

“Na linha de frente”: vivências críticas de profissionais de saúde em tempos de pandemia

Rozeli Porto
Natália Yolanda de Carvalho Araújo
Francisco Cleiton Vieira

Introdução: uma pandemia generificada

Neste artigo, buscamos analisar os efeitos e as implicações sociais da pandemia do novo coronavírus (covid-19) entre trabalhadoras/es atuantes no que se convencionou chamar de “linha de frente” no cuidado às/aos adoecidas/os pelo SARS-CoV-2⁸¹ no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nosso foco recai, primordialmente, sob o campo da saúde mental⁸² das/dos profissionais de saúde residentes no Rio Grande do Norte. A hipótese geral sugere que o evento transformou as relações nos ambientes de exercício profissional do público-alvo, embora tenha se

⁸¹ O coronavírus faz parte de uma família de agentes que acarretam infecções respiratórias descoberta em 1937. Em 1965, quase 30 anos depois do primeiro isolamento da infecção, ele foi nomeado como “coronavírus” por ser semelhante a uma coroa quando visto de um microscópio. Em dezembro de 2019, foi registrada uma nova variação do vírus, o SARS-CoV-2 – síndrome respiratória aguda grave –, responsável pela pandemia da covid-19 (Chih-Cheng, 2020).

⁸² Compreendemos “saúde mental” como um campo social que abarca o desenvolvimento de linguagens, práticas e saberes sobre estados de bem-estar e mal-estar que se produzem numa zona físico-moral daquilo que Luís Fernando Dias Duarte (1994) nomeia de “outra saúde”. Consolida-se a partir da dualidade entre corpo e mente com representações modernas sobre o ser humano e que possibilitaram a emergência da noção de “doença mental”. Assim, acompanhando Sônia Maluf (2009), procuramos contribuir neste artigo para a reflexão sobre gênero no âmbito de questões envolvendo perturbação, doença mental e cultura *psi*.

dado sob a forma de uma potencialização de problemáticas subjetivas e sociais já presentes em um cenário de exploração do trabalho anterior ao evento globalizado. Demonstraremos, portanto, que há, nesse contexto, um acúmulo social e subjetivo de aflições que acabam por reproduzir um quadro de adoecimento mental na vida das/dos profissionais de saúde para além do ambiente clínico.⁸³

A interpretação desse contexto depende do entendimento de que epidemias são eventos complexos e guardam episódios confusos, e, quando não, apresentam-se parcialmente compreensíveis (Lowi, 2019). Podem se manifestar coletivamente – atingindo grupos de indivíduos e provocando alterações como o isolamento social – ou singularmente – enquanto evento único nas unidades de tempo e espaço em que ocorrem. Segundo Rita Barata (2020, p. 9), “as práticas de intervenção utilizadas para o combate às epidemias refletem, de um lado, o conhecimento que se tem do fenômeno e, de outro, as formas de atuação do Estado em cada período histórico”. Por regra, epidemias surgem subitamente, não havendo pesquisas e estudos suficientes para evitar uma propagação em altas escalas a partir desses fenômenos. Do mesmo modo, algumas nações realizam investimentos em pesquisas e na estruturação do atendimento em saúde, enquanto outras assumem posturas necropolíticas (Mbembe, 2018)⁸⁴ e ou/ necrobiopolíticas (Bento, 2018)⁸⁵ que subestimam o poder

⁸³ O artigo faz parte do projeto de pesquisa *Saúde, gênero e pan/epidemias: do zika vírus aos efeitos do covid-19 no Brasil*, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (UFRN/PIBIC/CNPq-Produtividade em Pesquisa), coordenado por Rozeli Porto, do Departamento de Antropologia do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da mesma universidade (DAN/PPGAS/UFRN). Também faz parte do projeto *A covid-19 no Brasil: análises e respostas aos impactos sociais da pandemia entre profissionais de saúde e população em isolamento*, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e subsidiado pela Financiadora de Estudos e Projetos, do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicações (UFRGS/FINEP/MCTIC), sob coordenação de Jean Segata (PPGAS/UFRGS).

⁸⁴ A necropolítica, conforme Achille Mbembe (2018, p. 43), diz respeito, sobretudo, ao poder de ditar “quem pode viver e quem deve morrer”. Com base no biopoder e em suas tecnologias do controle das populações, o “deixar morrer” se torna aceitável, embora não para todos os sujeitos. O sujeito, ou o corpo “matável”, é aquele que está em risco de morte a todo momento por conta do parâmetro definidor de raça.

⁸⁵ Para Bento (2018, p. 1), “Necropoder e biopoder são termos indissociáveis para se pensar a relação do Estado com os grupos humanos que habitaram e habitam os marcos do Estado-nação. Vida vivível e vida matável, para utilizar os termos de Giorgio Agamben, são formas de gestão da população e não podem ser postas em

de adoecimento e da morte da população por determinados vírus. No caso do Brasil, diferentes cientistas sociais têm apontado para a política de morte empreendida pelo governo do ex-presidente Jair Bolsonaro (PL) (2019-2022). Com o governo sendo chamado a gerir publicamente a altíssima transmissibilidade do vírus e a sua consequente alta mortandade, sua postura foi contrária às decisões de profissionais da saúde e cientistas biomédicas/os.⁸⁶

Além do mais, percebe-se que as epidemias e pandemias podem se sobrepor e justapor, gerando efeitos cruzados. No Brasil, a presença de mosquitos, a falta de saneamento básico e uma fraca política de saúde para o enfrentamento de epidemias como a dengue e a chicungunha demonstram a fragilidade de um sistema que deveria investir na eliminação do vetor dessas doenças – o *Aedes aegypti* –, que infecta as populações mais vulneráveis. Chama a atenção que tanto a dengue como a chicungunha têm afetado diferentes classes sociais; porém, moradoras/es de bairros pobres, especialmente pardas/os e pretas/os, são as/os mais infectadas/os. O zika vírus não foi exceção à regra no contexto brasileiro, atingindo, de modo mais exacerbado, mulheres pobres e sua saúde reprodutiva (Lowi, 2019; Porto, 2020; Porto; Costa, 2017).

Nesse íterim, é inevitável comparar o contexto epidêmico contemporâneo com a experiência de urgência pública da pandemia do novo coronavírus. Por se referir a um vírus desconhecido, com alta capacidade de contágio e elevada letalidade, especialmente no início da pandemia, mais de metade da população mundial seguiu as estratégias de prevenção e controle, que se concentravam especialmente no resgate de medidas tradicionais da saúde pública: barreiras sanitárias, quarentena, isolamento e/ou distanciamento social, medidas de higiene, que tentavam conter a curva de contaminação, especialmente enquanto

uma perspectiva cronológica, em que o necropoder (ou poder soberano) teria sido ultrapassado pelo biopoder”.

⁸⁶ A gestão da pandemia pelo governo Bolsonaro impulsionou a ação do vírus causador da covid-19. O ex-presidente retardou a resposta vacinal em todo o território brasileiro, tendo feito uso de desinformação, contágio deliberado e práticas de corrupção. Portanto, o contexto considerado neste artigo compreende problemáticas que afligem as/os profissionais de saúde interlocutoras/es que se formaram dentro de um escopo político cuja morte, o fazer morrer e as medidas eugênicas de superioridade de certos grupos sobre outros ocuparam o horizonte diário e acachapante. Para discussões e análises mais pormenorizadas a respeito disso, ver, entre outros, Kalil e Santos (2021), Boscatti e Amorim (2021).

não havia uma vacina eficaz e comprovada contra esse agente patológico (Freitas; Pena, 2020).

Enquanto um desastre global, a OMS reconheceu a condição de pandemia em fevereiro de 2020 e a declarou emergência em saúde pública no mundo – ou PHEIC, *Public Health Emergency of International Concern* (WHO, 2020) –, sendo tal condição reforçada no dia 13 de abril de 2022,⁸⁷ mesmo a pandemia tendo arrefecido especialmente após a vacinação em massa. O fenômeno do coronavírus abriu um outro campo para problematizações e pesquisas em diferentes áreas do conhecimento, sendo que as ciências sociais, em particular a antropologia, não poderiam se furtar a essa reflexão (Segata; Grisotti; Porto, 2022; Segata; Porto; Mastrangelo, 2021). A pandemia se tornou um novo lócus investigativo com distintas possibilidades de compreensão sobre o mundo social, inclusive para velhas problemáticas e/ou complementando outras com enfoques afins.

Intercruzando a epidemia do zika vírus com a pandemia de covid-19,⁸⁸ percebe-se que esta última amplia efetivamente o que os efeitos da primeira já haviam demonstrado: desigualdades sociais, econômicas, raciais e de gênero. Temos observado através do debate público e de diferentes publicações como a pandemia de covid-19 impactou e tem impactado homens e mulheres de maneiras diferenciadas. Assim, o gênero afeta, bem como pode produzir distintamente, em cada contexto social, as crises de saúde conforme elas ocorrem; portanto, precisa ser abordado à medida que esses grandes eventos se desenrolam.⁸⁹

⁸⁷ No último dia 13 de abril de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) comunicou que a pandemia de covid-19 continua a ser uma “emergência de saúde pública de importância internacional”. Diferentemente, o ex-ministro da saúde do governo Bolsonaro (2019-2022), Marcelo Queiroga, anunciou em cadeia nacional de rádio e TV que editaria um ato normativo para encerrar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), pondo fim ao estado de emergência devido à pandemia de covid-19. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/ju/artigos/luiz-carlos-dias/apenas-oms-pode-decretar-o-fim-da-pandemia>. Acesso em: 7 jul. 2025.

⁸⁸ Sindemia é a interação entre duas ou mais doenças que, facilitadas pelas condições sociais e ambientais, são causadoras de diversas vulnerabilidades à sociedade (Singer *et al.*, 2017).

⁸⁹ É importante lembrar que, antes da pandemia de covid-19, a aids, causada pelo vírus HIV – que surgiu nos anos 1980 –, pode ser considerada a primeira doença infectocontagiosa de dimensões globais (Bastos, 2002), com enfoques distintos em diversidade sexual e de gênero (Pelúcio, 2007; Vale, 2005; Valle, 2008).

Pesquisas como as de Harman (2016), Pimenta (2019), Davies e Bennett (2020) – sobre o ebola na África e o zika nas Américas – demonstram que as mulheres geralmente são as mais afetadas pelas epidemias e, mesmo assim, continuam “invisíveis” em todos os pontos perante as respostas internacionais aos surtos, desde a desagregação de dados à promoção de políticas de gênero. Em contextos como o do ebola (Harman, 2016; Pimenta, 2019), há registro de aumento da violência de gênero, casamentos forçados, acesso restrito a recursos como alimentos, dificuldades de acesso aos contraceptivos, falta de acesso aos cuidados obstétricos e aumento das taxas de mortalidade neonatal. Davies e Bennett (2020, p. 1045) argumentam que, em tais condições,

as mulheres enfrentam mais riscos de violência contra seus corpos, sendo imperativo priorizar os procedimentos de proteção de gênero, bem como a saúde sexual e reprodutiva no planejamento de respostas a emergências. As vulnerabilidades de mulheres e meninas estão igualmente presentes durante uma emergência de saúde pública, mas são relativamente subnotificadas nessas circunstâncias.

As autoras observam que as crises anteriores – relativas ao ebola e ao zika vírus – deixaram lições importantes; todavia, estas não foram suficientemente apreendidas. E é justamente o que se percebe na tomada de decisões relativas à covid-19 em determinadas questões interseccionais (Crenshaw, 1989), como as que dizem respeito às relações de gênero, classe, capacitismo e raça. Como lembra a antropóloga Denise Pimenta (2020, p. 17), “toda pandemia é generificada, racializada e tem classe social”; dessa forma, “a crise do novo coronavírus no Brasil tem cara de mulher preta e periférica e, muitas vezes, deficiente”. Para Pimenta (2020), as mulheres são efetivamente as mais afetadas por essas epidemias por serem as principais responsáveis pelo cuidado das/os enfermas/os, tanto no espaço público da saúde quanto no privado.

Observe-se que os tempos da pandemia aumentaram vertiginosamente os quadros de ansiedade, depressão, pânico, os quais impactam diretamente a saúde mental da população e, em particular, das mulheres. Em nosso país, mulheres jovens e negras mostraram-se as mais afetadas: para não ficarem desempregadas, acabaram sendo exploradas em subempregos domésticos, informais e/ou precários, fato que reflete claramente problemas sociais que perpassam diferentes marcadores sociais da diferença. Do mesmo modo, houve um aumento desproporcional do trabalho não remunerado entre as mulheres

por conta das crianças fora da escola, dos cuidados de idosas/os e da multiplicação de jornadas; as mulheres foram ainda mais sobrecarregadas por se constituírem majoritariamente como força de trabalho em saúde, educação e assistência social (Matos, 2020; ONU Mulheres, 2020).⁹⁰

A covid-19 criou desequilíbrios na prestação de serviços de saúde, interrompeu os serviços essenciais de rotina exigindo a realocação de profissionais de saúde e de usuárias/os. As mulheres grávidas enfrentaram desafios especiais devido às suas responsabilidades na força de trabalho, como cuidadoras de crianças e outros membros da família. Além disso, as exigências de contato regular com serviços de maternidade e ambientes clínicos ampliaram o risco de exposição à infecção (Hussein, 2020; Pimenta, 2019). Sem falar no aumento das denúncias em âmbito nacional relativas à violência doméstica no que se refere aos casos previstos na Lei nº 11.340/06 – Maria da Penha – durante a quarentena pandêmica (Costa, 2020; Pasinato; Colares, 2020).

Nessa perspectiva, a pandemia articulou a sociedade em um período de tensões, temores e incertezas acerca da vida e de diversos dos seus eixos em nível social, mas que representam aspectos cotidianos para o cenário da saúde no país. Isso se refletiu, por exemplo, no excesso de carga horária e de funções, no cansaço laboral e no estresse vivenciados por profissionais de saúde, especialmente em serviços de urgência (Seleghim *et al.*, 2012). O adoecimento em massa por covid-19 afetou negativamente várias áreas de funcionamento de bem-estar geral e de direitos de grupos com os mais diferentes perfis. Tanto que a saúde mental de distintos grupos específicos, a exemplo das/dos profissionais de saúde, continua a ser um grande problema global, exigindo ações imediatas para mitigar o impacto das medidas e restrições sociais associadas à pandemia (Schiariti; Longo; Campos, 2021). Vemos ainda que profissionais de saúde, mais especificamente as mulheres, além de ocuparem um primeiro nível operacional de cuidados laborais e institucionais no enfrentamento às pan/epidemias (seja do zika vírus, da covid-19 ou, mais recentemente – e continuamente – da dengue, sem falar em outros casos não epidêmicos, como os de violência doméstica), também experienciam um segundo nível de cuidados em seu cotidiano: são esposas, donas de casa, avós, filhas, estudantes e mães.

A vida social dessas mulheres trabalhadoras híbridas e concretas necessita de uma rede de proteção para os cuidados das crianças nos

⁹⁰ Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf. Acesso em: 7 jul. 2025.

horários alternativos ao seu trabalho. Como observam Debora Diniz *et al.* (2020, p. 22), “a composição dos homens no trabalho doméstico não é para todas as classes sociais... as experiências das mulheres era a de que outras mulheres as ajudavam nos cuidados com os filhos, não os maridos... e o mesmo acontece com os aparelhos do Estado, como a escola”. Com o isolamento social, creches, escolas e outras instituições foram fechadas durante a pandemia, impedindo também que outras mulheres de sua rede de parentesco, principalmente as avós de suas/seus filhas/os, pudessem auxiliá-las. Lota *et al.* (2021, p. 1) destacam que “a elaboração de políticas neutras de gênero” negligencia as necessidades particulares das mulheres e prejudica as pessoas mais vulneráveis no enfrentamento da pandemia.⁹¹

Assim, este capítulo procura contribuir para a compreensão das demandas das/os profissionais de saúde com quem foi realizada a pesquisa, como também para futuras políticas públicas que avaliem e abarquem essas problemáticas. O texto recorre a uma análise antropológica baseada em entrevistas sobre o cotidiano de trabalho, realçando os sentidos, os significados e o dispêndio físico e mental “de estar” ou “de ser” colocada/o à frente, como operadoras/es humanas/os, do apaziguamento de um sofrimento advindo de um adoecimento com dimensões sociais jamais vividas nesta geração.

Mudanças metodológicas, números e marcadores sociais

Desde muito tempo a antropologia vem ampliando as fronteiras de seu campo de observação por compreender que suas/seus interlocutoras/es de pesquisa se constituem em sujeitos híbridos e fluidos, portanto móveis e dinâmicos (Bastos, 2002) – fronteiras que na contemporaneidade passam a incluir os espaços *on-line* como um

⁹¹ Nesse sentido, o grupo de interlocutoras/es aqui reunidas/os se caracteriza enquanto pessoas heterossexuais e cisgênero, isto é, sujeitos que mantêm conjugalidades ou outras formas de relacionamentos afetivo-sexuais dentro do escopo da heteronormatividade *per se*, e a posição social de homem ou mulher, identificada ao nascimento. Cabe notar ainda que as configurações familiares *gays*, lésbicas e transgênero podem ganhar contornos que aliam as questões envolvendo a própria relação interpessoal do casal e os mecanismos de heteroterrorismo para sua dissolução (Grossi, 2003; Vieira, 2018).

outro lócus investigativo na constituição das chamadas etnografias virtuais. Esses espaços começaram a ocupar um lugar legitimado para a realização de pesquisas etnográficas, principalmente porque não são – nem podem – ser percebidos como lugares isolados de interação, mas como parte da vivência do mundo social.

Sem dúvida, ter de recorrer à construção de dados *on-line* também é consequência dos grandes desafios vividos pelas/os pesquisadoras/es durante o período pandêmico, sendo necessária nossa adaptação a diferentes técnicas de pesquisa, adentrando metodologicamente nesses espaços. Não realizamos uma etnografia do ciberespaço nos moldes de uma primeira consideração da *internet* como um campo em si em oposição ao cenário *off-line* (Lévy, 1997), prática de pesquisa pouco útil porque pouco alinhada com a complexidade das interações e dos seus fluxos. Tal ambiente digital nos possibilitou atravessar o campo de investigação com técnicas que auxiliaram a ultrapassar o contato entre “humanos e não humanos”, permitindo alcançar e ouvir algumas vozes no cenário pandêmico.

Utilizamos ferramentas de bate-papo como WhatsApp, Google Meet e Zoom,⁹² entre outras que fazem parte dessas redes sociais. Afinal, não poderíamos arriscar a saúde e o bem-estar de nossas/os interlocutoras/es em um período de incertezas sobre o novo coronavírus, tampouco a nossa própria saúde. Isso fez com que nos sentíssemos impotentes ou extremamente frágeis perante esse cenário desencorajador. Contudo, uma etnografia “de perto e de dentro” (Magnani, 2009) teria que desafiar novos arranjos que envolvessem de maneiras diferenciadas atores sociais nesse campo diverso. Como observa Magnani (2009, p. 133), “esse resultado, sempre em processo, constitui, por sua vez, um repertório de possibilidades que, ou compõem o leque para novos arranjos ou, ao contrário, surgem como obstáculos. Cabe à etnografia captar esse duplo movimento”. E assim procedemos. Buscamos unir “esse duplo movimento” à nossa experiência como antropólogas/os urbanas/os, acostumadas/os a interagir presencialmente com sujeitos os mais diversos, ou, como diria Malinowski (1978), com “nativos de carne e osso”, junto aos aparatos tecnológicos pertinentes ao seu cotidiano. Entre outras técnicas utilizadas, adentramos, conseqüentemente, em uma

⁹² Palazzi, Schmidt e Piccinini (2020) afirmam a importância da utilização de mídias *on-line* para a realização de entrevistas no período da covid-19, considerando o contexto de fortalecimento das conexões virtuais e a existência de uma demanda em prol da segurança biológica e, conseqüentemente, do distanciamento social.

perspectiva metodológica que foi tanto qualitativa quanto quantitativa, obtendo dados através de um questionário virtual estruturado no Google Forms, ferramenta essencial na constituição da primeira fase desta pesquisa.

O recorte privilegiou a escolha de profissionais de saúde de áreas distintas – enfermagem, técnico em enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, fisioterapia e nutrição – que trabalhassem em serviços de saúde (públicos e/ou privados) localizados no Rio Grande do Norte. Tais profissionais deveriam estar na ativa especialmente entre os meses de março de 2020 (início da pandemia no Brasil) e setembro de 2021, época em que aplicamos o questionário.

Na época, não imaginávamos o quão complicado seria construí-lo. Primeiramente, criamos a estrutura do questionário no Word Office, com questões abertas e fechadas, direcionadas ao nosso público-alvo.⁹³ Recorremos a outras pesquisas e à bibliografia pertinente, assim como nos inspiramos em distintos questionários e modelos do próprio Google Forms. Cabe mencionar que esse instrumento passou por uma pré-testagem (Barbetta, 2005) com uma colaboradora conhecida das pesquisadoras, a qual fazia parte do grupo da amostragem; após a sua contribuição, foi divulgado de forma amplificada nas redes sociais (especialmente no WhatsApp), como também via *e-mail*. Na medida em que permitiram um crescente compartilhamento e a construção de uma rede de contatos, as redes sociais contribuíram de forma determinante para a investigação.

Diante do contexto de apreensão dos dados, o produto se estruturou na plataforma Google Forms por meio de seções: 1) Apresentação do questionário e do protocolo do comitê de ética em pesquisa por meio de texto. 2) Perfil socioeconômico das/dos colaboradoras/es. 3) Vivência profissional diante da pandemia e afetividades acionadas nesse contexto social. 4) Questões relativas à leitura de cenário político. 5) As perspectivas futuras de atuação dessas/es profissionais.

No geral, o questionário contou com perguntas abertas e fechadas às/aos respondentes. A combinação entre as questões objetivas

⁹³ Rozeli Porto e Francisco Cleiton Vieira construíram a primeira parte do questionário. Natália Yolanda de Carvalho Araújo confeccionou habilidosamente o questionário no Google Forms. Ela o utilizou posteriormente para seu trabalho de conclusão de curso, *Ser linha de frente: vivências de profissionais da saúde do RN em tempos de pandemia* (Araújo, 2022). Os dados de seu trabalho também contribuíram para esta análise, realizada pelas/os três pesquisadoras/es.

e subjetivas no eixo das respostas foi uma escolha metodológica para trazer dinamicidade para o questionário e centralidade para a discussão. Apesar de citar esse formato como fundamental, trabalharemos neste texto especificamente e de forma mais amplificada com a sistematização dos eixos presentes no ponto 3. O anonimato foi utilizado na apreensão de respostas abertas, assim como foi obtida, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a concordância virtual do público pesquisado.

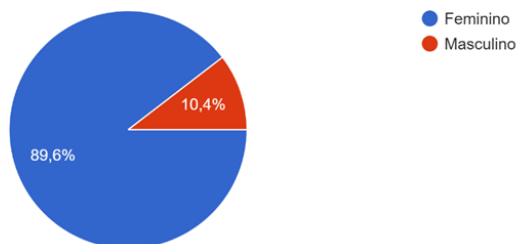
Em pouco mais de dois meses, foram contabilizadas 48 respostas. Vinte e três respondentes, informando *e-mail* ou WhatsApp, disseram ter interesse em participar da segunda fase da pesquisa, mas apenas três delas/es (mulheres) responderam ao nosso posterior contato para entrevistas.⁹⁴ Do total, foi observada a presença de 89,6% de respondentes do gênero feminino, o que direciona nosso olhar para o recorte específico a ser discutido a seguir.

Precariedade múltipla e aflição

Para a compreensão coerente dos dados obtidos e a triangulação da experiência das/os participantes, é preciso traçar a sua breve caracterização. Primeiramente, observa-se que, entre as/os 48 respondentes, 89,6% – isto é, a maioria – são mulheres.

Gráfico 1 – Sexo

6. Qual o seu sexo?
48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

⁹⁴ Resolvemos assim aderir à técnica “bola de neve”. Conseguimos contato com outras/os 15 profissionais de saúde que neste momento estão sendo entrevistadas/os. Os dados produzidos nessas entrevistas constarão em outro momento de análise.

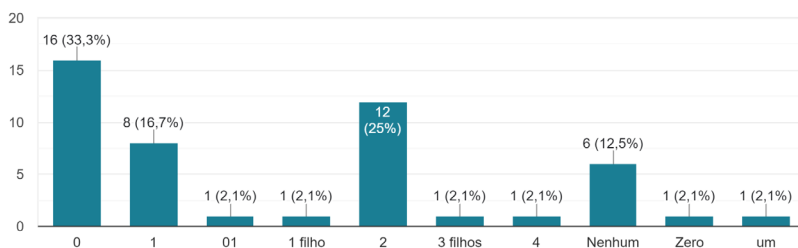
Em outras pesquisas do campo da saúde realizadas durante a pandemia, a presença de mulheres também é notada como determinante no enfrentamento da covid-19 – a exemplo do relatório *Mulheres no centro da luta contra a crise da covid-19* (ONU Mulheres, 2020), que expõe que 70% do grupo de profissionais da saúde em todo o mundo são compostos de mulheres, o que representa mais de 2/3 da categoria. Ainda com base nesses mesmos dados, no Brasil, as mulheres representam 75% da enfermagem; 45,6% da medicina; e 85% do cuidado de idosas/os.⁹⁵

Adentrando nos marcadores do grupo pesquisado, quanto ao número de filhas/os, 52,1% possuem filhas/os ou dependentes. Outros 47,9% das/dos colaboradoras/es declararam não ter nenhum dependente.

Gráfico 2 – Número de dependentes

11. Quantos filhos/as e/ou dependentes você tem?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

O recorte do gênero indica uma complexidade no eixo de cuidados da família, da casa e do trabalho (Amossé, 2004; Cresson, 1991; Hirata, 2010), o que pode impactar os acúmulos de prejuízos à saúde mental enfrentados por essas/es profissionais.⁹⁶

Já sobre a autodeclaração étnico-racial dos sujeitos, 52,1% se declaram pertencentes à categoria branca; 39,6%, pardas/os; 6,3%, pretas/os; e 2,1%, amarelas/os.

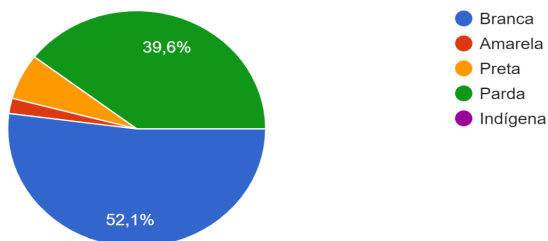
⁹⁵ Sobre o tema, ver ainda Menezes *et al.* (2022).

⁹⁶ Para uma discussão sobre como as questões de gênero aparecem em alguns documentos públicos “como regime de verdade sobre o sofrimento”, entrelaçando saúde mental aos ciclos de vida das mulheres, ver Maluf (2018, p. 30).

Gráfico 3 – Identidade racial

7. Qual você considera a sua identidade racial?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

Diante do retrato da difícil determinação sobre quem é negra/o no Brasil (Munanga, 1999, 2004), as categorias de classificação apresentadas às/aos participantes como opções de resposta utilizaram o mesmo sistema de autodeclaração do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou IBGE (Belandi; Gomes, 2023), escolhido por sua amplitude em nível nacional. De acordo com as configurações tomadas como base desse órgão de pesquisa, 45,9% das/dos pesquisadas/os são caracterizados como negros (soma de autodeclaradas/os pretas/os e pardas/os). Os dados aparecem como relevantes na medida em que as mulheres e as pessoas negras são identificadas em estudos como o grupo que mais sofre na pandemia (Estrela *et al.*, 2020).⁹⁷

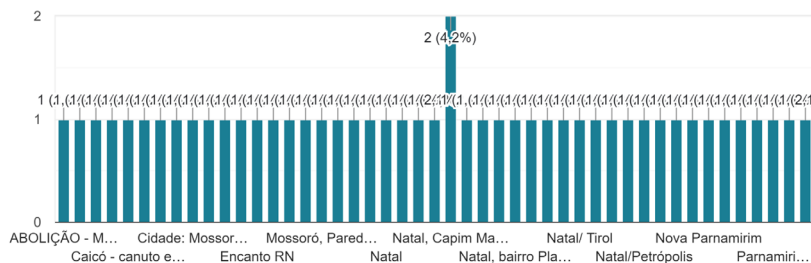
Além da cidade de Natal, onde residem 50% das/dos colaboradoras/es (capital do Rio Grande do Norte), outras unidades administrativas do estado responderam efetivamente à pesquisa: 20,8% das/dos respondentes moram em Mossoró; 12,5%, em Parnamirim; e 10,4%, em Caicó, o que equivale a aproximadamente 89,6% das/dos respondentes. Não obstante, também responderam moradoras/es de Arez, Encanto, Extremoz e uma colaboradora que reside na capital da Paraíba, João Pessoa (e trabalha no Rio Grande do Norte).

⁹⁷ É importante lembrar que o número de pessoas negras impactadas pela pandemia de covid-19 pode ter sido ainda maior, haja vista a inacessibilidade à *internet* (e, portanto, à pesquisa) por parte de uma parcela considerável dessa população, que é, em sua maioria, pobre.

Gráfico 4 – Cidade/bairro de moradia

1. Em qual cidade e bairro você mora?

48 respostas



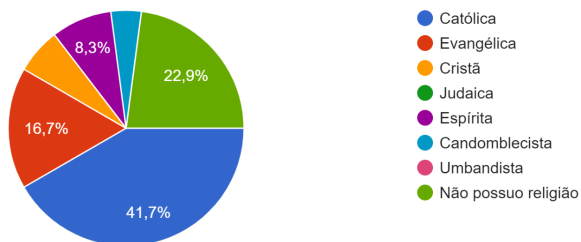
Fonte: Araújo (2022)

Cabe notar ainda que, no eixo da religiosidade, a maioria se divide em 41,7% que se definem como católicos; 22,9% que apontam não possuir religião; e 16,7% que são evangélicos.

Gráfico 5 – Religiosidade

8. Qual a sua religião?

48 respostas



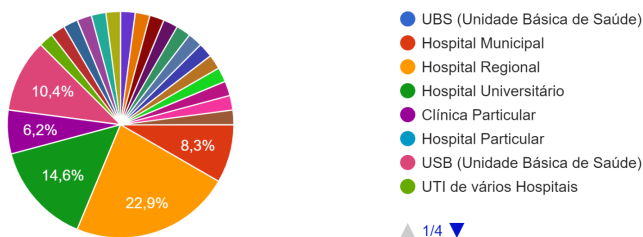
Fonte: Araújo (2022)

Do total pesquisado, 22,9% exercem suas funções em hospitais regionais; 14,6%, em hospitais universitários; 10,4%, em Unidades Básicas de Saúde (UBS); 8,3%, em hospitais municipais; 6,2%, em Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs); e 6,2%, em clínicas particulares. Para além disso, existem profissionais que desempenham funções em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de diversos hospitais, em pontos de vacinação da covid-19, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hemocentros e Centros Especializados em Reabilitação.

Gráfico 6 – Atuação em serviços de saúde

2. Em qual serviço de saúde você atua?

48 respostas



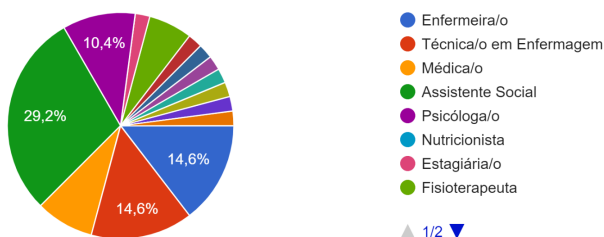
Fonte: Araújo (2022)

A maioria das/dos profissionais exerce a função de assistente social, enfermeira/o e técnica/o de enfermagem: respectivamente, contam com as porcentagens de 29,2%, 14,6% e 14,6%. Além disso, 10,4% das/dos participantes da pesquisa são compostos de psicólogas/os; 8,3%, de médicas/os; e 6,2%, de fisioterapeutas. Ademais, o percentual restante declarou desempenhar os seguintes ofícios no campo de atuação de estágio, voluntariado acadêmico ou docente, nas seguintes áreas: fonoaudiologia, cirurgia ortodôntica e hemoterapia.

Gráfico 7 – Função

4. Qual a sua função?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

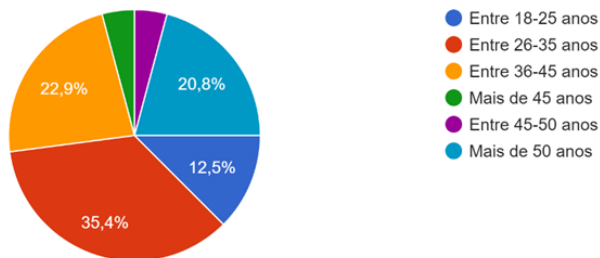
O recorte etário também é de interesse na compreensão do grupo trabalhado na pesquisa: 58,9% delas/es estão na faixa entre os 26 e 45 anos, sendo que 35,4% estão entre 26-35 anos; 22,9%, entre 36-45;

20,8% possuem mais de 50 anos; 14,6% têm idade entre 18 e 25 anos; 4,2%, mais de 45 anos; e 4,2%, entre 45 e 50 anos.

Gráfico 8 – Faixa etária do grupo pesquisado

5. Qual a sua faixa etária?

48 respostas



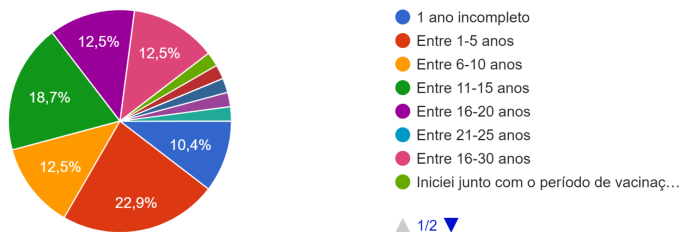
Fonte: Araújo (2022)

Em conexão com esse ponto, 45,8% das/dos participantes trabalham há mais de dez anos no ramo. Quando se trata de uma atuação superior a seis anos, o número cresce ainda mais: trata-se de 58,3% das/dos pesquisadas/os.

Gráfico 9 – Tempo de atuação profissional

10. Quantos anos de atuação profissional você possui?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

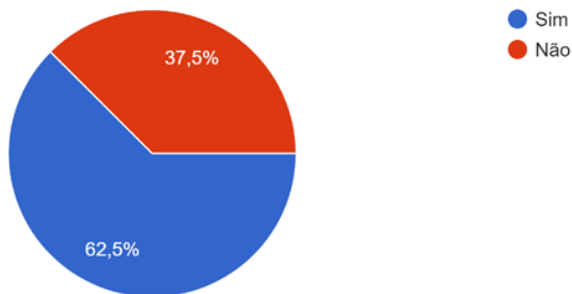
Dessa forma, a maior parte já possui um acúmulo de experiência profissional anterior à pandemia, possivelmente tendo que construir novas formas de atuação diante do cenário pandêmico. Do grupo pesquisado, 62,5% afirmam que a relação com as/os pacientes foi

alterada, havendo outras leituras acerca dessa alteração de rotina entre elas/eles.

Gráfico 10 – Relação com a/o paciente

16. A sua relação com os pacientes foi alterada diante da pandemia?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

Nessa conjunção, a vigília sobre as próprias atitudes e sensibilidades passa a ser constante: “Me tornei mais fria e ao mesmo tempo mais atenta”, disse-nos através de mensagem de texto uma enfermeira que trabalha em um hospital estadual. Ainda sobre a forma como essas/es trabalhadoras/es se relacionam com as/os pacientes, uma fisioterapeuta declarou de maneira bastante contundente e emblemática:

Passei a ter que mentir na perspectiva de que isso pudesse trazer conforto aos pacientes. Disse há vários deles que tudo iria ficar bem, que se acalmassem... eles morriam em sua maioria absoluta. Me sinto culpada por ter tentado dar conforto dizendo coisas que eu sabia que muito provavelmente não aconteceriam. Enfim, achava que estava fazendo um bem... Saía de casa sofrendo, pensando: “Pra quem à beira da morte terei que mentir hoje?”. Foi e está sendo horrível, mesmo tendo diminuído [a perda] o número de pacientes.⁹⁸

Em outro depoimento, uma assistente social nos disse:

⁹⁸ Mulher, fisioterapeuta em hospital municipal, negra; informação textual, 2021.

Assim, fiquei um pouco preocupada... tinha dias que eu saía arrasada desses plantões que aconteciam cinco óbitos... não é comum cinco óbitos numa UPA, aí você sai arrasada! Porque você acaba se envolvendo com aquela família, com as histórias da vida dela, como era... como você vai lidar com isso? Então, você sai arrasada... Podia ser eu... se eu tivesse ali, como é que a gente vai passando... Então, assim, foi muita fé, entendeu, muita fé nesse sentido... que vai passar e a gente vai superar...⁹⁹

Sentimentos de culpa, desespero e impotência diante de um número exorbitante de óbitos passaram a fazer parte do dia a dia das/dos profissionais de saúde, acelerando e afetando negativamente seus processos de crise e de subjetivação. Para 62,5% das/dos profissionais, foram expressivas as mudanças na forma de se relacionarem com as/os pacientes, abrangendo alterações de cunho diverso: da inclusão, monitoramento e manuseio de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), medicamentos e novas técnicas de oxigenação/intubação (ou sua falta/escassez) à dificuldade de oferecer acolhimento humanizado.

Além disso, o distanciamento também passou a fazer parte da vida para além da cena clínica. Segundo uma psicóloga que estava imersa nesse contexto e pôde exemplificá-lo, isso implica negociações com parentes em casa: "Meu marido ficou em trabalho remoto, e por eu trabalhar em hospital começamos a incluir o distanciamento social em nosso cotidiano, incluindo dormir em quartos separados".¹⁰⁰ Dessa forma, a vida pessoal e profissional de parte considerável das/dos trabalhadoras/es da saúde participantes da pesquisa também passou não apenas a sofrer alterações, mas principalmente a se cruzar de tal modo que os ambientes pareciam se confundir. Isso porque o vírus não ficava restrito ao hospital, tornando-se um fenômeno social total e de níveis absolutos para a vida humana.

O acúmulo de trabalho foi apontado como constantemente presente nas causas de uma mudança nesse eixo da vida: "Há dias que estou estressada ou não durmo bem devido aos plantões, me vejo cansada, e prejudica minhas relações pessoais".¹⁰¹ Ademais, a existência de uma configuração específica e repleta de complexidades em esferas de interação social apareceu em um depoimento: "O cansaço, a

⁹⁹ Entrevista via Google Meet, mulher, assistente social em UPA, branca, 2022.

¹⁰⁰ Mulher, psicóloga em hospital central, branca; informação textual, 2021.

¹⁰¹ Mulher, assistente social em hospital regional, parda; informação textual, 2021.

insegurança com o cenário sanitário, econômico e político, faz com que a libido seja reduzida”¹⁰²

Tais condições, agregadas ao isolamento social, ao aumento da carga horária – este último atingindo 60,4% das/dos pesquisadas/os –, ao próprio momento político/social, ao medo do contágio, às mudanças na rotina familiar – conforme articulado por 85,4% das/dos entrevistadas/os –, às mortes consecutivas (pacientes, colegas, familiares) e ao limite da exaustão, demandaram uma urgente reinvenção laboral, amorosa e familiar, ao mesmo tempo que tais fatores tornaram-se potenciais disparadores de disfunções físicas e mentais (Borges, 2021), entre elas a Síndrome de Burnout,¹⁰³ a depressão¹⁰⁴ e a ansiedade social.¹⁰⁵ O aumento de carga horária referido pode ser observado no gráfico abaixo.

Gráfico 11 – Carga horária na pandemia

15. Desde o começo da pandemia, a sua carga horária de trabalho sofreu alterações?

48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

Nesta pesquisa, os eixos de apreensão da saúde se relacionam com outros pontos da vida. Segundo Segre e Ferraz (1997), a OMS define o conceito de saúde como uma completude entre bem-estar, saúde

¹⁰² Mulher, psicóloga em hospital regional, branca; informação textual, 2021.

¹⁰³ Discutida por Harrison (1999) como uma síndrome vinculada ao estresse profissional no trabalho perante constante pressão.

¹⁰⁴ Definida por Peres (2003) como doença que transforma passado, presente e futuro em tempos de desesperança, nos quais a morte está constantemente em pensamentos dos sujeitos, além de causar efeitos como dores generalizadas, dificuldade para dormir e emagrecimento.

¹⁰⁵ De acordo com Gouveia (2000), a ansiedade social é um distúrbio que limita a vida social e profissional, sendo fobia que suprime as interações do indivíduo na sociedade.

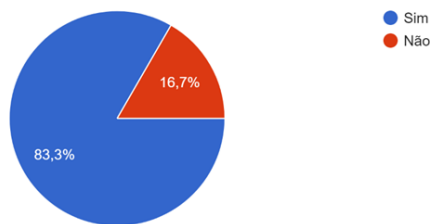
mental e social. Diante disso, apontam: “essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral” (Segre; Ferraz, 1997, p. 539).

Podemos perceber que a saúde mental incorpora vários mecanismos de outras definições anteriores, como a de espírito e a de alma, conforme Luís Fernando Dias Duarte (1994) já pontuou. Para o antropólogo, essa forma de saúde é mais bem compreendida quando unimos no quadro interpretativo as suas dimensões física e moral. A moralidade, nesse horizonte, é realçada para demonstrar que a separação entre corpo e mente é um artifício da nossa cultura ocidentalizante e de outros dualismos que repetem determinismos biologizantes. Assim, a percepção das pessoas sobre seus adoecimentos mentais é atravessada por um código que integra a fisicalidade da sua experiência às outras representações sociais com as quais se identifica.

Sobre o âmbito da saúde mental, em questionamento específico, 83,3% das/dos respondentes disseram que ela foi afetada pela pandemia, e 16,7% não identificaram essa mudança.

Gráfico 12 – Saúde mental

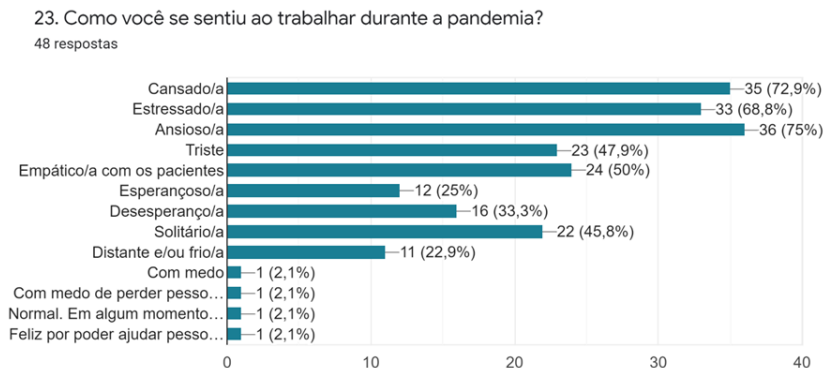
22. Você acha que a pandemia afetou a sua saúde mental? (seus sentimentos, seu psicológico)
48 respostas



Fonte: Araújo (2022)

A ansiedade é retratada como fator determinante nessas vivências: 75% se sentiram ansiosos ao trabalhar durante a pandemia; 72,9%, cansados. A tristeza aparece em 47,9% das respostas; a solidão, em 45,8%; a desesperança é determinante de acordo com 33,3%; e a esperança, para 25%. O sentimento de distância/frieza em relação ao trabalho é marcado por 22,9% do público respondente. Por fim, 68,8% citam a exaustão psicológica como causa para essas situações.

Gráfico 13 – Trabalho pandêmico e afetividades



Fonte: Araújo (2022)

Nesse eixo de questões, a saúde mental é ainda triangulada como diretamente relacional. Uma psicóloga narra: “Eu desenvolvi um quadro de saúde mental, e minha libido foi afetada”.¹⁰⁶ A diminuição dessa dimensão, de acordo com outro relato, também está vinculada aos transtornos mentais surgidos na pandemia:

Em investigação de uma hipótese *diagnosticada de burnout*, identifiquei que alguns sintomas relacionados ao esgotamento pelo trabalho estavam interferindo negativamente na relação, tais como: *irritabilidade, apatia, falta de paciência, cansaço, depressão, redução de libido*.¹⁰⁷

A fala de outra entrevistada chama a atenção de modo particular. A profissional relata que, no auge da pandemia, tanto ela como suas/seus colegas foram surpreendidas/os pela notícia do suicídio de um médico.

Ele era uma pessoa extremamente comprometida com a sua profissão, com seus pacientes, ele não aguentou... no auge da pandemia, quando não tinha leito, não tinha UTI, *ele tinha que escolher quem iria dispor da vaga na UTI... imagina, você ter que escolher quem vai viver ou não!?* Vai muito além de ter que ter responsabilidade... é demais para qualquer profissional, para

¹⁰⁶ Mulher, profissional em hospital regional, parda; informação textual, 2021.

¹⁰⁷ Mulher, assistente social em CAPS, branca; informação textual, 2021, grifo nosso.

qualquer pessoa que tenha que tomar esse tipo de decisão...
é desumano.¹⁰⁸

Diante da demanda superior à capacidade de absorção dos serviços de saúde, muitas/os profissionais, especialmente coordenadoras/es de UTIs/covid, tiveram que selecionar “as vidas que talvez ainda fossem vividas”.¹⁰⁹ Ou seja, nesse jogo de alteridades e precariedades pragmáticas, essas/es profissionais tiveram que, de um modo ou de outro, escolher “quem iria viver e quem iria morrer” (Mbembe, 2018, p. 16). Entendemos que tal precariedade, aqui, emerge de uma condição de vulnerabilidade que se produz no cerne de uma conjuntura política: precariedade como uma condição que desumaniza (Butler, 2019) e, conseqüentemente, que gera fadiga, estresse, ansiedade, que abala a saúde mental dessas/es profissionais.

A falta de infraestrutura, leitos, respiradores e medicamentos, ou mesmo a contaminação de alguns ambientes, fez com que as/os profissionais “enjambrassem” (Herzfeld, 2005) o que chamaremos aqui de *alternativas de salvação*, as quais, por vezes, funcionavam somente para um ínfimo número de pessoas adoecidas pelo vírus. Como relata uma técnica em enfermagem,

[...] os médicos tinham que transferir alguns pacientes que estavam na UBS com indicação de respiração mecânica, ou intubação, para o hospital xxx, referência para covid. Acontece que não tinha ambulância, não tinha o SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência], não tinha nada. *E quando chegava o SAMU tinha que escolher qual dos pacientes seria transferido. E às vezes não dava tempo, e o paciente vinha a óbito*.¹¹⁰

Tal fato indubitavelmente causou sérias aflições e desgastes, repercutindo na automedicação em excesso e no sofrimento mental

¹⁰⁸ Entrevista realizada via Google Meet, mulher, parda, enfermeira em hospital regional, 2022, grifo nosso.

¹⁰⁹ BUTLER, J. Judith Butler: “De quem são as vidas consideradas choráveis em nosso mundo público?”. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/babelia/2020-07-10/judith-butler-de-quem-sao-as-vidas-consideradas-choraveis-em-nosso-mundo-publico.html>. Acesso em: 16 jul. 2024.

¹¹⁰ Entrevista realizada via Google Meet, mulher, negra, técnica de enfermagem em UBS, 2022, grifo nosso.

dessas/es mesmas/os profissionais.¹¹¹ Uma psicóloga entrevistada observa que por conta da covid-19 “muita gente adoeceu... tomavam remédios controlados... aconteceram muitas mortes em só um dia... inclusive, muitos profissionais também morreram... isto é fato: médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem... alguns perderam familiares”.¹¹² Contudo, para além do vírus, a pandemia potencializou problemáticas subjetivas, levando algumas/alguns profissionais a cometerem suicídio, como no caso supracitado.

Ameaças de morte contra profissionais de saúde geraram ainda angústia e aflição, o que pode justificar outros disparadores de desestabilização da saúde mental. Vejamos o exemplo do que aconteceu com uma das assistentes sociais entrevistadas. Ela disse que o pai de uma criança de 11 anos chegou à UPA se identificando como sargento. Imediatamente, ela percebeu o estado alterado desse cidadão:

Ele botou o padrão dele, jogou a carteirada, “*eu sou sargento, quero que você arranje um leito pra mim*”. Deixei-o falar bastante e depois lhe disse: “Agora o senhor vai me escutar”. Quando eu fui falar que a realidade não era essa, que não tinha leito, que se a criança de 11 anos fosse pra casa correria risco de morte, que a equipe achava melhor ele ficar, mesmo que fosse numa poltrona fazendo tratamento, aí ele se alterou de vez: “*Eu vou filmar agora, vou mandar viatura, vão prender vocês tudinho*”. *Aí ele puxou a arma, e eu só fiz fechar os olhos, “valha-me Deus, Jesus!”*. Mas aí ele saiu... e na mesma hora eu saí pra outra sala. E ninguém encontrou mais esse homem, eu não fui mais atrás dele... com medo, fiquei onde estava. Aí chamaram a guarda... difícil, muito difícil... em 27 anos, eu nunca fui coagida dessa forma... eu corri risco de vida.¹¹³

¹¹¹ Analisaremos em outro momento como/se determinados marcadores sociais, etários, de gênero, de sexualidade, de raça e/ou de deficiência influenciaram (ou não) na eleição das/dos pacientes transferidas/os ou que vieram a ocupar um leito de UTI, à época bastante disputado. Longe de qualquer juízo moral sobre as/os profissionais de saúde, incansáveis durante esse processo pandêmico, acreditamos na necessidade de lançar luz sobre essa problemática.

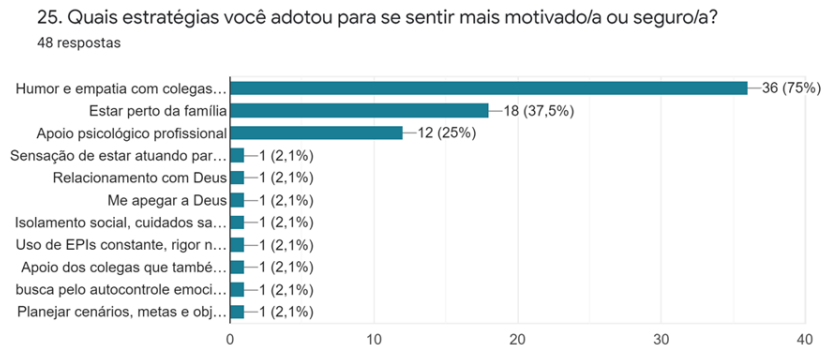
¹¹² Entrevista realizada via Google Meet, mulher, branca, psicóloga em hospital regional, 2022.

¹¹³ Entrevista realizada via Google Meet, mulher, branca, assistente social atuante em UPA, 2022.

Esse contexto atípico, provocado por uma pandemia, afeta diretamente a vida de profissionais de saúde, o que suscita uma reflexão sobre a aflição de vivenciar, na linha de frente, o atendimento clínico que era caracterizado por alta mortandade. A ideia de aflição que podemos atribuir à antropóloga Veena Das (2005) se refere a contextos de sofrimento que se mesclam com momentos atenuantes. Contudo, podemos extrair de seu conceito a proposição de que a aflição recorta as vidas dos sujeitos em cenários de exploração e desigualdade social que formam o panorama de saúde em que passam a viver. A depender do lugar de trabalho de uma/um profissional, a magnitude do engajamento de pacientes e da morte não é uma grande novidade, mas o aumento do fluxo de adoecimento, o acompanhamento do sofrimento de familiares de pacientes e a própria aproximação das/os profissionais em relação ao que se presencia trazem à sua subjetividade grande carga de emoções que podem ser resumidas na categoria de aflição. Desse modo, não é possível separar as condições objetivas que causam o sofrimento e as experiências subjetivas de sofrimento.

Contudo, nesse quadro complexo, há o reconhecimento por parte das/os profissionais de saber lidar com a aflição e com o sofrimento, dando espaço para a afetividade e para a demonstração de felicidade no exercício da função. As estratégias adotadas pelo coletivo pesquisado na busca de maior segurança/motivação apresentam convergências e divergências; 75% apontam a importância do humor e da empatia com as/os colegas, sendo este o maior ponto de encontro percentual entre as/os pesquisadas/os:

Gráfico 14 – Estratégias para se sentir segura/o



Fonte: Araújo (2022)

Em uma retomada geral do questionário, isto representa a coletividade nesse grupo: seu compartilhamento de obstáculos e afetividades é ponto de encontro que conecta as suas experiências. Na medida em que cabe falar da presença de uma *pandemia do medo*, também é vital falar de um caráter pandêmico de partilha de vivências e esperanças e de superação entre essa categoria profissional.

Considerações finais

Neste estudo, buscamos contribuir para a compreensão das demandas das/os profissionais de saúde atuantes na “linha de frente” durante a pandemia de covid-19, evento crítico que atingiu populações inteiras e de maneira dramática diferentes comunidades vulneráveis em todo o mundo. A análise corrobora algumas hipóteses e reflexões levantadas durante a pesquisa, chamando a atenção para significativas alterações na vivência dos sujeitos pesquisados. Diante de um grupo majoritariamente formado por mulheres (89,6%), a contextualização de aspectos de gênero e do cuidado de si e do outro despertou nosso interesse. Observamos que a pandemia contribuiu drasticamente para a aferição de desigualdades experienciadas especialmente pelas profissionais mulheres, potencializando o desgaste mental cotidiano, já que foi produzida uma constante aflição desde o trabalho profissional até o ambiente da casa.

Em uma crescente escala de alterações da saúde mental, sentida por mais de 80% do grupo pesquisado, além do aumento do medo, do estresse e da angústia perante a covid-19, o eixo “do ser” em um coletivo que compartilha afetividades, perante “o estar na linha de frente”, aparece no enfrentamento dos desafios, das dificuldades, mas também nas esperanças compartilhadas nesse cenário.

Na constante reconstrução teórico-metodológica do pesquisar, foi importante o aprofundamento de métodos sobre a temática, sobretudo para a análise de nuances futuras presentes no trabalho dessas/es profissionais. Além disso, mais adiante, será necessário explorar amplamente a intersecção de marcadores sociais do público-alvo – a exemplo da raça, da sexualidade e da deficiência –, alertando para problemáticas que se sobrepõem como camadas adversas. É preciso, do mesmo modo, perceber a maneira pela qual as/os profissionais de saúde enfrentaram desafios, articulando diferentes interconexões e experimentações de vida, notadamente sob os eixos do cuidado de

si e do outro, uma vez que a aflição é um grande desencadeador de adoecimento e de subjetivação.

Cabe apontar ainda que, em relação ao grupo total pesquisado, ninguém disse acreditar que o trabalho retornará a ser como era antes do período pandêmico. A covid-19 potencializou um mundo social diferenciado, cujos contornos prometem se estabelecer através de seus efeitos sociais e políticos, na forma como se instrumentalizam as políticas públicas de/em saúde, como se convive com a cena clínica e até como alguém percebe a si mesmo enquanto sujeito que habita o mundo e que faz parte intrínseca dessas relações.

Neste trabalho, demonstramos que o adoecimento pela covid-19 extrapola os casos das pessoas infectadas pelo vírus e atinge diretamente todas/os as/os trabalhadoras/es das cenas de atenção à saúde para além do risco mais óbvio. A sobrecarga de trabalho, a baixa remuneração, o medo de infectar parentes, o mal-estar de lidar com o sofrimento de adoecidas/os, convalescidas/os e sua parentela causam uma marca permanente na subjetividade e na forma como percebem o mundo em que vivem. Isso posto, consideramos que tal fato deve ser levado em consideração, especialmente quando se pensa em políticas públicas em saúde para centralizar também a vida laboral e pessoal de profissionais presentes na linha de frente e em todos os outros setores.

Desse modo, consideramos importante que a antropologia participe do estudo compreensivo acerca dos sistemas culturais de saúde variados que permeiam a sociedade brasileira. Parte crucial desses sistemas são as/os especialistas, as/os trabalhadoras/es que possibilitam a instituição existir além delas/deles. Tendo isso em vista, será possível produzir uma reflexão crítica da prática, a respeito dos encontros e desencontros de todos os modos explicativos e de cuidado que extrapolam o SUS (Vieira, 2020; Vieira; Barros, 2018).

Referências

AMOSSÉ, T. Professions au féminin. *Travail, genre et sociétés*, [s. l.], n. 1, p. 31-46, 2004.

ARAÚJO, N. Y. D. C. *Ser linha de frente: vivências de profissionais da saúde do RN em tempos de pandemia*. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

- BARATA, R. C. B. Epidemias. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-15, 1987.
- BARBETTA, P. A. *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005.
- BASTOS, C. *Ciência, poder, ação: as respostas à SIDA*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.
- BASTOS, C. Epidemias: apocalipse zombie, sem efeitos. *Público*, [s. l.], 5 abr. 2020. Disponível em: <https://www.publico.pt/2020/04/05/sociedade/noticia/epidemias-apocalipse-zombie-efeitos-especiais-1910616>. Acesso em: 5 set. 2020.
- BELANDI, C.; GOMES, I. Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda. *Agência IBGE*, [s. l.], 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>. Acesso em: 30 set. 2025.
- BENTO, B. Necrobiopoder: quem pode habitar o Estado-nação? *Cadernos Pagu*, Rio de Janeiro, n. 53, e185305, 2018.
- BORGES, F. E. de S. et al. Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de covid-19. *Enfermagem Atual In Derme*, Rio de Janeiro, v. 95, n. 33, e-021006, 2021.
- BOSCATTI, A. P. G.; AMORIM, A. C. H. Economia moral da saliva: Bolsonaro, covid-19 e as políticas de contágio no Brasil. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 23-47, maio/ago. 2021.
- BUTLER, J. *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. Tradução de Andreas Lieber. Belo Horizonte: Autêntica, 2019. 189 p.
- CHIH-CHENG, L. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (covid-19): the epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, [s. l.], v. 55, n. 3, e105924, mar. 2020.
- COSTA, P. R. S. M. Violências contra mulheres em tempos de covid-19. In: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (org.). *Cientistas sociais e o coronavírus*. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. p. 258-261.
- CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 139-167, 1989. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>. Acesso em: 9 jul. 2025.
- CRESSON, G. La santé, production invisible des femmes. *Recherches Féministes*, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 31-44, 1991.

DAS, V. *Affliction: health, disease, poverty*. Nova Iorque: Fordham University Press, 2015.

DAVIES, S. E.; BENNETT, B. A gendered human rights analysis of ebola and zika: locating gender in global health emergencies. *International Affairs*, [s. l.], v. 92, n. 5, p. 1041-1060, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/ia/article-abstract/92/5/1041/2688120>. Acesso em: 9 jun. 2020.

DINIZ, D. *et al.* Understanding sexual and reproductive health needs of young women living in zika affected regions: a qualitative study in Northeastern Brazil. *Reproductive Health*, [s. l.], v. 17, n. 22, p. 1-8, 2020.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 83-90.

ESTRELA, F. M. *et al.* Pandemia da covid-19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 9, p. 3431-3436, 2020.

FREITAS, M. C. S.; PENA, P. G. L. Fome e pandemia de covid-19 no Brasil. *Tessituras*, Pelotas, v. 8, S. 1, p. 35-40, jan./jun. 2020.

GOUBEIA, J. P. *Ansiedade social: da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto, 2000.

GROSSI, M. P. Gênero e parentesco: famílias gays e lésbicas no Brasil. *Cadernos Pagu*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 261-280, 2003.

HARMAN, S. Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. *Journal Third World Quarterly*, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 524-541, (2006).

HARRISON, B. J. Are you to burn out? *Fund Raising Management*, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 25-28, 1999.

HERZFELD, M. Political optics and the occlusion of intimate knowledge. *American Anthropologist*, Arlington, v. 107, n. 3, p. 369-376, 2005.

HIRATA, H. Emprego, responsabilidades familiares e obstáculos socioculturais à igualdade de gênero na economia. In: CONFERÊNCIA REGIONAL SOBRE MULHER DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE, 11., 2010, Brasília. [*Trabalhos apresentados*].

HUSSEIN, J. Covid-19: what implications for sexual and reproductive health and rights globally? *Sex Reprod Health Matters*, [s. l.], v. 28, n. 1, e1746065, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1746065>. Acesso em: 9 jul. 2025.

KALIL, I.; SANTOS, J. V. Da desinformação à corrupção: estratégias do governo Bolsonaro na pandemia. Entrevista especial com Isabela Kalil. *Instituto Humanitas UNISINOS*, São Leopoldo, 7 jul. 2021. Disponível

em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/159-entrevistas/610850-da-desinformacao-a-corrupcao-estrategias-do-governo-bolsonaro-na-pandemia-entrevista-especial-com-isabela-kalil>. Acesso em: 6 fev. 2023.

LÉVY, P. *Cibercultura*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

LOTTA, G. *et al.* Gender, race, and health workers in the covid-19 pandemic. *Lancet*, [s. l.], v. 397, n. 10281, P1264, 2021.

LOWY, I. *Zika no Brasil: história recente de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

MAGNANI, J. G. C. Etnografia como prática e experiência. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 129-156, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832009000200006>.

MALUF, S. W. Sofrimento, “saúde mental” e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias de gênero. In: TORNQUIST, C. S. *et al.* (org.). *Leituras de resistência: corpo, violência e poder*. Florianópolis: Mulheres, 2009. v. III, p. 145-163.

MALUF, S. W. Biogitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil. In: MALUF, S. W.; QUINAGLIA SILVA, É. (org.). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2018. P.15-44.

MATOS, M. Pandemia de covid-19 e as mulheres. In: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. *Cientistas sociais e o coronavírus*. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020. P.262-264.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.

MENEZES, A. *et al.* Examining the intersection between gender, community health workers, and vector control policies: a text mining literature review. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, [s. l.], v. 106, p. 768-774, 2022.

MUNANGA, K. *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

MUNANGA, K. A difícil tarefa de determinar quem é negro no Brasil: entrevista de Kabengele Munanga. *Estudos Avançados: Revista do IEA da USP*, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 51-56, 2004.

ONU MULHERES. Mulheres à frente e no centro. *Organização das Nações Unidas*, [s. l.], 27 mar. 2020. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/covid-19-mulheres-a-frente-e-no-centro/>. Acesso em: 14 maio 2020.

PALAZZI, A.; SCHMIDT, B.; PICCININI, C. A. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de covid-19. *Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, Uberaba, v. 8, n. 4, p. 960-966, 2020.

PASINATO, W.; COLARES, E. S. Pandemia, violência contra as mulheres e a ameaça que vem dos números. *Boletim Lua Nova*, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://boletimluanova.org/pandemia-violencia-contra-as-mulheres-e-a-ameaca-que-vem-dos-numeros/>. Acesso em: 10 jul. 2025.

PELÚCIO, L. *Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS*. 2007. 312 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

PERES, U. T. *Depressão e melancolia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

PIMENTA, D. *O cuidado perigoso: tramas de afeto e risco na Serra Leoa*. 2019. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

PIMENTA, D. Pandemia é coisa de mulher: breve ensaio sobre o enfrentamento de uma doença a partir das vozes e silenciamentos femininos dentro das casas, hospitais e na produção acadêmica. *Tessituras*, Pelotas, v. 8, s. 1, p. 8-19, jan./jun. 2020.

PORTO, R. Zika vírus e itinerários terapêuticos: os impactos da pós-epidemia no estado do Rio Grande do Norte. *Ilha: Revista de Antropologia*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 169-199, 2020.

PORTO, R.; COSTA, P. O corpo marcado: a construção do discurso midiático sobre zika vírus e microcefalia. Dossiê Zika, Síndromes Neurológicas Congênitas e Gênero. *Cadernos Gênero e Diversidade*, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 158-191, 2017.

SCHIARITI, V.; LONGO, E.; CAMPOS, A. C. Impacto do vírus zika congênito e covid-19 na deficiência infantil na América Latina. *Dev Med Child Neurol*, [s. l.], v. 63, n. 11, e3, nov. 2021.

SEGATA, J.; GRISOTTI, M.; PORTO, R. Covid-19 in Brazil. *VIBRANT*, Florianópolis, v. 20, p. 1-7, 2022.

SEGATA, J.; PORTO, R.; MASTRANGELO, A. De(s)colonizando a pandemia. *VIVÊNCIA*, Natal, v. 58, p. 12-16, 2021.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, p. 538-542, 1997.

SELEGHIM, M. R. *et al.* Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 165-173, 2012.

SINGER, M. *et al.* Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet*, [s. l.], v. 389, p. 941-950, 2017.

VALE, A. F. C. *O vôo da beleza: travestilidade e devir minoritário*. 2005. 307 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

VALLE, C. G. O. Apropriações, conflitos e negociações de gênero, sexualidade e sorologia: etnografando situações e performances no mundo social do HIV/AIDS (Rio de Janeiro). *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 51, p. 200-236, 2008.

VIEIRA, F. C. Alcances (im)previstos de um estado de bem-estar social: cruzamentos entre transexualidade, ascensão social e parentesco na capital potiguar. *NORUS: Novos Rumos Sociológicos*, Pelotas, v. 5, n. 8, p. 261-290, 2018.

VIEIRA, F. C. *A segurança biológica na transição de gênero: uma etnografia das políticas da vida no campo social da saúde trans*. 400 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

VIEIRA, F. C.; BARROS, T. V. Antropólogos/as e etnografias diante de processos de adoecimento e medicalização no Brasil – por uma reflexão prática em defesa do SUS. *Equatorial*, Natal, v. 4, n. 7, p. 8-23, 2018.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (covid-19) pandemic. *World Health Organization*, [s. l.], [2025]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 30 set. 2020.