



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

BEATRIZ LANDEIRO PASSOS PINHEIRO

SAÚDE MENTAL DAS MULHERES NA PANDEMIA DE COVID-19

Salvador

2022

Beatriz Landeiro Passos Pinheiro

SAÚDE MENTAL DAS MULHERES NA PANDEMIA DE COVID-19

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina

Orientadora: Danielle de Jesus Soares
Coorientadora: Patrícia Gabriele Chaves dos Santos

Salvador

2022

Aos meus avós que incentivaram minha curiosidade e minhas reflexões durante toda a vida.

AGRADECIMENTOS

Às mulheres profissionais de saúde que doaram seu tempo e disponibilizaram suas experiências para que se tornasse possível a realização deste trabalho.

À secretaria municipal de saúde, por ter permitido o desenvolvimento dessa pesquisa.

RESUMO

A pandemia trouxe impactos importantes na saúde mental de todos, em especial dos trabalhadores da área de saúde, sendo as mulheres as mais afetadas deste grupo. Além de serem maioria na profissão de saúde, estando na linha de frente no enfrentamento da COVID-19, elas também experienciam a sobrecarga de cuidado do trabalho reprodutivo em seus lares. Esta pesquisa tem como objetivo geral identificar os impactos que a pandemia de COVID-19 trouxe para a saúde mental das mulheres mães e profissionais de saúde da Atenção Primária a Saúde em Salvador/Bahia. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa realizada com 8 profissionais de saúde – enfermeiras, médicas, dentistas e agentes comunitárias de saúde de uma Unidade de Saúde da Família de Salvador, com as quais foram realizadas entrevistas semiestruturada, as quais foram analisados por meio da análise de conteúdo. A partir das categorias foi possível identificar o medo, a mudança de rotina, aparecimento de sintomas ansiosos – como insônia e sono não reparador, pensamentos negativos, alteração significativa no peso e impaciência – frente a pandemia, além da sobrecarga advinda da jornada de trabalho feminina – na Unidade de Saúde da Família e em casa.

Palavras-chave: Saúde mental. COVID-19. Mulheres. Divisão Sexual do Trabalho. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

The pandemic has had important impacts on everyone's mental health, especially health-care workers, with women being the most affected in this group. In addition to being the majority amongst health-care professionals, being in the front line of the fight against COVID-19, they also experienced work overload at home, with the domestic and reproductive labor. This paper searches to identify the impacts that the COVID-19 pandemic has brought to the mental health of mothers who are primary health care professionals in Salvador/Bahia. This is a descriptive and qualitative research, carried out with 8 health-care professionals – nurses, doctors, dentist, and community health agents from a Family Health Care Unit in Salvador, with whom semi-structured interviews were carried out, which were analyzed with content analysis method. From the categories, it was possible to identify fear, change in daily life, the appearance of anxious symptoms – such as insomnia and non-restorative sleep, negative thoughts, significant weight variation and impatience – in the face of the pandemic, in addition to overload arising from the female workday – at their formal work and at home.

Keywords: Mental health. COVID-19. Women. Sexual Division of Labor. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	Introdução.....	8
2	Objetivos.....	10
2.1	Objetivo geral	10
2.1	Objetivos específicos.....	10
3	Referencial teórico	11
4	Metodologia	15
4.1	Natureza do estudo	15
4.2	Local do estudo e amostra	15
4.3	Critérios de elegibilidade.....	15
4.4	Mecanismos para entrada em campo.....	15
4.5	Coleta de dados.....	15
4.6	Análise dos dados	16
4.7	Aspectos éticos	16
5	Resultados e Discussão	17
5.1	O medo: do desconhecido, de adoecer, de levar a doença para casa e do futuro; e a influência do consumo de informação.....	18
5.2	A sobrecarga e a saúde mental durante a pandemia de COVID-19	20
5.3	A relação com a equipe multiprofissional	21
5.3.1	O apoio e as experiências compartilhadas	22
5.3.2	As diferentes vivências e os conflitos.....	22
5.4	Hábitos de autocuidado durante a pandemia de COVID-19	23
5.5	Ressignificação das relações e apoio familiar	24
5.6	A divisão sexual do trabalho	25
5.6.1	A divisão das responsabilidades domésticas	25
5.6.2	A hierarquização do trabalho doméstico	25
5.6.3	O impacto na qualidade de vida e na saúde mental feminina.....	27
6	Considerações finais	29
	Referências	30
	APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados.....	33
	APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	35
	ANEXO – Parecer do CEP.....	37

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou, em março de 2020, a existência de uma pandemia causada pela disseminação mundial do vírus COVID-19. Esse panorama gerou medo coletivo, sobrecarga dos sistemas de saúde, inúmeros embates políticos, religiosos e filosóficos ao redor do mundo. Em meio a esses diversos focos de atenção, surgiu uma forte preocupação pela saúde mental da população em decorrência da pandemia, uma vez que, fatores de estresse como a instauração de isolamento obrigatório (quarentena), medo e vulnerabilidade podem resultar em problemas crônicos de saúde psicossocial¹. No entanto, essas consequências não afetam os diferentes estratos sociais da mesma forma². Apesar de todos serem afetados pela mudança de rotina trazida pela pandemia do COVID-19, são percebidos impactos diferentes entre homens e mulheres. As mulheres não foram afetadas apenas pela possibilidade de contágio pelo novo coronavírus, mas também com a sobrecarga de trabalho².

A divisão desigual de trabalho não é uma novidade proveniente da pandemia uma vez que já é reconhecida a normalização social que correlaciona a imagem feminina ao trabalho doméstico. Com isso, cria-se uma exploração da força de trabalho de milhões de mulheres, disfarçada pela "natureza feminina para o cuidado"². Ao tratar deste assunto, a socióloga Silvia Federici afirma: "Eles dizem que é amor. Nós dizemos que é trabalho não remunerado"³. Assim, mulheres lavam, passam, limpam, cozinham, costuram, prestam cuidados físicos e psicológicos aos filhos, idosos ou dependentes, administram as contas da casa dentre muitas outras tarefas subvalorizadas⁴. É importante ressaltar também que, embora esse fenômeno seja presente em todas as esferas sociais, mulheres diferentes são impactadas de formas diferenciadas por ele, de acordo principalmente com a classe e raça – visto que entre as mulheres também existe uma hierarquização de poder, acesso e oportunidades⁵.

O trabalho doméstico e de cuidador no cenário atual vem, ainda, sendo mercantilizado – tornando evidente que os papéis de gênero atribuídos a homens e mulheres pelo patriarcado não tem base em atributos biológicos, e sim, em construções sociais estruturadas na exploração e dominação⁶. Assim, em conjunto com a herança racista do colonialismo, temos que o trabalho doméstico é uma opção para mulheres negras e pobres – não coincidentemente as que estão sendo mais atingidas pela pandemia; desde a contaminação e morbimortalidade, até na regressão dos direitos⁶.

Um dos resultados da pandemia foi a intensificação das desigualdades sofrida pelas mulheres na sociedade capitalista e patriarcal - efetivamente escancarando um problema estrutural do Brasil e do mundo. A responsabilidade pelo conjunto de atividades e tarefas domésticas diárias, dedicação em tempo integral ao cuidado com os filhos (somado à impossibilidade de frequentar as escolas), de outros membros idosos ou doentes que possam compor a família e ainda as precauções de higiene extra necessárias para evitar a disseminação da COVID-19 recaíram sobre ombros femininos².

São as mulheres que estão na linha de frente de hospitais e casas de repouso no enfrentamento da COVID-19, visto que são maioria nas profissões da área de saúde². O risco de infectar-se, a separação forçada com seus entes queridos e a sobrecarga de trabalho foram fatores impactantes na saúde mental de profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19⁷. Isto, somado ao papel social de gênero descrito acima agrava as implicações da pandemia para as mulheres profissionais da área de saúde.

Portanto, devemos discutir o impacto da pandemia na saúde mental e as diferentes formas com que as pessoas foram afetadas com base em seu gênero, raça e classe. Além disso, ao discutirmos o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental das mulheres é fundamental apontar a divisão sexual de trabalho e os papéis de gênero impostos pela sociedade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar os impactos que a pandemia de COVID-19 trouxe para a saúde mental das mulheres mães e profissionais de saúde da APS em Salvador/Bahia.

2.1 Objetivos específicos

- Descrever os papéis desenvolvidos pelas mulheres antes e após o início da COVID-19;
- Avaliar a percepção das mulheres sobre sua saúde mental no contexto da pandemia de COVID-19;
- Descrever as relações entre a saúde mental e os papéis de gênero definidos socialmente;
- Identificar estratégias utilizadas pelas mulheres para diminuir a sobrecarga de atividades.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A divisão sexual do trabalho consiste na desigual atribuição de tarefas baseada no sexo biológico – atribuindo às mulheres o trabalho reprodutivo e não assalariado, e aos homens o trabalho produtivo remunerado³. Durante a pandemia de COVID-19, com a inviabilização das redes tradicionalmente usadas nos processos de conciliação e delegação da divisão sexual no Brasil – isto é, a escola, o trabalho doméstico remunerado e os próprios arranjos familiares – as desigualdades sociais presentes na tríade “mercado, família e gênero” foram mais sentidas, especialmente para mulheres de classe média (que mais contam com essas delegações)⁸. O conceito de divisão sexual do trabalho abrange, ainda, a atribuição de um sistema de valores, hierarquias e desigualdades a essa estrutura⁹. Alguns estudos mostraram mudanças nesse campo nos últimos anos – em relação ao uso do tempo em tarefas domésticas, uma maior consciência entre os jovens e das “novas paternidades”¹⁰. Contudo, essas mudanças são pequenas e inconstantes, sendo situadas majoritariamente em grupos específicos que se conectam com as estruturas de gênero, classe e raça.

“As assimetrias na divisão sexual do trabalho, em conjunto com as escassas políticas públicas voltadas para a desvalorização e aos cuidados com o trabalho reprodutivo, constituem um dos maiores pilares de desigualdade de gênero do país”. (Sorj, 2014; Guimarães, Hirata & Posthuma 2020 apud Monticelli, Thays 2021).

No estudo de Monticelli (2021), foi evidenciado sobrecarga de mulheres de classe média durante a pandemia, por uma maior responsabilização do trabalho doméstico, incluindo cuidados com filhos e sua educação, cozinha, limpeza, cuidados com os mais velhos. Este estudo afirma que, devido ao isolamento social, a maior proximidade das mulheres com o ambiente doméstico de suas próprias casas teve por consequência uma maior convivência com as desigualdades de gênero através da responsabilização pelas tarefas tidas como trabalho reprodutivo (domésticas e de cuidado), especialmente para mulheres de renda média e alta, que antes contavam com recursos de delegação dessas atividades, principalmente com o trabalho doméstico remunerado⁸. Assim, foi evidenciada uma mudança de pensamento das mulheres durante a pandemia de COVID-19 em direção a uma maior valorização de escolas e professoras. Contudo, apesar da dificuldade relatada acerca do trabalho doméstico, as trabalhadoras domésticas não entraram nessa mesma categoria de narrativa, tendo sido chamadas de volta ao trabalho o mais rápido possível com um menor ganho salarial e estando mais susceptíveis ao contágio pelo COVID-19⁸. É válido lembrar que a primeira morte registrada por COVID-19 no

Brasil foi de uma trabalhadora doméstica de 57 anos em São Paulo, a qual contraiu a doença no ambiente profissional.

“[...] por mais que a trabalhadora doméstica não remunerada não estivesse na narrativa dessas mulheres como as ‘heroínas da pandemia’, rapidamente foram chamadas para ‘apagar o fogo’ de suas casas” (Monticelli, Thays 2021).

Essas condições precárias são conseguintes da histórica informalidade dessa classe – com poucas e insuficientes políticas públicas para trazer mais dignidade e segurança do trabalho. Em conclusão, o trabalho doméstico – remunerado e não remunerado – continua desvalorizado e atribuído ao papel feminino, isentando os homens de tal responsabilidade. Ainda, a desigualdade de renda entre as próprias mulheres faz com que, aquelas que possuem poder aquisitivo para tal, possam delegar essas funções para outras mulheres, contribuindo para a precarização das condições do trabalho doméstico remunerado; a sobrecarga passa a ser de outra mulher, e a função continua desvalorizada.

Foi percebido nas entrevistas, ainda, um aprofundamento da ansiedade, angústia e medos trazidos pela pandemia com a percepção das mulheres acerca da insuficiência e incompetência de políticas governamentais frente a situação⁸.

"Assim, durante o governo de Jair Bolsonaro, as mulheres não só estavam mais vulneráveis, como passaram a não contar com o Estado para assegurar um isolamento social seguro, com decisões consolidadas sobre o processo educacional e para os próprios processos de flexibilização em seus trabalhos [...]" (Monticelli, Thays 2021).

Isso fica evidente na política governamental decretada no dia 9 de dezembro de 2020, intitulada “A estratégia nacional de fortalecimento dos vínculos familiares”, que basicamente atribui o cuidado dos filhos, dos idosos e das pessoas com deficiência à responsabilidade da família – ou, como vimos, a mulher, que historicamente é vista através do mito da “natureza feminina para o cuidado”². Essa política representa um retrocesso das políticas de igualdade de gênero, se apoiando na lógica da “família tradicional” e, assim, seguindo a tendência neoliberal e conservadora da extrema direita preferida pelo atual (des)governo¹¹.

Sentimentos de medo e angústia provenientes tanto da situação da pandemia de COVID-19, quanto das estratégias necessárias para frear a disseminação do vírus, especialmente o isolamento social, afetam a qualidade de vida das pessoas pelo mundo, em especial de brasileiros – que além da doença também estão sujeitos à ineficiência do governo, que foi apontado como o pior gestor da pandemia pelo The Washington Post¹². Tais sentimentos,

associados ao medo frente a uma possível infecção, tornam-se gatilhos para manifestações clínicas de psicopatologias¹³.

O estudo realizado por Bezerra CB (2020), na qual 73,5% dos participantes eram mulheres, evidenciou diferença estatisticamente significativa ao avaliar entre indivíduos que aderiram ao isolamento social e indivíduos que não aderiram: medo de infecção, preocupação em sair de casa, mudança de rotina na pandemia, sentimento de tristeza e preocupação - apontando prevalência desses relatos nos indivíduos adeptos ao isolamento. Neste estudo ainda foram registrados 2.432 indivíduos com mudança no padrão de sono (4%), 2.363 sentiram inquietação, tensão ou nervosismo (6%), 952 (58,6%) experimentaram dificuldade para o desempenho de tarefas diárias, e para 1758 (45,8%) entrevistados foi difícil a concentração nas atividades do dia a dia¹⁴.

Pesquisas relatam, ainda, maior prevalência de sintomas de estresse, ansiedade e depressão na população feminina durante a pandemia COVID-19. Em conjunto com o isolamento e outras restrições sociais, os índices de violência doméstica, sexual e de gravidez indesejada cresceram neste período, o que contribui para a prevalência de quadros psíquicos nas mulheres¹³. A crise advinda da pandemia repercutiu em déficits no sistema de saúde, aumento do desemprego e cortes salariais, sendo as mulheres as mais vulneráveis a perder seus postos de trabalho⁸, sendo que situações de instabilidade econômica predispõem o surgimento de transtornos mentais (Mattos D., apud Rolland Souza). Por fim, a sobrecarga vivida por mulheres nesse período reduziu a disposição para atividades fundamentais para melhorar a qualidade de vida como exercícios físicos e atividades de lazer (Pinho OS apud Rolland Souza).

Na pesquisa de Ara I (2021), cuja participação foi majoritariamente por mulheres (80,08%), avaliou-se os impactos da pandemia de COVID-19 nos hábitos alimentares, atividade física e de sono nos profissionais de saúde brasileiros, tendo como resultado dois terços de queixas de padrão de sono, com 28,7% recorrendo ao uso de medicamentos para insônia. 8,5% dos participantes relataram mudança na dieta, principalmente no aumento da ingestão de carboidratos; e 27% relataram aumento no consumo de bebidas alcoólicas. 81,8% dos participantes relataram mudança na prática de atividades físicas¹⁵.

Problemas de saúde pública de grande repercussão posteriormente aumentam as demandas de Saúde Mental – como foi observado recentemente após a epidemia pelo Zika vírus em 2015 no Brasil, e pelo vírus ebola em 2016 na África ocidental. Quanto maior o tempo da pandemia, maior o impacto que ela trará para a Saúde Mental da população¹⁶. Estudo realizado com a

população Chinesa durante a pandemia de COVID-19 apontou grande aumento de sintomas como ansiedade, percepção de estresse e depressão¹⁷.

Esses impactos na população geral são ainda mais agravados e intensos nos profissionais de saúde, que estão mais expostos a se infectarem e infectarem os outros, assim como estão expostos a desafios como pela falta de equipamentos de proteção¹⁶. Durante a pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde foram convocados para continuar exercendo suas práticas assistenciais aos pacientes, sob risco de infectar-se e da separação forçada com seus entes queridos. Um estudo realizado com profissionais da Assistência Primária de Saúde e mestrandos em Saúde da Família, foram relatadas afirmações como "medo" e "perda de importância de planos para o futuro", evidenciando um estado psíquico de vulnerabilidade dos participantes⁷.

Outro estudo realizado em 2021 com Agentes Comunitárias de Saúde, apontou que a ausência de contato e o distanciamento físico intensificaram a sensação de estresse e solidão para estas profissionais. Elas relataram preocupação por não se sentirem totalmente preparadas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, e sensação de medo geral relacionado a contaminação¹⁸. Fica evidente, portanto, o impacto da pandemia para a qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde com ênfase para mulheres brasileiras. Logo, como mulheres são maioria nos cuidados de saúde², cabe observar os impactos específicos trazidos para a saúde mental dessa parcela da população de mulheres trabalhadoras da área de saúde durante a pandemia.

4 METODOLOGIA

4.1 Natureza do estudo

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa no qual foram trabalhados os motivos, crenças e aspirações que formam o conjunto de fenômenos que abordam os valores humanos, com objetivo de se aprofundar na realidade social da humanidade¹⁹. A abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados que são expostos e interpretados pelos pesquisadores em três fases: fase exploratória, trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental¹⁹ – com o objetivo de, assim, apresentar uma amostra do espectro dos pontos de vista²⁰.

4.2 Local do estudo e amostra

Essa pesquisa foi realizada com profissionais mulheres de uma unidade de saúde da família de um distrito sanitário do município de Salvador/Bahia.

4.3 Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão levados em consideração foram: ser trabalhadora da área de saúde com profissão registrada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ser mãe e estar em união estável com parceiro fixo. Foram excluídas mulheres fora da idade reprodutiva. Essa pesquisa foi realizada com profissionais mulheres de uma unidade de saúde da família de um distrito sanitário do município de Salvador/Bahia.

4.4 Mecanismos para entrada em campo

Após análise do projeto e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) foi solicitado a autorização à Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a coleta de dados da pesquisa. Mediante agendamento, as pesquisadoras foram apresentadas a equipe de saúde e após a explicação do projeto convidamos as profissionais para participarem da pesquisa. Todas optaram pela modalidade presencial e as entrevistas foram feitas em dias acordados com as 08 participantes que se enquadravam no perfil da pesquisa.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados utilizando como técnica a entrevista semiestruturada, que foi realizada presencialmente, porém também foi apresentada a opção por videochamadas através das plataformas zoom ou Google Meet para as candidatas. Todas as entrevistas foram gravadas e se deram em uma sala privativa da Unidade de Saúde, onde era possível ter privacidade para

realizar a entrevista e garantir conforto à participante. Essa entrevista contou com perguntas abertas e fechadas constituindo um questionário sociodemográfico, além de outras perguntas acerca da autopercepção das participantes sobre sua saúde mental, além das atividades laborais desenvolvidas – formal e informalmente – por elas, o desenvolvimento das atividades domésticas e práticas de autocuidado adotadas durante o período da pandemia de COVID-19 (APENDICE A).

4.6 Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e, posteriormente, os dados coletados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Esta técnica consiste em um conjunto de análises das comunicações, da fala e sua semântica, visando fazer inferências acerca de uma interpretação mais profunda do que foi comunicado. Ela passa por um processo de categorização, inferência, descrição e interpretação – não necessariamente nessa ordem rigorosa¹⁹. Primeiro é produzida uma transcrição, e depois é feita uma leitura em busca de identificar temas com conteúdo comum²⁰. A partir da transcrição e leitura, categorias são construídas com os dados de forma homogênea e depois são feitas inferências a partir de premissas já aceitas na comunidade acadêmica¹⁹. Utilizando essa técnica, os dados desta pesquisa puderam ser interpretados e discutidos de forma ampla.

4.7 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, esse projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Medicina e Saúde Pública (CEP), e segue a resolução 466/12 do CNS/MS, tendo sido aprovado pelo parecer 5.373.679, de 27 de abril de 2022. As mulheres que aceitaram participar presencialmente analisaram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B). Durante o processo da coleta de dados a participante foi assegurada de poder encerrar sua participação na pesquisa, inclusive os dados coletados poderiam ser descartados dessa pesquisa caso se sentisse constrangida ou desconfortável havendo a possibilidade de a participante ser acolhida pela psicóloga membro da equipe de pesquisa em caso de necessidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 8 profissionais da área de saúde – dentre elas 1 médica, 2 dentistas, 2 agentes comunitárias e 3 enfermeiras (Tabela 1). O perfil socioeconômico das participantes foi variado, com trabalhadoras entre 36 e 49 anos, e todas se autodeclararam pardas e heterossexuais segundo classificação do IBGE.

Tabela 1- Perfil epidemiológico de mulheres da área de saúde entrevistadas durante a pandemia de COVID-19.

Entrevistada	Idade	Ocupação	Estado Civil	Orientação Sexual	Raça/Cor	Renda (R\$)	Nº de Filhos
1	41	Enfermeira	Casada	Heterossexual	Parda	10 mil	2
2	49	Agente de saúde*	Casada	Heterossexual	Preta	4-5 mil	2
3	43	Dentista	Casada	Heterossexual	Parda	18 mil	2
4	36	Médica	Casada	Heterossexual	Parda	20 mil	1
5	41	Dentista	Casada	Heterossexual	Branca	10-14 mil	2
6	46	Enfermeira	Casada	Heterossexual	Preta	15 mil	2
7	45	Agente de saúde*	Casada	Heterossexual	Parda	2 mil	2
8	47	Enfermeira	Casada	Heterossexual	Preta	3 mil	1

* Agente comunitária de saúde.

Na leitura das entrevistas foi observado o predomínio de alguns temas que prontamente foram agrupados em categorias (Tabela 2) reunindo as falas mais frequentes para uma melhor visualização das principais informações fornecidas como resultados para alcance dos objetivos propostos por esta pesquisa.

Tabela 2. Categorização dos impactos que a pandemia de COVID-19 ocasionou na saúde mental nas profissionais de saúde da APS em Salvador/Bahia.

Categoria	Detalhamento*
O medo: do desconhecido, do adoecer, de levar a doença para casa e do futuro; e a influência do consumo de informações.	As participantes relataram em sua totalidade a presença frequente e importante do medo em sua experiência durante a pandemia de COVID-19, com destaque para o papel dos meios de comunicação de notícias neste período.
A sobrecarga e a saúde mental durante a pandemia.	O período da pandemia pesou na saúde mental das profissionais de saúde, sendo relatado sintomas importantes que afetaram e afetam sua vivência.
A relação com a equipe multiprofissional.	Os relatos acerca da convivência em equipe podem ser divididos dentre os positivos – o apoio e as experiências compartilhadas – e os negativos – as diferentes vivências e os conflitos.
Hábitos de autocuidado durante a pandemia de COVID-19.	Foi perguntado às participantes sobre estratégias usadas para minimizar a sua sobrecarga e os efeitos em sua saúde mental.
Ressignificação das relações e apoio familiar.	As participantes relataram as mudanças e o impacto das suas dinâmicas familiares durante o período mais crítico da pandemia, e seus reflexos atuais.
A divisão sexual do trabalho.	Os relatos trouxeram o reflexo da desigual atribuição de tarefas entre os núcleos familiares das participantes, e isto foi dividido entre a divisão em si do trabalho doméstico, a hierarquização deste e o impacto dessa divisão na saúde feminina.

* Relatos obtidos em entrevista realizada no ano de 2022.

5.1 O medo: do desconhecido, de adoecer, de levar a doença para casa e do futuro; e a influência do consumo de informação

Todas as entrevistadas referiram o medo como o sentimento mais prevalente e frequente no dia a dia da linha de frente ao combate do COVID-19. Como pode ser observado dos trechos retirados abaixo:

“O que a gente viveu, desde o início da pandemia, né, foi o medo. O medo de adoecer, o medo de morrer, o medo de levar para casa” (Enfermeira 2)

“A gente só via isso o tempo todo, o \WhatsApp só era isso, aí a gente combinou que em casa não iríamos ver isso” (Médica 1)

“Foi um desespero total” (Enfermeira 1)

Um estudo feito com 470 idosos (60-69 anos), dos quais 67,2% eram mulheres, sobre o acesso as mídias digitais durante a pandemia, evidenciou que, com a exposição à informação sobre COVID-19, ocasionou preocupação (76,9%), medo da morte de pessoas queridas (76,8%) e medo de adoecer (74%)²¹.

Muitas vezes este medo foi referido pelas mulheres em conjunto com um sentimento de culpa por ser a pessoa cujo trabalho expõe sua família a maiores risco de contrair uma doença até então desconhecida. Como exemplifica:

“[...] quando era desconhecido, que não tinha muita noção, né, era tudo novo, então eu tinha muito medo, de eu ser responsável” (Dentista 2)

“A gente tinha muito medo de contaminar ela (filha), a gente não conhecia muito bem a doença, então muito medo das repercussões” (Médica 1)

Assim, a maioria das participantes relata uma piora significativa em sua qualidade de vida provocada pela sensação de medo e de morte eminente no dia a dia do trabalho.

“A sensação é de que você tá dentro de um pesadelo em que você não consegue acordar” (Dentista 2)

“eu fiquei muito cansada, muito estressada, muito preocupada também, porque não teve um que não achou que não fosse morrer” (Agente comunitária 2)

A pandemia de COVID-19 surgiu em um panorama de expansão do negacionismo científico²². Por um lado, uma quantidade enorme de novos artigos estavam sendo publicados constantemente – chegando a 2000 por semana no PubMed – enquanto, paralelamente, políticos de grande influência renegavam publicamente avanços importantíssimos, como o controle de doenças por meio de vacinas²². Essa instabilidade contribuiu para sensação de insegurança nas profissionais de saúde durante a pandemia.

“A sensação que eu tenho é como se a gente estivesse fazendo tudo, e por conta muitas vezes de uma mídia que as vezes não colabora, fizesse um trabalho contrário a isso, eu não tenho um pinga de paciência” (Enfermeira 1).

A pesquisadora Camila Verônica Freire abordou esse excesso de publicações sobre a COVID-19 evidenciando o aumento do volume de estudos, da velocidade de publicação desses estudos, e, em paralelo, a queda na qualidade metodológica da produção científica neste período conturbado. Fazendo um paralelo entre esta “infodemia” e a fase de contágio de uma real epidemia orgânica, ela levantou a hipótese de como essa intensa mobilização da comunidade científica pode ter impactado a vida das pessoas durante a pandemia, com fadiga cognitiva e

pesquisas úteis e relevantes serem perdidas em meio a uma montanha de pesquisas de má qualidade²³.

As profissionais de saúde entrevistadas também abordaram a rápida produção e consumo de conteúdos científicos sobre a COVID-19 – através de revistas científicas, noticiários de televisão e até mensagens de texto encaminhadas – trazendo este consumo como fonte de ansiedade e buscando se distanciar dos meios de disseminação em prol do bem-estar mental.

“Eu tinha essa sede de informação, parecia que você se preparava melhor que os outros se você soubesse de tudo, mas você não se preparava coisa nenhuma, só fazia sofrer mais ainda” (Dentista 1)

“Não assistia mais televisão, não queria ver, não queria saber” (Enfermeira 1)

Na pesquisa de Julia Vieira e colaboradores, que obteve respostas de profissionais da área de saúde acerca do período de pandemia, o consumo constante de informações sobre a pandemia foi a fator de cansaço mais lembrado pelos participantes²⁴, como encontrado nos relatos das entrevistadas.

5.2 A sobrecarga e a saúde mental durante a pandemia de COVID-19

Em conjunto com o peso constante da morte, as mudanças impostas pela pandemia trouxeram impactos importantes no que diz respeito ao psicológico das profissionais inseridas na linha de frente. Muitas relataram ansiedade relacionada a necessidade de continuar trabalhando e se expondo em meio ao período de crise – algumas por obrigatoriedade da profissão, mas a maioria pela consciência de que eram necessárias para o serviço de saúde durante a pandemia. Como mostra as falas a seguir:

“Aí veio a pandemia e eu disse ‘rapaz, eu vou enlouquecer’, e eu não podia parar de trabalhar porque eu não tenho essa opção” (Dentista 2)

“Eu tive que manter, mesmo não querendo, tipo, não querendo vir trabalhar, porque eu também tinha medo” (Enfermeira 2)

Em um estudo realizado com profissionais da Assistência Primária de Saúde e mestrandos em Saúde da Família durante o período de pandemia da COVID-19, foi relado afirmações como "medo" e "perda de importância de planos para o futuro", evidenciando um estado psíquico de vulnerabilidade dos participantes⁷. As mulheres entrevistadas demonstraram sintomas como insônia, ansiedade, pensamentos negativos e comportamentos compulsivos durante a fase mais

crítica da pandemia – sendo que algumas mudanças de comportamento persistiram até o dia atual. Como observados nos seguintes trechos retirados das entrevistas:

“Ah! Eu fiquei muito deprimida, até hoje ainda sinto. Quando eu lembro, na... na fase eu chorava muito muito muito... em casa” (agente comunitária 1)

“Já era uma pessoa ansiosa, aumentou minha ansiedade” (dentista 2)

“O sono não era um sono tranquilizador [...] era um sono de pesadelos” (enfermeira 2)

“Chegava muito ansiosa em casa, chorava debaixo do chuveiro” (enfermeira 3)

No contexto da pandemia, é importante lembrarmos que houve uma manutenção de praticamente toda a força essencial de trabalho – isto é, os mesmos profissionais estão na linha de frente desde 2020, sendo sobrecarregados com a alta demanda de atendimento em todas as áreas da saúde²⁴. Adicionando a este esgotamento, temos a situação de instabilidade política do país, a disseminação de “*Fake News*”, a falta de equipamentos básicos de proteção para os profissionais, o medo da infecção, o distanciamento de redes de suporte e o luta pela perda de pacientes e familiares, somando para o impacto na saúde mental e qualidade de vida desses profissionais²⁵.

“Era uma sobrecarga terrível, sabe? E o medo” (Agente comunitária 2)

“Foi quando eu tive uma crise de ansiedade, eu nunca tinha tido na minha vida” (Médica 1)

“Ansiedade generalizada, engordei 12kg na pandemia” (Dentista 1)

Contudo, também no contexto da pandemia que surgem para as profissionais de saúde novas responsabilidades domésticas – como uma maior preocupação com limpeza, cuidado dos mais velhos e ensino à distância nas escolas – e este excesso de trabalho doméstico parece recair para as mulheres da residência²⁴. Assim, as profissionais da área de saúde contam com uma dupla sobrecarga: maiores responsabilidades profissionais com o enfrentamento da pandemia e a permanência como cuidadoras principais do lar²⁶.

5.3 A relação com a equipe multiprofissional

A maior carga horária e demanda do trabalho fez com que a convivência com os colegas fosse um dos temas principais dos relatos colhidos. Os discursos divergiram entre positivos e negativos em relação à maior convivência com a equipe neste contexto de sobrecarga e medo.

5.3.1 O apoio e as experiências compartilhadas

Algumas entrevistadas afirmaram também ter encontrado nos colegas de profissão apoio e forças para passar pelos momentos de crise – tendo creditado às relações interpessoais envolvidas no trabalho multiprofissional uma maior produtividade e esperança ao longo da pandemia:

“As amizades também, né? Que um ia ajudando o outro, dando força ao outro”
(Agente comunitária 1)

“Aqui a gente sempre se apoia, a mulher sempre está envolvida em tudo”
(Enfermeira3)

Vínculos profissionais têm por finalidade promover o trabalho coletivo em equipe, tendo se mostrado positivo na facilitação de resolução de conflitos e no crescimento individual e grupal da equipe multiprofissional²⁷.

A satisfação em celebrar com a comunidade e com os colegas o surgimento das vacinas e a sua eminente distribuição para a população também foi um tópico positivo importante ao se tratar da experiência compartilhada da pandemia entre as profissionais da atenção básica.

“Aí veio a vacina, a gente passou a trabalhar mais, mas com mais satisfação” “a gente dizia ‘oh, você já tá apta a tomar sua dose de amor e esperança’ era algo que a gente levava, sabe?” (Enfermeira 3)

“Mas eu também vi muita gente querendo ajudar, muita gente querendo que desse certo, eu vi a equipe unida de uma forma que nunca tinha visto antes” (Médica 1)

5.3.2 As diferentes vivências e os conflitos

Contudo, a maioria das profissionais relataram as diferentes reações frente ao COVID-19 como um motivo gerador de atrito entre a equipe:

Aí você também tem que lidar com esses colegas que estavam paralisados e adoeceram por conta do medo, era complicado” (Enfermeira 2)

“[...] conflito com colega de trabalho por carga de trabalho [...] pô, eu tenho filho, tenho dificuldade e estou aqui trabalhando, tem gente que não está” (Dentista 1)

Outas profissionais relataram se sentirem pressionadas pelos colegas a ser mais produtiva frente às suas vulnerabilidades emocionais trazidas pela pandemia:

“Tinha a pressão e a questão de se sentir... assim sem... sem reconhecimento” (Agente comunitária 1)

“Quando eu cheguei para trabalhar eu fui meio que jogada na rede, ninguém observou que eu estava com uma bebê em casa, que eu não podia tá na linha de frente de COVID não. Me jogaram [...] eu tive que fazer o que a chefia mandava né” (Agente comunitária 2)

No estudo de Martins, sobre os reflexos do trabalho em equipe na Atenção Básica, ele destaca que em um grupo de trabalho ocorrem trocas internas, isto é, do indivíduo consigo mesmo, e trocas externas, dele com o grupo, e que modificações abruptas nessas trocas ocasionam desequilíbrio grupal, o que pode vir a gerar conflitos²⁷. Podemos, então, considerar a resposta pessoal de cada profissional à nova realidade da pandemia, assim como a mudança da rotina da USF como fatores desencadeantes para os atritos relatados.

5.4 Hábitos de autocuidado durante a pandemia de COVID-19

As profissionais de saúde entrevistadas abordaram a importância do autocuidado durante a situação de crise. Muitas relataram terem aprendido a olhar mais para si e reconhecer seus limites:

“É importante eu ser mãe? É importante eu ser esposa? É importante eu cuidar do lar? É! Mas também é importante eu cuidar de mim”
(Agente comunitária 2)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera ineficaz as medidas de enfrentamento da pandemia que não levam em conta a multidimensionalidade de suas consequências para a população²⁷, assim, segundo Braus e Mortan, estamos enfrentando dois inimigos: o vírus e os desafios da saúde mental²⁸.

Tendo percebido mais sintomas psicológicos secundários à sobrecarga e ao peso emocional do medo, algumas mulheres entrevistadas relataram terem começado acompanhamento psicológico neste período dando o seguinte depoimento:

“Eu passei a fazer terapia [...] é o que vai me sustentar, é o que vai me ajudar a passar por esse momento” (Dentista 2)

“Fui pro acompanhamento (acompanhamento psicológico) e tudo” (Agente comunitária 1)

O isolamento é conhecido por afetar a saúde mental, aumentando o estresse, e soluções como atividades terapêuticas de baixo custo e fácil acesso ajudam a promover um escape para essa ansiedade elevada²⁸. Das participantes de diferentes áreas (médica, dentista e enfermeira), foram observados também relatos de melhora de alimentação, adesão a atividades físicas, hobbies como a jardinagem, e práticas integrativas como *reiki* com importante impacto positivo na qualidade de vida:

“Eu acho que a atividade física me ajudou muito, ter recomeçado minha vida física”
(Médica 1)

“Introduzi diariamente sessões de *reiki*” (Dentista 2)

“Eu tô lendo mais, isso foi uma coisa que eu agreguei. Eu aprendi várias coisas! Eu aprendi a fazer crochê na pandemia, depois eu fiz um curso de bolo, fazia bolo para o aniversário de todo mundo, bolo lindo! E isso tudo para me desestressar” (Enfermeira 1)

Nas entrevistas a religiosidade aparece como fator protetivo e de fortalecimento da saúde mental das participantes como citou uma das enfermeiras entrevistadas:

Oração” (Enfermeira 3)

Durante crises em que há a possibilidade de fim da existência, as religiões ganham mais destaque na paisagem sociopolítica brasileira. Embora algumas instituições religiosas tenham, na primeira fase da pandemia no Brasil, adotado narrativas conservadoras político-religiosas em alinhamento ao presidente Bolsonaro²⁹, sendo um desserviço para o enfrentamento da pandemia.

5.5 Ressignificação das relações e apoio familiar

A vida durante a pandemia de COVID-19 é marcada pelas mudanças nas relações pessoais, profissionais, sociais e familiares²⁴. Neste contexto, a maioria das profissionais entrevistadas apontaram, como ponto positivo o apoio familiar durante o período de pandemia. Muitas relataram ter sentido seus familiares mais compreensivos em relação a seu esgotamento psicológico.

“[...] me ajudaram (familiares) tanto na parte física mesmo, mas na parte emocional mesmo, de ter paciência, porque em muitas situações eu surtei” (Dentista 2)

“Aí você chega em casa, você conversa com quem lhe recebe em casa, acaba desabafando, aí a outra pessoa já te acalenta de certa forma” (Enfermeira 3)

A pesquisa de Urzal e colaboradores, realizada com profissionais de saúde, demonstrou que a satisfação com o apoio de familiares e amigos está diretamente relacionada a menos sintomas de ansiedade ($p < 0,001$), depressão ($p < 0,001$) e perturbação pós-stress traumático ($p < 0,001$)³⁰. As mulheres entrevistadas neste estudo, em sua maioria, relataram se sentir mais próximas à família:

“Eu acho que a gente curtiu mais um ao outro, sabe? Eu, meus filhos, meu marido, sabe?” (Enfermeira 2)

“Eu me senti mais próxima do meu marido, principalmente, e dos meninos” (Dentista 2)

Tiveram, entretanto, participantes cuja relação familiar foi conturbada na pandemia – trazendo reflexões e mudanças a serem tomadas:

“Eu acho que essa pandemia você começa, eu comecei a repensar questões da vida, o que vale a pena e o que não vale a pena, e foi aí o que eu decidi me divorciar né. Eu acho que todo mundo refletiu muito, pelo menos eu refleti muito, a vida é tão curta, que eu não mereço [...] a pandemia me deu essa vontade, não de sobreviver, mas de viver” (Enfermeira 1)

5.6 A divisão sexual do trabalho

5.6.1 A divisão das responsabilidades domésticas

Apesar do apoio psicológico importante advindo dos familiares, ao serem questionadas acerca do apoio para a realização do trabalho doméstico, as mulheres relatam que são as principais responsáveis e coordenadoras – situação que se manteve durante a pandemia, independentemente de sua maior demanda formal e esgotamento emocional consequente. Sobre a existência de uma divisão de tarefas, elas disseram:

“Não existe uma divisão [...] existe eu acho que pedidos de socorro né, ‘ah, gente, pelo amor de deus, por favor!’” (Enfermeira 2)

“Já tentei fazer isso com meu esposo, mas não deu certo [...] é tudo comigo”. (Agente comunitária 2)

A desigual distribuição de tarefas entre homens e mulheres presente nos discursos das participantes é o que chamamos de divisão sexual do trabalho – que tem por consequência uma exploração invisível da força de trabalho feminina que está intimamente ligada à sobrecarga e a qualidade de vida⁵. Entretanto, algumas mulheres relataram receber ajuda na realização das tarefas advinda da mãe, da filha, da contratação de trabalhadoras domésticas e certas vezes do marido – apesar de ainda relatarem serem as responsáveis pela maioria do trabalho.

5.6.2 A hierarquização do trabalho doméstico

Ao expor o dia a dia de sua rotina doméstica, muitas mulheres relataram suas reflexões acerca do papel que exercem em suas casas como no trecho abaixo:

“Mas eu tento me impor e eu tento botar... dar minha palavra também... pra ser válida, entendeu?” (Agente comunitária 1)

Ao falar sobre a mulher, o discurso predomina em torno do sofrimento e da sobrecarga – sendo ela a linha de frente tanto no trabalho quanto em casa, e as motivações para tal estarem presentes no social de romantização do papel feminino para o cuidado, tornando o trabalho reprodutivo um esforço invisível e solitário².

“Mulher é o faz tudo” (Agente comunitária 2)

“Ave maria, a mulher é sofrida” (Dentista 2)

As diferentes expectativas para contribuição com seus lares, entre os diferentes membros da família, foram justificadas, por muitas, pelo gênero – sendo por vezes considerada como uma diferenciação natural e expondo a hierarquização do trabalho doméstico. Como podemos observar nos trechos abaixo:

“[...] a gente sempre sente aquela necessidade ‘poxa, fulano podia ajudar mais’, mas é coisa do homem mesmo”(Enfermeira 3)

“[...] mas homem tem esses problemas, homem é muito ausente pra certas coisas, mas a mãe é mais presente, né” (Agente comunitária 2)

Algumas participantes tendo, inclusive, sugerido que a divisão desigual de tarefas se devia a sua própria natureza controladora, sendo elas as culpadas pela sobrecarga que haviam referido anteriormente, como na afirmação:

“Eu me sinto cansada [...] é uma característica minha, eu sou uma pessoa que tento controlar [...] acabo escolhendo absorver mais atividades, me sinto obviamente mais sobrecarregada e mais cansada” (Dentista 2)

“[...] desde cedo eu aprendi muito a me virar sozinha” (Enfermeira 1)

Já outras participantes, apresentaram reflexões contrárias à explicação da natureza do gênero.

“Criou-se o hábito que mulher é o centro da família [...] e a gente tá tão acostumada a isso que a gente exerce esse papel automaticamente” (Dentista 2)

“[...] a questão da maternidade, tem uma carga muito pesada para a gente, sabe? Não é esse mar de rosas não” (Enfermeira 2)

“Eu acho que sou um pouco machista. Eu acho que existem valores e coisas que a mulher, apesar das conquistas, que a mulher vem perdendo [...] eu queria ter realmente um homem que trabalhasse, que assumisse o papel de pai, porque sou eu que banco a casa, eu que saio para trabalhar” (Enfermeira 1)

Dentre as diferentes explicações, ficou claro, entretanto, um descontentamento geral das entrevistadas no que se diz respeito a existência extraoficial de uma hierarquização do trabalho doméstico em seu dia a dia – na qual elas são as principais responsáveis pelo mesmo.

“A mulher chega em casa e tem várias questões pra fazer, o homem chega em casa ele pode relaxar, ele pode tomar um banho, ele pode ler um livro que ele quer, ele pode... sabe?” (Enfermeira 2)

“[...] quando eu paro hoje para pensar eu falo ‘eu não deveria ter assumido tantas coisas, eu não deveria ter assumido esse papel’” (Enfermeira 1)

Em uma pesquisa realizada com mães brasileiras sobre o período da pandemia, elas relataram impossibilidade de, em meio a sobrecarga do trabalho reprodutivo, encontrar tempo de qualidade para cuidar de si – tendo sido relatado insatisfação e exaustão dentro de uma dinâmica

familiar em que se responsabilizam pela maioria absoluta das tarefas domésticas, na qual suas necessidades “ficam sempre por último”³².

5.6.3 O impacto na qualidade de vida e na saúde mental feminina

Em conjunto com a insatisfação trazida pelas participantes, foram relatadas baixas na qualidade de vida ao se tratar da divisão de tarefas domésticas – que se tornou mais expressiva durante a pandemia, com o aumento da carga de trabalho formal e a impossibilidade de terceirização do trabalho doméstico exemplificado por uma das entrevistadas na seguinte afirmação:

“Em casa (durante a pandemia), teve mais trabalho por conta da questão da limpeza né [...] o lazer era mais restrito” (Enfermeira 2)

Todas as participantes desta pesquisa relataram intensa “correria” no dia a dia para realização dessas tarefas, além do cansaço e algumas vezes dificuldade para conciliar com o trabalho formal, como expressado na fala abaixo:

“É sempre correria, porque a gente aproveita o fim de semana, quando eu não trabalho dia de sábado, aproveito para deixar as coisas organizadas, né? Fazer tarefas de casa” (Enfermeira 3)

As que nunca contaram com ajuda externa – tanto familiar quanto terceirizada – relataram tensão com os demais familiares devido à falta de apoio explicitadas nas seguintes falas:

“Às vezes você trabalha não por amor, mas porque precisa” (Agente comunitária 2)

“Eu fico com raiva [...] as vezes eu estou estressada, aí sem querer acabo passando pra meus filhos” (Agente comunitária 2, sobre a falta de divisão de tarefas)

“Ah, quem nunca surtou, minha filha? Qual a mulher, dona de casa e mãe que nunca surtou?” (Médica 1)

A Síndrome de burnout é sempre retratada entre profissionais da área de saúde, porém, ao falar de mulheres precisamos lembrar que a sua sobrecarga é referente a uma dupla jornada de trabalho, muitas vezes invisível: a profissional e a doméstica. Em uma pesquisa realizada com 769 médicas de diferentes especialidades, 61,6% relataram sinais de burnout – como falta de energia para tarefas diárias, sentimentos negativos frequentes, insatisfação com a capacidade de trabalho e a não agregação pelo trabalho de sentido às suas vidas³¹.

A principal limitação encontrada nesta pesquisa é o tamanho amostral pequeno e a amostra feita por conveniência. Só foram coletados dados de uma Unidade de Saúde da Família, tendo ela apenas 8 profissionais que atendiam aos critérios de inclusão desta pesquisa e concordaram em participar. Como propomos analisar a experiência das profissionais na Atenção Primária a

Saúde e todas estas profissionais trabalharam em conjunto em um só espaço durante a pandemia, é de se esperar que seus relatos, ao que diz respeito a vida profissional, sejam similares. Contudo, ao analisar mulheres com diferentes idades, rendas e conformações familiares, a amostra foi rica para a discussão acerca da dinâmica doméstica das participantes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica claro, ao analisarmos os dados encontrados neste estudo, que estes estão em consonância com a literatura existente ao indicar que profissionais de saúde se encontraram sobrecarregados durante a pandemia – tendo sua saúde mental sofrido grande impacto desta: desde a ansiedade gerada pelo consume de informações e pelo medo da infecção de familiares e de si mesmo, ao estresse da nova rotina da USF, até sintomas de insônia e humor rebaixado durante a pandemia de COVID-19. Também em concordância com o estado da arte, este estudo encontrou relação direta entre a sobrecarga de trabalho doméstico e o impacto na qualidade de vida feminina – tendo as profissionais entrevistadas relatados sintomas de como de burnout semelhantes ao se referirem a sobrecarga do trabalho na USF e a sobrecarga de trabalho em casa.

Ademais, foram levantados métodos de autocuidado preferidos pelas mulheres durante o período da pandemia e o efeito positivo destes em sua saúde mental. Foi encontrado, também, o fortalecimento das relações conjugais na grande maioria das entrevistas no determinado período – sendo este outro fator protetivo importante para a saúde mental dessas profissionais.

Os resultados dessa pesquisa podem contribuir para a construção de ações visando o cuidado dessas profissionais tanto no período de pandemia, quanto no período pós pandemia, uma vez que levanta importantes pontos em relação aos impactos na saúde mental decorrentes da vivência no trabalho de linha de frente e da sobrecarga de trabalho doméstico acentuada nesse período.

REFERÊNCIAS

1. Torales J, O’Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(4):317–20.
2. Abreu de Oliveira F, Marques de Queiroz F, Diniz MI. Divisão Sexual Do Trabalho Entre Homens E Mulheres No Contexto Da Pandemia Da Covid 19. *Rev Inter-Legere*. 2020;3(28):c21486.
3. Silva KFG da. O Ponto Zero da Revolução: Trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. Vol. 3, *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*. 2021. 227–232 p.
4. Bruschini MCA, Ricoldi AM. Revendo estereótipos: O papel dos homens no trabalho doméstico. *Rev Estud Fem*. 2012;20(1):259–87.
5. Hirata HS. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho New Settings of the Sexual Division of Labor. 2010;1–7.
6. Nogueira CM, Passos RG. The sociosexual and racial division of work in the epidemic scenario of COVID-19: Considerations from heleieth saffioti. *Cad CRH*. 2020;33:1–9.
7. Correia DS, Taveira M das GMM, Silva CM da, Machado MF, Azevedo CC, Souza CDF de. Pandemia: vivências de médicos da atenção primária à saúde e de mestrandos em Saúde da Família. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(2):1–7.
8. Monticelli T. Sexual division of labor, class and pandemic: New perceptions? *Soc e Estado*. 2021;36(1):83–107.
9. Hirata H, Kergoat D. ATUALIDADE DA DIVISÃO SEXUAL E CENTRALIDADE DO TRABALHO DAS MULHERES.pdf.
10. In W, Articulation THE, Home B. Conflitos desiguais: homens e mulheres na articulação casa-trabalho no brasil. 2020;720–49.
11. Klein C, Tavares A, Carmo MM. Between “us” and “them”_ political subjectivities in the shadows of the 2018 brazilian election.pdf. 2020.
12. Korea S. Opinion : Leaders risk lives by minimizing the coronavirus . Bolsonaro is the worst . *The Washington Post*. 2020;
13. Rolland Souza AS, de Albuquerque Souza GF, Figueredo Praciano G de A. A saúde mental das mulheres em tempos da COVID-19. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2020;2(3):663–5. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292020000300659&script=sci_arttext&tlng=pt
14. Bezerra CB, Saintrain MV de L, Braga DRA, Santos F da S, Lima AOP, de Brito EHS, et al. Psychosocial impact of COVID-19 self-isolation on the Brazilian population: A preliminary cross-sectional analysis. *Saude e Soc*. 2020;29(4):1–10.
15. Ara I, Diniz G, Sobrinho O, Paiva L, Morais S, Dantas TF. Impact of COVID-19 on eating habits , physical activity and sleep in Brazilian healthcare professionals. 2021;429–36.
16. Dantas ESO. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2021;25(suppl 1):1–9.

17. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *Qjm*. 2020;113(5):311–2.
18. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trab Educ e Saúde*. 2021;19:1–20.
19. Demo P. Pesquisa social. Vol. 17, *Serviço Social & Realidade*. 2008. 11–36 p.
20. Martin W (3). Bauer, George Gaskell- *CAP 3* (2008).
21. Kitamura ES, Cavalcante RB, Castro EAB de, Leite ICG. Infodemia de covid-19 em idosos com acesso a mídias digitais: fatores associados a alterações psicopatológicas. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2022;25(6).
22. Barreto ML. Science, politics, history and the intriguing and persistent mysteries of pandemics. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25:4094–5.
23. de Araújo Grisi G, de Deus Barreto Segundo J, Freire CVS, Matias DS, Cruz MCM, Laporte LR, et al. Evidence on the role of journal editors in the COVID19 infodemic – metascientific study analyzing COVID19 publication rates and patterns. *medRxiv* [Internet]. 2022 Jan 1;2022.01.23.22269716. Available from: <http://medrxiv.org/content/early/2022/01/24/2022.01.23.22269716.abstract>
24. Vieira J, Anido I, Calife K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? *Saúde em Debate*. 2022;46(132):47–62.
25. Lima NT, Buss PM, Paes-Sousa R. COVID-19 pandemic: A health and humanitarian crisis. *Cad Saude Publica*. 2020;36(7).
26. Spoorthy MS. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian J Psychiatr*. 2020;51(April):2018–21.
27. Martins, Alexandra da Rosa DBP, Nogueira MLSN, Pereira C dos S, Schrader GS, Thoferhn MB. and the Impact on Primary Care. 2012;36(2):6–12.
28. World Health Organization. Our work COVID-19 pandemic Monkeypox outbreak Ukraine emergency Pakistan crisis. 2022.
29. Braus M, Morton B. Art therapy in the time of COVID-19. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2020;12:S267–8.
30. Sarto G, Valamiel P, Fernandes S. Entre Clamor, Transição E Vibrações: Controversias Sobre Conservadorismo E Campo Religioso Brasileiro No Contexto Da Covid-19. *Cult y Reli*. 2022;16(1):100–36.
31. Urzal M, Donas-Boto I, Moreira M, Nogueira P, Vian J. Prevalência E Fatores Associados a Sintomas De Ansiedade, Depressão E Perturbação Pós-Stress Traumático Em Profissionais De Saúde Durante a Pandemia Por Covid-19. *Rev Port Saúde Ocup online* [Internet]. 2021;11:75–87. Available from: http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-84532021000100075&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/rpso/v11/2183-8453-rpso-11-75.pdf
32. Dorna LBH. O trabalho doméstico não remunerado de mães na pandemia da COVID-19 : mudanças e permanências. *Laboreal*. 2021;17(1):0–30.

33. Oliveira GMM de, Lemke VG, Paiva MSM de O, Mariano GZ, Silva ERGA, Silva SCTF da, et al. Mulheres Médicas: Burnout durante a Pandemia de COVID-19 no Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2022;119(2):307–16.

APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados**Perfil do entrevistado:**

Idade:

Estado civil:

Orientação sexual:

Raça/cor:

Número de filhos:

Renda:

Ocupação:

Escolaridade:

Com quem reside:

Roteiro semiestruturado:

Como é sua rotina diária?

Como é o seu dia a dia em casa com a família?

Quem é responsável pelas tarefas domésticas de sua casa?

Existe divisão de tarefas na sua casa? Como é articulada e quem participa?

Você sente falta de apoio para a realização de alguma atividade doméstica? De quem gostaria que viesse esse apoio?

Na pandemia, houve mudanças na sua rotina diária? Se sim, quais as mudanças?

Você percebe alguma mudança na sua rotina no trabalho após a pandemia?

Você encontra dificuldades em administrar as tarefas domésticas e o trabalho formal?

Como você percebe sua qualidade de vida durante a pandemia de COVID-19?

Você considera que o período da pandemia afetou sua saúde mental? De que maneira?

Como você vê o papel da mulher na sociedade?

Quem você considera responsável pelo bem-estar da sua família e do seu lar?

Como você percebe sua saúde mental atualmente?

Você adotou alguma nova prática de cuidado durante a pandemia de COVID-19 que considerou positiva para sua saúde mental? Qual(ais)

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada, você, trabalhadora profissional de saúde da atenção primária, está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “SAÚDE MENTAL DE MULHERES DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19”, que tem como público-alvo mulheres mães atuantes na área de saúde durante a pandemia de COVID-19. A pesquisa está sendo realizada por Beatriz Landeiro Passos Pinheiro, discente do curso de medicina da EBMSP, sob orientação e coorientação, respectivamente, das professoras Danielle de Jesus Soares e Patrícia Gabriele Chaves dos Santos.

A pesquisa tem como objetivo identificar os impactos que a pandemia de COVID-19 trouxe para a saúde mental das mulheres mães e profissionais de saúde da APS em Salvador/Bahia. Para isso a entrevista buscará descrever os papéis desenvolvidos pelas mulheres antes e após o início da COVID-19, avaliar a percepção das mulheres sobre sua saúde mental no contexto da pandemia de COVID-19, descrever as relações entre a saúde mental e os papéis de gênero definidos socialmente e identificar estratégias utilizadas pelas mulheres para diminuir a sobrecarga do cuidado.

Essa será uma entrevista semiestruturada que será realizada na modalidade online ou presencial, a depender da sua preferência. A online será feita pelas plataformas Zoom ou Google Meet em um dia e horário acordados previamente por você e pelos responsáveis pela pesquisa; e a presencial será feita seguindo os mesmos acordos, tendo como local a unidade de saúde de atuação profissional em um local no qual seja possível manter o sigilo e o conforto. Não haverá um tempo limite de duração para a entrevista, ficando a seu critério passar o tempo que achar necessário para responder às perguntas realizadas, como também não haverá obrigatoriedade de responder nenhuma questão sem a necessidade de explicação para tal.

É importante elucidar que sempre há riscos envolvidos em toda e qualquer pesquisa com pessoas, nesta pesquisa contém risco de constrangimento e identificação de suas respostas. Para minimizar o risco de quebra de sigilo e de identificação, somente os pesquisadores terão acesso aos dados coletados e esses serão arquivados em dois dispositivos eletrônicos locais (de dois dos pesquisadores) por 5 anos. Não há um benefício direto para você em participar dessa entrevista, mas essa pesquisa é importante porque irá contribuir para a produção de trabalhos acadêmicos sobre o papel da mulher na saúde e contribuir para o conhecimento acadêmico sobre esse tema e sobre a vivência durante a pandemia de COVID-19. Caso ocorra constrangimento ou mobilização emocional a participante será acolhida pela psicóloga membro

da equipe de pesquisa. Em caso de dano judicialmente comprovado, a participante tem garantia de indenização.

A sua participação é voluntária e muito importante, desde já agradecemos. Salientamos que a qualquer momento você poderá interromper a sua participação e poderá retirar seu consentimento sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Também é importante que você salve uma cópia desse documento que tem 2 vias de igual conteúdo, todas as páginas devem ser rubricadas e a última assinada.

Para maiores informações poderá entrar em contato com as pesquisadoras: Danielle de Jesus Soares, telefone (71) 99680-9091, E-mail daniellesoares@bahiana.edu.br; Patrícia Gabriele Chaves dos Santos, telefone (71) 99189-0553, E-mail patriciachaves@bahiana.edu.br ou com a aluna Beatriz Landeiro Passos Pinheiro, telefone (71) 99970-3049, E-mail beatrizpinheiro19.1@bahiana.edu.br.

Caso as dúvidas não sejam sanadas pelas pesquisadoras ou para denúncia, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Av. Don João VI, nº 275, Brotas, CEP: 40290-000, Salvador, Bahia. Telefone (71) 98383-7127, E-mail cep@bahiana.edu.br.

Você concorda com termo de consentimento livre e esclarecido apresentado.

() Sim () Não

Digital:

Assinatura da participante

Digital:

Assinatura da pesquisadora

ANEXO – PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DAS MULHERES NA PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: Danielle de Jesus Soares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55387721.6.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.373.679

Apresentação do Projeto:

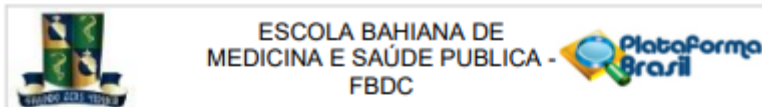
"A pandemia de COVID-19 "agudizou" a sobrecarga da mulher na sociedade capitalista e patriarcal - escancarando um problema estrutural do Brasil e do mundo. A responsabilidade pelo conjunto de atividades e tarefas domésticas diárias, a dedicação em tempo integral aos cuidados com os filhos - agora mantidos afastados das escolas - com outros membros idosos ou doentes que possam compor a família, aliado as precauções de higiene agora necessárias para evitar a propagação da Covid-19 recaíram sobre ombros femininos – que compõe, ainda, a maioria na linha de frente de hospitais e casas de repouso no enfrentamento da Covid-19. Devemos, então, discutir o impacto da pandemia na saúde mental das mulheres – que deve ser visto sobre a ótica não só do protagonismo feminino na área de saúde, mas da divisão sexual de trabalho e dos papéis de gênero impostos pela sociedade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: "Identificar os impactos que a pandemia de COVID-19 trouxe para a saúde mental das mulheres mães e profissionais de saúde da APS em Salvador/Bahia."

Objetivo secundário: "Descrever os papéis desenvolvidos pelas mulheres antes e após o início da COVID-19; Avaliar a percepção das mulheres sobre sua saúde mental no contexto da pandemia de COVID-19; Descrever as relações entre a saúde mental e os papéis de gênero definidos socialmente; Identificar estratégias utilizadas pelas mulheres para diminuir a sobrecarga do

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.285-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.373.679

cuidado.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Como possíveis riscos para as participantes, temos o risco de identificação da participante – que será minimizado pelo não registro do nome das entrevistas. Serão utilizadas as plataformas Zoom ou Google Meet, que são seguras, ainda assim existe o risco de vazamento de dados, que será minimizado pelo armazenamento destes no HD do computador das pesquisadoras, protegido por senha, e serão destruídos após 5 anos, sem a utilização de ambiente compartilhado ou "nuvem". O convite para participação na pesquisa será enviado por e-mail para as participantes que optarem pela entrevista de modalidade virtual, para destinatário único ou na forma de lista oculta, e junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em anexo para elas lerem antes da entrevista. Serão seguidas as orientações para procedimentos de pesquisas em ambiente virtual, que constam em enviar convite por e-mail para apenas uma destinatária, explicitar política de privacidade do Google Meet e do Zoom, de ferramentas e o cuidado com o armazenamento de dados. No começo da entrevista, será solicitado que a participante confirme a leitura do TCLE e concorde ou não com sua participação, informando-a que sua concordância neste momento será equivalente à assinatura do TCLE. Durante o processo da coleta de dados deixaremos a participante a vontade, mas, se a participante se sentir mobilizada ou desconfortável durante o

processo, ela pode encerrar sua participação na pesquisa, inclusive os dados coletados poderão ser descartados dessa pesquisa. Caso ocorra mobilização emocional durante a coleta, a participante será acolhida pela psicóloga membro da equipe de pesquisa."

Benefícios: "Como benefícios temos a oportunidade de discutir sobre o papel da mulher na saúde e contribuir para o conhecimento acadêmico sobre esse tema e sobre a vivência durante a pandemia de COVID-19."

Comentários éticos: riscos e benefícios delineados em conformidade com o desenho da pesquisa, tendo sido sanadas as pendências nesse tocante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. Desenho de pesquisa: o estudo será descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa em três fases: fase exploratória, trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.285-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.373.679

2. Local: "unidades de saúde da família de um distrito sanitário do município de Salvador/Bahia."
3. População: "profissionais mulheres das unidades de saúde da família de um distrito sanitário do município de Salvador/Bahia"
4. Tamanho da amostra: 6
5. Critérios de inclusão: "Ser trabalhadora de saúde com profissão registrada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ser mãe e estar em união estável com parceiro fixo".
6. Critérios de exclusão: "Serão excluídas mulheres que estejam em trabalho voluntário na unidade de saúde ou não ter vínculo formal com o serviço." (Informações básicas)
- "Serão excluídas mulheres fora da idade reprodutiva (20 aos 59 anos)." (Projeto detalhado)
7. Coleta de dados: "Por meio de ofício timbrado da Instituição de Ensino, solicitaremos a autorização à Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ou seja, o Termo de Anuência Institucional (TAI) para a coleta de dados da pesquisa."

"Após análise do projeto e emissão do parecer de aprovação, submeteremos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) o termo de anuência. Com a aprovação do CEP, será enviado um e-mail à SMS evidenciando sua aprovação. Esperaremos, então, o ofício emitido pela CGPS informando ao Distrito Sanitário a autorização para a realização da pesquisa na rede da SMS. Em seguida, iremos na unidade de saúde, nos apresentaremos para a gerente e mostraremos o ofício, ela vai, então, nos apresentar às profissionais da unidade e iremos convidá-las para a pesquisa pactuando um dia para voltarmos à unidade para realização da entrevista ou combinando realizar a entrevista virtualmente, deixando a critério das profissionais se querem participar e, se sim, como preferem que se sucedam as entrevistas para então fazer os agendamentos com cada uma."

"Esses dados serão coletados utilizando como técnica a entrevista semiestruturada, que poderão ser realizadas presencialmente ou por videochamadas através das plataformas zoom ou Google Meet, e serão gravadas. A entrevista presencial, caso esta seja a preferência da participante, se

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.373.679

dará em uma sala privativa da Unidade de Saúde de trabalho da mesma em que seja possível ter privacidade para realizar a entrevista. Essa entrevista contará com perguntas abertas e fechadas constituindo um questionário sociodemográfico, além de outras perguntas acerca da autopercepção das participantes sobre sua saúde mental, além das atividades laborais desenvolvidas – formal e informalmente – por elas, o desenvolvimento das atividades domésticas e práticas de autocuidado adotadas durante o período da pandemia de COVID-19.*

As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra e, posteriormente, os dados coletados serão analisados por meio da análise de conteúdo.

O convite para participação na pesquisa será enviado por e-mail para as participantes que optarem pela entrevista de modalidade virtual, para destinatário único ou na forma de lista oculta, e junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em anexo para elas lerem antes da entrevista. Serão seguidas as orientações para procedimentos de pesquisas em ambiente virtual, que constam em enviar convite por e-mail para apenas uma destinatária, explicitar política de privacidade do Google Meet e do Zoom, de ferramentas e o cuidado com o armazenamento de dados. No começo da entrevista, será solicitado que a participante confirme a leitura do TCLE e concorde ou não com sua participação, informando-a que sua concordância neste momento será equivalente à assinatura do TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de rosto devidamente assinada por pesquisador e representante da instituição proponente.
2. Termo de anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde com os dados do projeto, datado de 21 de dezembro de 2021.
3. Informações básicas sobre a pesquisa devidamente preenchidas, em consonância com o projeto de pesquisa.
4. Projeto de pesquisa com seus devidos anexos, a saber, cronograma, orçamento, questionário e TCLE (formatos presencial e digital).
5. Cronograma a ser ajustado, possivelmente, quanto ao início da coleta de dados, considerando o

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.373.679

atendimento das pendências.

6. Orçamento com discriminação adequada das rubricas orçamentárias.

Recomendações:

Uniformizar os critérios de exclusão no projeto detalhado e informações básicas. Ponto não indicado como pendência por não se vislumbrar impacto nos aspectos éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética embasada na Res. 466/12 e documentos afins, as pendências assinaladas no Parecer Consubstanciado anterior foram devidamente sanadas garantindo a execução deste projeto dentro da metodologia e objetivos propostos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1875941.pdf	28/03/2022 20:50:16		Aceito
Outros	CartaRespostaAoCEP.docx	28/03/2022 20:48:45	Danielle de Jesus Soares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	28/03/2022 20:47:51	Danielle de Jesus Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvirtual.docx	28/03/2022 20:47:38	Danielle de Jesus Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/03/2022 20:47:28	Danielle de Jesus Soares	Aceito
Outros	TAI.pdf	27/01/2022 12:07:26	Danielle de Jesus Soares	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROAssinado.pdf	20/12/2021 16:43:32	Danielle de Jesus Soares	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.373.679

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 27 de Abril de 2022

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.285-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br