

Ana Luiza Rosa Lucas

**O discurso de mulheres-mães que atuaram na UTI COVID-19: como
foi ser mãe e trabalhadora da saúde durante a pandemia?**

**UBERLÂNDIA
2023**

Ana Luiza Rosa Lucas

**O discurso de mulheres-mães que atuaram na UTI COVID-19: como
foi ser mãe e trabalhadora da saúde durante a pandemia?**

Dissertação de mestrado, composta por dois estudos, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Wagner
Machado da Silveira

Coorientador: Prof. Dr. Danilo Borges Paulino

**UBERLÂNDIA
2023**

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

L933 2023	Lucas, Ana Luiza Rosa, 1995- O discurso de mulheres-mães que atuaram na UTI COVID-19: como foi ser mãe e trabalhadora da saúde durante a pandemia? [recurso eletrônico] / Ana Luiza Rosa Lucas. - 2023. Orientador: Ricardo Wagner Machado da Silveira. Coorientador: Danilo Borges Paulino. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.317 Inclui bibliografia. 1. Psicologia. I. Silveira, Ricardo Wagner Machado da, 1966-, (Orient.). II. Paulino, Danilo Borges, 1989-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Psicologia. IV. Título. CDU: 159.9
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 430, PPGPSI				
Data:	vinte e oito de julho de dois mil e vinte e três	Hora de início:	9:00	Hora de encerramento:	11:30
Matrícula do Discente:	12122PSI002				
Nome do Discente:	Ana Luiza Rosa Lucas				
Título do Trabalho:	O discurso de mulheres-mães que atuaram na UTI COVID-19: como foi ser mãe e trabalhadora da saúde na pandemia?				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Cartografias de Políticas Públicas, Estratégias e Práticas de cuidado em Saúde Mental				

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Rosimar Alves Querino - UFTM; Emerson Fernando Rasera - PPGPSI/UFU; Ricardo Wagner Machado da Silveira, orientador da candidata. Ressalta-se que todos membros da banca participaram por web conferência, sendo que a Prof.^ª Dr.^ª Rosimar Alves Querino participou da cidade de Uberaba - MG, os Professores Doutores Emerson Fernando Rasera e Ricardo Wagner Machado da Silveira participaram de Uberlândia - MG e a discente Ana Luiza Rosa Lucas participou desde a cidade de Franca - SP, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira, apresentou a comissão examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu à discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Wagner Machado da Silveira, Membro de Comissão**, em 28/07/2023, às 11:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosimár Alves Querino, Usuário Externo**, em 28/07/2023, às 11:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Emerson Fernando Rasera, Professor(a) do Magistério Superior**, em 28/07/2023, às 11:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4607575** e o código CRC **3EFBD256**.

Referência: Processo nº 23117.045359/2023-07

SEI nº 4607575

Criado por [adriana.oliveira](#), versão 6 por [ricardo.silveira](#) em 28/07/2023 11:23:22.

Ana Luiza Rosa Lucas

**O discurso de mulheres-mães que atuam/atuaram na UTI COVID-19:
como foi ser mãe e trabalhadora da saúde durante a pandemia?**

Dissertação de mestrado, composta por dois estudos, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira

Coorientador: Prof. Dr. Danilo Borges Paulino

AGRADECIMENTOS

O mestrado é um processo que abarca outros processos. Durante o mestrado, a vida também aconteceu e eu recebi carinho e apoio nessa caminhada. Esse trabalho é uma escrita conjunta e com apoio de várias pessoas. É gostoso demais caminhar junto.

Gostaria de começar agradecendo especialmente meus orientadores, o Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado e meu coorientador Prof. Dr. Danilo Borges. Por toda paciência, dedicação e ensinamento.

A minha banca de qualificação, Prof. Dr. Emerson Fernando Rases e Prof.^a Dr.^a Cintia Bragheto Ferreira pela a disponibilidade e por me ajudar a construir e repensar minha escrita. A minha banca de defesa que agora também é composta pelo meu amor de outras vidas Prof.^a Dr.^a Rosimar Alves Querino. E também às suplentes, Prof.^a Dr.^a Ligia Carolina Oliveira-Silva e Prof.^a Dr.^a Cintia Bragheto Ferreira que também se disponibilizaram e tornaram esse momento possível.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres, Prof. Dr. Emerson Fernando Rases e Profa. Dra. Eliane Regina Pereira, pelas aulas e auxílio na construção do pensamento crítico e científico.

Aos meus amigos de mestrado (e também residência multiprofissional), Marilda, Laila, José, Flávia, Rafa e Giovana, que me amparam desde 2019. Aos meus amigos de pesquisa, Arthur, Nildila, Clara e Ana Maria, que sempre ouviram sobre o meu projeto e minhas dúvidas.

À minha família que me apoia desde os meus primeiros passos e sempre acreditam nos meus sonhos. E ao meu companheiro que compartilha comigo os sonhos e os desencontros.

Resumo: A presente dissertação é composta por dois estudos que tematizam a mulher trabalhadora da saúde na pandemia da COVID-19. O primeiro estudo teve por objetivo, por meio de uma revisão integrativa da literatura, investigar a contribuição das pesquisas desenvolvidas nacionalmente, acerca do impacto multidimensional da pandemia na vida das trabalhadoras da área da saúde a partir de uma revisão integrativa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde e no Portal de Periódicos CAPES/MEC utilizando os descritores: “mulheres trabalhadoras”; “COVID-19”, selecionando 12 artigos. Como um dos principais resultados, destaca-se que os trabalhadores da saúde vivenciaram a precarização e desvalorização do trabalho; ameaça à saúde física e mental e as relações de poder entre as profissões se intensificaram. As trabalhadoras da saúde também experienciaram as dificuldades de ser mulher na pandemia e parte delas tiveram que conciliar a maternidade com o trabalho. O estudo demonstra a pertinência de refletir sobre a centralização do cuidado na mulher, resultando na sobrecarga feminina, além do adoecimento e os impactos, tanto no cuidado/prestação de serviço quanto em suas vidas. O segundo estudo teve como objetivo compreender o discurso de mulheres-mães que atuam/atuaram na UTI COVID-19 de um hospital universitário, como trabalhadoras da saúde à luz das questões de gênero no trabalho, na maternidade e na sociedade. A sobrecarga física/emocional feminina, desvalorização e desumanização dos profissionais da saúde, ausência de políticas públicas que assegurem o bem-estar materno, foram intensificadas pelo contexto pandêmico, mas como todos sabemos, estão presentes a muito tempo. Os discursos dos deveres encontrados no estudo foram: cuidar, (não) sentir, proteger(-se) e ser heroína! É possível ver que as categorias dialogam entre si, numa rede de significações construídas socioculturalmente e relacionadas ao que se espera do ser mulher, ser mãe e trabalhadora da saúde. Os discursos acionados pelas mulheres-mães também são um reflexo da tendência de naturalização dos fenômenos discutidos. Diante do exposto, é importante refletir sobre as especificidades das mulheres-mães, não só durante a pandemia, para promover estratégias de cuidado que contemplem suas necessidades específicas, além de refletir e questionar sobre os discursos que embasam as vivências destas mulheres, mães, trabalhadoras da saúde, a fim de possibilitar a construção de outras narrativas que consolidam o cuidado em saúde com equidade.

Palavras-chave: Mulheres trabalhadoras; Profissionais da saúde, COVID-19

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	07
ESTUDO 1	13
ESTUDO 2.....	40
CONCLUSÃO.....	67
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	69

APRESENTAÇÃO

Todas as pesquisas científicas nascem em uma lacuna social/científica, de um desejo/uma necessidade e de um(a) pesquisador(a). Nenhum pesquisador vive no vácuo, há um recorte de gênero, classe, raça, localização, sexualidade, entre outros fatores que influenciam nessa história. Há recortes socioculturais e um recorte temporal. Anteriormente, influenciado por um movimento positivista, houve uma tentativa de romper com esses recortes e focar na neutralidade. Não é possível ser neutro quando o mundo é construído socialmente, questões estruturais impactam no contexto sócio-histórico e consequentemente a pesquisa. Essa não é uma pesquisa neutra, sou uma pesquisadora mulher cis branca, feminista, bissexual, psicóloga que aposta no construcionismo social como perspectiva clínica (principalmente na terapia narrativa). Acompanhada de dois orientadores que compartilham a visão de justiça social, além de pesquisarem com debates interseccionais.

A história dessa pesquisa começa dois anos antes do início do mestrado. Nasce de uma vivência de um corpo que adoeceu na pandemia, quase faleceu com os efeitos da infecção pela COVID-19. De um corpo que trabalhou na UTI durante o começo e o ápice dos casos de COVID-19 na pandemia, na posição de residente e recém formada e presenciou a organização/desorganização para cuidar dos primeiros casos. Para além da reorganização da minha vida pessoal, presenciei esse mesmo movimento de outras mulheres que demonstravam uma preocupação incessante com os filhos/pessoas que demandavam seus cuidados/familiares. O isolamento social, os novos protocolos, os novos rituais de despedidas, os novos sintomas, as mortes frequentes, o medo do contágio, o medo do contagiar foram tomando espaço da vida dessas trabalhadora de surpresa. Naquele momento, no hospital houve o movimento de atendimento psicológico para a equipe que estava adoecendo, também construímos as ligações de pós-óbitos para acolher os familiares em luto, além disso houve diversas tentativas para diminuir a dor generalizada. Após o fim do período crítico, houve o desejo de respirar e estudar

os desdobramentos dessas questões. Em 2021, retorno a esse cenário com outra intenção e posição, agora como pesquisadora.

Diante desse contexto, nasce esta dissertação que é composta por dois estudos interligados¹. O primeiro deles é uma revisão integrativa da literatura cujo objetivo foi investigar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional, o impacto multidimensional da pandemia na vida das mulheres trabalhadoras da área da saúde. Com a intenção de compreender os estudos realizados nessa temática no Brasil, antes de realizar o segundo estudo tinha como objetivo investigar o discurso de mulheres-mães que atuam/atuaram na UTI COVID-19 como trabalhadoras da saúde, à luz das questões de gênero no trabalho, na maternidade e na sociedade. E foi desenvolvido mediante a análise de entrevistas realizadas com mulheres-mães que atuaram como trabalhadoras da saúde na UTI COVID-19

¹ Em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Resolução 01/2019, do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

ESTUDO 1

O impacto multidimensional da pandemia na vida das mulheres trabalhadoras da área da saúde: uma revisão integrativa.

Introdução

Em dezembro de 2019, os primeiros casos do novo coronavírus (SARS-CoV-2), responsável pela pandemia de COVID-19, começaram a surgir na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Após confirmação de novos casos em diferentes países e continentes, no dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a proliferação do coronavírus se tratava de uma pandemia (World Health Organization [WHO], 2020). No Brasil, o primeiro diagnóstico confirmado ocorreu em fevereiro de 2020. No dia 20 de março do mesmo ano, foi declarado, através da portaria nº 454 (Portaria n. 454, 2020), em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus.

O contexto epidemiológico do Brasil, atrelado às crises sanitária, política, educacional e econômica, que acompanharam o desenvolvimento da pandemia, resultam em um cenário alarmante com consequências significativas para a população, resultando na intensificação da vulnerabilidade social já existente. Tem-se como referência a sobrecarga do sistema de saúde, agravamento da desigualdade social, o impacto na saúde mental da população, a precarização das relações laborativas e as mudanças na dinâmica das rotinas familiares (Ornell et al., 2020; Silva, 2021). Dessa forma, o cotidiano de toda a população brasileira foi alterado devido aos impactos resultantes da COVID-19, e em relação aos profissionais de saúde essas mudanças foram ainda mais intensas (Vieira et al., 2022).

Dentre os impactos relatados pelos profissionais, que estão em contato direto com pacientes infectados ou com suspeita (denominados como “profissionais da linha de frente”), estão o risco ampliado de contaminação e transmissão para familiares, desvalorização, sobrecarga de

trabalho, estresse exacerbado, ameaças, estigmatização, exposição à morte em larga escala e ao sofrimento dos(as) pacientes, frustração e impotência frente à limitação de recursos, preocupação com colegas de trabalho e medo de morrer. Além disso, os índices de ansiedade, depressão, distúrbios do sono, aumento do uso de álcool e outras drogas aumentaram significativamente nesse público (Bezerra et al., 2020; Horta et al., 2021; Paiano et al., 2020; Teixeira et al., 2020). No decorrer do texto foi utilizado o termo “trabalhadoras da saúde” referindo a toda equipe de saúde, seja ela técnica, administrativa ou da limpeza que atuaram na linha de frente e cabe destacar que as mulheres, foco deste estudo, compõem a maior parte das equipes de saúde (Organização das Nações Unidas Mulheres [ONUMULHERES], 2020).

Ao refletir sobre as mulheres trabalhadoras da saúde, é importante discutir sobre a divisão sexual do trabalho e a sobrecarga mental/física resultante dessa divisão desigual (Federici, 2019). Perez (2001) discute sobre a divisão assimétrica no acúmulo de trabalho pelas mulheres seja o remunerado na esfera pública e também o de cuidado dos familiares e manutenção da casa, resultando nas triplas jornadas de trabalho. A sobrecarga doméstica gera um impacto desigual no gênero feminino como, por exemplo, na pandemia que há mudanças nas rotinas das casas (isolamento social, fechamento das escolas/creches, aulas on-line), o que consequentemente atinge ainda mais as mulheres (Vieira et al., 2022).

Assim, compreender a realidade da mulher trabalhadora da área da saúde na linha de frente torna-se necessário para a construção de práticas que medeiem melhor a condição de trabalhadora e outros papéis/dimensões da vida cotidiana dessas mulheres. Para compreender o cenário descrito, esse estudo tem como objetivo investigar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional, acerca do impacto multidimensional da pandemia na vida das mulheres trabalhadoras da área da saúde.

Metodologia

A metodologia utilizada para alcançar o objetivo proposto por este estudo foi a revisão narrativa da literatura, método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais (experimentais e não-experimentais), abrangendo metodologias e fontes diversificadas. Tem por objetivo responder a uma pergunta específica, ampliar o conhecimento sobre o tema e discutir as informações produzidas na área de estudo, sendo assim uma ferramenta importante para os estudos na área da saúde. Diante disso, indagamos: qual é a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional, acerca do impacto multidimensional da pandemia na vida das mulheres trabalhadoras da área da saúde?

A partir da pergunta norteadora, a escolha dos descritores se deu por meio de consulta ao Descritores em Ciência da Saúde (DeCs), sendo eles: mulheres trabalhadoras; COVID-19; coronavírus. Esses descritores mais amplos contemplam o objetivo do estudo, permitindo acessar artigos que mencionaram trabalhadoras da saúde e retratam diferentes tipos de impactos em suas vidas para além do recorte específico do trabalho. Cabe destacar que foi necessária a utilização de dois termos semelhantes relacionados à COVID-19, pois apresentavam-se novos e diferentes artigos quando alternados, devido à preferência de cada autor. Dessa forma, foi realizada a busca cruzada com operador *and*, primeiro com a combinação “mulheres trabalhadoras” *and* “COVID-19” e depois uma nova busca com os descritores “mulheres trabalhadoras” *and* “coronavírus”.

A busca na literatura científica foi realizada em outubro de 2021, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Portal de Periódicos CAPES/MEC. As bases de dados eletrônicas dos artigos selecionados foram MEDLINE; LILACS; BDENF – Enfermagem; SciELO Preprints; Coleciona SUS; Index Psicologia – Periódicos; DOAJ Directory of Open Access Journals; Latindex; ROAD: Directory of Open Access Scholarly Resources; SciELO Brazil; Medline Complete; Academic Search Premier.

Para a elegibilidade dos estudos foram atendidos os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos completos, dissertações e teses disponíveis em língua portuguesa na íntegra nas bases de dados selecionadas que atendessem à questão norteadora. Foram escolhidos artigos que estavam em português, que possuíam textos completos, dentro do período de 2020 e 2021. Foram descartados textos incompletos, em outra língua (que não retratam o cenário brasileiro), aqueles que fugiam ao tema ou não citavam as trabalhadoras da saúde. Num primeiro momento, os artigos encontrados utilizando as bases indexadas e os descritores citados anteriormente, foram refinados em relação ao período, texto completo e língua. Após esse filtro, todos os títulos e resumos foram lidos e analisados com o intuito de saber se abordavam os temas propostos pela revisão e foram selecionados 30 artigos. Por fim, todos foram lidos na íntegra e aqueles que respondiam à questão norteadora foram selecionados, sendo descartados 18 artigos nesta última etapa.

Os dados foram analisados de acordo com o método da análise de conteúdo que, conforme Gil (1991), objetiva organizar sistematicamente os dados a fim de que a resposta ao problema de investigação seja alcançada. A análise de conteúdo é usada para descrever e interpretar o conteúdo, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas e/ou quantitativas, ajudando a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados em um nível que vai além de uma leitura comum. Dessa forma, foi adotada a perspectiva de Braun e Clarke (2006) que estabeleceram seis etapas para a realização da análise de conteúdo: familiarização dos dados, geração dos códigos, busca de temas, revisão dos temas, definição e nomeação dos temas e realização das análises. Os temas emergiram do processo de análise das fontes pesquisadas e não são aqui definidos de modo apriorístico.

Resultados

Por meio da pesquisa feita na BVS, utilizando os descritores “mulheres trabalhadoras” *and* “COVID-19” foram encontrados, ao todo 31 artigos. O mesmo procedimento foi realizado com os descritores “mulheres trabalhadoras” *and* “coronavírus” resultando o total de artigos: 33. Após a utilização dos filtros: “Idioma: Português” e “Texto completo”, o total foi de 09 artigos encontrados nas bases. Utilizando os descritores “mulheres trabalhadoras” *and* “COVID-19”, no portal de Periódicos CAPES/MEC, resultou-se um total de 133 artigos, utilizando os filtros relacionados a idioma e o texto estar completo o total de artigos apresentado foi de 84. No mesmo portal com os descritores “mulheres trabalhadoras” *and* “coronavírus” foram encontrados 131. E, após a utilização do filtro, foram encontrados 90 artigos na mesma base.

Após o descarte das duplicidades (84 artigos) e leituras dos resumos (135), foram selecionados 30 artigos para leitura na íntegra. Apenas 3 artigos foram excluídos por estarem em outro idioma e não retratavam a realidade brasileira (mesmo com a aplicação do filtro: “Idioma: português”) e dois foram excluídos por serem “*preprints*”. Outros 30 artigos foram descartados por não disponibilizarem o texto na íntegra. Destaca-se que a maioria das exclusões ocorreu mediante a aplicação do critério de inclusão “tema”, pois parte dos estudos não respondia à questão norteadora ou não citavam as trabalhadoras da saúde. Além disso, os estudos frequentemente tratavam de outras profissões (trabalhadoras domésticas, feirantes, músicos ou professoras) ou apenas refletiam sobre o trabalho sem o recorte de gênero ou na área da saúde. O resultado foi de 11 artigos para a análise, sendo caracterizados em termos de título, autores, instituição dos autores e periódico tal como se apresenta a Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização dos artigos escolhidos em termos de títulos, instituição dos autores, periódico (n=11)

Título	Instituição dos autores	Periódico
1) Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela COVID-19.	Universidade Federal do Espírito Santo.	Trabalho, educação e saúde.
2) Mulheres em tempos de pandemia: um ensaio teórico-político sobre a casa e a guerra	¹ Universidade Federal de Minas Gerais; ² Núcleo de Pesquisa em Psicologia Jurídica do Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - NPPJ/CNPq; ³ Centro Risoleta Neves de Atendimento às Mulheres.	Psicologia & Sociedade
3) Enfermagem brasileira e a pandemia de COVID-19: desigualdades em evidência.	¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; ² Universidade Federal de Minas Gerais, Prefeitura de Belo Horizonte, Faculdade de Educação.	Escola Anna Nery
4) Sintomas de depressão em profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19.	¹ Universidade Federal Fluminense; ² Universidade Federal da Paraíba.	Cogitare Enfermagem
5) O espaço das mulheres na pandemia de COVID-19: uma	Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	Mural internacional

análise entre agência e vulnerabilidade.

6) Mulheres mães trabalhadoras na ¹Universidade Luterana do Brasil; Textura Pandemia de COVID-19; ²Universidade do Vale do Rio dos Sinos; ³Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

7) As contradições sociais ¹Universidade Estadual de Feira de Santana; ²Universidade Federal da Bahia. evidenciadas pelo novo coronavírus e a vida das mulheres no contexto da pandemia. ³Universidade Federal da Bahia. educação em debate

8) Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. ¹Fundação Oswaldo Cruz; ²Conselho Federal de Enfermagem. ³Opinião

9) Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. ¹Universidade Federal de Mato Grosso; ²Fundação Oswaldo Cruz. Temas Livres

10) Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. ¹Fundação Oswaldo Cruz; ²Universidade Estadual do Ceará; ³Centro Universitário Fanor. Temas livres

11) Prevalência de ansiedade em ¹Universidade Federal do Rio Grande Temas Livres profissionais da saúde em tempos do Norte; ²Universidade Poriguar. de COVID-19: revisão sistemática com metanálise.

Revisando o quadro acima, pode-se observar que os artigos elencados são de instituições diferentes, o que pode fornecer pontos de vistas de diferentes regiões do país. Além do que, estes artigos proporcionam uma visão ampla de diferentes contextos do país, pois tratam, não só de regiões diferentes, como também são artigos publicados em periódicos da área da Psicologia, Ciência da Saúde, Enfermagem, Ciências Sociais, da Administração Pública, o que permite uma leitura ampliada dos fatores analisados possibilitando enfoques diferentes para a questão norteadora deste estudo.

Ao observar os autores dos textos, é possível perceber que a maior parte foram escritos por mulheres, apenas três têm participação de autores do sexo masculino (n = 8, 10 e 11). Nesses artigos, os autores discorreram sobre os trabalhadores de modo geral, entretanto fazem menção sobre gênero e os impactos nas mulheres no decorrer do texto, sem ênfases ou análises aprofundadas em relação à divisão sexual do trabalho ou sinalizando diferenças de gênero. Ademais, todos os estudos apontaram a prevalência de mulheres atuando na saúde e sempre ressaltam os principais impactos no gênero feminino – seja relacionado à saúde mental ou à sobrecarga em várias instâncias da vida (trabalho remunerado, doméstico, maternidade).

Em relação à metodologia, há diferentes tipos de estudo. Foram localizados e selecionados 10 estudos qualitativos e 1 quantitativo, sendo que a maior parte dos artigos (09) eram estudos teóricos. Em relação aos objetivos dos estudos, é possível perceber que vão de encontro com nosso objeto de estudo, pois os artigos abordam sobre as trabalhadoras da saúde (citando ou

falando especificamente sobre elas) e ampliam o debate sobre os impactos biopsicossociais no contexto analisado.

Os estudos retratam o cenário pandêmico brasileiro e seus desdobramentos negativos na vida da mulher, apresentam como temas em comum: saúde mental e física dessas mulheres (n = 11, 05, 04, 01); violência contra a mulher (n = 10, 12); as mudanças na dinâmica da casa e na maternidade (n = 03, 06); e desigualdade de gênero e social (n = 02, 06, 07, 08, 09). As categorias profissionais contempladas foram: enfermagem e medicina, não contemplando outras profissões que atuaram na linha de frente como fisioterapeutas, psicólogos(as), terapeutas ocupacionais, além de não haver menção ou detalhamento sobre as trabalhadoras da limpeza e da parte administrativa. Diante desses achados, identificamos quatro categorias de conteúdo a serem analisadas, que assim designamos: “A intensificação da vulnerabilidade social”; “O desafio de ser mulher, mãe e trabalhadora na pandemia”; “A precarização das condições de trabalho” e “Quem compõe a linha de frente?”.

Cabe ressaltar que a ideia inicial era investigar o impacto multidimensional da pandemia na vida das mulheres que são mães e trabalhadoras da área da saúde, porém apenas três artigos foram encontrados na busca com o descritor relacionado à maternidade. O objetivo inicial também era abordar sobre todas as trabalhadoras que atuaram nos serviços de saúde, desde a equipe técnica de profissionais da saúde até a equipe de limpeza e administrativa, entretanto não foram identificados nessas buscas estudos voltados para este grupo de trabalhadoras e, ao buscar de forma específica (buscando apenas essas categorias profissionais ou lendo artigos sobre o tema) foi possível perceber que são escassos os estudos sobre a realidade dessas categorias profissionais.

Discussão

A Intensificação Da Vulnerabilidade Social

Devido ao avanço do contágio e da crise na economia, ocorre o agravamento da crise de setores e serviços sucateados pela contenção de gastos, pela desvalorização, pela defasagem de seus processos/equipamentos ou por estarem mal estruturados no Brasil. Assim, as dificuldades de implantação e consolidação de políticas públicas de educação, saúde e assistência social resultaram no aumento dos riscos de contágio pelo vírus, com consequente aumento da taxa de mortalidade e de vulnerabilidade social (Bispo & Caldeira, 2020).

Colocando em evidência problemas já existentes, os artigos selecionados na revisão aqui proposta, refletem sobre questões como: o aumento do número de desempregados (Costa, 2020); o aumento das denúncias de violência doméstica (Bispo; Caldeira, 2020; Moreira et al., 2020); dificuldade de acesso a métodos contraceptivos para as mulheres (Moreira et al., 2020); intensificação da pobreza e dificuldade de controle da pandemia devido ao sucateamento do SUS (Silva et al., 2021). Soma-se a isso, a elucidação da grave situação relacionada às condições precárias de moradia, a falta de saneamento básico, transporte público insuficiente, superlotado e serviços de saúde sucateados, o que tornava inexecutáveis medidas mais efetivas contra o contágio, como isolamento/distanciamento social, uso de máscaras e higienização (Bispo & Caldeira, 2020; Bitencourt & Andrade, 2021; Moreira et al., 2020).

Em relação às medidas para o enfrentamento da COVID-19 no âmbito da atenção em saúde, houve também desafios, pois o desmonte e sucateamento do SUS, iniciado anteriormente a pandemia, a contenção dos gastos com a saúde (Teixeira & Paim, 2018) e o modo de produção capitalista aliados ao negacionismo e à desvalorização da ciência, escancarados durante a pandemia, também corroboraram para as dificuldades enfrentadas em relação aos cuidados com os profissionais e com os próprios pacientes (Bispo & Caldeira, 2020). Ademais, no início da pandemia, devido à insuficiência de serviços de saúde e de mão de obra que pudesse responder ao acelerado aumento do número de casos e da gravidade dos pacientes, foram construídos às pressas os “hospitais de campanha” e novos espaços foram adaptados dentro dos hospitais já

existentes. Essas ações emergenciais foram acrescidas de contratações emergenciais sem vínculos empregatícios, com subsalários na maioria dos casos, aceleração da conclusão do curso dos estudantes da saúde e condições de trabalho exaustivas e precárias (Conz et al., 2021; Schettino & Miranda, 2021).

Se não bastasse, a realidade caótica provocada pela pandemia acontece num contexto já instalado de perda de direitos trabalhistas com a Reforma Trabalhista iniciada em 2016 (Teixeira & Paim, 2018), com ações do Estado para minimizar a crise econômica gerando flexibilização desses direitos, contratações imediatas com salários não compatíveis e condições insalubres de trabalho. Em relação às questões de gênero, a histórica desvalorização da força de trabalho das mulheres em relação aos homens é também agravada pelos efeitos da pandemia (Bitencourt & Andrade, 2021).

Neste cenário brasileiro pandêmico, cabe refletir sobre as diferenças geográficas, culturais, econômicas, de raça e gênero como indicadores e potencializadores dos impactos e da desigualdade social enfrentada, tendo como referência a presença marcante das mulheres como provedoras de suas famílias e o aumento da sua presença no mercado informal, assim como em empregos desvalorizados. Dessa forma, cabe destacar que é a classe trabalhadora e a população marginalizada que sofrem os maiores impactos da pandemia, pensando principalmente em recorte de classe, gênero e raça (Bitencourt & Andrade, 2021).

Ser Mulher Mãe, Cuidadora e Trabalhadora Na Pandemia

Não só durante a pandemia, seguindo a lógica apresentada por Davis (Bretas, 2019), as mulheres negras e da classe trabalhadora são as mais vulneráveis. Parte dessas estão no mercado informal, sem vínculo empregatício, trabalham também na terceirização do cuidado – empregadas domésticas e babás (Bispo & Caldeira, 2020) – e na saúde, uma vez que as mulheres compõem a maior parte das equipes de saúde (ONUMULHERES, 2020; Pires, 2020).

Para além do trabalho remunerado, as mulheres também são responsáveis pela manutenção da vida e da casa, o trabalho doméstico, a responsabilização quase que exclusiva da criação dos filhos, cuidado com os acamados, as pessoas com deficiência e os idosos – o chamado trabalho reprodutivo (Federici, 2019).

Perpassado por uma construção histórico-social, dentro da divisão sexual do trabalho, na qual a responsabilidade é destinada e valorizada de acordo com o gênero, as atividades do trabalho reprodutivo são realizadas majoritariamente por mulheres. Elas também realizam o trabalho produtivo (trabalho reconhecido como trabalho além do remunerado) e, assim, as mulheres acabam por acumular o desempenho desses dois tipos de trabalhos (Federici, 2019).

Ao refletir sobre o cuidado à família há uma naturalização dessa atribuição ser designada às mulheres (Passos, 2017). Esse trabalho exige fisicamente, emocionalmente e socialmente da mulher atrelado ao fato de que não há reconhecimento, remuneração, descanso, férias, direitos trabalhistas, o que também reverbera na sobrecarga mental (Bispo & Caldeira, 2020; Macêdo, 2020; Moreira et al., 2020; Santos et al., 2020).

A sobrecarga feminina aumenta durante a pandemia por diversos fatores, como por exemplo o isolamento social, que ocasiona na ausência/afastamento da rede de suporte para dividir os cuidados domésticos e familiares, seja suporte emocional ou outras mulheres que compõem essa rede como avós, tias ou a terceirização do cuidado – babás, enfermeiras, empregadas domésticas (Klein et al., 2021; Santos et al., 2020). O contexto pandêmico só destaca ainda mais a diferença da responsabilidade pelo trabalho de cuidado, assim acentua a desigualdade de gênero e econômica (Lawson et al., 2020).

Há também a alteração na dinâmica familiar e no conceito de lar que, além de casa, torna-se também local de trabalho (*homeoffice*) e escola (*homeschooling*), ocasionando a necessidade de inventar novas formas de trabalhar e manter a educação escolar daquelas que têm filhos

(Santos, 2021). Dessa forma, o coronavírus não é apenas um problema da área da saúde, é também gerador de uma crise de prestações de cuidado, seja enquanto profissional da saúde ou trabalho não remunerado doméstico, no qual as mulheres estão no centro (United Nations Women [UNWOMEN], 2020). As pesquisas brasileiras correlacionando maternidade e trabalho na pandemia que investigaram essa conciliação de atividades apontaram diversos entraves sociais, marcados majoritariamente por alterações significativas na rotina, dificuldade de conciliação de maternagem/trabalho, sobrecarga centralizada na mulher, falta de rede de suporte (Caruzo et al., 2020; Martins & Osterne, 2021; Santos, 2021; Silva, 2021).

Algumas mulheres não têm oportunidade de trabalhar em *homeoffice* gerando o desemprego ou a exposição ao risco do contágio, não apenas de si, mas também daqueles com quem ela convive/cuida. Os artigos dessa revisão (Bispo & Caldeira, 2020; Santos et al., 2020) proporcionaram os seguintes questionamentos: Se o cuidado é centrado na mulher, quem cuida dos filhos/familiares dependentes das trabalhadoras enquanto elas precisam trabalhar? Quem cuida delas que cuidam de todos? Se as escolas estão fechadas, como essas mulheres conseguem trabalhar?

O cenário pandêmico para os(as) trabalhadores(as) da saúde foi caótico em diversos sentidos, eles(as) foram expostos excessivamente ao vírus durante a pandemia, aumentando o risco de contaminação tanto deles quanto da própria família ou daqueles que eles(as) cuidam, devido a quantidade de carga viral à qual estão expostos.

Precarização Das Condições De Trabalho e Riscos à Saúde

Vários fatores levaram ao maior risco de contágio pela COVID-19 e cenário caótico nos serviços de saúde: jornadas exaustivas; sobrecarga de trabalho pela quantidade de casos e ausência de profissionais adoecidos; falta de protocolos; falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para a toda equipe; ausência de infraestrutura adequada, de recursos físicos e

mão de obra (Santos et al., 2020). Ademais, a ausência dos testes para os profissionais também dificulta a compreensão do cenário e as possibilidades de ação/cuidado (Minayo & Freire, 2020). Vale retomar que as mulheres são a maioria das equipes de saúde como, por exemplo, a equipe de enfermagem (ONUMULHERES, 2020; Pires, 2020).

A equipe de enfermagem se destaca em relação ao enfrentamento à pandemia, considerando que houveram ações relacionadas ao cuidado integral das pessoas na atenção primária, secundária e terciária de saúde, tais como o rastreamento e cuidado de casos de suspeita de contágio, dos já contaminados, dos casos graves ou em relação à prevenção com as práticas de educação em saúde (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2019). Acrescente-se a isso o fato de que durante a pandemia, principalmente nos primeiros meses, as equipes de enfermagem foram expostas à estigmatização, desrespeito institucional/governamental, violência física e psicológica (Gandra et al., 2021; Santos et al., 2020), como por exemplo quando foram barradas nos transportes públicos ou vivenciaram hostilidade nos espaços públicos (Guimarães, 2020).

Na pandemia, a equipe de enfermagem vivenciou a uberização da profissão, de acordo com Antunes (2020), o fenômeno “uberização” foi inspirado na realidade dos motoristas da plataforma de transportes Uber, no qual as relações de trabalho são invisibilizadas e pautadas na individualização do trabalhador, facilitando a exploração do mesmo. Atrelado a isso, vivenciaram também a precarização ou a ausência do vínculo empregatício em regularidade, com os subsalários, a perda de direitos trabalhistas e a aceleração do processo de terceirização (Gandra et al., 2021; Machado et al., 2020; Souza et al., 2020). Devido ao cenário brasileiro pandêmico explanado na primeira categoria elencada neste estudo, vale ressaltar que além dos trabalhadores da enfermagem, outros trabalhadores da saúde passaram por essa mesma precarização e tiveram essa exploração intensificada, além de não serem reconhecidos e valorizados.

As condições precárias e sobrecarga de trabalho no contexto em questão acarretaram impactos importantes na saúde física e mental dos trabalhadores (Teixeira et al., 2020). Todo esse cenário apresentado resulta em medo intenso do contágio/da morte, tanto dos profissionais quanto dos seus familiares; restrição à liberdade e isolamento social; contato direto e frequente com a morte; incerteza em relação a doença/seu tratamento; falta de suporte da sociedade e do governo; o estigma da doença e cobranças excessivas por produtividade. Os desdobramentos dessas questões são estresse, esgotamento e adoecimento psíquico. Destarte, estudos apontam para o aumento no número de casos de ansiedade generalizada e depressão dos trabalhadores da saúde com a pandemia (Ávila et al., 2021; Bezerra et al., 2020).

Quem Compõe a Linha De Frente?

Um outro aspecto analisado na pesquisa é que outras categorias profissionais (além dos médicos/as e enfermeiros/as) que atuaram na linha de frente como fisioterapeutas, psicólogos/as, terapeutas ocupacionais não foram objeto de análise, sequer foram citados na maioria dos artigos pesquisados. Ademais, não há menção sobre a equipe administrativa que trabalhou na saúde e apenas um artigo citou a equipe da limpeza, mas não detalha sobre a atuação e impactos da situação pandêmica em relação a esses profissionais. Diante disso, surgem os seguintes questionamentos: quem são considerados os atores da “linha de frente”? Quem também faz parte dessa linha, mas não é reconhecido? Ao contrário, é invisibilizado. Por que eles ficam à margem da valorização?

Os fisioterapeutas são os principais responsáveis pela regulação dos aparelhos respiratórios, que são primordiais nas internações na UTI, atuam também na atenção primária e secundária à saúde visando promoção, prevenção e reabilitação de saúde devido às sequelas da COVID-19 (Pereira et al., 2021) e não foram destacados nesses estudos da revisão e trabalhos que enfatizam

a saúde física e mental dos profissionais. Assim como na maior parte dos noticiários e nas homenagens, eles foram deixados de lado.

Somado aos fisioterapeutas, também não foram incluídos os psicólogos, que tiveram atuação essencial no cuidado com a saúde mental dos familiares, pacientes e equipe, além de proporcionar o contato virtual (as visitas mediadas por aparelhos eletrônicos) entre paciente e família, minimizando o sofrimento e o isolamento (Grincenkov, 2020). Destaca-se ainda os terapeutas ocupacionais com várias atuações, como a reabilitação das sequelas pós COVID-19 (Macêdo et al., 2020); assistentes sociais com a investigação dos aspectos econômicos, sociais e culturais que atravessam o processo saúde-doença a fim de identificar recursos para o enfrentamento (Matos, 2020), entre outras tantas profissões essenciais que compõem a equipe de saúde.

As equipes de limpeza e administrativa (também compostas majoritariamente por mulheres) que não aparecem nesses estudos tão pouco nas estatísticas, mas são essenciais na manutenção/assistência, possibilitando o trabalho na saúde. A equipe de limpeza compõe e está sempre presente nos protocolos da COVID-19, porém são invisíveis ao sistema, seja na limpeza do ambiente hospitalar ou nas outras unidades de saúde. Geralmente, são trabalhadoras terceirizadas (Chilida & Cocco, 2004) e expostas a constante risco de contaminação. De acordo com Silva (2022), as informações disponíveis sobre a atuação dos profissionais de limpeza dos hospitais durante a pandemia pela COVID-19 são superficiais e escassas. Não há descrição do perfil dessas profissionais, nem mesmo da incidência da doença nesse grupo de trabalhadores.

E a linha de frente também não é composta apenas pela atenção terciária e secundária. Mesmo havendo uma hipervalorização desses setores, a atenção primária surge como imprescindível para a organização e cuidado em relação à pandemia e seus impactos. Majoritariamente são mulheres que preenchem o cargo de Agente Comunitária de Saúde

(ACS), ocupação que é considerada fundamental na Atenção Primária e não é valorizada. Afinal, são os(as) ACS que monitoram os pacientes com sintomas inicialmente leves em casa, orientando sobre o isolamento social, alimentando os indicadores, entre outros (Vieira-Meyer et al., 2021), possibilitando a prevenção e o tratamento. Porém, de acordo com a revisão apresentada por Sá Gomes et al. (2021), há uma falha nas ações promovidas pela atenção primária devido à falta de investimento no setor e à má gestão da saúde pública mesmo antes da COVID-19.

Dessa forma, é possível perceber que as relações de trabalho também são atravessadas pelas relações de poder, tanto pela estrutura da rede de atenção à saúde quanto em relação às categorias profissionais. As estruturas sócio-histórica e política da desigualdade de classe, raça e gênero também entram nesses entrelaçamentos. A maior parte da equipe de trabalhadores da saúde é composta por mulheres e a equipe de limpeza em maioria por mulheres pretas (Chilida & Cocco, 2004).

Mesmo com a exposição de todas as condições precárias de trabalho e a desvalorização pelo governo e empresas, a valorização repentina/momentânea da população e a repercussão da mídia e notícias constantes nas redes sociais permitiram criar espaço para discussões e formulações críticas sobre as condições precárias de trabalho. No entanto, não houve “nenhum evidente impacto impeditivo para a continuidade de vínculos empregatícios fragilizados, baixos salários e uma carga horária extremamente elevada de trabalho” (Backes et al., 2021, p. 4).

As autoras Moreira et al. (2020) e Hernandez e Vieira (2020) discutem o enfrentamento à COVID-19 e sua comparação com uma guerra e questionam que se essa guerra tivesse um rosto, seria um rosto de mulher. Enfim, se a maior parte da força de trabalho da saúde é feminina, elas também vivenciam em maior grau os impactos desta guerra como exposto nas categorias elencadas ao longo deste estudo. São os corpos femininos que ocupam as linhas de frente tanto

da casa quanto da saúde. E mesmo consideradas “essenciais” nos cenários públicos e privados, há uma desvalorização intensa em ambos, com as mulheres sendo colocadas em segundo plano pelo governo federal, nas políticas públicas, pelas famílias machistas e a sociedade misógina.

Conclusão

Os desdobramentos da pandemia agravaram o cenário brasileiro em setores já desestruturados e enfraquecidos como educação, saúde e a economia. Assim, os efeitos na população foram diversos e no decorrer desse artigo, enfocamos questões de gênero, considerando os atravessamentos por outros marcadores sociais da diferença. Essas desigualdades também são marcadas na saúde, tanto para os pacientes quanto para os profissionais, os trabalhadores da saúde que tiveram seus trabalhos ainda mais precarizados, ameaça à saúde e impactos na saúde mental. Ademais, as relações de poder entre as profissões se intensificaram e as desvalorizações foram destacadas. Além de viverem no cenário pandêmico brasileiro, as trabalhadoras da saúde também experienciaram as dificuldades de ser mulher na pandemia e parte delas também tiveram que conciliar a maternidade com o trabalho, resultando na sobrecarga dessas.

Os estudos selecionados para a revisão discutiram sobre caminhos possíveis para o enfrentamento das dificuldades apresentadas e para amenizar a precarização do trabalho, os impactos vivenciados pelas mulheres trabalhadoras e para aquelas que também são mães. Os caminhos trilham em direção de um engajamento crítico, feminista e político da população como um todo, assim como da reflexão sobre o modo de produção capitalista, a precarização do trabalho, sobrecarga feminina e a divisão sexual do trabalho. Também a valorização e cuidado das trabalhadoras de uma maneira geral (englobando todas as categorias), incluindo a consolidação e resgate dos direitos trabalhistas. Além do investimento na saúde, na pesquisa, na rede intersetorial e no fortalecimento do SUS.

A seleção dos artigos foi realizada em setembro de 2021 e não abarca os novos estudos sobre o tema, porém o presente estudo marca a ausência de estudos sobre as trabalhadoras da saúde que são mães e outros trabalhos que retratem, contemplem e valorizem todas as profissões que foram essenciais no enfrentamento da COVID-19, seja da equipe técnica, como também das equipes administrativas e de limpeza. Questões como adoecimento psíquico, estresse, dificuldade em relação às medidas de proteção (seja em relação à ausência ou negligência), desvalorização do trabalho, não impactam da mesma maneira às diversas categorias profissionais, sendo necessário atentar-se para as especificidades de cada uma, de modo a evitar prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores, além de afetar a qualidade da atenção prestada aos pacientes (Teixeira et al., 2020). Destarte, os recortes de gênero, raça e classe também devem ser sempre realizados para melhor compreensão dos fenômenos (Bretas, 2019).

Cabe destacar que esse estudo faz parte de uma pesquisa de mestrado em andamento que relata sobre a realidade vivida pelas mães trabalhadoras da saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destinada para pacientes infectados pela COVID-19. Durante a coleta dos dados, há uma dificuldade de encontrar as participantes uma vez que o hospital não possui a caracterização dessas profissionais, não há informação sobre o fato de serem mães. A invisibilidade dos dados não somente dificulta a consecução da pesquisa, como denuncia a irrelevância e descaso com a caracterização do perfil das trabalhadoras, a fim de pensar em estratégias e políticas trabalhistas e de saúde para elas.

Mesmo sendo constatado e alertado pela literatura científica, há anos, que as mulheres são a maioria nas equipes de saúde, os debates e articulações sobre a questão de gênero e ênfase nas sobreposições dos papéis da mulher são escassos. Enfatiza-se a importância do desenvolvimento de pesquisas sobre essas temáticas e o reconhecimento da relevância de tratar esta situação com seriedade e compromisso com a saúde das trabalhadoras e com a superação das desigualdades de gênero, uma vez que há outras implicações e entraves para a conciliar a

sobreposição e sobrecarga de papéis sociais. Isto demonstra a pertinência de refletir sobre a centralização do cuidado na mulher, resultando na sobrecarga feminina, como citado no texto, além do adoecimento das trabalhadoras da saúde e os impactos, tanto no cuidado/prestação de serviço quanto em suas vidas.

Referências

- Antunes, R. (2020). *Uberização, trabalho digital e indústria 4.0*. Boitempo.
- Ávila, F. M. V. P., Goulart, M. de. C. L., Góes, F. G. B., Silva, A. C. de. O., Duarte, F. C. P., & Oliveira, C. P. B. de. (2021). Sintomas de depressão em profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19. *Cogitare enfermagem*, 26, Article e76442. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.76442>
- Backes, M. T. S., Higashi, G. D. C., Damiani, P. da. R., Mendes, J. S., Sampaio, L. de. S., & Soares, G. L. (2021). Working conditions of Nursing professionals in coping with the COVID-19 pandemic. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, Article e20200339. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>
- Bezerra, G. D., Sena, A. S. R., Braga, S. T., dos Santos, M. E. N. dos., Correia, L. F. R., Clementino, K. M. de. F., Carneiro, Y. V. A., & Pinheiro, W. R. (2020). O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 93, Article e020012. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.0-art.758>
- Bispo, N. de. M., & Caldeira, A. R. (2020). As contradições sociais evidenciadas pelo novo coronavírus e a vida das mulheres no contexto da pandemia. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*, 12(3), 479–502. <https://doi.org/10.9771/gmed.v12i3.37149>
- Bitencourt, S. M., & Andrade, C. B. (2021). Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 1013-1022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Bretas, A. (2019). DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016, 244p. *Trans/Form/Ação*, 42(2), 235-246. <https://doi.org/10.1590/0101-3173.2019.v42n2.12.p235>.
- Caruzo, M. B. R., Ramalho, M. de O., Philipp, J., & Bragagnolo, C. (2020). Maternity, Science and pandemic: an urgent call for action! *Hoehnea*, 47(1), Article e812020. <https://doi.org/10.1590/2236-8906-81/2020>
- Chilida, M. de Pi., & Cocco, M. I. C. (2004). Saúde do trabalhador e terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 271-276. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200018>
- Conz, C. A., Braga, V. A. S., Reis, H. H., Silva, S., Jesus, M. C. P. de., & Merighi, M. A. B. (2021). Atuação de enfermeiros em hospital de campanha voltada a pacientes com COVID-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, Article e20200378. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200378>
- Costa, S. da S. (2020). Pandemia e desemprego no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 54(4), 969-978. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170>
- Federici, S. (2019). *O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. Elefante.
- Gandra, E. C., Silva, K. L., Passos, H. R., & Schreck, R. S. C. (2021). Enfermagem brasileira e a pandemia de COVID-19: desigualdades em evidência. *Escola Anna Nery*, 25, Article e20210058. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058>
- Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.
- Grincenkov, F. R. (2020). A Psicologia Hospitalar e da Saúde no enfrentamento do coronavírus: necessidade e proposta de atuação. *HU Revista*, 46, 1-2. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2020.v46.30050>

- Guimarães, L. (2020, 21 março). Coronavírus: profissionais de saúde relatam hostilidade no transporte público de SP. *Época*. <https://oglobo.globo.com/epoca/brasil/coronavirus-profissionais-de-saude-relatam-hostilidade-no-transporte-publico-de-sp-24320240>
- Hernandes, E. S. C., & Vieira, L. (2020, 17 Abril). A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à COVID-19. Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental. <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-COVID-19>
- Horta, R. L., Camargo, E. G., Barbosa, M. L. L., Lantin, P. J. S., Sette, T. G., Lucini, T. C. G., Silveira, A. F., Zanini, L., & Lutzky, B. A. (2021). O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(1), 30-38. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000316>
- Klein, C., Dal'Igna, M. C., & Schwengber, M. S. (2021). Mulheres mães trabalhadoras na pandemia de COVID-19: produção de sentidos em jornais e revistas online. *TEXTURA-Revista de Educação e Letras*, 23(55), 5-37. <https://doi.org/10.29327/227811.23.55-1>
- Lawson, M, Butt, A. P., Harvey, R., Sarosi, D., Coffey, C., Piaget, K., & Thwkkudah, J. (2020) *Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade*. Oxfam. https://rdstation-static.s3.amazonaws.com/cms/files/115321/1579272776200120_Tempo_de_Cuidar_PT-BR_sumario_executivo.pdf
- Macêdo, F. de. O. A., Lopes, K. A. P., Lopes, L. A. M. R., & Cruz, R. F. (2020). Ações e experiências de terapeutas ocupacionais no contexto de pandemia do COVID-19. *Revista Internacional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 4(3), 318-333. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto34058>

- Macêdo, S. (2020). Ser mulher trabalhadora e mãe no contexto da pandemia COVID-19: tecendo sentidos. *Revista do NUFEN*, 12(2), 187-204. <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº02rex.33>
- Machado, M. H., Koster, I., Aguiar Filho, W., Wermelinger, M. C. de M. W., Freire, N. P., & Pereira, E. J. (2020). Mercado de trabalho e processos regulatórios - a Enfermagem no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 101-112. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27552019>
- Martins, L. H. C., & Osterne, M. do. S. F. (2021). COVID-19, Parentalidade Equânime e Igualdade de Gênero: um debate em termos. *Conhecer: Debate Entre o Público e o Privado*, 11(26), 93–112. <https://doi.org/10.32335/2238-0426.2021.11.26.4269>
- Matos, M. C. de. (2020). A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. *Conselho Regional de Serviço Social de Alagoas*, 1-9.
- Minayo, M. C. de S., & Freire, N. P. (2020). Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3555-3556. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>
- Moreira, L. E., Alves, J. S., Oliveira, R. G., & Natividade, C. (2020). Mulheres em tempos de pandemia: um ensaio teórico-político sobre a casa e a guerra. *Psicologia & Sociedade*, 32, Article e020014. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240246>
- Organização das Nações Unidas Mulheres. (2020). *Gênero e COVID-19 na América Latina e no Caribe: Dimensões de gênero na resposta*. Casa das Nações Unidas. https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf
- Organização Pan-americana da Saúde. (2019). *Diretriz estratégica para a enfermagem na Região das Américas*. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-americana da

- Saúde. <https://www.paho.org/pt/documentos/diretriz-estrategica-para-enfermagem-na-regiao-das-americas#:~:text=Abordar%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20trabalho,a s%20redes%20integradas%20de%20servi%C3%A7os>
- Ornell, F., Helpert, S. C., Kessler, F. H. P., & Narvaez, J. C. de M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), Article e00063520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>
- Paiano, M., Jaques, A. E., Nacamura, P. A. B., Salci, M. A., Radovanovic, C. A., & Carreira, L. (2020). Saúde mental dos profissionais de saúde na China durante pandemia do novo coronavírus: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), Article e20200338. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>
- Passos, R. G. (2017). ‘Entre o assistir e o cuidar’: tendências teóricas no serviço social brasileiro. *Em Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 15(40), 247-260. <https://doi.org/10.12957/REP.2017.32725>
- Pereira, E. R., Rodrigues, B. R. F. Gomes, E. S., Franco, F. S., Silveira, L. A. G., Cremonese, M., Pires, V. C. M. C., & Ferreira, W. S. (2021). Importância da fisioterapia frente a pandemia provocada pelo novo Coronavírus. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 9020-9030. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-612>
- Perez, L. (2001). Os desafios para o século XXI. *Mulher e Trabalho*, 1, 51-53.
- Pires, L. N., Carvalho, & L. Rawet, E. (2020). Multidimensional Inequality and COVID-19 in Brazil. *Public Policy Brief*, (153), 1-18. <https://doi.org/10.22201/fe.01851667p.2021.315.77390>
- Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. (2020, 20 março). Declara, em todo território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19). Ministério da Saúde.

- Sá Gomes, E. M. de., Hilarino, L. V., Furtado, T. R., & Alvim, A. L. S. (2021). Desafios da atenção primária à saúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Archives of Health*, 2(3), 299–313, 2021. <https://doi.org/10.46919/archv2n3-009>
- Santos, B. C. A. (2021). Tensões e soluções entre maternidade e profissão no Brasil em tempos de pandemia de COVID-19. *In* J. H. de. Goes (Org.), *Reflexão sobre direito em tempos de pandemia* (pp. 27-38). Aya Editora.
- Santos, G. de. B. M., Lima, R. de. C. D., Barbosa, J. P. M., Silva, M. C. da., & Andrade, M. A. C. (2020). Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela COVID-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), Article e00300132. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00300>
- Schettino, G., & Miranda, R. (2021). Hospitais de campanha para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil. *In* A. O. Santos, & L. T. Lopes (Orgs.), *Acesso e cuidados especializados: volume 5*. (pp. 125-135). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2021/01/COVID19-volume5.pdf#page=125>
- Silva, A. L. N. V. da. (2022). *Equipe de limpeza hospitalar no contexto pandêmico: revisão de escopo* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul]. <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/4662>
- Silva, E. do. N. (2021). Maternidade como política de vida: sobre sentidos, raízes e (r)existências a partir do contexto da pandemia da COVID-19. *In* B. C. Teles, & F. P. Rebelo (Orgs.), *O pessoal é político: relatos de mães acadêmicas no contexto da pandemia*. Editora Dialética.

- Silva, S. C. M. da., Santana, M. A. C. de. S., & Latorraca, E. R. de. A. (2021). Os impactos da redução de investimento público no SUS na pandemia de COVID-19 no Brasil. *SCIAS - Direitos Humanos e Educação*, 4(1), 47–65.
- Souza, N. V. D. de. O., Dias, M. O., Carvalho, E. C., Varella, T. C. M. M. L., Lima, L. dos. S. C. de., & Soares, S. S. S. (2020). Uberisation risk of nursing work in times of COVID-19 pandemic: experience report. *Research, Society and Development*, 9(10), Article e7629109060. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9060>
- Teixeira, C. F. de. S., & Paim, J. S. (2018). A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde Debate*, 42(2), 11-21. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>
- Teixeira, C. F. de. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. de. M., Andrade, L. R. de., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- United Nations Women. (2020). In Focus: Gender equality matters in COVID-19 response. www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-COVID-19-response
- Vieira, J., Anido, I., & Calife, K. (2022). Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da COVID-19: é mais difícil para elas? *Saúde em Debate*, 46(132), 47-62. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213203>
- Vieira-Meyer, A. P. G. F., Moraes, A. P. P., Campelo, I. L. B., & Guimarães, J. M. X. (2021). Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 657-668. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.29922020>.

World Health Organization. (2020, March 11). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020.

<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>

ESTUDO 2

O discurso de mulheres-mães que atuam na UTI COVID-19: o que é ser mãe e trabalhadora da saúde durante a pandemia?

Introdução

A pandemia da COVID-19 tem diversos desdobramentos e impactos na população e pode ser dividida em diferentes fases. As fases foram acompanhadas através de indicadores criados por diversos órgãos de monitoramento, mesmo com os limites e dificuldades relacionados com a disponibilidade parcial de dados, assim como a interrupção do compartilhamento. Os autores Barcellos e Xavier (2022) dividiram a pandemia baseados nesses indicadores em 5 fases, enfatizando a positividade de testes, número de internações e óbitos.

A primeira fase é marcada por uma expansão das capitais, em um movimento de interiorização e subnotificação dos casos de março até agosto de 2020. Durante setembro de 2020 a janeiro de 2021, houve um período de estabilização do número de internações e óbitos, devido a implantação das medidas de segurança e isolamento, porém algumas regiões foram mais afetadas por falta de insumos (Barcellos e Xavier, 2022).

A segunda onda, no início de 2021, com as novas variantes, foi marcada não só pelo aumento da positividade de testes, mas também houve o maior número de mortes. Há em sequência uma crise generalizada do sistema de saúde, com deficiência de insumos e equipamentos e esgotamento dos profissionais de saúde. Porém, em janeiro de 2021, a vacinação iniciou lentamente, alterando o cenário da pandemia (Barcellos e Xavier, 2022). Vale destacar que a ausência de uma ação coordenada no âmbito nacional e regionais, ocasionando em medidas isoladas e sem resultados significativos, assim como o movimento de desqualificar os imunizantes e as medidas de isolamento, marcaram todas as fases (Xavier et al, 2022).

Ao lembrar sobre a primeira fase, antes da vacinação, é possível visualizar os altos números de internações, subnotificações e mortes exponenciais. As medidas de proteção eram pautadas no isolamento social, medidas restritivas, fechamento de escolas e espaços de socialização. Assim como a incerteza sobre o vírus e os seus efeitos, o medo generalizado e

primeiros impactos na economia foram marcadores importantes dessa primeira etapa. Com o aumento da vacinação, flexibilização das medidas e fim declarado da pandemia pela Organização Mundial de Saúde, o número de mortes diminuiu, mas agora há novos desafios: sequelas de internações prolongadas, além de outros desdobramentos, como o retorno às escolas com o desafio de lidar com atrasos escolares e dificuldade de socialização, atraso no desenvolvimento infantil, entre outras questões (Barcellos e Xavier, 2022; Xavier et al., 2022).

Diante desse cenário, os trabalhadores da saúde também precisavam se ajustar em cada etapa. No início da pandemia, não existia a vacina e os profissionais de saúde estavam descobrindo quais eram os melhores protocolos de intervenção. A incerteza sobre o contágio, a impotência em relação ao tratamento, o contato recorrente com a morte, medo de infectar a família e o isolamento social tiveram impactos significativos não só na rotina, mas na saúde mental desses trabalhadores (Santos et al. 2023). Cabe destacar que as equipes de saúde são compostas majoritariamente por mulheres.

De acordo com o Censo de 2000, as mulheres representam também 70% do total de profissionais de saúde, sendo que na época a realidade brasileira era composta por 62% para as categorias de nível superior e 74% de nível médio. Em 2015, a FIOCRUZ realizou uma pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil e foi possível perceber que mais de 85% eram compostos por mulheres. Até mesmo as profissões que são consideradas tradicionalmente masculinas (medicina e odontologia), têm cada vez mais taxas elevadas da participação feminina (Wermelinger, Machado, Tavares, Oliveira & Moysés, 2010). Em 2020, a OMS relatou que 70% das equipes de saúde são compostas por mulheres no mundo todo (OMS, 2020).

A feminização da saúde pode ser vista como uma extensão da divisão sexual do trabalho, inclusive explica o baixo valor social das profissões da saúde mesmo em cenários que escancaram sua importância. Historicamente, o trabalho de cuidado foi designado para as mulheres e de forma gratuita, assim é vista como uma prática “naturalizada”, como se fosse parte do “ser mulher”. Dessa forma, as atividades profissionais são consideradas semelhantes às aquelas desempenhadas pelas mulheres no ambiente doméstico e privado, resultando em um espaço também “de mulher” (Birolli, 2018; Yannoulas, 2011; Pastore, Rosa & Homem, 2008).

Vale destacar que esse estudo é fruto do mestrado realizado na Universidade Federal de Uberlândia (UFU) na linha de pesquisa: Psicologia e Processos Psicossociais na saúde e educação. O tema surge a partir da inquietação da pesquisadora, mulher, ao trabalhar no cenário

de estudo (hospital universitário) como residente na primeira fase da pandemia, e presenciar a angústia dos trabalhadores e familiares, mas principalmente das mulheres, relacionado aos filhos e outras pessoas que demandam seus cuidados.

Diante dessa implicação direta com o tema, inicialmente, foi realizada uma revisão da literatura com objetivo de investigar a contribuição das pesquisas desenvolvidas, em âmbito nacional, acerca do impacto multidimensional da pandemia na vida das mulheres trabalhadoras da área da saúde. A partir desse trabalho, foi possível perceber que a população brasileira como todo foi impactada com os desdobramentos da pandemia que agravam as crises econômicas, sanitárias e da educação. Porém, as trabalhadoras da saúde eram linha de frente, tiveram seus trabalhos ainda mais precarizados e as relações de poder intensificadas; ameaça à saúde e à vida; impacto na saúde mental, incluídas as questões de gênero que atravessam não só o trabalho, mas também a vida familiar e doméstica.

Estudos apontam para a intensificação da sobrecarga feminina e ainda há ausência de estudos que dialogam sobre a questão de gênero de uma maneira geral, e principalmente, relacionado com a conciliação maternidade-trabalho na saúde durante a pandemia. Dessa forma, o objetivo da presente pesquisa foi investigar o discurso de mulheres-mães que atuam/atuaram na UTI COVID-19 como trabalhadoras da saúde à luz das questões de gênero no trabalho, na maternidade e na sociedade.

Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de caráter qualitativo que permite compreender o modo como cada participante percebe a problemática do presente estudo. A abordagem qualitativa contribui, assim, para o entendimento dos sentidos e significados do fenômeno baseado nos valores culturais, processos históricos, representações sociais e relações do indivíduo (Minayo, 2010).

O estudo foi realizado em um hospital universitário de um município de Minas Gerais, com a participação de mães profissionais da saúde, que atuaram diretamente nas UTIs destinadas ao atendimento de pacientes com COVID-19 (chamadas de UTIs COVID-19/UTIs 19 COVID), para investigar a experiência dessas mulheres. O presente estudo, está de acordo com as normas da Resolução nº 466/12 e da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFU.

O hospital atende alta complexidade da macrorregião da cidade, abrangendo mais de 25 municípios e durante a pandemia houve o processo de transição de administração do hospital, acarretando diversas mudanças, demissões e contratações emergenciais devido às necessidades de atendimento na primeira fase da pandemia. Cabe destacar que os dados de recursos humanos do hospital não dispunham dos dados referentes à maternidade das mulheres que ali trabalham, assim o hospital não tem controle de quantas e quais mulheres são mães. Em relação à quantidade de leitos e estruturas das UTI, essas são modificadas frequentemente devido ao dinamismo, evolução e agravamento dos dados epidemiológicos, sendo necessário inclusive construir outra unidade em outro bloco do hospital na fase de pico da pandemia do município.

Para alcançar o objetivo do estudo, foram utilizados os instrumentos: (1) o questionário autoaplicável online construído pelos pesquisadores para caracterização sociodemográfica da amostra e (2) a entrevista semiestruturada. A entrevista é apresentada por Minayo (2010) como uma “conversa com finalidade”, norteadas pelos objetivos da pesquisa. A entrevista permite a possibilidade de aprofundamento de determinados temas, segundo o ponto de vista do entrevistado e favorece suas respostas espontâneas. É utilizada principalmente na descrição de casos com o intuito da compreensão de especificidades culturais e sociais de grupos (Boni & Quaresma, 2005). Optou-se pela entrevista semiestruturada, buscando profundidade de aspectos específicos, por essa permitir maior flexibilidade (Nunes et al., 2016).

As perguntas da entrevista semi-estruturada foram construídas pelos próprios pesquisadores com intuito de compreender a experiência do trabalho na pandemia sendo mulher-mãe: o que elas consideram importante falar sobre sua história pessoal e profissional; como que elas receberam a notícia da pandemia; quais foram os caminhos percorridos até o trabalho na saúde; quais foram as mudanças durante a pandemia na rotina do dia a dia e do trabalho; o que é ser trabalhadora da saúde durante a pandemia (no contexto Brasil e no referido hospital); a especificidade da profissão (quais suas atribuições, quais as dificuldades e potencialidades da profissão nesse período); como o seu corpo reagiu diante dessa experiência e cenas vividas durante a pandemia. Vale ressaltar que a entrevista tem enfoque na postura colaborativa e espontânea proporcionando espaço de construção histórica com base no relato narrado.

Os dados produzidos a partir desses instrumentos foram analisados à luz da análise de discurso (Burr, 1995), sendo que o estudo estará ancorado na perspectiva do construcionismo social. Burr (1995) defende que não há neutralidade e que todo conhecimento possui

especificidade histórica e cultural. O discurso é entendido como um conjunto de representações, metáforas, histórias e imagens. Refere-se a uma versão particular de eventos, como uma imagem pintada de um evento, pessoa, de uma maneira particular sob determinada luz.

A análise do discurso propõe pensar quais os discursos estão sendo acionados nas falas para atribuir sentido às vivências e significar as experiências. A autora ressalta que os discursos, que formam nossa identidade, têm influência direta sobre o que podemos e devemos fazer. Portanto, Burr (1995) reforça a necessidade de uma postura reflexiva, ética e política do pesquisador para realizar essa análise, inclusive a pesquisa deve ter como objetivo a mudança e a mobilização para aqueles que precisam, transformando a pesquisa em ação e atividade política. Suas principais etapas são: revelação de contradições, desenvolvimento de maneiras atuais de entender discursos e representações sobre pessoas e sociedades e mostrar como “verdades” atuais foram constituídas, como elas são mantidas e quais relações de poder elas carregam e, por fim, a análise de discurso, na qual os discursos são examinados e suas identidades e implicações de poder são trazidas à tona.

Após a organização dos dados, o referencial teórico adotado foi ancorado no construcionismo social, o qual defende que os conceitos e ideias partem de uma construção social, surgindo em um intercâmbio social na relação mediada pela linguagem (Hoffman, 1998). Dessa forma, a teoria aposta que os sujeitos constroem seus significados imersos em um contexto histórico e cultural (Gergen & Gergen, 2010). O construcionismo social, como método de pesquisa em psicologias possibilita o encontro de saberes, de narrativas e a produção de conhecimento em áreas distintas, visando a transdisciplinaridade (Sanches-Justo et al., 2010).

Resultado

As entrevistas ocorreram no período de novembro de 2022 até janeiro de 2023, foram 7 mulheres que contribuíram para a pesquisa de modo online através da plataforma Zoom. Todas as trabalhadoras, menos a fisioterapeuta que foi contratada pelo processo emergencial, compunha a equipe da UTI antes da pandemia da COVID-19 e trabalharam na fase inicial (antes da vacinação). Três ainda (enfermeira, médica e psicóloga) atuam na UTI do hospital, porém nos leitos gerais. A técnica administrativa, fisioterapeuta e a técnica de enfermagem foram demitidas devido à transição de administração/gestão, mas também trabalharam até a fase da pós vacinação.

Destaca-se que as mulheres relatam, a maior parte do tempo, sobre a primeira fase da pandemia, antes das vacinas e protocolos, realizando um processo de rememoração e que houve

o desejo de entrevistar pelo menos uma profissional de cada categoria profissional ampliando o estudo para atingir a equipe multiprofissional, administrativa e a equipe de limpeza. Assim, não houve um número pré-estabelecido de participantes, visto que se dependia da adesão, disponibilidade e quais dessas trabalhadoras atenderiam aos critérios de inclusão a fim de ser coerente com a pesquisa construcionista.

Na tabela 1, há a caracterização das profissionais de acordo com o questionário sociodemográfico, constando a idade, profissão, idade e quantidade de filhos, estado civil e raça. Cabe destacar que todas as mulheres são cisgêneros e heterossexuais e os nomes das participantes foram substituídos por nome de flores (inspirado no poema “A flor e a náusea” do Carlos Drummond de Andrade) fim de preservar suas identidades.

Tabela 1

Caracterização das trabalhadoras

Nome da participante	Idade	Profissão	Idade do(s) filho(s)	Estado civil	Raça
Lírio	39	Psicóloga	4 e 6	Casada	Branca
Margarida	39	Enfermeira	14	Casada	Branca
Violeta	43	Enfermeira	9 e 12	Casada	Branca
Rosa	49	Téc.Administrativa	29 e 33	Divorciada	Parda
Aloé	45	Enfermeira	25 e 33	Divorciada	Branca
Orquídea	42	Médica	10	Casada	Branca
Girassol	38	Fisioterapeuta	4 e 2 meses	Casada	Branca

Após o processo de transcrição, foi construído um eixo discursivo chamado de "Discursos do Dever" e que está organizado em quatro categorias: (1) dever do cuidar; (2) dever de proteger(-se); (3) dever do (não) sentir e (4) dever de ser heroína. Ou seja, as falas, para significar e justificar ações e pensamentos, acionam discursos de deveres construídos e

reforçados socialmente como sendo das mulheres. Os discursos do dever ajudam a compreender o cotidiano e as expressões produzidas, que organizam e fornecem sentido às vidas dessas mulheres. Frisamos que a postura dos pesquisadores é baseada em uma perspectiva feminista e discursiva sobre o olhar das experiências e dos relatos dessas mulheres.

Discussão

O Dever do Cuidar

Há o discurso sociocultural construído no qual se afirma que as mulheres são responsáveis pela manutenção da vida e da casa, o trabalho doméstico, a responsabilização quase que exclusiva da criação dos filhos, cuidado com os acamados, com as pessoas com deficiência e com os idosos – o chamado trabalho reprodutivo - e elas também realizam o trabalho produtivo (trabalho reconhecido como trabalho além de remunerado) e, assim, acabam por acumular o desempenho desses dois tipos de trabalhos (Federici, 2019).

Portanto, o “dever de cuidar” consiste no discurso socialmente produzido no qual atribui os cuidados e manutenção da vida e da casa para a mulher e para além do trabalho doméstico, os trabalhos remunerados que também estão correlacionados com esses. Dessa forma, o objetivo dessa categoria temática é discutir sobre as construções sociais do “dever de cuidar”, na interface com o gênero feminino, maternidade e trabalho na saúde. Esse discurso é acionado diversas vezes pelas entrevistadas, socialmente embasado e intensificado pelo isolamento social.

No relato das participantes, é unanimidade a dificuldade da conciliação entre a maternidade e o trabalho na nova configuração que impõe a pandemia (intensificação do trabalho e mudanças nos cuidados/rotina para evitar o contágio, ameaça constante à saúde). Ademais, de acordo com os relatos, sobrecarga de trabalho, a ausência da rede de suporte, a estigmatização por ser linha de frente e fechamento das escolas são fatores que dificultam ainda mais a conciliação, resultando em sobrecarga das mulheres-mães.

Maldonado (2017) afirma que se tornar mãe modifica o papel social da mulher, sendo necessárias novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança na identidade. Essas adaptações, que já ocorriam anteriormente, se agravam no cenário pandêmico, uma vez que a pandemia promoveu mudanças na dinâmica familiar, acentuou a precarização das políticas públicas de amparo à mulher, à maternidade e à infância no que tange ao trabalho

reprodutivo, alterou a rotina de trabalho, paralisou as atividades escolares presenciais e ocasionou o afastamento/ausência das redes de apoio, causando uma sobrecarga ainda maior nas mães (Santos, 2021).

Essa sobrecarga já existia, também já existia a culpabilização por aquelas que não cumprem esses papéis, sendo intensificada durante a pandemia por diversos fatores como o isolamento social que ocasiona a ausência/afastamento da rede de suporte para dividir os cuidados domésticos e familiares (destaca-se que são outras mulheres que compõem essa rede como avós, tias ou a terceirização do cuidado – babás, enfermeiras, empregadas domésticas) (Klein et al., 2021; Santos, Lima, Barbosa, Silva & Andrade, 2020). O contexto pandêmico só destaca ainda mais a desigualdade da responsabilidade pelo trabalho de cuidado, acentuando assim a desigualdade de gênero, e explicitando as relações de poder acionadas referentes ao gênero (Oxfam, 2020).

Assim, Violeta destaca:

“Foi difícil no início (...) não tinha muita ajuda, porque minha mãe naquela época não tinha vacina, e minha mãe que ficava com eles pra eu ir trabalhar e ela teve que ficar com a minha avó. A gente não podia ter contato, né, naquela época, com ninguém. Então eu fiquei, da noite pro dia, sem ajuda de ninguém.”

Como citado, a rede de cuidados, composta por outras mulheres, é acionada para o compartilhar do cuidado enquanto as mães estão no trabalho remunerado. As entrevistadas ressaltam esse contexto não só como mães, mas também como avós que se martirizam por não auxiliar mais nos cuidados dos netos. A participante Rosa é avó e também responsável por cuidar dos netos (anteriormente no contra-turno do trabalho e atualmente o dia todo após demissão) para os pais trabalharem. Durante a pandemia devido ao trabalho na UTI e o medo da contaminação, ela precisou interromper esses cuidados e se sentiu culpada pela ausência na vida dos netos e filhos.

Destaca-se também, a alteração na dinâmica familiar e no conceito de lar que, além de casa, torna-se também local de trabalho (homeoffice) e escola (homeschooling), ocasionando a necessidade de inventar novas formas de manter a educação escolar daquelas que têm filhos (Santos, 2021). Dessa forma, o coronavírus não é apenas um problema da área da saúde, é também gerador de uma crise de prestação de cuidados (seja enquanto profissional da saúde ou

trabalho não remunerado doméstico) no qual as mulheres estão no centro (United Nations Woman, 2020).

Há a contradição que essas mulheres possuem o “dever de cuidar”, seja no trabalho ou na maternidade, porém não possuem recursos e suporte para que isso seja possível. É possível perceber nos relatos, o papel de cuidar da educação em tempo integral, para além dos deveres domésticos, também assume a função de tutorar o ensino. Quanto a essa questão, Violeta conta:

“Eu trabalhava no turno da tarde, as escolas também pararam e eu tive que passar pra de manhã, porque à tarde tinha aula on-line com os meninos e eu tinha que ficar em casa pra organizar. E aí foi tudo muito, nossa... Insano até. Porque precisava ir de manhã, trabalhar, voltar correndo e... E aprender tudo lá também, ao mesmo tempo (...) Aí eu chegava à tarde já na hora da aula, começava 13h30, eu chegava, almoçava com o prato na frente da tela do computador com os meninos, com o G. principalmente porque estava na fase de alfabetização. E alfabetizar a criança com TDAH on-line é, assim... Sei lá que que é isso. Mas foi, né, passou. E aí foi muito difícil. Tinha dia que eu e ele chorava na frente do computador, porque deixar uma criança a tarde inteira sentada na frente do computador é um castigo. Assistindo aula, né? Se fosse pra ficar jogando, vendo YouTube, não. Mas pra assistir aula, fazer tarefa, era um martírio. Nossa, foi a parte mais doída, assim, de tudo. (...) Então fazia e aprendia como que ia fazer pra cuidar dessa doença, dos pacientes, para poder se preservar também garantir a assistência. Então foi um período difícil. E foi assim ao longo do ano, a gente fazendo muitas coisas ao mesmo tempo e criando fluxo, fazendo treinamento pra poder adequar. E em casa, uma loucura. Então foi um período que, realmente, foi pesado.”

Assim, é possível destacar um dever relacionado à produtividade, um dever de cuidar que se espera da mulher, mãe, profissional da saúde. Ainda que em seu momento teoricamente de descanso, a mulher é cobrada sobre a responsabilidade de produzir entretenimento, cuidado e opções criativas para os filhos, já que a rede de apoio e demais equipamentos sociais deixam de existir e ela tem que assumir inteiramente os papéis que esses desempenhavam. O discurso

acionado por esses endossa a cobrança, uma vez que baseado nesse discurso, elas possuem o dever de cuidar e dar conta.

Vale destacar que, como citado, as entrevistadas têm filhos de diferentes faixas etárias, mesmo que a demanda seja parecida em diversos aspectos, há a especificidade de cada faixa etária, por exemplo, como dialogar sobre o vírus e formas de proteger-se, assim como diferentes posturas e desprendimento de energia, evidenciando o cuidado materno para além das atividades diárias habituais, de antes da pandemia. De acordo com os relatos, os filhos pré-adolescentes e adolescentes apresentaram queixas principalmente em relação à socialização entre os pares, dificuldade de adaptação escolar (seja pelo início das aulas on-line ou pelo retorno às aulas presenciais) e por terem interrompido as atividades extraescolares. Os filhos adultos apresentavam demandas econômicas (devido ao desemprego desencadeado pela pandemia) e suporte emocional e as crianças demandam presença ativa, inovação da rotina e socialização entre a família como pode ser exemplificado na fala de Lírio:

“[...]precisei aprender ou aprimorar uma série de coisas, uma série de habilidades na maternidade assim, e assumir até outros papéis na ausência da escola, eu acho que a escola foi um dos maiores assim, então eu lembro assim, dos meninos no dia da minha folga, ir para a garagem do prédio, e estender um rolo, aí tinha que inventar né, então tinha que ser criativa, e eles cobravam, e a gente ia fazer o que? Aí eu tinha que criar alguma coisa, que tinha que ser ao ar livre, que fosse lá na garagem do prédio né, então assim, é massinha, e pintura, lá tinha um espaço grande e a gente andava muito de carrinho, descia duas ou três vezes lá no dia pra andar de carrinho lá embaixo, cada um tinha o seu carrinho e a motoca né, então assim, nossa, muita coisa, aprender a cantar, então nós cantamos nessa pandemia, porque aí dependia muito do eletrônico né, da tela, então as crianças ficavam muito em tela né então tinha que dançar, tinha que cantar, e era a gente o tempo todo pra fazer tudo né.”

Portanto, reinventar a rotina, explorar novos papéis impostos (ser professora, voltar a brincar, aprender novas funções) e descobrir novas formas de estar com os filhos foram outros desafios vivenciados pelas trabalhadoras da saúde. Vale destacar, que o discurso social que responsabiliza exclusivamente as mulheres pelos filhos, também é acionado por essas mulheres

ao relatarem a sobrecarga e não questionarem a ausência de outras pessoas para compartilhar o cuidado, apenas lamentando essa dificuldade durante a pandemia.

Diante desse contexto, é possível perceber que os relatos das participantes estão condizentes com as pesquisas brasileiras relacionando maternidade e trabalho na pandemia, que investigaram essa conciliação de atividades, uma vez que esses apontaram diversos entraves sociais, marcados majoritariamente por alterações significativas na rotina, dificuldade de conciliação de maternagem/trabalho, sobrecarga centralizada na mulher, falta de rede de suporte (Caruzo et al., 2020; Martins & Osterne, 2021; Silva, 2020; Santos, 2020).

Dever de Proteger(-se)

As trabalhadoras da saúde vivenciaram maior risco de contágio pela COVID-19 devido a vários fatores: jornadas exaustivas; sobrecarga de trabalho pela quantidade de casos e ausência de profissionais adoecidos; falta de protocolos; falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para toda a equipe; ausência de infraestrutura adequada, de recursos físicos e mão de obra (Santos, Lima, Barbosa, Silva, Andrade, 2020). Como exposto, há alterações significativas nas rotinas pessoais e profissionais. As relações domésticas existentes, que exigem o cuidado e presença dessas mulheres, impedem a sustentação do isolamento social, seja pela necessidade de cuidados com os filhos ou pela ausência de outras pessoas para exercer essa função. Mas existem também outras pessoas com quem precisam conviver de forma direta ou indireta, como por exemplo – a mãe que tem guarda compartilhada tem contato indireto com a família da parte desse filho, familiares de cônjuge, pessoas que residem no mesmo prédio ou compartilham o transporte público.

Diante desses contextos, surge uma nova preocupação: o risco de contaminação dos familiares, principalmente dos filhos (crianças sem vacina) e idosos (grupo de risco). Dessa forma, o dever de proteger(-se) tem como intuito discutir sobre o dever de proteger que essas mulheres relatam e pelo qual se culpabilizavam. O dever de proteger os filhos a qualquer custo, assim como a família, está relacionado e embasado no discurso do “instinto materno”, que se liga a outros discursos dos deveres. Dessa forma, há a necessidade de proteger-se para proteger o outro.

Há perspectivas dentro da psicologia, e na ciência de uma maneira geral, que ressaltam a importância da impessoalidade, neutralidade e não politização da investigação, baseado nos

fundamentos positivistas da objetividade. Assim, o discurso dominante nos estudos sobre as mulheres, não questiona as concepções machistas e exploradoras da mulher (Nogueira, 2001). Portanto, esses discursos são difundidos culturalmente e repetidos pelas entrevistadas, que justificam seus atos como se maternar fosse algo natural ou instintivo, tornando esses cuidados como prioridade na vida das mulheres. Inclusive, endossa a ideia de "anular-se" e preocupar-se principalmente com os filhos e a família, naturalizando a ideia das mulheres serem responsáveis pelo funcionamento da família, deixando claras as relações de poder socialmente construídas. Cabe destacar que diante do risco de “levar para casa o vírus” (essa frase aparece em todas as entrevistas), há necessidade de novos cuidados, como pode ser visto nesse relato de Lírio:

“O primeiro mês eu chegava em casa, meu marido vinha com borrifador né, e limpava tudo por onde eu passava assim né, e eu lembro que eu tinha que andar pela casa toda até chegar o banheiro né, então eu tirava toda a roupa e colocava dentro de um saco lá dentro da lavanderia, a gente só vai mexer nesse saco no outro dia né, pra lavar, tirava o sapato, lavava o cabelo todos os dias e ele ia passando, borrifando até eu chegar no banheiro, tudo o que eu tinha posto a mão né. E aí a gente entendia que depois que eu tinha tomado banho a gente tava limpa a gente conhece muito mais sobre o vírus, a gente sabe que talvez muitas dessas ações não eram efetivas né pensando que é respiratório né, então se eu tivesse contraído o vírus nada disso que eu estava fazendo resolveria, né. A gente fez isso por muito tempo, até que a gente foi entendendo que não era bem assim, né e aí teve o primeiro momento que eu tive o risco de me contaminar que eu tive em contato com alguém positivo e eu lembro que nesse tempo eu fiz o teste e quando eu fiz o teste eu fiquei isolada de máscara em casa eu lembro da angústia das crianças né, porque pros meninos foi muito difícil entender né, até hoje a Isadora me abraça quando eu chego dentro de casa e ela fala: Mãe, você está suja do hospital?.”

Diante do exposto, é possível perceber o “peso” desse dever, há um impacto não só na vida familiar e na atuação profissional, mas em outras esferas das vidas das mulheres como na vida amorosa, social e cotidiana. Lírio também narra em sequência:

“(...) eu acho que eu nunca tive tanto medo assim de me contaminar e acontecer algo comigo, acho que o medo maior sempre foi de levar algo para alguém né, tanto é que no começo tinha um movimento, eu morava em apartamento, hoje eu moro numa casa, antes morava no apartamento, tinha um movimento muito grande de chegar.”

Principalmente no início da pandemia COVID-19, esse medo é intensificado pelas incertezas em relação ao vírus, seja pela forma de contaminação, pelo tratamento ou pelo prognóstico, como Rosa conta:

“É assim, como tava tudo muito confuso assim, é, digamos assim que os cientistas, os investigadores ainda estavam aqui no Brasil ou até mundial investigando a estrutura do vírus. É, eu me lembro bem que no início não era pra gente usar máscara, não era pra gente usar esses parâmetros, sabe?”

A partir das entrevistas, nota-se que as mulheres que participaram desse estudo compartilham vivências em comum, no que diz respeito à responsabilização e culpabilização pelo adoecimento, visto que se torna uma sentença de morte, mesmo que não sejam as únicas possíveis portadoras do vírus. Margarida ao ser questionada sobre o significado de contaminar outras pessoas, mesmo não tendo vivenciado essa experiência, concedeu a seguinte resposta:

“Naquela época, era condenar a pessoa à morte. Porque as pessoas que tavam pegando, a maioria morria. Era novo, era idoso, era qualquer idade, né. Então você levar alguma coisa que você não teve cuidado [...] eu saber que eu levei isso pra pessoa e ela morrer, né. Então é um peso muito grande, muito grande”.

Além disso, há também a diferença nas experiências vivenciadas pelas mulheres devido à condição socioeconômica, idade dos filhos ou pelo tipo de guarda dos filhos. A faixa etária dos filhos influencia não só as demandas, mas também em relação ao medo do contágio. Rosa comenta que era mais fácil lidar com o medo da contaminação em relação aos filhos por já serem mais velhos, porém enfrentava dificuldade de se organizar em relação aos netos, com quem tinha dificuldade de manter o distanciamento social. Também há diferenças na vivência da maternidade em razão da guarda compartilhada, uma vez que há revezamento durante a semana com a mãe e final de semana com o pai, não rompendo esse movimento para não

prejudicar o contato do filho, porém havia medo dobrado de contaminação: “tanto de infectar a família do pai, quanto de trazer para casa o vírus.” (Violeta).

Em relação à condição socioeconômica, Rosa, que era a única que utilizava o transporte público para deslocar-se até o hospital, destacou a preocupação de contaminação também nesse meio de transporte diferente das outras participantes, que utilizam carro próprio. Destaca-se que o transporte público insuficiente, superlotado e serviços de saúde sucateados tornavam inexecutáveis medidas mais efetivas contra o contágio como isolamento/distanciamento social, uso de máscaras e higienização (Bispo & Caldeira, 2021; Bitencourt & Andrade, 2021; Moreira et al., 2020). Assim, o marcador social e econômico da diferença com certeza influenciou no uso do discurso pela participante, podendo inclusive aumentar o sentimento de culpa por uma boa ou má condição de deslocamento em transporte público pela cidade, que é algo que não depende dela. Ou seja, o discurso do dever pode reverberar de forma ainda mais intensa nas camadas sociais mais pobres, desresponsabilizando o Estado e as Políticas Públicas e culpabilizando exclusivamente a mulher, o que também explicita as relações de poder institucional.

Todo esse cenário apresentado resulta em medo intenso do contágio/da morte dos seus familiares; restrição à liberdade e isolamento social; contato direto e frequente com a morte, incerteza em relação à doença/seu tratamento; falta de suporte da sociedade e do governo; o estigma da doença e cobranças excessivas por produtividade. Os problemas associados a essa construção narrativa de responsabilização da mulher, mãe, profissional da saúde, não apenas em cuidar e produzir, mas também em proteger a família do vírus, já que, mesmo com todos os cuidados, diante de uma contaminação, resulta na culpabilização e na sobrecarga emocional da mulher.

Dever de (Não) Sentir

O dever de (não) sentir está correlacionado com a expectativa social da mulher em relação à sensibilidade e empatia (sentir demais) e ao mesmo tempo enquanto trabalhadora da saúde, não é possível sentir para manter um certo modo de entender o profissionalismo e atuar de forma neutra e prática. Essa narrativa e seus sentidos tem como objetivo discutir sobre os sentimentos e as expressões desses nas falas das profissionais da UTI e a impossibilidade de sentir. Tem-se como referência a fala da Orquídea:

“Tiveram muitas mães que perderam filhos, porque morreu muita gente nova, morreu gente de 20 e poucos anos, 30 anos, 40 anos... E eles tinham mães, né. Então eu tô trazendo o relato de outras mães, não... Graças a deus não minha. Mas eu tô trazendo de mães que eu vi, que perderam filhos lá dessa forma trágica, e dessa forma desumana, não sei, sabe? Pra mim, a meu ver, não sei te descrever, assim, o que que eu sentia da pessoa não poder ver o seu familiar, né... O paciente ficar trancado dentro de um leito sozinho, trancado, né. E aí eu lembro que um dia eu cheguei na UTI, a enfermeira me falou assim ‘doutora, a senhora não vai dar conta hoje, né?’, eu falei ‘eu não tenho opção, eu tenho que dar conta’. Eu lembro que eu entubei um paciente encostada na parede, eu não tinha força de tão cansada que eu tava, assim.”

Para além da frustração da dificuldade de conciliação do trabalho-casa-maternidade, as inúmeras mortes, medo de contágio e do isolamento social, foram citados e relacionados com a sobrecarga emocional. Nas entrevistas, foi unanimidade o discurso “nós da linha de frente não tivemos a oportunidade de recuar, tivemos que continuar trabalhando mesmo com medo e preocupação” (Orquídea). Não havia espaço ou tempo para sentir: “Fui com medo mesmo, não tinha outro jeito” (Rosa). E, para as participantes desse estudo, na época, devido a todas as dificuldades citadas, houve a necessidade de não pensar sobre os casos, “seguir de modo automático”, porque se elas parassem para pensar sobre o que estavam vivendo “não iriam dar conta de trabalhar”.

Vale destacar que a palavra “medo” foi a palavra mais citada nas 4 entrevistas (para além da palavra “COVID”), há diferentes medos na pandemia: de contaminar se; de contaminar os entes queridos; de não conseguir conciliar o trabalho com a vida pessoal; de não prestar assistência adequada e suficiente e da morte dos familiares. Há uma contradição importante nesse discurso, pois não se deve sentir, ainda que o gênero feminino seja aquele em nossa sociedade ao qual é atribuído o afeto, a preocupação e o cuidado.

Além da falta de espaço para sentir, também há a ausência do compartilhamento dessas dores com os familiares. Uma participante relata chorar no banheiro para não preocupar a família, outra relata que não contou para os familiares sobre estar vivenciando quadro de insônia. Há uma exaustão física também, que não eram permitidas sentir ou descansar, pois não

era possível suspender os cuidados dos pacientes graves e também da própria família. Assim, de acordo com os relatos, experimentaram seus limites físicos e mentais.

As participantes também tecem reflexões sobre o efeito desse medo e da dor psíquica gerada nesse período, assim ilustrado na fala de Violeta:

“De vez em quando eu tenho esses sonhos, que tava ativando, que precisava ir lá de novo e eu falava ‘não, eu não vou voltar. Eu não vou voltar, eu não vou voltar, não quero nem saber’, (...) eu acho que não quero viver isso de novo, porque foi muito traumatizante nessa questão aí de medo, de cuidado, de tudo. Muita ansiedade, né, tanto que eu tive que procurar ajuda, porque a ansiedade começou a repercutir mesmo, nossa, em insônia, nervosismo... Eu falei ‘nossa, eu acho que vou mandar alguém embora’ de tão nervosa que eu tava, assim, muito intolerante (...). E aí eu procurei ajuda, comecei a 26 tratar, fiz, é... comecei a tomar remédio. Então foi assim, nossa... E até hoje eu tô com remédio.”

Lírio relata que sua prática profissional mudou e está em análise, Rosa verbaliza que desenvolveu dores de cabeça constantes e faz uso de medicação psiquiátrica até hoje. Há um adoecimento do corpo e necessidade de cuidados. Diante do exposto, é possível perceber a sobrecarga emocional vivenciada por essas trabalhadoras, em diversos âmbitos, dialogando com os dados apresentados na literatura científica, sendo possível constatar que as condições precárias e sobrecarga de trabalho no contexto pandêmico brasileiro acarretaram impactos importantes na saúde física e mental dos trabalhadores (Teixeira et al., 2020). Os desdobramentos dessas questões são estresse, esgotamento e adoecimento psíquico. Destarte, estudos apontam para o aumento no número de casos de ansiedade generalizada e depressão dos trabalhadores da saúde com a pandemia (Ávila et al., 2021; Bezerra, et al., 2020).

Além disso, outro tópico que esteve presente nas entrevistas, foi a morte, inclusive foi o momento que todas as participantes se emocionaram e choraram. Principalmente, em relação à sensação de impotência diante da morte, é um sentimento comum e aparece de diversas formas nos relatos. Na primeira fase da pandemia, a morte era recorrente devido à ausência da vacina, além das dúvidas relacionadas aos protocolos e cuidados. Vale destacar que foram mais de 600 mil mortes registradas no Brasil. Em Minas Gerais foram 63.827 até outubro de 2022 (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2022).

Em relação a mortes coletivas, as profissionais como mulheres, inseridas nessa sociedade, deveriam sentir essas mortes, porém não há espaço como trabalhadora da saúde para sentirem por essas perdas, pois poderiam implicar na sua prática profissional. Destaca-se também que a preparação dos corpos para serem enterrados é realizada pela equipe de enfermagem, durante a pandemia. Conforme transcrito acima, Margarida relata que tinha que negar as roupas levadas pelos familiares, porque eles seriam apenas envolvidos por dois sacos pretos, essas cenas, descritas como muito dolorosas, ficaram registradas na história dela. Além disso, uma das entrevistadas relata sobre a dificuldade de presenciar a morte de outras mães e acompanhar a comunicação da morte de filhos para outras mães. Margarida também relata:

“Então, assim, foi uma época muito sofrida pra gente que passou por isso, porque como eu sou mãe, a gente sente, não tem jeito. A gente se põe no lugar, a primeira coisa é se pôr no lugar da pessoa, né, da mãe que perdeu o filho e simplesmente não pôde mais tá em contato ou nem ver pela última vez. Então isso foi uma coisa que... Que eu lembro e eu choro, porque foi traumático dentro do hospital, pra mim, foi traumático [...]”

Em relação ao preparo dos corpos, a responsabilidade é da equipe de enfermagem, expondo ainda mais essas mulheres ao contato com a morte e risco de contaminação. Dessa forma, reforça mais uma vez a diferença do peso do dever nas mulheres, uma vez que em relação ao poder dentro das equipes de saúde, há uma hierarquia de valorização social e salarial, assim como o maior risco de exposição é da equipe de enfermagem assim como a equipe de limpeza.

Nas entrevistas, foi solicitada uma cena que marcou durante esse período e Violeta relata a história da morte de uma mãe que tinha acabado de dar à luz. Chorando muito, ela relata a lembrança de todos os profissionais na beirada do leito fazendo de tudo para salvá-la. Há um contato direto com a morte, são os profissionais que vivenciam junto com os familiares, como podemos perceber na fala de Margarida:

“Foi uma das coisas que mais me machucam, assim. Porque eu falava ‘gente, como você vê a pessoa, seu ente querido, né, pela última vez’. E, assim, o familiar levava a roupa, só a roupa. Entregava pra gente e a gente falava assim ‘não tem como colocar roupa, quem que vai ver ele com roupa. né? Ele vai em dois sacos pretos’. Era a gente que preparava o corpo. Então não existe velório.”

As perdas em massa e a ausência dos velórios, considerados rituais de despedidas importantes na elaboração do luto familiar, afetam não só a família, mas também os profissionais da saúde que testemunham de perto essa realidade (Nascimento, Abrahão, da Silva, Swerts, Gomes, Alves & da Silva, 2020). Além de lidar com a sobrecarga de trabalho e as próprias questões emocionais, os profissionais também buscam oferecer apoio para as famílias (Crepaldi et al., 2020). Diante do exposto, é possível observar que há um contraste em relação ao discurso dominante de “cura” e “salvação” que o hospital e as equipes de saúde representam, gerando sentimentos novos e dolorosos.

Ademais, o objetivo do Dever de (Não) sentir que dá nome a essa categoria analisada também é dialogar sobre a dor emocional, presente no testemunho recorrente da morte dos pacientes, seus atravessamentos e suas implicações na sua prática profissional e vida pessoal. A morte está presente nas falas das participantes, portanto foi o tema que as participantes relataram ter mais “sentido” - termo utilizado por Violeta, Rosa e Lírio. Trata-se de uma tristeza intensa, vivida na convivência mais próxima da morte e com as difíceis condições de trabalho. Há uma comoção social da cultura ocidental em relação à morte, para além da sua evitação, existe a perspectiva de despedida, dor e luto.

As participantes tecem reflexões sobre como o fato de ser mãe influencia no impacto da morte de outros filhos e outras mães. O que é esperado de uma mãe sentir? As mulheres são categoricamente descritas como mais emotivas e as mães são taxadas como aquelas que vivem e morrem pelos seus filhos. Portanto, há o dever de sentir. Dessa forma, a maternidade influencia diretamente na forma que essas mulheres vivenciaram e descrevem tais experiências.

De acordo com os relatos, por ser mãe há uma diferença, o desdobramento em outras posturas e uma intensificação da dor. Violeta relatou que uma rede de suporte foi criada entre as profissionais mães e as pacientes, diante do desafio de distanciar as mães dos filhos nos pós-partos (medida para contenção do contágio), as profissionais desciam até a UTI-Neonatal ou a pediatria e gravaram vídeos com os próprios celulares para levar para essas mães-pacientes e manter minimamente esse contato e diminuir a dor de outras mães. Vale notar que os recursos desenvolvidos para o cuidado também são direcionados para cuidar do outro, portanto os recursos também sustentam e são sustentados pelos discursos de dever.

Lírio também reflete sobre como ver a morte de mães e filhos impacta não só seu emocional, mas sua prática profissional e seus novos limites:

[...] Hoje eu tenho uma dificuldade grande de escuta, no sentido mesmo de comoção né, até hoje né quando eu encontro uma adolescente ou escuto uma mãe, ou escuto alguém dizer que aquela família tá ela, que aquela mãe tá lá no leito vai deixar uma criança né, ou está na iminência de deixar uma criança né, então são coisas que eu fiquei bem sensibilizada, fiquei mais sensível com uma sensibilidade ainda maior em atender e fazer escuta[...] As mortes recorrentes causaram desdobramentos na saúde mental dessas trabalhadoras.

Há uma expectativa da empatia, da sensibilidade de identificação com a mulher/mãe com uma dor de alguém que ocupa o mesmo lugar social (mulher-mãe), seja quando um filho ou a própria mãe morre. Essa expectativa expõe uma contradição importante, há a expectativa da sensibilidade da mulher, o discurso que endossa a perspectiva que as mulheres “sentem mais”, ao mesmo tempo são cobradas para “não sentir e produzir/cuidar”. Perpassado por construções histórico-sociais, o gênero e a maternidade são dispositivos que influenciam na autoimagem, na imagem social, na autoestima e na saúde física e mental da mulher (Zanello, 2018).

É possível correlacionar os deveres expostos, e assim perceber não só a responsabilização, mas a culpabilização dessas mulheres por “não darem conta” de cumprir esses papéis da maneira que o discurso social hegemônica cobra. Assim, a sobrecarga do trabalho reprodutivo e produtivo resulta em uma sobrecarga emocional, mental. Ao refletir sobre o cuidado à família, principalmente em relação aos filhos, há uma naturalização dessa atribuição ser designada às mulheres (Passos, 2017), esse trabalho exige fisicamente, emocionalmente e socialmente da mulher atrelado ao fato de que não há reconhecimento, remuneração, descanso, férias, direitos trabalhistas, o que também reverbera na sobrecarga mental (Bispo & Caldeira, 2021; Macêdo, 2020; Moreira et al., 2020; Santos, Lima, Barbosa, Silva, Andrade 2020).

O Dever de Ser Heroína

Diante das categorias apresentadas, é possível perceber que a mulher-mãe trabalhadora da saúde vivenciou sobrecarga física e mental, oriunda de acúmulos dos trabalhos reprodutivos e produtivos; culpabilização pelo adoecimento dos filhos e familiares; contato frequente com a

morte; medo constante; ausência de espaço para sentir; adoecimento psíquico; isolamento social e estigmatização. E mesmo diante de todo esse cenário, as trabalhadoras precisam “dar conta”.

Durante a pandemia, a “linha de frente” era responsável por “salvar” e “cuidar” da população em um momento de pânico da sociedade colocando em risco a própria vida. Esses eram considerados “heróis”, a sociedade, teoricamente, reconhecia os “sacrifícios” desses profissionais, enaltecendo esses trabalhadores de maneiras diversas (tanto pelos aplausos diários, publicações, campanhas, entre outros movimentos). Ou seja, o dever de ser heroína perpassa tanto seu espaço de trabalhadora de saúde, socialmente enaltificada como heroína desse período, mas também por serem “super-mães”.

O objetivo dessa categoria é discutir sobre esse processo de heroificação vivenciado pelas trabalhadoras da saúde e suas consequências, assim como a posição de heroína que as profissionais ocuparam na pandemia, seja enquanto heroína da linha de frente ou a mulher que “dá conta de tudo” em casa. Além disso, ser profissional de saúde permite construir uma relação de poder com o paciente e a família desse, uma vez que a equipe adquire o controle dos corpos a partir das intervenções e cuidados (mesmo que limitada pelas questões éticas), propiciando o caráter heróico de cuidar de todas as coisas.

Destaca-se nessa categoria a comparação da pandemia com a guerra, as condições de trabalho, a formação dos profissionais da saúde e a negação da própria morte. Violeta refere:

“Ah, a gente vivenciou o início ali ‘ah, somos guerreiros, somos tudo’, né. Era o seu dever, né. Dever como profissional de saúde, do juramento que você fez lá quando você formou. (...) Época de guerras, né, época das guerras a gente não vivenciou isso, graças a Deus, mas as pessoas iam porque era o dever delas e a honra, né, de tá servindo naquele momento era isso. É o que eu vejo de mim, dos colegas que estavam no hospital também. As pessoas eram envolvidas porque era o dever delas, né. A formação dos profissionais de saúde e discursos oriundos e construídos nesses espaços endossam essa visão de herói.”

Reforça-se o retrato social de salvadores e afastadores da morte em uma sociedade que distância e repugna a morte. Trava-se uma guerra em relação à morte e o adoecimento. As autoras Moreira et al. (2020) e Hernandes & Vieira (2020) discutem o enfrentamento da COVID-19 e sua comparação com uma guerra, além de questionar se essa guerra tivesse um rosto, seria um rosto de mulher uma vez que, as mulheres compõem a maior parte das equipes

de saúde e também realizam manutenção da vida e dos lares. A comparação da pandemia com um cenário de guerra foi difundida e reproduzida, amparando a ideia de “heróis”, escolhas difíceis, naturalização da morte e torna-se possível deixar de lado questões importantes em tempos de guerra (paralisar outros setores para focar energia na pandemia, abrir mão de direitos como as gestantes realizando partos sem acompanhamento pré-natal, adiando cirurgias, entre outros.).

Enfim, se a maior parte da força de trabalho da saúde é feminina, elas também vivenciam em maior grau os impactos desta “guerra” – termo utilizado também pelas participantes – como exposto nas categorias elencadas ao longo deste estudo. São os corpos femininos que ocupam as linhas de frente tanto da casa quanto da saúde. Margarida diz:

“Chegando aqui, a gente teve que enfrentar, porque trabalhadores da linha de frente... UTI... paciente grave... realmente paciente com COVID é muito grave. Chegou na UTI pra nós ‘ó, vamos fechar leitos pra COVID’. Todo mundo ficou ‘meu deus, como é que vai ser isso?’. Porque até então a gente não tinha como... A gente não sabia, como era muito novo, né, essa questão do contágio, como é que ia ser isso da intubação. Então todo mundo estava com muito medo. A gente foi preparado, né, preparou a gente com capacitações pra não se contaminar, colocar capote, como que colocava... a luva primeiro? O Capote primeiro? Na hora que saía do leito, que que tirava primeiro? A luva... pegava na maçaneta... Como é que era isso? Então assim, a gente teve que lidar com muitas incertezas, né e medo. Só que a gente tinha que fazer, a gente estava ali pra fazer. E éramos nós que tínhamos que fazer. Então assim, enfrentamos, né. A frase “nós tínhamos que fazer” é um evidencia o dever de enfrentar a qualquer custo escancarado nos discursos acionados pelas trabalhadoras.

Em relação às condições de trabalho, de acordo com o relato das quatro participantes, as rotinas e as práticas do trabalho mudaram radicalmente e se intensificaram, como pode ser exemplificado na fala da Violeta:

“Na UTI COVID, quando começou (...) em março, né, de 2020. A gente fez uma adaptação lá na UTI Adulto mesmo, colocamos três leitos de pressão negativa lá funcionando para COVID, e depois teve que ampliar.

Quando ampliou, a gente foi com uma equipe contratada recentemente, lá na época, lá pro outro bloco (...) que tinha uma unidade lá 32 prontas pra ser utilizadas e começou com seis leitos, depois doze, e depois trinta leitos. Então funcionou quase um ano assim, trinta leitos, e lá... lá eu ficava muito na assistência, porque precisava, né, também... E fazia tudo isso, assistência, coordenação também. Só tinha eu lá pra coordenar isso tudo e ficar organizando pessoal, escala, plano terapêutico de paciente, como que cuida de paciente, treinando equipe... Foi bem tenso.”

Destaca-se que há uma indignação coletiva da ausência do Estado no sentido de suporte e reconhecimento dessas trabalhadoras, como por exemplo nas falas, respectivamente de Violeta, Margaria e Orquídea:

“A questão é que a desvalorização da profissão sempre existiu, e mostrou muito agora, né, porque a gente tava em evidência. A questão é de desvalorização da profissão sempre existiu, e mostrou muito agora, né, porque a gente tava em evidência. Então essa desvalorização existia, existiu e ainda existe, não deixou de ter. Então isso tudo parece que foi até marketing, né. A gente logo no início da pandemia, independente de político ou não, eu não sei se você se lembra, a gente fez uns protestos silenciosos lá no planalto. Técnicos, enfermeiros com faixas, pedindo EPI, pedindo condições pra trabalhar. E a gente foi mal recebido, tinha algumas pessoas mais exaltadas, alguns... Alguns seguidores do presidente na época mais exaltados, que nos tratou mal. Aquilo ali deixou a gente tão entristecido, que a gente só tava pedindo condições de trabalho. Eu acho que a principal revolta nossa foi com o presidente, né. Porque enquanto você tava ali ralando, ralando, ralando, você tinha um presidente falando pra todo mundo que não precisava usar máscara. Isso aí me revoltada, assim, imensamente. Eu lembro que quando eu tive COVID, eu voltei no 10º dia, porque aí a minha coordenadora falou... Não, 11º né, e eu ainda não tava 100% porque eu tinha um pouco de dispneia, e aí eu vi 30 pacientes... Porque aí na UTI da UFU de COVID, no terceiro andar que era enfermaria, viraram 30 leitos de UTI, né... Aí eu vi aqueles 30 pacientes sendo entubados, eu juro, me deu uma vontade de filmar... Falei ‘eu vou filmar e mandar em rede social, vou xingar

esse presidente de tudo quanto é me... de tudo quanto é nome'. Então eu acho que a revolta maior nossa era a conduta do presidente, assim, que foi o que revoltou, sabe? Falta de material, todo mundo teve, né. A sorte nossa, intensivista, é que a gente tinha mão pra conduzir esses casos, né. Eram casos gravíssimos? Eram, mas a gente sabia conduzir. Tanto é que a minha mortalidade lá no hospital particular era baixa, era muito baixa, por quê? Porque eu ficava em cima, eu sabia conduzir, né. Mas aí, de repente, começou a faltar tudo, né, no mundo inteiro. Então eu acho que se falar especificamente em Brasil, é... É a revolta com o próprio presidente.

Os discursos das trabalhadoras de forma unânime enunciam também a busca por condições dignas para execução do cuidado, salários justos e reconhecimento do trabalho profissional pela sociedade. Diante dessa ausência e da desresponsabilização do Estado e das Políticas Públicas, acentua-se a sobrecarga e culpabilização se intensifica, era necessário fazer muito com pouco, como no relato da Aloé:

“E no hospital que eu trabalho, no outro hospital... Eu trabalho no hospital municipal de manhã... A gente pegava aquelas SMS e trazia pra casa, costurava pra fazer avental pra trabalhar na UTI COVID. Então, assim, a gente foi se virando da maneira que dava, porque a gente que tem o compromisso, não queria deixar de atender a população, de atender os nossos irmãos, né.”

Contraditoriamente, o herói também assume a postura de autosuficiência, vivenciado nos sacerdócios, ou seja, uma dedicação gratuita, obstinada, incansável e sem necessidade de 34 suporte de outros setores. Postura alimentada socialmente diante da expectativa de “salvação” desses profissionais para a sociedade. Além disso, as palavras “compromissos”, “tínhamos que”, “não tinha outra opção” podem ser correlacionadas com os deveres implicados nos discursos sociais que atravessam essas mulheres.

As mulheres possuem esse retrato socialmente construído de serem multitarefas. Em casa, há a imagem da “super-mãe” que “dá conta” de fazer tudo, sem descanso ou ajuda e por amor institucional, como pode ser visto no relato de Violeta:

“Ai, como mãe na pandemia, essa loucura de sair correndo, voltar pra casa e chegar aqui as crianças estarem aqui só esperando a sua atenção, e não conseguir dar essa atenção do jeito que precisava, sabe? É... Isso

me frustrava, muito. E eu não tinha energia. Na hora que eu conseguia terminar tudo, não tinha energia mais pra brincar, pra fazer as coisas. Então essas cenas, assim, era rotina, sabe? Sai cedo, voltar, correr na hora do almoço, aí sentar na frente do computador pra ficar com o G. na hora da aula... Eu cochilava, sentada, na hora da aula dele, que aí a professora ia falando, falando, falando e ele não prestava atenção e eu ia dormindo, e ele... A cabecinha dele tava em outro lugar. Eu cochilava, então eu tinha que prestar atenção naquela aula pra mim poder ajudar ele... Então isso, nossa, muito assim. Então eu lembro disso, desse desgaste, sabe? De tá... Ter que fazer essas coisas aí e ter que dar certo, fazer dar certo, né. A gente dormia.”

De uma maneira geral, a visão de herói perpassa a blindagem emocional de não poder dar vazão ao sofrimento psíquico para completar a missão. Violeta discorre sobre o escudo utilizado por elas:

“Então, assim, a gente cria esse escudo, né, a gente se blinda pra não sofrer. Na época foi assim, a gente se vestiu aí psicologicamente pra tentar enfrentar, e não pensar muito nas 35 dificuldades, porque senão não fazia. Era muito complicado, estressante, preocupante, tudo. Falta de insumo na época, sobrecarga de trabalho [...]”

Além disso, foi possível perceber que não há preocupação com a própria morte, nos relatos existe a preocupação de contaminação e com a morte do outro e como a própria contaminação não é tão importante quanto a do outro. E o medo de morrer aparece em apenas uma participante, mas de maneira breve, alongando-se na preocupação em relação ao outro, tem-se como referência o discurso da Lírio:

“Eu fui tendo um medo muito grande de vir trabalhar, (...) e depois houve medo de voltar para casa né, que tinha aquele movimento de, a gente foi vendo alguns profissionais que não voltava pra casa, que se isolava o medo de contaminar, eu acho que na verdade até hoje eu acho que posso falar mais tranquilo, eu acho que eu nunca tive tanto medo assim de me contaminar e acontecer algo comigo, acho que o medo maior sempre foi de levar algo para alguém né, tanto é que no começo tinha um

movimento, eu morava em apartamento, hoje eu moro numa casa, antes morava no apartamento, tinha um movimento muito grande de chegar. “

Percebe-se a anulação de si para o cuidado do outro, comum no discurso construído socialmente em relação ao gênero feminino, como já foi visto na categoria “dever de proteger-se”. Por fim, a utilização do discurso heroico, construído a partir da perspectiva de gênero (Frederi, 2019) e também endossado na formação profissional, na pandemia, foi amplamente difundido pela mídia, atrelado à linguagem militar da guerra e à postura do governo brasileiro, resultando na desumanização e invisibilidade dos trabalhadores da saúde (Miasato, 2022). Essa desumanização é revestida com uma falsa sensação de glória, uma vez que seus direitos não foram resguardados e ainda persiste a desvalorização das categorias profissionais, tem-se como referência o piso salarial da enfermagem.

Conclusão

O estudo teve como objetivo relatar as experiências das mulheres trabalhadoras da saúde e refletir sobre os discursos acionados pelas participantes, assim como suas contradições. Dessa forma, as categorias construídas dialogam com as falas das mulheres-mães e dados encontrados na literatura científica, destacando discursos verbalizados pelas participantes endossados culturalmente e socialmente. Diante do exposto, a responsabilização e culpabilização nos discursos são destacadas não só pela reprodução do discurso social, mas pela constância com que são acionados pelas mulheres entrevistadas, além dos seus efeitos. Portanto, a narrativa passa pelos discursos dos deveres: cuidar, (não) sentir, proteger(-se) e ser heroína! É possível ver que as categorias dialogam entre si, numa rede de significações construídas socioculturalmente e relacionadas ao que se espera do ser mulher, ser mãe e trabalhadora da saúde.

Os discursos acionados pelas mulheres-mães também são um reflexo da tendência de naturalização dos fenômenos discutidos. Importante observar em todos os discursos a ausência das figuras masculinas, desde o cuidado com as crianças e com a casa, medo da morte, no núcleo profissional - o marido aparece apenas em uma cena como companhia. Além da fluidez presente nas relações de poder, pois ora a mulher pode estar em uma relação de poder superior à equipe (profissões valorizadas socialmente), ora pode estar em uma posição inferior em casa pensando na divisão sexual do trabalho. As mulheres não sentem os “deveres” de formas

semelhantes, há marcadores como de raça, classe, categoria social que fazem pesar ainda mais o dever para algumas mulheres.

Questões como adoecimento psíquico, estresse, dificuldade em relação às medidas de proteção (seja em relação à ausência ou negligência), desvalorização do trabalho, não impactam da mesma maneira nas diversas categorias profissionais, sendo necessário atentar-se para as especificidades de cada uma, de modo a evitar prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores, além de afetar a qualidade da atenção prestada aos pacientes (Teixeira et al., 2020). Destarte, os recortes de gênero, raça e classe também devem ser sempre realizados para melhor compreensão dos fenômenos (Davis, 2017).

Destaca-se que as mulheres relatam, a maior parte do tempo, sobre a primeira fase da pandemia, antes das vacinas e protocolos. Quando são questionadas sobre os tempos atuais, relaxam os corpos nas cadeiras/sofás, falam das mudanças positivas e comemoram os avanços da ciência. A indignação e a raiva somente aparecem em algumas participantes quando se posicionam em relação a forma que “os políticos” lideraram a pandemia, seja na organização, mas também na própria postura diante da doença.

As questões apresentadas no texto - como sobrecarga física/emocional feminina, desvalorização e desumanização dos profissionais da saúde, ausência de políticas públicas que assegurem o bem-estar materno, foram intensificadas pelo contexto pandêmico, mas como todos sabemos, estão presentes a muito tempo.

Diante do exposto, é importante refletir sobre as especificidades das mulheres-mães, não só durante a pandemia, para promover estratégias de cuidado que contemplem suas necessidades específicas, além de refletir e questionar sobre os discursos que embasam as vivências destas mulheres, mães, trabalhadoras da saúde, a fim de possibilitar a construção de outras narrativas que consolidam o cuidado em saúde com equidade.

Referências Bibliográficas

Ávila, F. M. V. P., Goulart, M. de. C. L., Góes, F. G. B., Silva, A. C. de. O., Duarte, F. C. P., & Oliveira, C. P. B. de. (2021). Sintomas de depressão em profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19. *Cogitare enfermagem*, 26, Article e76442. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.76442>

Bezerra, G. D., Sena, A. S. R., Braga, S. T., dos Santos, M. E. N. dos., Correia, L. F. R., Clementino, K. M. de. F., Carneiro, Y. V. A., & Pinheiro, W. R. (2020). O impacto da pandemia

por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 93, Article e020012. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.0-art.758>

Bispo, N. de. M., & Caldeira, A. R. (2021). As contradições sociais evidenciadas pelo novo coronavírus e a vida das mulheres no contexto da pandemia. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*, 12(3), 479–502. <https://doi.org/10.9771/gmed.v12i3.37149>

Bitencourt, S. M., & Andrade, C. B. (2021). Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 1013-1022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>

Boni, V., & Quarema, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese - Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2(1), 68-80. <https://doi.org/10.5007/%25x>

Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. Routledge.

Caruzo, M. B. R., Ramalho, M. de. O., Philipp, J., & Bragagnolo, C. (2020). Maternity, science and pandemic: an urgent call for action! *Hoehnea*, 47(1), Article e812020. <https://doi.org/10.1590/2236-8906-81/2020>

Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. da. S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, Article e200090. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>

Davis, A. (2016) *Mulheres, raça e classe*. Editora Boitempo.

Federici, S. (2019). *O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. Elefante.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

Gergen, K., & Gergen, M. (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Editora Do Insituto Noos.

Guest, G., Arwen, B., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://dx.doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Hernandes, E. S. C., & Vieira, L. (2020). A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à COVID-19. Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental.

Hoffaman, L. (1998). Uma postura reflexiva para terapia de família. In S. Mcnamee, & K. Gergen. *A terapia como construção social* (pp. 13-33). Artes Médicas.

Horta, R. L., Camargo, E. G., Barbosa, M. L. L., Lantin, P. J. S., Sette, T. G., Lucini, T. C. G., Silveira, A. F., Zanini, L., & Lutzky, B. A. (2021). O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(1), 30-38. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000316>

Klein, C., Dal'Igna, M. C., & Schwengber, M. S. (2021). Mulheres mães trabalhadoras na pandemia de COVID-19: produção de sentidos em jornais e revistas online. *TEXTURA-Revista de Educação e Letras*, 23(55), 5-37. <https://doi.org/10.29327/227811.23.55-1>

Macêdo, S. (2020). Ser mulher trabalhadora e mãe no contexto da pandemia COVID-19: tecendo sentidos. *Revista do NUFEN*, 12(2), 187-204. <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº02rex.33>

Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da gravidez*. Editora Ideias e Letras.

Martins, L. H. C., & Osterne, M. do. S. F. (2021). COVID-19, Parentalidade Equânime e Igualdade de Gênero: um debate em termos. *Conhecer: Debate Entre o Público e o Privado*, 11(26), 93–112. <https://doi.org/10.32335/2238-0426.2021.11.26.4269>

Miasato, F. A. (2022). Sem heróis, sem heroínas: reflexões sobre o discurso heroico utilizado pela mídia sobre os profissionais de enfermagem na pandemia de COVID-19. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 11(2), 118-138. <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i2.881>

Minayo, M. C. de. S. (2010). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12ª ed.). Hucitec.

Moreira, L. E., Alves, J. S., Oliveira, R. G., & Natividade, C. (2020). Mulheres em tempos de pandemia: um ensaio teórico-político sobre a casa e a guerra. *Psicologia & Sociedade*, 32, Article e020014. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240246>

Nascimento, A. R., Abrahão, B. D. A. R., da Silva, B. K. B., Swerts, L. S., Gomes, L. E. S., Alves, M. T. L., & da Silva, N. L. R. (2020). Rituais de despedida no contexto da pandemia da COVID-19. *Cadernos ESP*, 14(1), 80-85.

Nogueira, C. (2001). Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do gênero. *Cadernos de Pesquisa*, (112), 137-153. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742001000100007>

Nunes, G. C., Nascimento, M. C. D., & Alencar, M. A. C. de. (2016). Pesquisa científica: conceitos básicos. *Revista de psicologia*, 10(29), 144-151. <https://doi.org/10.14295/online.v10i1.390>

Ornell, F., Helpert, S. C., Kessler, F. H. P., & Narvaez, J. C. de M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), Article e00063520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>

Oxfam. (2020). *Tempo de cuidar: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade*. Oxfam. https://rdstation-static.s3.amazonaws.com/cms/files/115321/1579272776200120_Tempo_de_Cuidar_PT-BR_sumario_executivo.pdf

Paiano, M., Estavam, A. J., Nacamura, P. A. B., Salci, M. A., Radovanovic, C. A., & Carreira, L. (2020). Saúde mental dos profissionais de saúde na China durante pandemia do novo coronavírus: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), Article e20200338. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>

Passos, R. G. (2017). 'Entre o assistir e o cuidar': tendências teóricas no serviço social brasileiro. *Em Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 15(40), 247-260. <https://doi.org/10.12957/REP.2017.32725>

Peres L. (2001). Os desafios para o século XXI. *Mulher e Trabalho*, 1, 51-53.

Portaria Nº 454, de 20 de março de 2020. (2020, 20 março). Declara, em todo território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19). Ministério da Saúde.

Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. (2016, 7 abril). O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e. Ministério da Saúde.

Sanches-Justo, J., Ferreira, S. L., Vasconcelos, M. S., & Justo J. S. (2010). O construcionismo social na pesquisa em psicologia. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 24-36. <https://doi.org/10.12957/epp.2009.9082>

Santos, B. C. A. (2020). Tensões e soluções entre maternidade e profissão no Brasil em tempos de pandemia de COVID-19. **In** J. H. Goes (Org.), *Reflexão sobre direito em tempos de pandemia* (pp. 27-38). Aya Editora.

Santos, G. de. B. M., Lima, R. de. C. D., Barbosa, J. P. M., Silva, M. C. da., & Andrade, M. A. C. (2020). Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela COVID-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), Article e00300132. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00300>.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. (2022). *Boletim epidemiológico: COVID-19 doença causada pelo coronavírus-19 – 14 de outubro de 2022*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/2022/10/14-10-COVID-19_BOLETIM20221014.pdf

Silva, E. do. N. (2020). Maternidade como política de vida: sobre sentidos, raízes e (r)existências a partir do contexto da pandemia da COVID-19. **In** B. C. Teles, & F. P. Rebelo (Orgs.), *O pessoal é político: relatos de mães acadêmicas no contexto da pandemia* (pp. 187 - 204). Editora Dialética.

Teixeira, C. F. de. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. A., Pinto, I. C. de. M., Andrade, L. R. de., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

United Nations Women. (2020). In Focus: Gender equality matters in COVID-19 response. www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-COVID-19-response

Vieira, J., Anido, I., & Calife, K. (2022). Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da COVID-19: é mais difícil para elas? *Saúde em Debate*, 46(132), 47-62. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213203>

World Health Organization. (2020, March 11). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Apris.

CONCLUSÃO

O presente trabalho de mestrado, composto por dois estudos interligados, reforça a ideia da sobrecarga feminina, amplamente difundida na literatura científica e no cotidiano, devido a dupla/tripla jornada de trabalho existente na rotina dessas mulheres, assim como a precarização e sobrecarga do trabalho na saúde. Essas realidades já existiam e foram intensificadas durante a pandemia. Os estudos revelam que as trabalhadoras da saúde enfrentaram desafios adicionais em comparação à população em geral durante a pandemia. Além dos impactos do isolamento social, crise econômica e política e medo generalizado, elas enfrentaram dificuldades específicas, como o aumento significativo da demanda de trabalho, o medo constante de contágio (tanto para si mesmas quanto para seus entes queridos) e a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), entre outros agravos.

Vale destacar que seleção dos artigos foi realizada em outubro de 2021 e não abarca os novos estudos sobre o tema, porém demonstra uma lacuna que ainda é mantida (foi realizada uma nova revisão nas bases de dado para construção deste segundo estudo), as outras profissões da assistência, da limpeza e do administrativo não são foco de estudo. Diante disso, o intuito deste segundo estudo foi abarcar todas as categorias profissionais presentes na UTI COVID, apostando em um recorte multiprofissional que possibilita uma visão mais ampla dessas realidades. Entretanto, houve limitações como a disponibilidade das profissionais, a ausência de dados do hospital e a terceirização da equipe de limpeza. Cada categoria profissional tem suas especificidades, necessidades e dificuldades como já foi citado anteriormente.

Ademais, mesmo sendo constatado e alertado pela literatura científica, há anos que as mulheres são a maioria nas equipes de saúde, os debates e articulações sobre a questão de gênero e ênfase nas sobreposições dos papéis da mulher são escassos. Enfatiza-se a importância do desenvolvimento de pesquisas sobre essas temáticas e o reconhecimento da relevância de tratar esta situação com seriedade e compromisso com a saúde das trabalhadoras e com a superação das desigualdades de gênero. Isto demonstra a pertinência de refletir sobre a centralização do lugar do cuidado na mulher, resultando na sobrecarga feminina, além do adoecimento das trabalhadoras da saúde e os impactos, tanto no cuidado/prestação de serviço quanto em suas vidas.

Essas condições adversas da pandemia, colocaram as trabalhadoras da saúde em uma posição de maior vulnerabilidade e sobrecarga, exigindo delas um esforço adicional para enfrentar os desafios e manter a qualidade do cuidado prestado aos pacientes. É fundamental reconhecer e valorizar o papel dessas profissionais, bem como garantir as condições de trabalho adequadas, incluindo o fornecimento de EPIs adequados, a oferta de suporte emocional e psicológico, e a implementação de políticas de saúde que assegurem sua segurança e bem-estar.

Diante desse cenário, os estudos que foram selecionados para a revisão apresentaram caminhos possíveis para o enfrentamento das dificuldades apresentadas e para amenizar a precarização do trabalho, os impactos vivenciados pelas mulheres trabalhadoras e para aquelas que também são mães. Os caminhos estão se dirigindo para um engajamento crítico, feminista e político de toda a população. Essa trajetória inclui a reflexão sobre o modo de produção capitalista, a precarização do trabalho, a sobrecarga feminina e a divisão sexual do trabalho. Além disso, busca-se a valorização e o cuidado das trabalhadoras em todas as categorias profissionais, juntamente com a consolidação e o resgate dos direitos trabalhistas. Outro aspecto importante é o investimento na saúde, na pesquisa e na criação de uma rede intersetorial, fortalecendo assim o Sistema Único de Saúde (SUS).

Anexo – questionário sócio-demográfico

E-mail:

Você tem mais de 18 anos, é mãe (e possui também a guarda compartilhada ou unilateral do/a filho/a), atuou e atual em algumas das UTIS COVIDS? Sim () Não ()

Data de nascimento:

Cor, raça ou etnia:

Telefone:

Estado Civil:

Orientação Sexual:

Religião (Se houver)

Quantidade de filhos e as idades:

Residem com você?

Escolaridade:

Há quanto tempo concluiu:

Especialização ou pós-graduação:

Há quanto tempo atua (ou atuou) na área da Saúde

Há quanto tempo atua (ou atuou) na área hospitalar

Há quanto tempo atua (ou atuou) nessa instituição

Atuou em qual período na UTI COVID

Você participou de atividades de formação continuada/educação permanente (cursos, oficinas, seminários, outros) em relação a atuação na UTI-COVID?

