

MULHERES NA LINHA DE FRENTE DA COVID-19: IMPACTOS À SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE

Data de submissão: 07/08/2023

Data de aceite: 02/10/2023

Beatriz Rezende Dias

Estudante de Psicologia na Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo
(PUC-SP)

São Paulo – São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/4395851656663339>

RESUMO: O presente estudo buscou analisar os impactos que o contexto pandêmico gerou na saúde mental e subjetividade das mulheres que atuaram na linha de frente da Covid-19, compreendendo as condições materiais e subjetivas a que essas trabalhadoras estavam submetidas. O procedimento metodológico empregado nesta pesquisa é qualitativo do tipo exploratório. Foram feitas sete entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas. Em relação ao perfil das participantes, elas apresentaram uma idade média de 49 anos, autodeclaradas brancas, com emprego formal, pertencentes a um nível socioeconômico alto e dispunham de um grau elevado de escolarização. Os dados coletados foram analisados sob os preceitos da análise hermenêutico-dialética, com a formação de cinco categorias de

análise para facilitar a identificação de significados compartilhados e sentidos próprios expressos nas falas. No que toca aos resultados, as entrevistadas verbalizaram a respeito da intensa jornada de trabalho, da conciliação entre a esfera doméstica e a esfera produtiva, do medo perante a contaminação e transmissão do vírus, da sensação de impotência frente às mortes, do sentimento de solidão em relação a alguns familiares e amigos e da presença de solidariedade entre as equipes profissionais. Dito isso, notou-se que, embora pertencessem a uma classe social alta e tivessem um amparo das instituições em que trabalhavam, a situação pandêmica gerou sofrimento psíquico e físico nas mulheres em questão.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres; Pandemia; Profissionais da Saúde; Saúde Mental; Trabalho.

WOMEN ON FRONTLINE OF COVID-19: IMPACTS ON MENTAL HEALTH AND SUBJECTIVITY

ABSTRACT: This research seeks to analyze the impacts that the pandemic context has caused in women who were on the frontline against Covid-19, specifically on their mental

health and subjectivity, taking in consideration the material and subjective conditions that this workers were submitted. The methodological procedure used in this research is qualitative from the exploratory kind. Seven individual interviews were conducted with a semi-structured script, containing open and closed questions. Regarding the profile of the participants, they had an average age of 49 years, self-declared white, with formal employment, belonging to a high socioeconomic level and had a high level of schooling. The collected data were analyzed under the precepts of hermeneutic-dialectic analysis, with the formation of five categories of analysis to facilitate the identification of shared meanings and personal meanings expressed through their speech. With reference to the results, the interviewees talked about the intense workday, the reconciliation between the domestic sphere and the productive sphere, the fear of contamination and transmission of the virus, the feeling of impotence in the face of deaths, the feeling of loneliness in relation to some family members or friends and the presence of solidarity among the professional teams. That being said, it was recognized that, although they belonged to a high social class and were supported by the institutions in which they worked, the pandemic situation established psychic and physical suffering in the women in question.

KEYWORDS: Women; Pandemic; Healthcare Professionals; Mental Health; Work.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho acompanha a humanidade desde os seus primórdios, sendo ressignificado a depender do contexto e momento histórico em que está inserido. Este processo contraditório, através do qual os homens constroem materialmente a sociedade e se autoproduzem, corresponde a um fator estruturante das relações entre sujeitos, e destes com o mundo. Por contribuírem para a constituição da subjetividade e expressão da identidade, as experiências da esfera do trabalho apresentam íntima relação com a saúde dos indivíduos.

Diante de um mundo cada vez mais globalizado e sob a égide de um modelo neoliberal, o trabalho aparece como uma forma de adaptação frente ao mercado mundial. Dessa maneira, tornou-se uma atividade mediada para a produção de valor ao capitalista, sendo esvaziada de sentido e perdendo o seu poder de garantir inclusão e proteção social (ANTUNES, 2000).

E neste jogo de mercado o trabalhador se expõe a riscos que comprometem sua saúde e muitas vezes sua vida. Assim, a combinação entre avanços tecnológicos, aceleração imprevisível dos processos econômicos, sociais e culturais, a flexibilização dos direitos, colocam em jogo o ser humano em suas várias dimensões, individual e social. (MENDES *et.al*, 2005, p. 4).

Tendo em vista o cunho violento do neoliberalismo, hoje, os modos de opressão vivenciados pela classe operária encontram formas de expressão extremamente complexas. Substituíram o chicote, o supervisor e os testes psicológicos pela ilusão da integração e da participação (HELOANI & CAPITÃO, 2003, p.107).

Essas novas formas de relações trabalhistas fortalecem-se através da ideologia

individualista e naturalizante, que atribui, ao sujeito, a responsabilidade pelo próprio sucesso e fracasso. Essa autorreferencialidade gera uma liberdade paradoxal que, em virtude das estruturas coercitivas que lhe são inerentes, se transforma em violência (HAN, 2010, p.30). Em outras palavras, criou-se um indivíduo submetido aos interesses do mercado, que contribui para a perpetuação e reprodução do neoliberalismo ao introduzir, em sua subjetividade, as ideias e imagens da realidade formuladas por este sistema. Dessa forma, a arte de governar é colocada tanto no campo macroestrutural quanto no campo das subjetividades (FONSECA & SILVA, 2020, p.62).

Não obstante, recentemente, as relações de trabalho passaram por grandes abalos. Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, foram identificados os primeiros casos da COVID-19. Ela corresponde a uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). No Brasil, juntamente com essa crise sanitária

[...] vieram o agravamento da crise política, a queda acelerada rumo ao fundo do poço da recessão econômica e do desemprego, o aumento dos insultos às instituições, as novas ameaças ao meio ambiente e a exacerbação de discursos e gestos autoritários, com direito a um flerte explícito com o militarismo ou uma guerra civil. (AGUIAR & XAVIER, 2020, p. 47).

Diante desse contexto, a situação dos trabalhadores agravou-se ainda mais. Segundo Antunes (2020, p. 114) “a letalidade da pandemia do capital se estampa em sua aguda tragicidade em relação ao trabalho: se forem laborar, contaminam-se; se ficarem em isolamento, não terão recursos mínimos para sobreviver.”.

No caso dos trabalhadores dos serviços de saúde, a questão era mais crítica. Como apontado por Almeida (2020), estes profissionais encontraram-se diante de um cenário de instalação simultânea de problemas. Somavam-se a situação de escassez de recursos, o aumento do número de afastamentos do trabalho por motivos de saúde, o crescimento do número de doentes, as excessivas jornadas de trabalho e, conseqüentemente, um acréscimo nos níveis de cansaço. Ademais, além das altas chances de contaminação, houve uma série de vivências de perdas e frustrações, que muitas vezes, transformaram-se em um sofrimento psíquico profundo.

Neste momento, faz-se necessário um recorte de gênero. Segundo uma matéria feita pela ONU Mulheres (2020), o sexo feminino representou 70% da força de trabalho na linha de frente do setor social e de saúde durante a pandemia. Além de estarem em contato direto com o medo e os desastres gerados pelo vírus, as mulheres também encontram desafios históricos referentes ao gênero.

Estes desafios podem ser entendidos através da noção de divisão sexual do trabalho, que pressupõe a existência de lugares sociais demarcados conforme o sexo, limitando as mulheres à esfera doméstica. De acordo com Hirata e Kergoat (2007), fora a separação

entre trabalho masculino e feminino, esse fenômeno caracteriza-se pelo princípio da hierarquização, no qual há a valorização das atividades masculinas e a subalternização das funções ditas femininas.

Como justificativa para essa relação assimétrica, utilizou-se o discurso biológico, pautado na existência de instintos naturais que restringem o sexo feminino a papéis de submissão social e de cuidado.

Esse trabalho é marcado por dor, opressão e adoecimento, principalmente diante da naturalização da posição subalterna que a mulher ocupa na sociedade e na hierarquia da estrutura familiar tradicional, que a leva à exaustão diante dos cuidados requisitados por todos os membros da família (MACÊDO, 2020, p.189).

Neste sentido, as mulheres possuem uma tripla jornada de trabalho: remunerado, doméstico e de cuidado, o que implica falta de tempo para o cuidado de si e a necessidade de suportar a alta carga de estresse físico e emocional (GUIMARÃES & DAOU, 2021, p.127). Em razão do isolamento social, com o fechamento das creches e escolas, as tarefas domésticas e de cuidado se intensificaram, produzindo uma sobrecarga feminina.

A partir do exposto, é inegável afirmar que as mulheres profissionais da saúde que atuaram na linha de frente da Covid-19 encontraram-se em uma situação de extrema vulnerabilidade durante o período pandêmico, expressando as tensões sociais geradas pelo neoliberalismo, pela pandemia da Covid-19 e pela desigualdade histórica de gênero. Por este motivo, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa buscando compreender os impactos que a pandemia gerou à saúde mental e subjetividade desse grupo e, assim, dar voz a essas mulheres invisibilizadas.

2 | MÉTODO

O procedimento metodológico empregado neste trabalho foi qualitativo do tipo exploratório, em que se trabalhou com “atitudes, crenças, comportamentos e ações, procurando-se entender a forma como as pessoas interpretam e conferem sentido a suas experiências e ao mundo em que vivem.” (MINAYO *et.al*, 2005, p.74).

Foram realizadas sete entrevistas individuais, com a elaboração prévia de um roteiro semiestruturado, baseado nas informações levantadas a partir da leitura de materiais já publicados. Este roteiro continha perguntas abertas e fechadas com o fim de garantir a fluidez e o respeito pela autenticidade da fala do sujeito entrevistado, permitindo-lhe expressar elementos de sua subjetividade.

O estudo foi divulgado nas redes sociais da pesquisadora e as participantes se disponibilizaram voluntariamente, o que justifica a concentração de trabalhadoras pertencentes a uma classe social alta. As participantes foram contatadas e convidadas a participar da pesquisa via *WhatsApp* e, posteriormente, a entrevista foi agendada por meio da plataforma *Google Meet*. A escolha do meio virtual deveu-se às recomendações dos

órgãos de saúde e da preferência das participantes.

Os dados coletados nas entrevistas foram agrupados em cinco categorias temáticas e analisados sob os pressupostos da análise hermenêutica-dialética, seguindo os passos propostos por Minayo (2014): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O projeto de pesquisa de Iniciação Científica foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

3 | ANÁLISE DOS RESULTADOS: CATEGORIAS TEMÁTICAS

Nesta pesquisa foram entrevistadas sete mulheres profissionais da saúde que tinham entre 25 e 59 anos, com uma idade média de 49 anos, autodeclaradas brancas, com emprego formal, pertencentes a um nível socioeconômico alto e dispunham de um elevado grau de escolarização, isto é, ensino superior completo, pós-graduação e mestrado. Quanto às atividades profissionais, duas eram fisioterapeutas, duas eram psicólogas, uma era médica, uma era enfermeira e uma era técnica de enfermagem.

Assim sendo, as mulheres falavam de um lugar social específico, não correspondendo à totalidade das vivências das profissionais de saúde no Brasil durante a pandemia.

A partir da escuta das entrevistadas e leitura intensiva, foram construídas cinco categorias analíticas, que agrupavam conteúdos semelhantes.

3.1 CONDIÇÕES MATERIAIS DE TRABALHO

Na pandemia, como apontado por Almeida (2020), os profissionais de saúde depararam-se com um cenário catastrófico. Estes trabalhadores conviviam cotidianamente com

[...] condições de trabalho precárias, decorrentes da escassez de recursos e materiais ou de características da organização do trabalho em saúde que envolvem carga de trabalho elevada, prolongamento de jornadas laborais, trabalho em turnos e dificuldade para pausas e repouso. (HELIOTERIO *et. al.*, 2020, p. 04).

Em conformidade com os autores, as entrevistadas discorreram sobre os empecilhos materiais encontrados durante a pandemia:

“O volume de trabalho também era bem alto, a gente tinha em torno de 10 a 15 visitas no período da tarde. Então, estava bem puxado.” (G. Q. S.)

“Eram 17 leitos para 50 pessoas. Uma equipe que tinha 3 pessoas para 50 pessoas (...)Eu continuei trabalhando só dentro da minha instituição, mas ampliei o horário. Muitos profissionais trabalharam em 2 empregos, isso é rotina. O que a gente viu foram muitos profissionais trabalhando em três, então acabou virando uma oportunidade de ganhar um dinheiro extra e tentar uma nova oportunidade profissional, com isso veio o cansaço.” (R. H. M.)

Paralelamente, foram referidas iniciativas criadas pelas instituições, tais como os

momentos de decompressão, para propiciar um suporte aos trabalhadores e amenizar os danos trazidos pela pandemia.

“A gente teve um suporte muito grande do hospital para oferecer esse tipo de momentos de decompressão. A gente tinha esses momentos, ter um lugar para ir descansar, fazer outras coisas, sair um pouco desse ambiente para depois retornar.” (R. C. E.)

Dito isso, os relatos revelam que, embora com um certo amparo da instituição, o contexto da pandemia exigiu destas trabalhadoras cargas de trabalho excessivas levando ao esgotamento físico e mental, conforme referido por Lai *et al.* (2019).

3.2 A CONCILIAÇÃO ENTRE A ESFERA PRODUTIVA E A ESFERA DOMÉSTICA

Em relação às experiências das entrevistadas no âmbito privado, elas se dividiram entre as que tinham alguém para ajudar nas tarefas domésticas e as que moravam sozinhas. Para ilustrar, foram eleitas duas falas que representassem cada uma das situações:

“Eu tinha alguém para ajudar em casa, mas o volume de trabalho era muito grande. Eu trabalhava 12 horas por dia, nesse contexto de cenário de guerra. Ainda bem que tinha alguém para lidar com as tarefas de casa. (...) Não sobrava muito mais tempo, nem energia para fazer outras coisas.” (G. Q. S.)

“Eu moro sozinha, o que é uma coisa que de certa forma ajuda. (...) como eu passava praticamente o dia todo fora, eu tinha pouca tarefa doméstica, não tinha ninguém para me ajudar, mas a instituição deu muita coisa para gente. Eu fazia todas as refeições lá, não precisava cozinhar.” (R. H. M.)

Neste sentido, para algumas dessas mulheres, o fato de não possuírem filhos demandou menos no que tange aos afazeres não-remunerados. Ademais, as que eram mães tinham filhos adolescentes, o que significa que, por apresentarem mais autonomia, não só necessitam de menos cuidado quando comparados a crianças, mas também dispõem de mais condições para auxiliar nas tarefas domésticas.

Além disso, é imprescindível inserir a fala dessas mulheres no contexto social a que pertencem. No Brasil, os trabalhos reprodutivos em famílias de classe alta e de classe média seguem sendo realizados majoritariamente por empregadas domésticas negras (GUIMARÃES & DAOU, 2021, p.122). Isto aponta para a necessidade, descrita por Nogueira e Passos (2020), de racializar o fenômeno da divisão sexual do trabalho, uma vez que as mulheres são um grupo heterogêneo, em que os determinantes de raça e de classe se somam à opressão de gênero.

3.3 A PANDEMIA DO MEDO

Frente a um cenário estressor, o medo aparece como uma reação possível. No contexto da pandemia da Covid-19, o medo da morte manifestou-se como medo do desconhecido. Segundo, Jorge, Mello e Nunes (2020, p. 586): “A invisibilidade do vírus esvanece o objeto que se teme e ao mesmo tempo o torna onipresente, produzindo o

sufocamento característico da angústia.”.

Dito isso, o novo coronavírus correspondeu a uma ameaça invisível, uma vez que, além do desconhecimento dos seus mecanismos biológicos, ele não era diretamente observável, gerando incertezas quanto à letalidade e transmissão. Sendo assim,

[...] o conhecimento sobre possibilidades de reinfecção, alta prevalência de casos entre profissionais de saúde e elevada transmissibilidade da maioria das cepas do vírus, mas o desconhecimento parcial, somado a fake news, alimenta o imaginário, retroalimentando a sensação de medo, também entre profissionais. (HORTA *et. al*, 2022, p.30).

Além do receio do próprio contágio, esses profissionais da saúde temiam a infecção à sua família, colegas de trabalho e demais amigos, sentindo incertezas e rotulações, relutâncias em ir trabalhar e altos índices de pedidos de demissão. (PRADO *et.al*, 2020, p.7).

No tocante às entrevistadas, a sensação de medo apareceu nos discursos sob três formas: o medo de contrair a doença, o medo de transmitir a doença e o medo das mudanças no trabalho. Estas formas expressam-se nos seguintes discursos:

“Eu acho que a maior dificuldade foi quando começamos a ver a própria equipe, os colaboradores, começando a pegar a Covid. Pessoas muito perto da gente, médicos amigos entubados. Isso desestruturou emocionalmente a equipe. Então saber que qualquer hora poderia ser algum de nós, as pessoas começaram a pensar que os amigos muito próximos estão passando por isso e como vamos sobreviver a isso.” (R. C. E.)

“Posso até morrer, mas não quero deixar para as pessoas que eu amo, na minha casa, minha família, transmitir uma doença por conta da minha ocupação.” (S. T. S.)

“No trabalho foi uma mudança de tudo. Primeiro fechou a minha unidade, não sabia para onde eu ia (...) perguntei se eu poderia ficar avaliando feridas e decidiram na hora que eu ia ficar só com isso. Para mim foi uma mudança muito boa, apesar de todo o estresse, de ver os colegas mudando tudo, o medo. O medo da mudança dá muito receio.” (C. C. S.)

Para essas mulheres, o espaço hospitalar foi significado, de forma explícita ou implícita, como um local de risco, em que o contato mais direto com o vírus deixava as profissionais mais expostas a contrair a doença e, possivelmente, transmiti-la a outras pessoas. Para mais, a incerteza quanto ao futuro do trabalho devido às mudanças dentro da instituição também gerou medo nas participantes. Nestes casos, o ambiente hospitalar revelou-se como potencializador do medo.

Por outro lado, uma mulher expressou o contrário:

“Naquele momento inicial eu não tive medo, porque eu me sentia mais protegida no hospital do que em qualquer outro lugar. Lá eu sabia onde o perigo estava e como me defender dele. E lá fora você nunca sabia.” (R. H. M.)

Para ela, o hospital apareceu como um local seguro, ao passo que possuía um

maior controle sobre o vírus, maior conhecimento sobre as pessoas com quem convivia diariamente e dispunha de mais recursos para se proteger.

3.4 AS PERDAS NO COTIDIANO

Segundo HORTA *et. al* (2022, p.30), “[...] o medo pode ser acrescido de confirmadores, como perda de um ente, ou indícios de comprometimento de sua saúde.”. Isto posto, o medo referente ao contexto de pandemia, dentre outras formas, materializou-se nas perdas, tanto de vidas humanas, quanto de rotinas, relações sociais e estabilidade financeira.

No que tange às entrevistas, as participantes relataram terem vivenciado perdas de membros da equipe, parentes e pacientes:

“Eu quase perdi meu pai neste último ano da pandemia por causa da Covid. Eu acho muito difícil ter que continuar trabalhando num contexto como esse, tendo uma pessoa muito importante quase indo embora.” (F. S. R.)

“Foi bem pesado porque tinha mortes todos os dias, lembro de finais de semana em que eu era a única psicóloga do hospital e aí eu ia procurar um paciente para fazer a visita e quando eu chegava no quarto ele tinha acabado de falecer. Ia procurar outro, o outro também tinha falecido. Foi um trabalho que tive que lidar constantemente com a questão da morte, foi bem difícil (...) Era muito ruim as coisas que a gente presenciava. Víamos o ser humano nas piores das suas condições. Lidar com essas imagens, presenciar isso era impactante.” (G. Q. S.)

“Bateu umas tristezas de ver os pacientes morrendo, muito grave. Conhecidos da gente que faleceu. Tive um funcionário meu que faleceu. Muita gente perto ficou mal.” (C.C.S.)

As constantes perdas vão deixando marcas no psiquismo dos profissionais da saúde. Como descrito por Lóss *et.al* (2020), a inexorabilidade dos riscos da doença pode fazer com que estes profissionais se vejam fragilizados, apresentando sentimento de impotência, já que não possuem controle sobre os acontecimentos. Vide as seguintes falas:

“A equipe também tinha uma parte emocional muito grande, muito além do desconhecimento da doença, do tratamento, de errarmos e acertarmos no início do que era bom ou não para o paciente. A gente sofreu com os pacientes essa angústia do que está acontecendo no mundo, as pessoas estão morrendo e a gente não consegue ajudar, as pessoas estão sofrendo aqui dentro e a gente também não pode ajudar.” (R. C. E.)

“Para mim foi um momento, na segunda onda, em que a demanda de atendimentos era maior do que a minha capacidade operacional. Naquele momento eu precisei fazer escolhas, são escolhas muito difíceis, porque eu me questioneei muito (...) isso me doeu, não poder fazer por todos tudo o que eu queria com a qualidade que eu queria, com a dedicação que eu tinha. Foi o momento que eu senti que bambeeí na pandemia, senti que não ia dar conta.” (R. H. M.)

“Teve um momento que começou a faltar de fato medicamento para realizar a intubação, causava um desespero em todo mundo. Estamos lidando com vidas, a gente faz a promessa de tentar salvar aquela vida e sabendo

que não tinha vacina ainda ou só estava disponível, no começo, para profissionais da saúde. Você estava vacinado, mas via o seu parente ou o parente de alguém sendo internado, porque não conseguiu tomar a vacina ainda.” (R. M. C. G.)

Em conclusão, é possível afirmar que, em alguns casos, a frustração de perder alguém toca em questões pessoais, trazendo sofrimento psíquico para os profissionais da saúde. Isto pode ser explicado através da responsabilização historicamente atribuída aos trabalhadores da saúde pelo cuidado com o outro. E, quando a preservação da vida não consegue ser garantida ou as expectativas não são atendidas, a responsabilidade transforma-se em culpa.

3.5 SOLIDÃO X SOLIDARIEDADE

O título desta categoria deveu-se à contradição presente nas vivências dos trabalhadores da saúde. Ao mesmo tempo em que foram estigmatizados diante da sociedade, construíram elos muito fortes dentro da equipe.

No tocante às entrevistas, a distância de familiares próximos e a criação de vínculos com outros profissionais da saúde foram abordados das seguintes formas:

“Todo esse cenário muito difícil eu tinha que ou guardar para mim ou falar com os colegas que estavam ali do meu lado. Era algo que eu evitava trazer para dentro de casa porque as pessoas não iam saber lidar com aquelas informações (...) o que eu fiz foi criar vínculos muito fortes com as pessoas que estavam na mesma realidade que eu. Foi isso que me ajudou a manter a cabeça no lugar, porque a gente acabava compartilhando o quanto estava difícil, o quanto era assustador. Isso acabava aliviando um pouco.” (G. Q. S.)

“Eu sinto também muita solidariedade entre as equipes dos profissionais (...) a solidariedade foi imensa também na relação entre as equipes e os pacientes (...) com o meu marido foi muito difícil, porque se eu preparava a comida, ele não comia. Então cada um fazia os seus preparos. Fazíamos separados, comíamos separados. Fiquei dois anos sem dormir com ele, eu num quarto, ele no outro (...) a gente queria sobreviver, e eu me via como vetor potencial.” (S. T. S.)

Dito isso, ao longo da pandemia, por estarem em contato direto com o vírus diariamente, esta categoria profissional foi estigmatizada. Muitas pessoas consideraram os profissionais da saúde potenciais transmissores do vírus. Para mais, notou-se uma internalização deste estigma pelos próprios trabalhadores. A respeito deste tema, Nascimento e Leão (2019) afirmaram:

O estigma internalizado (..) é uma consequência direta do estigma social, no qual ocorre uma internalização do estigma sofrido, ou seja, o indivíduo, ao ter consciência dos estereótipos negativos associados à sua circunstância, concorda, aplica e reproduz essas crenças desfavoráveis sobre si mesmo, atrapalhando sua qualidade de vida e o convívio social. (NASCIMENTO & LEÃO, 2019, p.110).

Sendo assim, é válido ressaltar a clareza da internalização do estigma presente

no seguinte trecho da fala da participante S.T.S: “*a gente queria sobreviver, e eu me via como vetor potencial.*”. Nesta, a entrevistada demonstra aceitar o distanciamento social, compreendendo a si mesma como um fator de risco ao marido.

Por fim, as falas demonstraram a centralidade do compartilhamento de experiências para a sensação de acolhimento diante do contexto pandêmico. Dividir sentimentos e angústias com outros profissionais que também estão vivenciando a mesma coisa promoveu um elo de solidariedade entre esses trabalhadores, favorecendo a elaboração psíquica dos impactos gerados por este momento tão difícil.

4 | CONCLUSÃO

Como apontado pelas entrevistadas em diálogo com a literatura, as mulheres que atuaram na linha de frente no combate ao coronavírus apareceram como um grupo extremamente afetado pela situação. Os sucessivos desmontes na área da saúde e consequente precarização do trabalho neste setor, as desigualdades de gênero e os efeitos do neoliberalismo foram potencializados com o advento da pandemia da Covid-19.

Assim sendo, mesmo pertencentes a uma classe social favorável e com um amparo das instituições em que atuavam, o trabalho, para estas profissionais, caminhou rumo ao adoecimento. Elas encontraram-se diante de altas jornadas de trabalho, falta de recursos, baixa remuneração, solidão, altos riscos de contaminação, contato direto com a morte, medo referente ao vírus, dentre outros fatores.

No entanto, apesar de estarem em um contexto similar, os sentidos atribuídos às experiências foram singulares. Dessa forma, a história de vida de cada mulher influenciou no modo como cada uma apreendeu e lidou com a realidade.

Neste sentido, o fenômeno de ser mulher, profissional da saúde, na linha de frente da Covid-19 é multideterminado. Por esta razão, não é possível e nem de interesse esgotar suas potencialidades e formas de manifestação. Dito isso, é válido ressaltar a limitação deste trabalho, posto que o recorte de gênero por si só aparece como insuficiente para abordar essa temática, sendo imprescindível considerar a influência de outros marcadores sociais, como de raça e classe.

Portanto, considera-se fundamental o estímulo a novas pesquisas que busquem estudar criticamente este tema com o fim de auxiliar na construção de políticas de proteção para essas profissionais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, G. N.; XAVIER, E. D. **Pandemia, política e neoliberalismo: o Governo Federal Brasileiro no enfrentamento do Coronavírus**. Confluências - Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito, v. 22, n. 2, p. 28-50, 2020.

ALMEIDA, I. M. de. **Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID 19 e respostas à pandemia.** Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 45, e17, 2020.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.** 3 ed. São Paulo. Boitempo. 2000

ANTUNES, R. **O vilipêndio do coronavírus e o imperativo de reinventar o mundo.** In: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois. 1ª ed. Bauru: Canal 6; p. 181-88. 2020.

FONSECA, A. D; SILVA, S. L. A. **O Neoliberalismo em Tempos de Pandemia: o Governo Bolsonaro no contexto de crise da Covid-19.** Ágora (St. Cruz Sul, Online), v.22, n.2, p. 58-75, julho-dezembro, 2020.

GUIMARÃES, S. S. M. L & DAOU, S. Z. **Divisão sexual do trabalho reprodutivo e as assimetrias de gênero na pandemia da covid-19.** Salvador: Revista Direito e Sexualidade v. 2, n. 1, p. 110-133, 2021.

HAN, B. C. **Sociedade do Cansaço.** Petrópolis:Vozes, 2010.

HELIOTERIO, M. C. *et al.* Covid-19: **Por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?** Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2020, v. 18, n. 3 e00289121. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>>. Acesso em: 21 março 2022.

HELOANI, J. R. M.; CAPITÃO, C. G. **Saúde mental e psicologia do trabalho.** São Paulo, Perspec. v. 17, n. 2, São Paulo Apr./June, p. 102-108, 2003.

HIRATA, H., & KERGOAT, D. **Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho.** Caderno de Pesquisas, 37 (132), p. 585-609, 2007.

HORTA, R. L et al. **“Pegar” ou “passar ”: medos entre profissionais da linha de frente da COVID-19.** J Bras Psiquiatr. 2022;71(1):24-31.

JORGE, M. A. C; MELLO, D. M; NUNES, M. R. **Medo, perplexidade, negacionismo, aturdimento – e luto: afetos do sujeito da pandemia.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 23(3), 583-596, set. 2020.

LAI, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N. et al. (2020). **Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019.** JAMA Netw Open, 3:203976. Doi:10.1001/jama network open.2020.3976

LÓSS, J. C. S *et.al.* **A saúde mental dos profissionais de saúde na linha de frente contra a Covid-19.** Revista Transformar 14, Edição Especial “Covid-19: pesquisa, diálogos transdisciplinares e perspectivas”, mai./ago. 2020.

MACÊDO, S. **Ser mulher trabalhadora e mãe no contexto da pandemia covid-19: tecendo sentidos.** Rev. Nufen: Phenom. Interd. I Belém, 12(2), 187-204, mai.– ago., 2020.

MENDES, J. M. R *et.al.* **A política de saúde do trabalhador e as transformações no mundo do trabalho.** II Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís – MA, 23 a 26 de agosto de 2005.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo:Hucitec, 2014. p. 315-318.

MINAYO, M. C. *et.al.* **Métodos, técnicas e relações em triangulação**. In: MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G; SOUZA, E. R. (orgs.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, p.61- 99, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é a Covid-19?**. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus#:~:text=A%20Covid%2D19%20%C3%A9%20uma,transmissibilidade%20e%20de%20distribui%C3%A7%C3%A3o%20global>>. Acesso em: 10 maio 2021.

NASCIMENTO, L. A; LEÃO, A. **Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.103-121, jan.-mar. 2019.

NOGUEIRA, C. M; PASSOS, R. G. **A divisão sociosexual e racial do trabalho no cenário de epidemia do covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti**. Caderno C R H, Salvador, v. 33, p. 1-9, 2020.

ONU MULHERES. **Covid-19: Mulheres à frente e ao centro**. 2020. Disponível em: <<https://www.onumulheres.org.br/noticias/covid-19-mulheres-a-frente-e-no-centro/>> . Acesso em: 19 março 2021.

PRADO, A. D *et.al.* **A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa**. Revista Eletrônica Acervo Saúde REAS/EJCH, V.Esp.46 | e4128, 2020.