reprodutivas preocupantes<sup>1-3</sup>. Uma emergência sanitária nacional e uma internacional (ESPIN e ESPII) foram declaradas e mantidas até 2017. E, neste período, foi intensificado o esforço científico para entender a novidade viral em nosso território e continente. Essa intensificação se deu na forma de uma acelerada organização de recursos humanos, financeiros e infraestruturais para suprir projetos e laboratórios de pesquisa. Esta acelerada organização temos chamado de um “*rush científico*”<sup>4</sup> e foi notável em Recife/PE. Pesquisadoras estavam por toda parte: clínicas, centros de referência, hospitais-escola, bem como

associações comunitárias, bairros e até na casa das crianças atingidas pela epidemia. Nossa equipe, que frequentou a capital pernambucana entre 2016 e 2023, encontrava sempre outras colegas pesquisando também a epidemia. Justo essa novidade de, uma vez em trabalho de campo na cidade, estar sempre acompanhada de colegas cientistas de outras áreas é também o que me motivou a levar adiante o projeto de pesquisa que subsidia este artigo.

No país, perto de 5.000 crianças nasceram infectadas verticalmente pelo vírus Zika (VZ) e desenvolveram o que se convencionou chamar de Síndrome Congênita do vírus Zika (SCVZ). Em Pernambuco, foram cerca de 400 casos, metade concentrada na capital do estado<sup>5</sup>. Uma faceta que me chamou muita atenção foi o encontro entre a prática clínica e a prática científica. Quer dizer, fui notando que muito da pesquisa sobre o VZ aconteceu dentro dos espaços em que as crianças foram atendidas, como consultórios, ambulatórios, salas de espera, centros cirúrgicos. Os laboratórios, as bancadas, os gabinetes em universidades também acolheram as pesquisas, mas a coleta dos materiais orgânicos, a aplicação de questionários e roteiros de entrevistas, as medições, pesagens, radiografias e fotografias aconteceram nos espaços em que as famílias iam buscar atendimento em saúde. A pesquisa foi sendo apresentada às famílias como uma atividade corriqueira dos serviços de saúde; os pesquisadores foram mostrando as suas credenciais acadêmicas para além de suas atribuições como profissionais da saúde.

Mas este encontro só surpreende a mim, não aos colegas da área da saúde. Para eles, este encontro entre “ensino-pesquisa-comunidade”, como se costuma chamar, é banal e repousa na organização do trabalho, na reunião de muitos atores, na otimização dos recursos para diferentes finalidades. E, para receber o intenso afluxo de famílias atingidas pela epidemia do VZ, para dar conta de atender cada criança, foi preciso ganhar escala e, por isso, estudantes se tornaram centrais. Uma professora ensinava uma dúzia de estudantes e supervisionava o atendimento que esta equipe depois ofereceria a três dúzias de crianças. Atender e pesquisar, ensinar e aprender, a um só tempo, portanto, multiplicaram tanto a quantidade de profissionais que poderiam ser formadas quanto a quantidade de pacientes que poderiam ser atendidas. Foi a presença de tantas estudantes em formação que permitiu mais atendimentos, projetos e artigos científicos, protocolos

clínicos e políticas de saúde. Assim, fui entendendo, formação é um elo muito importante entre assistência e pesquisa.

Diante de centenas de crianças que precisavam de respostas – seja diagnóstica, seja prognóstica; seja da saúde, seja da ciência – muitas professoras (nas universidades) e profissionais da saúde (nos serviços) criaram novos espaços para receber esse público infantil. Dentro de um hospital universitário, foi aberto um ambulatório específico sobre o vírus Zika. Dentro de um centro de referência de neuropatias, foi iniciado um projeto de pesquisa e, numa clínica privada de reabilitação, um projeto de extensão. Na prática, isto significou separar alguns turnos da semana para receber exclusivamente este público vitimado pela epidemia. Estudantes que precisavam preencher horas de estágio, cumprir créditos de disciplinas práticas ou produzir seus TCCs e teses procuravam estes arranjos institucionais. Parcerias entre universidades e unidades de saúde foram criadas e convidaram as estudantes para se aproximar. Mas o contrário também ocorreu, estudantes foram procurar vagas e bolsas com professoras que admiravam, da convocação moral e política que sentiram justo na região que foi assolada pela epidemia, da vontade de participar de atividades práticas e não somente teóricas.

Este panorama também foi notado na Antropologia, área onde me filio como professora e pesquisadora. Por exemplo, coordenei dois projetos de pesquisa e, ao todo, levei 25 estudantes para aprenderem a conduzir trabalho de campo no Recife; outro conjunto homólogo permaneceu em Brasília e aprendeu a transcrever, organizar e escrever sobre os dados. O mesmo aconteceu com muitos de minhas colegas. A Antropologia brasileira foi ágil para analisar a complexa situação da epidemia. Saúde sexual e reprodutiva das mulheres<sup>6,7</sup>; relações de gênero e raça nos cuidados com as crianças<sup>8-10</sup>; serviços de saúde, educação e assistência social para atender as deficiências múltiplas<sup>11</sup>; direitos sociais<sup>12,13</sup>; ausência e desenho de novas políticas públicas<sup>14,15</sup>; arboviroses e racismo ambiental<sup>16</sup>; cobertura sobre a epidemia pelas mídias<sup>17</sup>; organização da sociedade civil e empoderamento político<sup>18</sup>; bem como a produção científica sobre o vírus<sup>19,20</sup> foram todos assuntos assumidos pela nossa área. Grupos de pesquisa de vários estados (Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Bahia, Rio de Janeiro e Brasília) se organizaram, buscaram financiamento e realizaram pesquisas qualitativas

em profundidade junto às famílias, os movimentos sociais, as profissionais de saúde, as gestoras públicas e as cientistas.

Como formação na nossa área, compreendo uma miríade de práticas, espaços e tempos. E, dentre as estudantes das áreas da saúde que foram entrevistadas pela nossa pesquisa, a maioria cursava a graduação quando a epidemia do Zika começou a exibir seus primeiros impactos no Recife, no inverno de 2015. As pesquisas se intensificaram entre 2016 e 2018, o que possibilitou que algumas destas estudantes levassem o tema do vírus também para a pós-graduação. Dois sentidos foram possíveis: um estudante entrava na pesquisa sobre a epidemia e esta experiência lhe ajudava a concluir o curso; uma profissional de saúde, já atuante no serviço, começava a receber muitas crianças de Zika e voltava à universidade para fazer uma pós-graduação. O primeiro grupo aprendia muito sobre pesquisa e, uma vez formado, ia ganhar experiência na clínica; o segundo grupo fazia o caminho contrário, tinha muita experiência de consultório e voltava para aprender a fazer pesquisa e se especializar sobre o novo vírus. Profissionais da saúde que, à época, se tornaram mestrandas ou doutorandas, poderiam coordenar práticas de preceptoria e residência nos serviços onde atuavam as graduandas. As pesquisadoras que conhecemos estavam, portanto, em diferentes momentos da carreira, num amplo leque etário e com maior ou menor experiência na pesquisa e na clínica. E formação era oferecida por diferentes atores, dentro da universidade, dentro dos serviços de saúde – entre ambos.

Muito já foi sistematizado em termos de “formação em saúde”, “educação continuada em saúde” e até “educação popular em saúde” em momentos de epidemias, como, por exemplo, nos casos de HIV<sup>21</sup>, dengue<sup>22</sup>, febre amarela<sup>23</sup>. Mas, em geral, tratavam de vírus já conhecidos em sua etiologia e as empreitadas serviram para ampliar o conhecimento sobre transmissão e tratamento. No caso do Covid-19, um vírus conhecido, mas não na escala planetária com que nos atingiu, as ações foram, principalmente, de reorganização do processo de trabalho e a prestação do cuidado em termos de acesso, (tele)atendimento, monitoramento e encaminhamento das pacientes<sup>24</sup>. E também os impactos sofridos pelas estudantes, à época da pandemia, em termos de adoecimento, falta de proteção individual (EPI),

desafios do ensino remoto<sup>25</sup>, da antecipação da formação e dos processos éticos e reflexivos sobre a profissão<sup>26</sup>.

Sobre o VZ e a SCVZ, dada a sua novidade biológica, as práticas de formação coincidiram com as práticas de acolhimento da população e de investigação sobre o fenômeno<sup>27</sup>. A Antropologia também já descreveu processos formativos na saúde<sup>28-31</sup>, mas não tanto aqueles que aconteceram durante epidemias. Aqui, quero demonstrar que o VZ, sobretudo porque o principal público eram crianças com deficiências, provocou as colegas de saúde a repensarem o desenho das práticas de atendimento e de pesquisa. Tomando a formação em saúde durante uma epidemia desconhecida, o objetivo deste artigo será, portanto, conhecer as experiências cotidianas de um conjunto de profissionais de saúde em formação da região metropolitana de Recife especialmente naquele tempo epidêmico (2015-2017). Ao considerar as suas práticas (consultas, relações com as famílias atingidas e com seus colegas cientistas), pretendo entender o que de específico lhes ficou na memória e no repertório técnico enquanto estudantes de graduação e pós-graduação.

Este artigo, portanto, está ancorado nas contribuições acumuladas por algumas áreas da Antropologia, a saber: a Antropologia da saúde, a Antropologia da ciência e a Antropologia da educação. Desnaturalizar os processos de adoecimento e deficiência como unicamente biológicos e conhecer os complexos itinerários terapêuticos pelas instituições de saúde públicas e privadas do país são legados importantes do primeiro conjunto de estudos<sup>32,33</sup>. Tomar a ciência como produto de uma época, de um coletivo de atores, de um contexto político é um ensinamento que me vem do segundo conjunto de estudos<sup>34-36</sup>. Reconhecer que processos educativos acontecem em vários espaços e por meio de uma diversidade de educadores, inclusive que mantêm entre si relações horizontais de ensino e aprendizagem, derivam do acúmulo do terceiro conjunto de estudos<sup>37,38</sup>.

A seguir, o artigo detalhará os passos metodológicos e o material empírico. Depois, percorrerá duas seções analíticas e uma conclusiva. Em primeiro lugar, a especificidade de ser formada nas áreas da saúde durante uma epidemia será localizada clinicamente, tanto nas consultas realizadas quanto nas relações estabelecidas com as pacientes, isto é, crianças atingidas pela epidemia. E também, em segundo lugar, será localizada cientificamente, no

contato com estas famílias transformadas em sujeitos de pesquisa e com outras cientistas. Facetas prática e acadêmica serão discutidas, portanto, para, na última seção, concluir como uma epidemia pode se transformar simultaneamente num “marcador de vida” e um “marcador de formação”.

### O QUE HÁ DE ESPECÍFICO EM SER FORMADA DURANTE UMA EPIDEMIA?

Entre 2018 e 2023, entrevistamos 78 cientistas que se dedicaram a entender a epidemia no Recife<sup>1</sup>. Utilizamos unitermos como “zika”, “Recife” e “Pernambuco” na Plataforma Brasil. Encontramos 99 pesquisas sendo conduzidas na capital pernambucana. Queríamos, justamente, conhecer projetos que estivessem acontecendo no território do epicentro da epidemia<sup>39</sup>. Buscamos os endereços eletrônicos e escrevemos para estas cientistas. Num primeiro momento, 13 pesquisadoras nos responderam e concordaram em nos conceder entrevistas *in loco*. Elas nos sugeriram outros contatos e, num típico *snowballing*, acrescentamos ao conjunto outras 65 pessoas. Este quadro era propositalmente diverso em termos de área científica, instituição de filiação, grupo de pesquisa, geração etc. O roteiro de entrevista foi elaborado com dois blocos de perguntas. No primeiro, agrupamos perguntas mais gerais, que foram destinadas a todas as interlocutoras. Este bloco nos garantiu, portanto, alguma comparabilidade entre as respostas. No segundo bloco, a partir do currículo Lattes, elaboramos perguntas mais específicas para cada interlocutora. Sempre com consentimento, as entrevistas foram gravadas e depois transcritas. Um banco de dados foi montado com acesso restrito a apenas a equipe do nosso projeto. Um TCLE foi utilizado em todas as conversas.

Para manter o foco na formação, neste artigo, optei por priorizar 18 destas entrevistadas porque, durante o pico da epidemia (2015-2016) e o período da ESPIN (2016-2017), eram estudantes de graduação e pós-graduação das áreas de Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva. Nas entrevistas realizadas em 2018, elas ainda estavam em formação e falaram no tempo presente, e, nas entrevistas de 2022 e 2023, já olhavam retrospectivamente para sua formação e se referiam ao tempo pretérito. As demais entrevistadas eram, com frequência, professoras, orientadoras, preceptoras e coordenadoras de estágio e residência e também refletiram sobre a formação oferecida em tempos epidêmicos. Mas optei por priorizar a mirada de quem estava

<sup>1</sup>Coordenei dois projetos antropológicos sobre a epidemia do vírus Zika na Grande Região Metropolitana do Recife. Ambos receberam aval ético do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CEP/CHS/UnB): CAAE 60509116.0.0000.5540 e CAAE 54910022.4.0000.5540. Pelo apoio na condução destas entrevistas, agradeço às pesquisadoras que, à época, também estavam em formação na graduação e pós-graduação em Antropologia: Aissa Simas, Amanda Antunes, Isabella Barbosa, Isadora Valle, Mariana Petruceli, Raquel Lustosa e Thais Valim.

chegando ao campo da pesquisa e/ou da clínica, para quem tudo era novidade, não só o vírus em si, mas a socialização acadêmica e a prática profissional. Este olhar servirá duplamente, tanto porque revela as particularidades da área da saúde para quem não a compõe (como eu), quanto ajuda a desnaturalizar para quem nela está inserida (como colegas da saúde).

Em termos de caracterização, grande parte das 18 entrevistadas eram mulheres, entre 25 e 35 anos, pernambucanas de nascimento. Tinham nascido na capital ou vindo do interior do Estado em razão dos estudos. Eram de famílias de classe média e média baixa. Quase todas estas profissionais de saúde tinham cursado graduação e pós-graduação em universidades públicas. As entrevistas foram conduzidas nos espaços que melhor lhes apeteassem. Uma sala vazia, logo após a sua aula; um consultório, antes de começar o atendimento aos pacientes; um café no pátio de alimentação do hospital; uma capela desocupada que guardava silêncio para realizar a gravação com qualidade; a varanda de casa se fosse final de semana. Aceitamos todas as sugestões para tornar o encontro mais facilitado para a interlocutora, evitar que precisasse transitar pela movimentada metrópole e nos permitir conhecer seus locais de docência, pesquisa, atendimento e até vizinhança e moradia.

### Outras consultas: longas e frequentes

Como era uma patologia nova, ao menos em solo brasileiro<sup>40</sup>, houve na região pernambucana o que Y., uma estudante de Serviço Social, chamou de um “esforço científico”. Como muitos projetos de pesquisa foram rapidamente iniciados nos espaços acadêmicos e hospitalares, muitas atividades foram disponibilizadas às estudantes. F., um estudante de Medicina, identificou a novidade científica dessa forma:

Uma coisa que eu achei muito massa foi participar de uma pesquisa da qual a gente é pioneiro. Então a gente tem um “n” muito maior pra dizer o que causou a Zika. (...) Nós somos os pioneiros na pesquisa de Zika. O que é dito aqui em Pernambuco é uma verdade absoluta pra todo mundo. Então, é gratificante falar assim: “Poxa, para isso aqui, eu contribuí”.

Um estudante de Saúde Coletiva, V., situou o tema de sua iniciação científica dentro do projeto maior, dentro da realidade geopolítica mais ampla: “Eu já amei de início todo o projeto porque trabalhar com algo que é diretamente

de Pernambuco, com esse caso das crianças com a SCVZ, algo que aconteceu aqui e que foi muito forte aqui, pra mim é muito legal participar disso tudo”. Como disse F, a novidade viral foi uma grande oportunidade científica e, a reboque, como reforçou V., uma oportunidade clínica e, para M., também de formação. Esta estudante de Fisioterapia resumiu que, em termos de escala, o VZ criou “um grande celeiro de profissionais”.

A consulta se tornou o espaço oficial e também ritual onde o atendimento clínico era oferecido e onde a pesquisa era realizada. Para abrigar estes dois objetivos, a consulta precisou ser reconfigurada. Como eram muitas crianças e havia muita incerteza sobre como tratá-las, foi necessário criar vagas específicas para este público. Como disse M., no curso de Fisioterapia naquela época, “a gente começou a absorver crianças que não eram absorvidas em outros serviços”. E, num momento de alta demanda por parte da população, só foi possível organizar uma oferta maior com o recrutamento intensificado de estudantes (estagiárias, residentes, monitoras, extensionistas, pibiquianas, bolsistas, petianas, voluntárias etc.). Como bem sumarizou O., uma estudante de Nutrição, “eu estava num momento oportuno e era a mão-de-obra necessária para aquela prática”.

A criança era atendida para que seus sintomas fossem, ao mesmo tempo, atenuados e compreendidos. Era preciso descobrir o que lhe afligia e buscar soluções para lhe oferecer conforto. Por isso, a consulta precisou ser mais longa do que o costume, era preciso fazer mais perguntas, perseguir a charada. A consulta tinha dois objetivos: para além da anamnese diagnóstica, havia o inquérito científico. Muita criança foi atendida, muito dado foi gerado, mas as mães e as crianças precisaram ficar mais tempo fora de casa, a agenda dos serviços de saúde foi impactada com mais pacientes pelas salas de espera e o tempo de trabalho das profissionais se intensificou, como lembra D., uma médica também doutoranda naquele momento:

Do ponto de vista de pesquisa e do ponto de vista de assistência, foi muito desgastante. Eram muitas crianças, teve período aqui que a gente estava com mais de 100 inscritas regularmente. Mas, o maior desafio foi esse de infraestrutura, de conseguir dar conta de pagar disciplina [do doutorado], de coletar exames durante o atendimento, de estudar, de fazer artigo, enfim, em horários horríveis, horários de madrugada, fim de semana. Doutorado é uma coisa que tem que fazer a família toda, né?

Além de mais longa, a consulta também passou a ser mais frequente. No início, as consultas deveriam diagnosticar e encaminhar soluções para estabilizar sintomas como irritabilidade, convulsões, disfagia etc. As consultas eram, no mínimo, semanais à medida que novos sintomas surgissem e precisassem de resposta imediata. Depois, quando a situação ganhou um nome – “SCVZ” – e o quadro passou a ser entendido como uma síndrome crônica, as consultas serviram para acompanhar, ocorrendo trimestral ou quadrimestralmente, semelhantes às consultas pediátricas de primeiro ano de vida de uma criança. Já os atendimentos de reabilitação exigiram outra periodicidade de encontro. Em geral, a criança era vista pela fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta duas ou três vezes por semana. E, além do atendimento, havia também tarefas da pesquisa e a convivência com a criança foi ainda mais intensificada para as estudantes.

Além dos consultórios, as crianças também foram abordadas em espaços menos convencionais. Busca ativa em suas casas e bairros, encontros nas associações de familiares, encontros nos corredores da burocracia estatal, nas audiências públicas ou nos eventos sobre infância e deficiência. Tantos momentos e espaços foram conhecidos pelas estudantes, ampliando sua circulação pela cidade, seu conhecimento de outras instituições e atores envolvidos com a SCVZ. Saíram da familiaridade do *campus* e do hospital universitário e foram conhecer a Região Metropolitana do Recife. E, fora dos ambientes mais controlados do laboratório, foi preciso operar improvisações e adaptações dos instrumentos e métodos. Tiveram a ciência e a clínica perpassadas pelos imponderáveis das ruas, das casas, da militância. Tiveram, por exemplo, que negociar o tamanho do “n”, a estabilidade das “variáveis”, a tolerância com o “viés”. Pesquisar e atender no mundo foi um aprendizado que estas estudantes levaram de volta para suas universidades.

Assim, as consultas em tempos epidêmicos precisaram se tornar mais longas, mais frequentes e ocupar criativamente a cidade. Sugiro que tempo e espaço contribuíram para criar outros tipos de laços, outras relações destas estudantes com suas colegas, suas professoras e, sobretudo, com as crianças e suas famílias com o VZ.

### Outras relações: múltiplas e continuadas

Na divisão de tarefas, as estudantes assumiram o contato direto com as famílias. Nos atendimentos, suas professoras poderiam até demonstrar a realização da anamnese, das medições e dos registros em prontuário. Mas seriam aquelas a observar, medir e escrever nas próximas consultas. Ao apresentar as pesquisas, também elas deveriam convidar a acompanhante da criança para participar. Nas salas de espera, aplicavam o questionário com dezenas de perguntas e negociavam o tempo estendido para tanto. Também aprendiam a coletar sangue com uma “borboleta”, equipamento mais delicado para abordar uma veia de um recém-nascido ou de um bebê de poucos meses. Se foram estas estudantes que enfrentaram as queixas e resistências das famílias à entrada na ciência, foram elas também que tiveram acesso à pele e à textura das roupinhas da criança. E, por frequência e proximidade etária (e, por vezes, até social e geográfica) com as mães, puderam conhecer as histórias que suas crianças protagonizavam. Foram ônus e bônus de uma ciência feita no corpo a corpo.

Por isso, sugiro que uma relação foi sendo construída com aquela criança e sua família. A ciência e a clínica do Zika contribuíram para que vínculos se estabelecessem. De participantes anônimas, muitas crianças passaram a ser conhecidas pelo nome, tiveram suas fotografias compartilhadas, foram acompanhadas nas redes sociais. As estudantes contaram que foram convidadas para as festas de batizado e aniversário daquelas crianças, incluídas nas vaquinhas para compra de suas cadeiras de rodas ou próteses, lembradas com bons augúrios.

E, como a criança nunca estava sozinha, a relação também foi estabelecida, ao longo do tempo, com seus parentes. Como eram as mães (e, eventualmente, avós, tias, irmãs mais velhas) que acompanhavam as crianças nos atendimentos clínicos e nas coletas das pesquisas, as estudantes tinham a chance de conhecer estas porta-vozes. Poucas estudantes perceberam essa convivência como um fardo e não quiseram saber o que aquela mãe contava sobre o trajeto percorrido até chegar ao hospital, sobre as convulsões que ainda baqueavam a criança. Esta minoria queria apenas o acesso ao material orgânico, ao número para compor a coorte, por exemplo. Diferentemente, a maioria das estudantes que entrevistamos percebeu que a convivência com a família lhes ofereceria um

outro conjunto inesperado de informações e vivências. Estas interlocutoras consideravam essa experiência como um diferencial na sua formação. E., uma bióloga que pouco deixava a sua bancada, teve a chance de conhecer algumas famílias:

Você vê como aquilo afetou a vida daquelas mulheres. Muitas delas deixaram de trabalhar para viver ali só dando assistência ao filho. Você vê que o pai não está; geralmente, as crianças vão com a mãe ou com a avó. E eu via muito só mãe, só mulher! Então, é uma coisa que você aprende, essa parte social. (...) Eu sei mais ou menos a história de vida delas, e aí eu dizia: “Você mora aonde? Tem água? É um bairro que tem saneamento?”. A gente fez um levantamento no sentido social mesmo. E, olha, foi uma parte bem importante, assim, no ponto de vista de aprendizado.

A criança era também compreendida pelo que acontecia aos membros de sua família. O convívio prolongado permitiu considerar a criança em seu contexto, era muito mais do que um extrato biológico, um número separado de seu entorno, um dado de um artigo.

“Saber tratar valorizando a família, tudo isso me foi ensinado pela vivência com o Zika”, explicou M., estudante de Fisioterapia. “Quando a gente acompanha as crianças mais de perto, as famílias mais de perto, a gente consegue ter outra visão dos desfechos, dos fatores que estão influenciando naquela família”. A., seu colega de equipe completou:

Lembro muito daquele espaço, dos relatos daquelas mães, das necessidades que elas tinham, que a família tinha, né? Eram famílias extremamente vulneráveis, com necessidades básicas e tendo que lidar com um descaso do Estado, com o uso indiscriminado de pesquisadores. Então, eu acho que isso com certeza me constrói em uma perspectiva educacional.

Circular pela cidade, para atender ou pesquisar, permitiu que estas estudantes vissem o contexto sócio-geográfico das famílias. O tipo e tamanho das casas, os arranjos domésticos de parentesco e cuidado, a renda familiar e o desemprego de vários de seus membros, os desafios de gênero dentro das uniões matrimoniais, os entraves de transporte e mobilidade urbana, o racismo ambiental, por exemplo, foram realidades que ajudaram a entender de modo mais complexificado os efeitos sociais e epidemiológicos de uma arbovirose num grande centro urbano nordestino. Depois de tanta pesquisa e atendimento ao redor da cidade, o Zika não seria apenas uma “doença de mosquito”. E pesquisa não seria mais uma atividade

com sujeitos de pesquisa, aplicação de TCLE, coleta de amostras. Encontrar as famílias, conviver com elas, notar que eram “um público de baixa renda” e que, por conta da SCVZ, “enfrentavam muitas dificuldades” concedeu à O., estudante de Nutrição, “dois títulos importantes”: um título como nutricionista e um como “profissional mais humana”. Ela explicou que “a humanização foi um diferencial na minha carreira”. Neste momento da entrevista, a sua voz embargou, seus olhos marejaram. E quando conseguiu retomar, falou: “Eu conto isso com muito orgulho”. Ela acreditava ter se tornado “outro tipo de profissional”. M., sua colega da Fisioterapia, resumiu este impacto da epidemia em sua formação profissional assim: “Um legado do Zika foi entender como fazer ciência enxergando as vulnerabilidades sociais”. Esta não é uma habilidade óbvia nem automática nos cursos da saúde, nem de graduação. Aproveito outra expressão sua para reforçar que, para estas estudantes, vindas em geral de classes médias baixas, a epidemia foi uma “grande virada de chave”.

Atender e entender uma síndrome lhes permitiu ainda outro tipo de relação. Por conta do quadro multissistêmico da SCVZ, as estudantes precisaram entrar em contato com diferentes tipos de sintomas. E como eram centenas de crianças com necessidades semelhantes (embora sempre em arranjos específicos de sintomas), O., a estudante de Nutrição, aprendeu que “o que funcionava com uma criança poderia funcionar com outras”. O fato de ser uma epidemia que atingiu crianças permitiu que muitas estudantes ganhassem traquejo com doenças infantis e, em particular, com agravos neurológicos. Elas se especializaram nesta faixa etária e, uma vez no mercado de trabalho, puderam acompanhar crianças com outros diagnósticos, mas com deficiências e sintomas parecidos. Um profissional formado com um “olhar diferente”, dentro de uma “chave diferente”, oferece outro tipo de atendimento clínico e pediátrico.

M., a estudante de Fisioterapia, lembrou que, para conseguirem atender tantos e diferentes sintomas, “foi importante aprender a trabalhar na prática com vários profissionais, trabalhar de forma multi”. Segundo ela, este seria um contraste com uma “formação mais fechadinha”. O Zika exigiu que saíssem das suas “caixinhas” disciplinares, como chamavam. Como o vírus afetava muitos sistemas da criança, foi necessário montar equipes multiprofissionais. D., uma neuropediatra e também doutoranda,

reconheceu essa diversidade profissional como um incremento à sua formação:

O que me deu experiência foi entrar no grupo da pesquisa com muitas pessoas. Tinha, só no nosso grupo, eu e outras neuropediatras, tinha uma colega das doenças infectoparasitárias, duas fonos, uma neurocardiologista, uma endocrinopediatra e um urologista, além das meninas do serviço social, da epidemiologia, muita gente.

Foi muito comum que estes projetos sobre a epidemia se organizassem de modo coletivo. E foi recorrente a menção aos benefícios de não pesquisar ou atender solitariamente. Sobre isso, D. disse: “Meu orientador chegava pra mim, sentava comigo e passava tudo, porque a gente tinha muito acesso aos professores, aos pesquisadores”. Os professores e orientadores eram, concomitantemente, pesquisadores do projeto: “Eu fiz disciplinas avançadas com pessoas que ensinam mesmo e que (...) você punha a mão na massa. Eu aprendi tecnicamente, a gente aprende fazendo”. E, finalizou, enfatizando o benefício deste tipo de aprendizado: “Era muita imersão, todo mundo junto [e] isso dava uma vantagem pra nós, que era realmente amadurecer mais rápido, ter acesso mais rápido”.

Porém, uma coisa é uma médica como D. entrar num grupo com outros colegas da Medicina. O., da Nutrição, teve outra experiência. Este arranjo multiprofissional lhe permitiu discutir os casos de forma mais complexificada e foi aprendendo a expor as suas opiniões e fazer com que, paulatinamente, fossem respeitadas por colegas de outras áreas. A., do Serviço Social, detalhou que esse respeito entre as áreas custou um pouco mais dentro da equipe em que atuou:

No começo, quando a gente chegou para se inserir na pesquisa, era só Saúde, Medicina, Fisioterapia. A gente foi inclusive questionada assim: ‘Ah, mas o Serviço Social vai fazer o que nessa pesquisa?’. A gente até começou se perguntando o que é que a gente ia fazer ali. Mas a gente pensou, se a gente tá aqui, tem um objetivo [risos]. Mas foi importante eles perguntarem, porque a gente pôde se colocar, dizer que a saúde é muito mais que somente aquela doença. Você identificar como é que aquelas crianças estão se desenvolvendo é importante também. Saúde envolve questões sociais.

Por mais que uma síndrome complexa tenha exigido a reunião de muitos profissionais e o trabalho tenha sido realizado coletivamente, foi importante

também “entender o espaço de cada um”, como lembrou outra estudante da saúde.

Muitas entrevistadas problematizaram, então, as tantas “caixinhas”: do corpo biológico, da carreira individual, da área científica de origem, dos muros da universidade. Conheceram Recife, viram que uma epidemia atinge a família como um todo, aprenderam a conviver com colegas de outras especializações, entenderam que pesquisa envolve muito mais do que coletar, analisar e publicar os dados. A epidemia abriu o mundo para aquelas estudantes e, durante o curso universitário, foi difícil a sua formação permanecer “fechadinha”, conforme expressão que usaram. Como consequência, ampliaram também a forma de entender o fabrico da ciência, como mostrarei a seguir.

### **OUTRAS CIÊNCIAS: POLIFÔNICAS E REFLEXIVAS**

#### **As relações com as participantes das pesquisas**

A literatura já notou a contribuição de participantes de pesquisa para a produção da ciência, a geração de dados, o avanço da carreira de pesquisadores e seus centros de referência<sup>41</sup>. Ao conversar com estudantes à época da epidemia ali no Recife, notei que das participantes de pesquisa também se esperava a contribuição para a formação das profissionais. M., a estudante de Fisioterapia, contou, “[Eu falava para a mãe assim], ‘Seu filho tá recebendo atendimento aqui, mas aqui a gente também trabalha com a questão de pesquisa. Tem como a senhora responder esse questionário aqui da gente, só pra ajudar aqui no TCC da gente?’”. Em outra ocasião, ouvi uma professora, também da área de Fisioterapia, convidar uma mãe para participar do projeto da seguinte forma: “A senhora pode responder mais uma [pergunta] aqui porque o menino tem que se formar?”. Garantir os diplomas e colocar novas profissionais no mercado era mais um tipo de trabalho implícito e esperado das famílias da SCVZ.

Mas esta expectativa sobre as famílias era capciosa. Por um lado, o fato de atendimentos serem realizados por pessoas em processo de formação pode também significar, eventualmente, procedimentos tentantes, amadores, equivocados. Pode prever muitas repetições de um procedimento para que a prática seja aprendida ou até eventuais danos, complicações a curto ou longo prazo para a saúde daquela criança, o bem-estar daquela família. Além

disso, estas egressas das universidades públicas foram, num primeiro momento, empregadas no setor privado, onde geralmente surgiam mais vagas. E, portanto, foram absorvidas em espaços generalistas e não chegariam, futuramente, a atender como especialistas estas mesmas crianças com a síndrome que conheceram durante a formação.

Por outro lado, a possibilidade de conviver mais intensamente com as crianças, as famílias e as equipes de outras áreas permitiu que estas estudantes tivessem acesso a informações e opiniões que nem sempre eram vocalizadas diretamente, por exemplo, às coordenadoras dos projetos ou nas publicações resultantes. As mães, principais cuidadoras das crianças, aos poucos foram esboçando ressalvas sobre o atendimento que recebiam na forma de clínica e de ciência. Estudos sobre a relação com participantes de pesquisas do VZ demonstraram a ausência de um cuidado humanizado, integral e bem comunicado das famílias<sup>42-44</sup>. Ter contato com esse *feedback* crítico sobre sua própria prática convidou muitas destas estudantes à autorreflexão. Reviram sua atuação durante a epidemia, projetaram outras formas de trabalho para frente, como futuras formadoras que almejavam ser.

Muitas estudantes, como mostrei na seção anterior, perceberam como a sobreposição entre clínica e pesquisa duplicou as oportunidades de aprendizado, publicação, experiência, prestígio. R., também da Fisioterapia, sempre estudou em colégios privados e o fato de ter feito sua graduação e mestrado em uma universidade pública “permitiu ter muito acesso a vivências que eu não esperava, (...) foi uma experiência muito rica, e digo a você, engrandecedora pra minha profissão hoje”. Ela caracteriza este perfil como uma “consciência”, uma “visão social” para “auxiliar aqueles que não têm”, de “fazer filantropia”. Mas a maioria do alunado que conheci tem uma percepção menos assistencialista ou humanitária. O “problema” ou a “carência” não está necessariamente no outro ou na “família desestruturada”, mas na forma como a ciência se percebe e se coloca, muitas vezes, de modo “indiscriminado”, como o fisioterapeuta A., ressaltou num depoimento na seção anterior.

Desenvolveram autocrítica científica, desnaturalizaram e desmitificaram a ciência. Nesta posição de “vitrine” da pesquisa, foram as estudantes que

precisaram apresentar o projeto, pedir o consentimento, negociar o convencimento, receber as recusas e enfados, driblar as evasivas e sumiços e depois justificar os “null” ou “no show” para as suas supervisoras. De perto e na prática, viram como uma pesquisa acontece, como as relações científicas nem sempre eram fáceis e automáticas.

Para começar, notaram que muitas pesquisas aconteciam simultaneamente e que alguns instrumentos de pesquisa estavam se repetindo, portanto. C. e Y., graduandas do Serviço Social e muito amigas, foram entrevistadas juntas. C. rememorou: “Tinha um questionário que era bem extenso com muitas, muitas, muitas, muitas perguntas. E as mães ficaram extremamente cansadas porque eram perguntas que elas já tinham respondido da outra vez que elas vieram [ao consultório]. Elas diziam, ‘Já me perguntaram isso agorinha, na outra entrevista que eu passei’”. Y., sua colega de equipe, ouviu atentamente a colega e depois complementou: “E, muitas vezes, elas diziam assim: ‘Para que isso? Vocês já fizeram tanta pergunta, já foram na minha casa’. A gente tinha dificuldade até, muitas vezes, de fazer a entrevista, não era, C.? Era a recusa, porque [as mães] diziam, ‘Não, a gente já passou por isso e não resolveu nada’”.

Se Y., do Serviço Social, mencionou a frustração das famílias com a não resolubilidade por parte da clínica e da ciência, R., da Fisioterapia, encontrou uma explicação para este quadro:

A raiva dessas mães é super justificada. [Os seus filhos] foram examinados, avaliados, mexidos prum lado, mexidos pro outro, mas ninguém queria se responsabilizar para cuidar. “Eu vi que ele tem problema visual, ele tem problema auditivo, ele tem problema motor, ele não fala, ele não se alimenta direito”. Tá, mas adianta de que a mãe saber de tudo isso se o filho dela não vai poder ser acompanhado?

R. sugere que, ao final deste diagnóstico todo, faltava dizer a frase seguinte, “E agora eu vou acompanhar [o seu filho]”. G., à época doutoranda em Gastroenterologia, percebeu o mesmo. Ela integrou um grande projeto, mas “independente da pesquisa”, ela continuou acompanhando muitas dessas crianças porque atuava como médica no hospital onde a investigação aconteceu. Algumas crianças começaram como pacientes e se tornaram, também, participantes de pesquisas. Pelo relato de Y. e G., só algumas se mantiveram como pacientes depois disso e foram acompanhados por mais

tempo. E isso aconteceu, em geral, pela disponibilidade destas profissionais de saúde e por entenderem a ciência de forma mais inclusiva e longitudinal.

Algumas professoras, orientadoras e preceptoras acolheram os dilemas relatados pelas estudantes e, em equipe, foram pensando soluções. A solução mais frequentemente aventada foi a contrapartida. Em geral, havia um sentimento de compensação. “Queríamos deixar algo em troca”, diziam, não só por estas famílias terem ajudado nas pesquisas, mas, sobretudo pela evidente vulnerabilidade socioeconômica em que se encontravam. Muitas coordenadoras tentaram “aproveitar o grande grupo de alunas” para “produzir algo pra facilitar o dia a dia dessas famílias”. Alguns exemplos foram: a busca ativa em vez de esperar a família se deslocar até o serviço; o apoio com o transporte até os hospitais; oficinas para confeccionar próteses; lanches durante a aplicação dos questionários. Além disso, ofereceram às mães cursos de qualificação e profissionalização em parceria com as suas associações comunitárias. Ainda assim, algumas lideranças alertaram que contrapartidas em termos de tecnologia e ciência faziam pouco sentido quando a sobrevivência estava em jogo, como disse a presidente de uma associação, “Estas mães precisam de fralda, elas precisam de remédio, elas precisam de cesta básica”. E campanhas de mantimentos e fraldas foram organizadas pelas estudantes até como um “quebra-gelo” ou uma estratégia para ganhar confiança na comunidade. Claro, confiança também para a pesquisa conseguir ser feita.

Apesar destas iniciativas mais pontuais, percebi nas entrevistas que mais recorrentemente os próprios serviços de saúde foram entendidos como contrapartidas. “Consulta com especialista”, “acesso aos espaços hospitalares”, “encaminhamento para outro serviço” foram anunciados como um *plus* em tempos epidêmicos. Não apenas em termos de serviços clínicos, mas também científicos, como explicou o graduando de Medicina, F.: “A pesquisa em si traz um benefício para o paciente porque, muitas vezes, a mãe tinha uma angústia”. Quando, por conta de uma atividade de pesquisa, “a gente ligava, ela dizia, ‘Ainda bem que você ligou, tenho essa dúvida e tal’. Aí você tira a dúvida e ela fica tranquila. E isso até evita de ela ir pra emergência pra sobrecarregar o sistema de saúde, por exemplo”. Não só poupar o sistema, mas poupar o tempo da paciente e sua acompanhante, como reforçou a médica e doutoranda D.:

Dentro da nossa carga horária, a gente abriu um ambulatório de pesquisa, a gente fez um ambulatório extra. Era um período que a gente fez na raça. Então, o que elas têm de benefício é que tinha ambulatório especificamente [para a Zika] e [as mães] não tinham que disputar [vaga]. Porque se a gente não tivesse fazendo a pesquisa, elas iam entrar num ambulatório geral, normal.

O problema é que esta lógica poderia definir como benesse o que deveria ser direito<sup>34</sup>. Vagas, consultas com qualidade, entrega dos resultados de exames, resposta às dúvidas, encaminhamento para outras especialidades deveriam ser, a rigor, práticas cotidianas dos serviços de saúde pública. Pelo fato de haver tanta carestia de vagas, profissionais e medicamentos, por exemplo, qualquer oferta passava a ser tida como um “extra”, um voluntarismo pessoal, uma dádiva, afinal. Invertia-se a lógica: porque a estrutura era tão falha, alguns indivíduos heroicamente se instavam a produzir exceções, a fazer “na raça”, como repetiram. E essa dádiva fica ainda mais superestimada dado o contexto socioeconômico destas famílias do Zika em específico, “destinadas” à uma medicina generalista, segundo profissionais de saúde como D.: “A maioria, obviamente, são pessoas que não têm acesso à saúde suplementar, então, é paciente de SUS. E elas tinham uma avaliação neurológica, uma avaliação pediátrica, uma avaliação do desenvolvimento da criança completamente detalhada”. I., uma enfermeira e mestranda em Saúde Pública, deixou ainda mais explícito este ponto:

As mães que tinham bebezinho com microcefalia queriam muito saber o porquê tinham nascido assim. Então, para elas aceitarem realizar toda a bateria de exames, na verdade, elas estavam ali recebendo uma benção. Elas estavam sendo beneficiadas por aquilo, já que elas não tinham como pagar por aqueles procedimentos e nem sempre o SUS, por si só, conseguia prover isso para elas. Então, na pesquisa, por ter essa prontidão, maquinários para a realização desses exames, tudo o mais, foi muito fácil para a gente conseguir, de fato, a aceitação delas na pesquisa.

Portanto, ao enquadrar a clínica como uma dádiva oferecida, passava-se a enquadrar a adesão das famílias à pesquisa como uma contradávida esperada pelas pesquisadoras.

Claro que a pesquisa estava sendo acionada também para encontrar respostas para este quadro epidemiológico. Mas, para acontecer, precisava do engajamento ativo das famílias, o que sobrecarregava quem já estava em tanta precariedade. Aquele estudante de Fisioterapia, A., comentou assim,

Eu acho que faltou um controle, uma questão ética, principalmente porque estávamos lidando com uma população que tem um índice de analfabetismo funcional e ainda, além disso, um analfabetismo de conceitos científicos. São pessoas que não têm essa consciência científica, essa criticidade e terminavam se expondo de forma muito indiscriminada a essas pesquisas, a esses contatos.

Em maior ou menor medida, parece que estas estudantes percebiam que havia um dilema ético em produzir ciência em um contexto com tanta desigualdade. Nesta seção e na próxima, reforço como, durante aquele intenso tempo epidêmico, estas profissionais de saúde em formação foram sentindo um estranhamento com as práticas clínicas e científicas de suas áreas de trabalho.

Frente a uma “ciência de quantidade”, com tantas perguntas, questionários, exames e projetos, sua colega de Fisioterapia, M., terminou a entrevista nos dizendo que queria fazer outro tipo de ciência, “uma ciência de qualidade para transformar a vida daquela família”. E eu termino esta seção dizendo que aquelas famílias de SCVZ estavam transformando a qualidade desta ciência do VZ. M., Y., A. e tantas outras médicas, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e enfermeiras que se formaram durante a epidemia, que tiveram a chance de ver de perto o impacto sobre as crianças e suas famílias, vivenciaram um chacoalhar epistemológico. Por mais que quisessem ajudar para além da ciência, talvez o que de melhor poderiam fazer era realmente ajudar a mudar para dentro da ciência. Ao receber as críticas feitas pelas mães e lideranças à ciência do Zika, as estudantes foram retrospectivamente avaliando também as suas pesquisas (inclusive as anteriores à epidemia). Foram estas pesquisas junto às famílias que lhes proporcionaram no atacado uma mirada crítica à ciência que haviam produzido no varejo. Por fim, M. questionou, ao final dessa discussão sobre as formas com que a ciência operou naqueles anos de 2015-2017, de modo significativo e sintético, “A gente ter que ter coragem de perguntar: afinal, o que é bom para o programa [de pós-graduação] e o que é bom para a criança?”.

### As relações com as cientistas

Pelo fato de terem trabalhado em equipes multiprofissionais, puderam observar muitas formas de clinicar e de pesquisar. Como mostrei nas seções

anteriores, as estudantes entrevistadas reconheceram hierarquia entre as áreas, ampliaram a capacidade de se afirmar a partir de sua área de origem, inventaram formas de dialogar. A formação menos “fechadinha” e essa convivência “multi” também contribuíram para a autorreflexão científica.

A neurologista e doutoranda em Ciências da Saúde, D., foi convidada a entrar num grande projeto, que já estava organizado, com financiamento e aval ético, infraestrutura física e humana. Foi uma significativa oportunidade de formação porque ampliou suas redes de contatos profissionais, ofereceu chances de diálogo com as colegas da equipe e deu-lhe visibilidade dentro do tema efervescente naquele momento, o VZ. Com a pesquisa, ela obteve equivalência de créditos do doutorado e, assim, ganhou tempo para participar de eventos e contribuir com publicações internacionais em periódicos de prestígio. Mas, depois disso tudo, na entrevista conosco, ela ponderou ter perdido em termos de autonomia, não foi a primeira autora nos artigos, teve pouca gestão do projeto, “não pôde fazer escolhas intencionais”. Como resumiu, “eu achava que eu ia fazer um projeto meu do doutorado”. A mão-de-obra das estudantes parece ter predominado às suas carreiras científicas.

Dos bancos da Fisioterapia, M. reconheceu que estabelecer prioridades pode funcionar para a ciência, mas não tanto para a clínica:

Na ciência, deu-se uma prioridade para a entender aquilo que não era conhecido. Mas na assistência, não há motivo pra existir prioridades. Não é possível que se tire uma criança de PC [paralisia cerebral] e se coloque uma de Zika, as duas têm que ter o mesmo atendimento, a mesma oportunidade. [A gravidade] depende da criança, não da condição de saúde dela, não do CID. É da condição da própria criança, dos fatores ambientais, dos fatores pessoais, de família, de tudo. Então, não tem que ter uma diferenciação de atendimento, mas eu vejo que quando existem grandes emergências, o foco da ciência se volta pra isso.

E, eu complementaria, como este “esforço científico” conseguiu com muita rapidez mobilizar os recursos, mão-de-obra e infraestrutura, acabou ditando o ritmo e a prioridade dos espaços onde justamente esta ciência irá acontecer: nos serviços de saúde. A coexistência entre pesquisa e assistência pode produzir ruídos bioéticos, como M. acabou de descrever acima.

Quando as mães das crianças disseram “que já me perguntaram isso agorinha”, as pesquisadoras do Serviço Social, Y. e C., reconheceram a repreguntação como um problema. Algumas equipes entenderam o recado e não insistiram nos desenhos metodológicos originais. E propuseram revisar suas metodologias para, principalmente, desonerar as participantes das pesquisas: ir até o local de moradia da criança para fazer a coleta e evitar a circulação por uma grande e engarrafada metrópole; traduzir os instrumentos para uma linguagem acessível; realizar as etapas da pesquisa com calma e não em uma vertiginosa linha de montagem; compartilhar dados entre os membros da equipe (ou até estabelecer parcerias entre equipes); construir e disponibilizar bancos de dados; aceitar amostras (“n” e homogeneidade menores; priorizar estudos longitudinais para continuar acompanhando aquela criança. Mas P., doutoranda da Saúde Coletiva, passou a questionar até mesmo os passos anteriores da pesquisa: “A gente está tentando pensar essa pesquisa nova de modo mais construído em parceria com as próprias mulheres”. P. e sua equipe estavam perguntando às mães das crianças com a SCVZ, “Quais são as perguntas, quais são os caminhos, o que é que vocês querem também?”. Ela se questionava, “Como as respostas também podem chegar como um retorno mais efetivo na vida cotidiana das pessoas?”. E, enfim, P. concluiu, “Devemos pensar nisso mais do que na nossa pergunta como cientistas”.

E, ao final do trabalho científico, num comentário sobre a produção de dissertações, teses e artigos, R., da Fisioterapia, disse,

Nesse momento da epidemia, você tem maior possibilidade de publicar, de conseguir uma bolsa. É uma coisa boa, foi o que aconteceu comigo: eu mandei o meu projeto, eu consegui uma bolsa e (...) eu tive artigo publicado, teve um outro também com o pessoal do hospital que foi publicado. [Mas], logicamente, uma coisa que a gente tem que tomar muito cuidado é que, nesse imediatismo, muita coisa é publicada sem realmente ter um crivo.

Ela questionava objetivo e relevância das tantas publicações sobre o VZ. Além disso, o trabalho se voltou para as publicações e o investimento na carreira profissional terminava por retirar tempo do atendimento e acompanhamento das pacientes.

Diante de tantas provocações para dentro da ciência – como a objetificação dos partícipes e das estudantes, a contradição entre a assistência e a

pesquisa, o reconhecimento de limites metodológicos e a justificativa do produtivismo – algumas destas entrevistadas vêm tentando rever suas práticas, agora como formadoras. “Não foi só da Zika, mas da construção que eu fiz da trajetória que eu tive depois da Zika”, refletiu o fisioterapeuta A. E continuou, “A Zika foi parte da trajetória que eu carrego comigo e que com certeza vai reverberar em todos os espaços onde eu for, inclusive, no espaço onde hoje estou trabalhando, numa escola de saúde”. Mas ele e suas colegas perceberam este potencial de mudança nas iniciativas individuais, não reverberando amplamente para sua área, para a ciência em geral. A., agora professor do curso de Fisioterapia, avaliou:

Se o pesquisador não parar para fazer autoanálise, essa autocrítica do processo em que ele está inserido, isso acaba não fazendo transformação. Pelo contrário, termina virando algo rotineiro, mecânico. Então, para mim, enquanto pesquisador, trouxe, sim, transformação. Mas, eu acho que essa transformação para a ciência vai ser muito mais individualizada, dependendo de como o pesquisador se enxerga no processo.

Se os aprendizados permanecerem na memória e na prática de alguns destes agora profissionais de saúde, a resposta à pergunta de Mocelin et al, “O que aprendemos com o Zika vírus?”, será sombria. As autoras reforçam que a formação deve articular “não só com os aspectos da doença – os técnico-científicos e os instrumentais –, mas também com a saúde, a vida, a felicidade, o afeto e a produção do cuidado fomentador de cidadania, a solidariedade e a inclusão dos atores envolvidos”<sup>45:12</sup>. Eu acrescento que, como “atores”, a nossa pesquisa em Recife entendeu as famílias atingidas e também as estudantes, suas famílias, professoras e colegas. Replicação, matriciamento e retroalimentação nas esferas do ensino terão potencial de consolidar os aprendizados destas estudantes e ampliá-los para tantas outras.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS: A FORMAÇÃO COMO UMA “TATUAGEM”

Em geral, a reverberação da epidemia na formação destas estudantes entrevistadas foi prática, contextual, pessoal e também moral e política. O tom foi aquele bem resumido por N., à época doutoranda em Fonoaudiologia: “O Zika foi um **marcador de formação** porque eu consegui fazer meu doutorado em cima do que eu estava vivenciando. Então, você tem o domínio maior das coisas quando você vive todo dia isso. Foi um **marcador de vida** também porque você passa a ver algumas coisas com

outro olhar” (grifos meus). Ela usa até uma metáfora para essa dupla marca, “As pessoas lembram de mim enquanto uma pessoa que trabalhou na Zika. Então, existe essa tatuagem em mim”.

Foi realmente muito intenso vivenciar uma epidemia na sua própria cidade e contar com professoras e orientadoras nas universidades e gestoras e preceptoras nos serviços de saúde que decidiram seguir refletindo sobre a epidemia em suas aulas, projetos de pesquisa e práticas clínicas. Tanto do ponto de vista profissional, quanto existencial, estas estudantes se depararam com muito trabalho, muitas tarefas a cumprir. Mas também com muitas situações dilemáticas, sobretudo no contato com as crianças, observando e atendendo de perto suas necessidades biológicas e também familiares. Para muitas entrevistadas, foi inevitável notar como estes dilemas marcaram suas trajetórias enquanto estudavam e, depois, quando já atuavam profissionalmente. Como em outros projetos que formaram estudantes durante epidemias, conteúdos não inseridos nos componentes curriculares do curso de origem, extrapolação dos limites disciplinares e vivências da rotina de trabalho nos serviços foram todos ganhos de formação<sup>22</sup>.

Por mais que a ciência e a clínica tenham criado formas de atender a população atingida, N., M., A. e as demais estudantes aqui apresentadas notaram que os seus formatos convencionais não deram conta. Como A. bem resumiu, o formato convencional da ciência era atender as demandas da comunidade científica, sobretudo em termos de publicações, mas as famílias, diante dos sérios agravos neurológicos provocados pelo Vírus Zika, apresentavam outras prioridades. As estudantes precisavam das coletas, dos “n” e até da boa nota dos seus programas de pós-graduação para conseguir bolsas, diplomas e carreiras, mas, em tempos epidêmicos, também notaram a necessidade de honrar dos indivíduos envolvidos. Esta formação, que aconteceu no olho do furacão epidêmico, permitiu que estas estudantes notassem outros espaços, outras demandas e, sobretudo, outros atores que também contribuem para a condução dos serviços de saúde e dos serviços de ciência. Lembro que os outros atores foram, por exemplo, as equipes multiprofissionais, o SUS com toda a sua infraestrutura, as estudantes como a principal mão-de-obra e as famílias que viveram todo o susto, o desespero e o desamparo. A ampliação da percepção sobre as vulnerabilidades e

necessidades dessas famílias foi notado como mote de formação em saúde em outros estudos sobre o VZ<sup>18,36</sup>.

Paradoxalmente, estas mesmas estudantes não têm conseguido voltar à academia para continuar a formação numa pós-graduação. M., da Fisioterapia desabafou na entrevista que nos concedeu em 2023, “Tenho vontade de voltar, inclusive, há dois anos que eu tento aplicar pro mestrado em saúde da criança e é rejeitado porque é com Zika, porque [muita gente pensa] assim, já chega, saturou, tá batido, já passou a época de pesquisar com o Zika”. Muitas comissões de seleção, orientadoras e até as linhas de financiamento repetem que este vírus não é mais um tema prioritário, sobretudo face à chegada de outros vírus, como Covid-19, M-Pox, Oropouche, por exemplo. É paradoxal que toda uma experiência clínica e acadêmica acumulada durante o início da formação não mais se justificar epidemiológica e academicamente o seguimento desta formação.

Ainda assim, as entrevistadas mais insistentes mantinham seus planos acesos de aproximar pesquisa de atendimento e replicar aprendizados. A mesma M., conjecturou:

Eu sonho em um dia poder estar como uma professora em algum espaço que eu possa mostrar pra outras alunas o jeito que eu fui ensinada de como tratar uma família que tá ali passando por um sofrimento. Porque isso não vai acabar com o Zika. Uma criança que recebe um diagnóstico, seja ele qual for, é um processo de sofrimento. E aí tem que ser valorizado isso.

Este artigo refletiu sobre a experiência de 18 estudantes que estavam em formação nas áreas da saúde à época da epidemia. Muitas outras se formaram, de muitas outras áreas, inclusive das Ciências Sociais, que aqui não foram retratadas. Os dados derivam de conversas orientadas por perguntas nossas e realizadas, em média, com uma hora de duração. Acompanhar estas interlocutoras em suas aulas, práticas de laboratório e residência, reuniões de grupos de pesquisa e mutirões de escrita, por exemplo, poderia ter nos oferecido miradas mais longitudinais e talvez até mais aprofundadas. Estas ideias ficam como sugestões para futuros estudos comparativos entre áreas, entre epidemias e regiões do país.

Por fim, valorizar as histórias de pacientes e participantes é também valorizar quem escutou e registrou essas histórias. Estas estudantes, além de

profissionais de saúde, se transformaram também em testemunhas críticas de uma epidemia. (O mesmo potencial testemunhal também pode ser identificado, como mais uma camada de registro, nos escritos de nossa equipe e de outras da Antropologia). De dentro do consultório, de dentro do artigo científico, observaram, aprenderam e registraram os efeitos de um vírus nas periferias negras, femininas e pobres do Recife. Se as crianças sentiram na pele as agulhas, os medicamentos, os cortes financeiros dos sucessivos governos neoliberais, as estudantes levaram consigo uma marca nos seus currículos e na sua formação. Ao menos, conseguiram uma “tatuagem” para ajudar a não esquecer e para continuar a contar.

### AGRADECIMENTOS

Um primeiro esforço de organização destes dados resultou na elaboração do episódio homônimo publicado, em maio de 2023, na série de *podcast* “Ciências do Zika”.<sup>38</sup> Depois, foi debatido no GT 7 “Antropologia da ciência e da tecnologia em perspectiva: Desafios desde a América Latina”, coordenado por Alejandra Rosario Roca e Fabíola Rohden na XIV Reunião de Antropologia do Mercosul (UFF, 01-04/08/2023). Agradeço às colegas no evento e à leitura crítica que o texto recebeu de Elaine Brandão e também de Ana Paula Jacob, Isadora Valle, Laura Coutinho e Thais Valim, integrantes do projeto de pesquisa “Uma Antropologia da Ciência do Zika: Resultados, retornos e epistemologias” (DAN/UnB; FAP/DF; PQ-CNPq). Sou grata às pareceristas da revista *Saúde em Redes* que leram atentamente o artigo e deixaram valiosas sugestões de aprimoramento. Por fim, sem uma generosa oferta do tempo e interesse em dialogar, teria sido impossível entrevistar as cientistas recifenses, às quais retribuo com este artigo.

### REFERÊNCIAS

1. Diniz D. Zika: Do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.
2. Scott P, Lira LC, Matos SS. Práticas Sociais no Epicentro da epidemia do Zika. Recife: EDUFPE; 2020.
3. Fleischer S, Lima F (Orgs.). Micro: Contribuições da Antropologia. Brasília: Athalaia; 2020. Disponível em: <https://mundareu.labjor.unicamp.br/4-o-zika-me-formou/>
4. Valim T, Fleischer S (Orgs.). Misturas: Histórias de pesquisa sobre o vírus Zika. Rio de Janeiro: Telha; 2025. Disponível em: <https://editoratelha.com.br/product-tag/virus-zika/>

5. Brasil. Boletim Epidemiológico 12. Brasília: Secretaria de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde; 2020;51.
6. Carneiro R. “Eu não esperava por isso. Foi um susto”: conceber, gestar e parir em tempos de Zika à luz das mulheres de Recife, PE, Brasil”. *Interface Comunic Saude Educ.* 2018;22(66):709-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sKYHGJbvjqvZrPSQQRx4GVy/?lang=pt>
7. Galli B, Deslandes S. Ameaças de retrocesso nas políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil em tempos de epidemia de Zika. *Cad Saude Publica.* 2016;32(4):1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nKjYnFLnmdqCtvx76kzNk7P/?lang=pt>
8. Alves RLDC. Um dia com Josi: uma fotoetnografia do cuidado e do cansaço. *Interface Comunic Saude Educ.* 2018;22(66):975-80.
9. Moreira MCN, Mendes CHF, Nascimento M. Zika, protagonismo feminino e cuidado: ensaiando zonas de contato. *Interface Comunic Saude Educ.* 2018;22(66):697-708. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/CkkXrNJg9wtP6pnMxQ7nLGv/?lang=pt>
10. Lira LCD, Scott RP, Meira F. Trocas, gênero, assimetrias e alinhamentos: experiência etnográfica com mães e crianças com síndrome congênita do Zika. *Rev Anthropol.* 2017;28(2):206-37. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaanthropologicas/articloe/view/236293>
11. Scott RP, Quadros MTD, Rodrigues AC, Lira LCD, Matos SSD, Meira F, et al. A epidemia de Zika e as articulações das mães num campo tensionado entre feminismo, deficiência e cuidados. *Cad Gen Divers.* 2017;3(2):73-92. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/22013>
12. Silva ACRD, Matos SSD, Quadros MTD. Economia política do Zika: realçando relações entre Estado e cidadão. *Rev Anthropol.* 2017;28(1):223-46. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaanthropologicas/articloe/view/231440>
13. Pereira EL, Bezerra JC, Brant JL, Araújo WND, Santos LMP. Perfil da demanda e dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) concedidos a crianças com diagnóstico de microcefalia no Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2017;22(11):3557-66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CDGw8wDNL6pC43xmK7jjgcp/>
14. Diniz D. Zika em Alagoas: a urgência dos direitos. Brasília: LetrasLivres; 2017. 88p. Disponível em: <https://anis.org.br/publicacoes/zika-em-alagoas-a-urgencia-dos-direitos-2017/>
15. Marques B, Lustosa R, Valim T, Fleischer S. Micro-histórias para pensar macropolíticas. São Carlos: Áporo; 2021. 256p.
16. Carvalho LP. Vírus Zika e direitos reprodutivos: entre as políticas transnacionais, as nacionais e as ações locais. *Cad Gen Divers.*

2017;3(2):134-57. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/22030>

17. Porto RM, Costa PRSM. O corpo marcado: A construção do discurso midiático sobre Zika Vírus e Microcefalia. *Cad Gen Divers*. 2017;3(2):158-91. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/22125>

18. Matos SS, Silva ACRD. “Nada sobre nós sem nós”: Associativismo, deficiência e pesquisa científica na Síndrome Congênita do Zika vírus. *Ilha Rev Antropol*. 2020 [acesso 24 jul. 2025];22(2):132-68. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/67659>

19. Lira LCD, Prado H. “Nossos filhos não são cobaias”: Objetificação dos sujeitos de pesquisa e saturação do campo durante a epidemia de Zika. *Ilha Rev Antropol*. 2020 [acesso 24 jul. 2025];22(2):96-131. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/67605>

20. Valim T. *Misturas: Histórias de pesquisa sobre o vírus Zika*. Rio de Janeiro: Telha; 2025. 220p.

21. Ramos FBP, Carvalho IM, da Silva Filho WP, Nunes PS, Nóbrega MM. A educação em saúde como ferramenta estratégica no desenvolvimento de ações de prevenção da transmissão do HIV: um relato de experiência. *Rev Eletr Acervo Saude*. 2019 [citado 19 nov. 2024];19:e509. doi:10.25248/reas.e509.2019.

22. Caires de Lima E, Ferreira Santos N, Andrade Louzado J, Macedo Lima Costa M, Macedo Lima Nagamine C, Bento Sabeh Cappi AC, et al. O uso da educação popular em saúde como estratégia para o controle da dengue: PET-Saúde induzindo novas práticas de formação em saúde. *Saude Colet (Barueri)*. 2020 [citado 19 nov. 2024];10(53):2546–59. doi:10.36489/saudecoletiva.2020v10i53p2546-2559.

23. Penna FB, Mourão LC, Almeida ACV, Leite ICM. A sala de situação em emergência de saúde pública: aproximações teórico-metodológicas para a integração ensino e serviço. *Saude Redes*. 2020 [citado 19 nov. 2024];6(2):49-62. doi:10.18310/2446-48132020v6n2Suplem.3078g576.

24. Esposti CDD, Ferreira L, Szpilman ARM, da Cruz MM. O papel da educação permanente em saúde na atenção primária e a pandemia de COVID-19. *RBPS*. 2020 [citado 19 nov. 2024];22(1):4-8. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/33685>

25. Oliveira ES, Salvati PO, Guedes MMF, Ribeiro WA, Fassarella BPA, Neves KC. Repercussões da pandemia de covid-19 no processo de ensino-aprendizagem do graduando de enfermagem. *Rev Pro-Univer SUS*. 2023 [citado 19 nov. 2024];14(3):29-37. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/3550>

26. Mata JAL, Maffaccioli R, Dresch LSC, Lanzarini TB, Paiva TS, Rocha CMF. O Brasil conta comigo na pandemia da Covid-19: ensaio reflexivo sobre a antecipação da formação em Enfermagem. *Interface Comunic Saude Educ*. 2021 [citado 19 nov. 2024];25:e200798. doi:10.1590/interface.200798.

27. Dias FM, Berger SMD, Lovisi GM. O cuidado em saúde às crianças com a Síndrome Congênita do Zika. *Saude Debate*. 2022 [citado 19 nov. 2024];46(6):83-96. doi:10.1590/0103-11042022E60.
28. Rodrigues AC. *Enegrecer. Museológicas Podcast* [podcast]. Recife: UFPE; 2023.
29. Bonet O. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
30. Rohden F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2001.
31. Fleischer S. “Atenção básica de saúde, cronicidade e Ceilândia: O que tudo isso tem a ver com o ensino da Antropologia?”. *Percursos*. 2012;13(1):23-39. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/PerCursosFlorianopolis/2012/vol13/no1/2.pdf>
32. Neves EM, Longhi MR, Franch M. *Antropologia da saúde: ensaios em políticas da vida e cidadania*. Brasília/João Pessoa: ABA Publicações/Mídia Gráfica e Editora; 2018.
33. Castro R, Engel C, Martins R. *Antropologias, saúde e contextos de crise*. Brasília: Sobrescrita; 2018.
34. Knorr-Cetina K. *The manufacture of knowledge: an essay on the constructivist and contextual nature of science*. Oxford: Pergamon; 1981.
35. Traweek S. “An introduction to cultural and social studies of sciences and technologies”. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1993;17:3-25. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01380596>
36. Rohden F, Monteiro M. “Para além da ciência e do anthropos: deslocamentos da antropologia da ciência e da tecnologia no Brasil”. *BIB*. 2019;89:1-33. Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/480>
37. Vega Sanabria G. *O ensino de antropologia no Brasil: um estudo sobre as formas institucionalizadas de transmissão da cultura [dissertação]*. 2005. Florianópolis: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. 2005.
38. Oliveira A. *Etnografia para educadores*. São Paulo: Editora da Unesp; 2023.
39. Simas A. *Ciência, saúde e cuidado: um estudo antropológico sobre a pesquisa clínica no contexto da epidemia do Zika (Recife/PE) [monografia]*. Brasília: Universidade de Brasília. 2020.
40. Löwy I. *Zika no Brasil: história recente de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019.

41. Castro R. Economias políticas da doença e da saúde: uma etnografia da experimentação farmacêutica. São Paulo: HUCITEC; 2020.

42. Matos SS, Silva ACR. “Nada sobre nós sem nós”: associativismo, deficiência e pesquisa científica na Síndrome Congênita do Zika vírus. *Ilha Rev Antrop.* 2020 [citado 19 nov. 2024];22(2):132–68. doi:10.5007/2175-8034.2020v22n2p132.

43. Mocelin HJS, Freitas PSS, Lamonato LCXL, Mascarello KC, Maciel ELN. Abordagem profissional em tempos de pandemia: o que aprendemos com o Zika vírus? *Interface Comun Saude Educ.* 2021 [citado 19 nov. 2024];25:e200427. doi:10.1590/interface.200427.

44. Fleischer S. “*Tudo bonitinho*: Pensando ética na prática e pelo avesso nas pesquisas sobre o Vírus Zika no Recife/PE”. *Anthropol.* 2022 [citado 19 nov. 2024];26(31):1-35. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/view/252163>

45. Fleischer S. O Zika me formou. *Mundaréu podcast, Série Ciências do Zika*, Episódio 4, publicado em 19/06/2023. Disponível em: <https://mundareu.labjor.unicamp.br/4-o-zika-me-formou/>