



“Eu cuido de anjos”: O cotidiano da enfermagem em uma UTI Neonatal em tempos de covid-19

“I take care of angels”: Everyday nursing in a Neonatal ICU in times of covid-19

Ana Paula Marcelino da Silva, Mônica Franch



Edição eletrônica

URL: <http://journals.openedition.org/aa/13956>

DOI: 10.4000/aa.148u1

ISSN: 2357-738X

Editora

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UnB)

Referência eletrônica

Ana Paula Marcelino da Silva e Mônica Franch, «“Eu cuido de anjos”: O cotidiano da enfermagem em uma UTI Neonatal em tempos de covid-19 », *Anuário Antropológico* [Online], v.50 | 2025, e-148u1. URL: <http://journals.openedition.org/aa/13956> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.148u1>



Atribuição 4.0 Internacional

“Eu cuido de anjos”: O cotidiano da enfermagem em uma UTI Neonatal em tempos de covid-19

“I take care of angels”: Everyday nursing in a Neonatal ICU in times of covid-19

DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.148u1>

Ana Paula Marcelino da Silva

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba - PB, Brasil

ORCID: 0000-0003-3564-3797

Mónica Franch Lourdes Gutiérrez

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba - PB, Brasil

ORCID: 0000-0003-3845-3841

Este artigo aborda a rotina de profissionais de enfermagem que atuaram em uma UTI Neonatal de um hospital público situado na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil, durante os meses iniciais da pandemia de covid-19, no ano de 2020. Partindo de uma discussão teórica que entrelaça cuidado, gênero e enfermagem, o artigo chama a atenção para as singularidades do trabalho do cuidado com recém-nascidos em risco de vida, e para o modo como a covid-19 impactou dramaticamente esse cenário. O texto é parte do resultado de pesquisa de mestrado, baseada em entrevistas mediadas por plataforma digital, junto a profissionais de enfermagem que atuaram no enfrentamento da pandemia nas redes pública e privada de saúde da mesma cidade entre os meses de março de 2020 até maio de 2021.

This article addresses the routine of nursing professionals working in the Neonatal ICU of a public hospital located in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil, during the early months of the covid-19 pandemic. Starting from a theoretical discussion that interweaves care, gender and nursing, the article highlights attention to the singularities of caring for newborns at risk of life, and to the way in which Covid-19 has dramatically impacted this scenario. The text is part of the result of a master's research based on online interviews with nursing professionals who worked to combat the pandemic in public and private healthcare networks in the same city between March 2020 and May 2021.

Nursing. Neonatal ICU. Care. Pandemics. Covid-19.

Enfermagem. UTI Neonatal. Cuidado. Pandemia. Covid-19.



Às vezes as pessoas perguntam assim “Como é que você aguenta trabalhar em UTI todos esses anos? É tão sofrido”. Aí eu digo: “No dia que meus olhos secarem, eu tenho que sair da UTI, né?” No dia que eu não conseguir mais me sensibilizar com a dor do outro é *porque eu não tô no lugar certo, eu tenho que sair*.

(Fernanda, técnica de enfermagem)

INTRODUÇÃO

Desde sua chegada ao Brasil em março de 2020, a pandemia de covid-19 trouxe mudanças significativas em diversos setores da sociedade. Por se tratar de uma doença com índices de infecção muito altos e em que aproximadamente 10% dos infectados desenvolvem a forma grave, necessitando de hospitalização, os serviços de saúde figuram entre os setores mais diretamente impactados, principalmente nos anos de 2020 e 2021, período de maior incidência e gravidade da pandemia no país. No entanto, ao falar em serviços de saúde, sejam públicos ou privados, é preciso especificar como esses serviços estão organizados tanto do ponto de vista das atribuições de cada profissão quanto em relação às hierarquias subjacentes dentro das próprias profissões, como no caso da enfermagem, objeto deste artigo.

Entre técnicas, enfermeiras e auxiliares¹, a enfermagem é parte do que se convencionou chamar de “linha de frente” do enfrentamento à covid-19, que foi acionada logo que o “inimigo invisível” apareceu. Por trás desse aparato semântico, mulheres se revezavam em plantões exaustivos, adoeciam — não apenas de covid — e morriam por causa da doença, visto que essa é uma profissão historicamente perpassada pelo gênero. O impacto da pandemia da covid-19 sobre a enfermagem no Brasil pôde ser percebido em vários aspectos, desde as mudanças na organização cotidiana do trabalho, passando pelas experiências traumáticas vivenciadas por essas profissionais, até as altas taxas de mortalidade amargadas pela categoria. Por outro lado, a visibilidade que as profissões da saúde, entre elas a enfermagem, obteve nos tempos pandêmicos chamou a atenção para a importância do cuidado enquanto dimensão essencial à manutenção da vida, o que reverberou de maneira significativa no debate acadêmico sobre saúde, gênero e cuidado. É nessa encruzilhada que este texto se situa.

Este artigo apresenta um recorte da pesquisa de campo² da primeira autora, com orientação da segunda autora, realizada com enfermeiras de alguns hospitais na cidade de João Pessoa - PB, com o objetivo geral de compreender antropologicamente os impactos da pandemia de covid-19 entre essa categoria profissional. As interlocutoras da pesquisa, seis ao todo, foram contatadas pela técnica de bola de neve e entrevistadas via *Google Meet*, entre fevereiro e maio de 2021. Plataformas e aplicativos de mensagens, como é o caso aqui do *Google Meet* e do *WhatsApp* (acionado nos contatos iniciais e nas combinações de entrevistas), foram um recurso amplamente utilizado nas pesquisas antropológicas diante das medidas

1 A profissão de enfermagem no Brasil, estabelecida pela Lei nº 7.498/1986 e regulamentada pelo Decreto nº 94.470/1987, organiza-se em três categorias: auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro. As competências e requisitos de qualificação profissional de cada nível são especificados por esse arcabouço legal.

2 A pesquisa (Silva 2022) da qual este trabalho faz parte foi desenvolvida por meio da técnica “bola de neve” (Vinuto 2014). Um contato inicial com uma “semente” (Eckert e Rocha 2008) gerou três indicações de profissionais de enfermagem dispostos a participar da entrevista semiestruturada (Boni e Quaresma 2005). Nesse sentido, o roteiro das entrevistas foi desenhado a fim de estabelecer uma temporalidade, contendo questões direcionadas ao entendimento de como era a rotina de trabalho das profissionais entrevistadas no momento pré-pandêmico e como a emergência sanitária impactou a prática profissional, com foco nas questões ligadas ao cuidado. Antes do dia marcado para as entrevistas acontecerem, foi apresentado um breve resumo a respeito da pesquisa e explicados os termos nos quais ela aconteceria, bem como foi enviado o TCLE para as entrevistadas.



de isolamento impostas nos primeiros meses de pandemia. Embora as pesquisas em meio digital não fossem uma novidade em antropologia (ver, por exemplo, Hine 2020), sua expansão no auge da pandemia tanto foi resultado das próprias dinâmicas do período pandêmico (Maluf 2021), como denotou a capacidade de adaptação e a criatividade antropológicas diante de situações excepcionais (Bulletin, Sanabria e Tavares 2021; Silva e Moura 2024). Nesse sentido, a metodologia de pesquisa integrou a flexibilidade da etnografia multissituada (Marcus 1995) com discussões a respeito das questões éticas envolvidas na produção do conhecimento metodológico na antropologia durante as restrições impostas pela crise sanitária.

Os resultados da dissertação (Silva 2022) confirmam as análises que enfatizam a importância do trabalho das mulheres no enfrentamento cotidiano à pandemia de covid-19, bem como o peso que essa escolha implícita acarreta sobre sua saúde física e emocional. Para este artigo, optamos por trazer as experiências de duas entrevistadas que, no período mais crítico da pandemia, atuaram profissionalmente em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal. Entrevistar profissionais desse espaço não se configurou como uma decisão a priori, mas foi resultado do modo como o universo de pesquisa foi sendo construído, com base em indicações de terceiros e em meio ao que podemos classificar como um tempo de excepcionalidade etnográfica. Uma vez realizadas as entrevistas, entretanto, a UTI neonatal pareceu-nos um espaço especialmente significativo para pensar a interface gênero, cuidado e pandemia, por se tratar de um serviço de alta intensidade emocional, onde as habilidades demandadas às mulheres oscilam mais do que nunca entre o técnico, o "natural" e o afetivo.

O artigo está estruturado em três partes. Inicialmente, mobilizamos algumas teorias para pensar a intersecção entre cuidado, gênero e enfermagem, no contexto da pandemia de covid-19. Em seguida, nos debruçamos sobre o conteúdo das entrevistas de Fernanda e Paloma, duas enfermeiras que atuaram na mesma UTI Neonatal durante a crise sanitária provocada pela covid-19. Encerramos o artigo com algumas considerações e questionamentos para futuras pesquisas.

AFINAL, O QUE TEM A VER CUIDADO, ENFERMAGEM E PANDEMIA?

A enfermagem é um campo profissional majoritariamente formado por mulheres. No Brasil, dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) apontam que elas representam 84,7% da categoria e estão divididas entre auxiliares, técnicas e enfermeiras. Historicamente, a profissão — assim como a maioria das profissões consideradas femininas — continua subvalorizada e à mercê da falta de infraestrutura e condições adequadas de trabalho nos sistemas de saúde. Especificamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelas ações de cuidado direto em saúde da maior parte da população brasileira, as enfermeiras, assim como todos os demais profissionais que atuam no sistema, ainda tiveram de lidar cotidianamente com um contexto de crise institucional que tem se agravado desde o ano de 2016³ por causa de uma política de cortes orçamentários em setores estratégicos para o desenvolvimento de suas atribuições, articulada pelo executivo

3 Importante salientar que o contexto político de realização da pesquisa antecede as eleições de 2022, que marcam uma retomada democrática e um freio no desmonte do SUS.



federal e muito influenciada pela falta de coordenação federativa na resolução dos problemas centrais (Freire 2019).

Com a ascensão de um governo de claro viés neoliberal e autoritário em 2019 e o agravamento desse contexto de crise, a saúde pública brasileira certamente estaria bastante vulnerável à chegada de uma pandemia, como acabou acontecendo. Essa condição de vulnerabilidade pode ser entendida a partir da oposição estabelecida por Tronto (2020) entre sociedade de risco e sociedade do cuidado. De acordo com a autora, nas sociedades com altos níveis de vulnerabilização social e em que prevalece um sentimento de insegurança, o risco prevalece como “termômetro social”. O que fica evidente ainda, no que diz respeito às características da sociedade de risco, é a retórica de gênero envolvida, composta por um discurso marcado pela falsa promessa de autonomia para a resolução de problemas sociais complexos. Isso porque, conforme explica a autora, a sociedade de risco opera tanto no sentido teórico — principalmente a partir da era moderna — quanto no prático, para reafirmar a necessidade de permanência e gestão do tempo na sociedade da masculinidade, sem, contudo, explicitar que se trata de uma discussão sobre gênero. Nesse sentido, Tronto (2020) explica que, em resumo “a teoria do risco leva a termo a tarefa de reafirmar a desejabilidade do controle masculino que se apega ao resultado e à ação e, simultaneamente, rejeita outras formas de risco que sofrem os indivíduos mulheres” (Tronto 2020, 23)⁴.

Como, então, uma “sociedade do cuidado” (Tronto 2020) seria possível de ser engendrada a partir de um ambiente social de riscos constantes ou, de maneira mais específica, como as práticas em saúde podem ser viabilizadas nesse contexto, já que são, acima de tudo, práticas de cuidado? E de que modo a enfermagem, que no campo da saúde é o segmento mais identificado com o cuidado, pode exercer sua atuação em uma ambiência dominada por uma lógica de risco, que marcou os dois primeiros anos da pandemia de covid-19 no Brasil?

Assim como o poder e a subordinação se articulam em níveis micropolíticos através de sujeitos e realidades e diversas (Foucault 2014), os cuidados em saúde, entendidos como práticas relacionais entre agentes, instituições e sujeitos, também são compostos por relações dinâmicas e mutáveis de dominação e subordinação, que, por sua vez, compreendem diversos domínios de poder (Scott 2020a). Essas práticas não podem ser lidas a partir de uma única origem ou fonte, mesmo no caso de profissionais que se especializam nesse tipo de atividade. Como afirma Parry Scott,

o ambiente de cuidados, então, pode ser caracterizado, grosseiramente, por uma mistura entre o popular, o técnico e o científico, cada um perfilado de acordo com o habitus do seu domínio (relacionais, atendimento, conhecimento), mas cada um intersectado com os outros no campo maior de saúde. Nesta intersecção ocorre um fortalecimento mútuo, porém diferente e desigual, dos três domínios pelo seu convívio mútuo (Scott 2020b, 26).

Nesse sentido, é possível perceber que a enfermagem, a depender do tipo de

4 Tradução nossa, da versão em espanhol aqui consultada (Tronto 2020).



prática que esteja sendo executada, pode ocupar tanto domínios relacionados a um “cuidado científico” ou técnico, quanto a cuidados mais “triviais” e/ou afetivos. Esse seria o tripé das práticas de cuidado na enfermagem. No entanto, dependendo do sentido que as profissionais estejam dando ao executar o trabalho do cuidado, este adquire um caráter metafórico, expandindo o escopo de seu espaço de significação (Bonet e Tavares 2007, 272). Para esses autores, o cuidado possui viés situacional pois, a depender de quem está operacionalizando o conceito, a definição de cuidado muda, visto que pode adquirir aspectos mais técnicos, como no caso dos profissionais de saúde, ou mais afetivos, como no caso dos usuários. Assumir esses aspectos ou essas perspectivas não significa que haja uma definição de cuidado “mais correta” ou “menos correta”, mas demonstra justamente a plasticidade e a fluidez do conceito, características que, para os autores, dão ao cuidado seu caráter metafórico.

Bonet e Tavares (2007) trazem para o âmbito das práticas de cuidado a ideia de “proliferação dos híbridos”⁵ de Latour (2005). No campo das práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe de enfermagem dentro de uma UTIN, o tripé “ciência-técnica-afeto” não ocorre de maneira estática, no sentido da mera execução de determinados procedimentos, mas de maneira simultânea, não permitindo com isso que se possa identificar, a partir da mera observação da prática, de qual dos três se trata.

No entanto, é necessário reiterar que a própria hierarquização da profissão de enfermagem também interfere na dinâmica das práticas de cuidado. Existem procedimentos que, por uma questão de nível de formação, não podem ser executados por técnicas e/ou auxiliares, mas apenas por enfermeiras. Nessa perspectiva, é possível afirmar que a hibridização das práticas de cuidado na profissão de enfermagem, principalmente sob a ótica de procedimentos técnicos, não ocorre de maneira horizontal, mas é atravessada por uma verticalidade advinda da própria organização hierárquica que caracteriza o desenvolvimento da prática profissional.

Retomando a discussão de Bonet e Tavares (2007), podemos perceber que, mesmo ao reconhecer essa especificidade da profissão de enfermagem, nossas categorias analíticas não são semanticamente estáticas. Isso significa que, ao falar de “técnica” e “ciência”, estamos lidando com categorias de sentido fluido, isto é, passíveis de ressignificação a todo momento. É nesse ponto que entra o que Merhy e Franco (2007) entendem por “trabalho vivo em ato”, cada vez mais necessário no atual modelo assistencial-tecnológico dos serviços de saúde. É o que os autores classificam como “micropolítica do cuidado”. Nas palavras dos próprios autores:

O “trabalho vivo em ato”: a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”. isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no

5 Para Latour (2004), o processo de proliferação dos híbridos (*matters of concern*) acontece no sentido contrário da prática moderna de purificação ou obtenção de uma relação epistemológica única entre sujeito e objeto. Os híbridos — quase-sujeitos ou quase-objetos — proliferam-se justamente no âmbito da práxis, implodindo a relação linear entre os extremos e fazendo aparecer a rede de conexões que sustenta os modos de existência no mundo para além, inclusive, da materialidade que carrega, segundo o autor, a relação sujeito-objeto (Latour 2019). No caso das práticas de cuidado, esse processo de proliferação ocorre justamente a partir da metaforização da noção de cuidado por parte dos atores que integram essa rede, isto é, de forma fluida e elástica, além de múltipla em seus significados.



modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho; pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas) (Merhy e Franco 2007, 428).

Logo, se os domínios de cuidados estão relacionados a um contexto geopolítico mais amplo (Scott 2020, 55), um problema complexo como a pandemia de covid-19 certamente influenciaria diretamente no desenvolvimento das práticas de cuidados em saúde tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários do sistema. Por conseguinte, a quase sinonímia entre enfermagem e cuidado (ou cuidados) também seria diretamente impactada nesse sentido.

Dentre as questões fundamentais para compreender esses impactos na prática profissional está o gênero. Tomado como categoria de análise histórica, o gênero é um fator de diferenciação social entre os sexos e “uma forma primeira de significar relações de poder” (Scott 1995, 88). Desde março de 2020, a ONU Mulheres já alertava para a intensificação das desigualdades de gênero por causa da pandemia em países do sul global, como o Brasil (ONU Mulheres 2020, 1). Essas constatações, atreladas às narrativas sobre a relação entre o isolamento social e a essencialidade de alguns serviços, também apontam para o fato de que desde o início da pandemia coube às mulheres a responsabilidade pela manutenção do funcionamento satisfatório de uma sociedade desigualmente vulnerabilizada.

A maior participação das mulheres nas tarefas de cuidado no período pandêmico apenas veio reforçar aquilo que os estudos sobre cuidado (ou *care*) vêm apontando há tempos: as tarefas de cuidado são desvalorizadas, invisibilizadas e desigualmente assumidas pelas mulheres, a partir de processos de naturalização historicamente construídos (Comas-D’Argemir 2017). Essa lógica atravessa a esfera familiar, o mercado, as instituições e as políticas públicas, entre outras instâncias que organizam a vida social. Em um artigo em que discute as teorias da dádiva à luz dos estudos de cuidado e gênero, Dolores Comas-D’Argemir afirma:

Sabemos que o trabalho reprodutivo das mulheres, o cuidado que oferecem ao seu ambiente em forma de trabalho não remunerado, é pouco valorizado socialmente e até desvalorizado. Existe dádiva, mas não há reciprocidade, não há devolução equivalente porque não existe reconhecimento. Também têm pouco reconhecimento os trabalhos remunerados de cuidados, que nos levam além do domínio doméstico, ao setor ocupacional dos serviços de cuidados (Comas-D’Argemir 2017, 20 – tradução nossa).

No período pandêmico, a questão do cuidado emergiu como questão pública, norteador, inclusive, definições em torno dos trabalhos “essenciais” e “não essenciais”, que passaram a ser regidos por normativas específicas durante o isolamento. Entretanto, o que é essencial permaneceria invisível, conforme constatarem Blanc, Laugier e Molinier (2020). As autoras explicam que a pandemia de



covid-19, ao mesmo tempo em que traz uma “conscientização da importância do *care*” (Blanc, Laugier e Molinier 2020, 1), majoritariamente executado por mulheres seja no âmbito institucional ou doméstico —enfermeiras, caixas de supermercado, faxineiras, entre outras —, também as invisibiliza. De modo relacionado, é possível constatar que, ao mesmo tempo em que o reconhecimento de que todas e todos somos vulneráveis à infecção pelo vírus enfraquece a ideia de autonomia característica das sociedades neoliberais e de risco, as particularidades dos trabalhos do *care* também causam a invisibilização desse tipo de trabalho. Esse paradoxo é aprofundado pelas autoras, que afirmam se tratar,

então, para além da lamentação, de se perguntar: que lugar é dado à invisibilidade no plano simbólico e na distribuição de valores? Quando falamos em invisibilidade, muitas vezes, é para deplorar uma forma de fatalidade, uma forma de nos limitarmos confortavelmente à observação — sem pensar no que seria tornar visível, fazer justiça. Já que o invisível não se traduz tão facilmente no registro do visível, podemos pressenti-lo no constrangimento que vivenciamos com o discurso da “heroização” das provedoras ordinárias do *care* — e não apenas por sua hipocrisia. Este é todo o paradoxo da ética do *care* e da valorização do ordinário, do discreto, do “inferior”. Toda a dificuldade também de se valorizar economicamente um trabalho em que a inteligência é mobilizada para antecipar as necessidades, para agir antes mesmo de se manifestarem, em um mundo limpo, mas que se apagaram os esforços de remover a sujeira, o desconforto. Uma inteligência que apaga o sucesso sobre suas obras, e que falha quando ela se faz sentir demais. Por assim dizer: a atenção dada aos outros nunca deve ser sufocada por uma solicitude indiscreta (Blanc, Laugier e Molinier 2020, 5).

Tomando a enfermagem como uma profissão híbrida que, ao mesmo tempo em que representa o mais alto grau de profissionalização do *care* (Santos 2020), comporta práticas dos âmbitos afetivos e do ordinário, o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem em uma UTIN é perpassado por questões muito significativas, principalmente quando se trata dos cuidados mais ligados ao âmbito afetivo da práxis profissional, concentrados nas funções das técnicas e das enfermeiras.

QUANDO A COVID CHEGA À UTI NEONATAL: RISCO, BIOSSEGURANÇA E PRÁTICAS DE CUIDADO

Nesta seção, trazemos para a discussão os impactos da chegada da pandemia em uma UTI Neonatal em João Pessoa, a partir dos relatos de duas enfermeiras entrevistadas, via Google Meet, nos meses de fevereiro e maio de 2021, em plena segunda onda de covid-19⁶: Fernanda e Paloma. A situação que vivíamos naquele momento era desesperadora em muitos sentidos, especialmente pelo negacionismo inflamado pelo então presidente da República, que se fez presente em várias

6 Em fevereiro de 2021, foram contabilizadas 30.484 mortes por covid-19, em março registraram-se 66.573, em abril chegaram a 82.266 e em maio foram 59.010 mortes.



passagens de nossas conversas, marcadas pela indignação e pela emotividade.

Um fator significativo para entender a complexidade do contexto desta pesquisa é a singularidade da UTI Neonatal, espaço que parece elevar à sua máxima potência alguns dos pressupostos do cuidado — a fragilidade dos bebês prematuros, sua total dependência em relação às cuidadoras num ambiente hospitalar e a absoluta assimetria entre cuidadoras e “anjos”, categoria êmica que apareceu ao longo das entrevistas e remete a outros contextos etnográficos, como os da síndrome congênita do Zika vírus e da mortalidade infantil. As especificidades do cuidado com os “anjos” dizem respeito não só às adaptações do espaço físico e à instalação de equipamentos, mas também às características necessárias aos profissionais de saúde que têm de lidar diariamente com uma vida sob risco constante. No caso da equipe de enfermagem — composta por enfermeiras, técnicas e/ou auxiliares⁷ —, a execução de algumas atribuições profissionais que exigem um contato físico maior com os neonatos, como o banho, por exemplo, é fundamental para promover a manutenção de um quadro satisfatório das condições de saúde. Além disso, essa execução é entendida como essencial para possibilitar que um “vínculo” seja criado entre a criança e outro ser humano, pois esses pacientes permanecem em incubadoras praticamente desde o primeiro instante de vida. O trabalho das enfermeiras e técnicas com os “anjos” se torna, assim, o exemplo mais completo da centralidade do cuidado na manutenção da vida — e, também, na travessia para a morte.

Conforme apontado por Conas-D’Argemir (2017), dom e reciprocidade são fatores determinantes para a construção da moralidade que permeia as relações de cuidado, sobretudo em termos de gênero. A autora explica que a sociedade tende a atribuir às mulheres o papel principal na provisão de cuidados, seja no âmbito familiar ou comunitário, e o ato de cuidar passa a se estabelecer como uma característica inata, orgânica, um dom, que não precisa de reconhecimento, seja ele formal, como um trabalho remunerado, ou informal. O dom, juntamente com a reciprocidade e a mercadoria, estabelece o que a autora caracteriza como “bases morais do cuidado”, que variam sobretudo em relação ao gênero e às relações de parentesco, fatores determinantes do papel do sujeito na comunidade e na família.

As bases morais dos cuidados (como dom, como reciprocidade e como mercadoria) possuem significados distintos para homens e mulheres, e refletem sua posição na divisão sexual do trabalho e no ciclo vital. Presentear, ou doar, não significa que se faça livremente. Tem a ver com o que se considera “apropriado” a partir das bases morais do gênero e do parentesco (*doing gender y doing kinship*), tanto a nível familiar como a nível social. E o trabalho como mercadoria não apenas se inscreve em relações de poder mas também de classe e étnicas, vinculado a um setor ocupacional que atualmente é internacionalizado (Comas-D’Argemir 2017, 28 – tradução nossa).

Considerando os fatores já apontados em relação ao trabalho das profissionais de enfermagem da UTIN, a crise sanitária veio para intensificar esses efeitos,

7 De acordo com o Parecer nº 07/2014, da Câmara Técnica do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), auxiliares e técnicos de enfermagem, a despeito de serem formações de nível médio, possuem atribuições específicas. O parecer, seguindo a orientação da lei nº 7498/1986 – que regulamenta a profissão de enfermagem – entende que as atribuições dos auxiliares possuem natureza repetitiva e comporta práticas de execução simples, que devem ser supervisionadas. Já as atribuições do técnico de enfermagem envolvem ações de orientação e acompanhamento, além de participação no planejamento da assistência em enfermagem.



reforçando concepções morais já existentes, em relação às profissionais de enfermagem. Essa intensificação pode ser observada nas falas das interlocutoras — sobretudo de Fernanda —, que revelam um dispêndio afetivo mais intenso e também uma noção de responsabilidade mais profunda.

Ainda neste ponto, a própria condição dos anjos contém questões antropofílicas muito importantes para entender por que existe a necessidade de que o cuidado desenvolvido nesse setor abarque toda a polissemia do *care* (Hirata 2012). De acordo com Machado (2013), é a própria condição de pessoa o que está em jogo quando se trata de bebês prematuros. O autor esclarece que, a partir de uma perspectiva ocidental que liga a noção de pessoa à de substância — entendida como substância corporal —, a condição da prematuridade ocorre num estágio liminar, no sentido de que é atravessada por tensões e disputas interpretativas a respeito da passagem (ou não) para a condição de pessoa. Essa condição liminar do recém-nascido é característica da produção social da pessoa e desloca sua posição ontológica. Segundo o autor,

a quantidade de substância é índice de pessoa, portanto, a pessoalidade está dada na naturalidade do processo: o problema é que esse processo “natural” é acompanhado pela sociedade, que vai tratando de consolidar a pessoa do bebê ao longo da gestação — com as confirmações médicas de que tudo vai bem no desenvolvimento natural. Mas havendo nele uma interrupção, estabelece-se a defasagem entre o processo social de construção e o natural, ao qual o primeiro estaria atrelado, como um trabalho social sobre o que é biológico, entrando em cena um lugar liminar de “desconstrução da pessoa” ou de “suspensão” do processo de construção da pessoa, a UTI neonatal. Mas, em última instância, é a naturalidade do processo que prevalece como relação na constituição da pessoa: há uma assimetria entre a noção de substância como índice de pessoalidade e a constituição social da pessoa, a favor do primeiro. Se a substância falta, tudo se complica e fica em suspenso. Isto se evidencia no caso do prematuro, já que ele revela o descompasso entre fato natural e interpretação social e a assimetria entre um e outro. A criança sofre esse processo: a pessoa é construída, o indivíduo substantivo é natural. Quando o desenvolvimento natural falha (como no caso do prematuro), a construção tem que ser interrompida. Assim, a construção substantiva da pessoa é reconhecida, a social é construída. Ocorre uma inadequação de substância que se estende por um longo período após a saída de um bebê bastante “pequeno” da UTI neonatal, pois a família continua a lidar com o descompasso causado pela prematuridade (Machado 2013, 116-117).

Logo, o que está em questão é a forma como acontecem as práticas de cuidado desenvolvidas na UTIN, que são basilares para a própria constituição da *pessoa*, principalmente por parte das técnicas de enfermagem, responsáveis tanto pelo planejamento das ações quanto pela resposta da criança a determinados incen-



tivos, mediados ou não por instrumentos e outros equipamentos hospitalares, e como elas foram impactadas pela chegada da pandemia.

Dentre esses incentivos, destaca-se o estímulo ao “vínculo” dos bebês com as mães. Fernanda, uma das técnicas de enfermagem entrevistadas, explica que, nos casos de pacientes internados na UTIN, é de fundamental importância para a sua recuperação e o desenvolvimento satisfatórios que sejam promovidas algumas ações a fim de criar algum tipo de vínculo com o ambiente externo. A parentalidade passa a ser utilizada como ferramenta de estímulo à melhora das condições fisiológicas do RN e, ao mesmo tempo, reinsere o recém-nascido no espaço do reconhecimento de sua condição (Machado 2013, 103). Esse reconhecimento é caracterizado pelo estímulo das sensações através do toque entre os corpos das mães com seus filhos. Já no caso dos pais, a parentalidade é construída (e não reconhecida) com relação às mães, o que caracteriza a parentalidade como híbrida e sequencial (Machado 2013, 103).

Com a pandemia e as medidas de biossegurança direcionadas principalmente aos próprios neonatos, contudo, até mesmo esse momento passou a ser interdito pelo rodízio de mães no setor e pelo uso dos EPIs⁸. De acordo com Fernanda, por conta das limitações espaciais do setor e da necessidade de manter o distanciamento entre as pessoas que tinham autorização para circular nesse espaço, foi necessário criar um sistema de rodízio entre as mães dos neonatos, a fim de reduzir a apenas duas mães ocupando a sala de cada vez. O uso de máscaras, aventais e outros equipamentos de proteção individual também passou a ser mais intenso no setor, dada a necessidade de reduzir ao mínimo a possibilidade do vírus entrar naquele espaço caracteristicamente vulnerável. Esse tipo de ação também é comum no cuidado cotidiano desenvolvido pelas técnicas de enfermagem, conforme podemos observar no trecho a seguir, extraído de uma das entrevistas realizadas:

Um impacto muito grande. Como eu lhe disse, isso é uma dor. É um momento que a gente se restringe muito ao afeto. Um neném que às vezes tava bem e eu podia pegar no colo pra acalmar enquanto a mãe vinha (porque ela fica internada no andar), eu não posso mais colocar no meu colo, o neném fica lá na incubadora. O neném não vê a mãe sem máscara, né. Ele conhece a mãe de máscara, ele conhece a voz da mãe abafada. Às vezes eu digo: “ainda bem que no útero ele não escutava, é meio abafado também, então não vai sentir muito!”. Mas é muito delicado. (...) E eu não posso nem demonstrar o afeto que eu demonstrava naturalmente aos bebês lá. Então sempre de luva, já era e agora muito mais. Braço pra acalmar nem pensar. E não posso pegar um neném no braço. Às vezes, a gente tirava um neném da incubadora pra fazer um ofurô, mesmo ele entubado e tudo. A gente não faz mais. A gente manuseia o mínimo possível, pra não expor o neném. E o vínculo que a gente tava sempre tentando estimular — de colocar o neném no colo da mãe — esse também tá muito restrito.

O trecho acima é ilustrativo do quanto a pandemia afetou e revelou as diversas

8 Os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) são produtos de uso individual utilizados pelos profissionais em ambientes que oferecem algum tipo de risco. No caso de profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, o uso adequado de EPIs, como luvas, máscaras, aventais e toucas, é crucial para prevenir a transmissão de infecções entre os recém-nascidos.



dimensões e habilidades envolvidas no trabalho do cuidado na enfermagem, e especificamente no trato com os bebês prematuros, notadamente a proximidade corporal (o toque), entendida como uma dimensão indissociável do afeto que constitui o sujeito no mundo. Há aqui uma ontologia importante a ser desvendada, que diz respeito à importância vital do afeto que se transmite pelo toque, pela proximidade, na constituição do sujeito no mundo — uma constituição que precisa do “vínculo” para ser completa. Nesse sentido, com a limitação imposta por essa proximidade corporal, há uma sensação, por parte da interlocutora, de incompletude no tipo de cuidado passível de ser administrado.

A restrição do afeto também chegava à casa das interlocutoras. Fernanda, que é mãe de um menino de seis anos e de uma menina de treze, conta que ao retornar à sua casa após mais um plantão difícil e exaustivo, precisava conter a empolgação de seus dois filhos, que corriam em sua direção para abraçá-la. Mesmo tendo feito corretamente a desparamentação e higienização pessoal ainda no hospital, ela conta que não abraçava os filhos antes de repetir o processo ao chegar em casa. E ainda com todos esses cuidados, o medo de contagiar um de seus filhos tornou o afeto mais “cuidadoso”, no sentido de que promoveu certo distanciamento e cautela, tornando os beijos e abraços mais raros entre mãe e filhos. Já no caso de Paloma, cujos filhos são maiores e não moram mais com ela, os afetos mais cotidianos com seu marido também passaram a exigir mais cautela. Ainda assim, ela conta que o que mais sentiu falta foi da presença dos filhos, que antes da pandemia sempre vinham à sua casa. Nesse sentido, vemos que o cuidado, que está eivado de afeto, tanto exige a proximidade quanto a interdita, diante da situação pandêmica. Não pegar nos bebês, não abraçar os filhos são atos de cuidado que exigem, por outro lado, um sacrifício — um cuidado que é afetivo, mas para o qual também se paga um preço alto em afeto.

A partir da perspectiva da antropologia das emoções é possível identificar elementos que contribuem para a construção deste afeto. Victora e Coelho (2019), ao traçar um panorama do campo da antropologia das emoções, consideram a passagem de uma perspectiva individualista — oriunda da psicologia tradicional — para uma culturalista — ancorada na análise de como as emoções são moldadas socialmente — como o ponto de viragem para uma perspectiva construcionista, nas práticas sociais. Essa nova ancoragem conceitual da antropologia das emoções é operacionalizada por uma definição clássica de Rosaldo (1994) sobre o que seriam as emoções. E, conforme destacam Victora e Coelho (2019),

essa definição aparentemente tão “econômica” — “as emoções são pensamentos incorporados” — concentra em si duas tensões constitutivas do campo: a fronteira (ou a articulação?) entre o corpo e a emoção e a articulação (ou a fronteira?) entre a emoção e a razão. Na formulação de Rosaldo, há implícito um esforço de conjugação dessas três dimensões da experiência humana, dimensões essas, contudo, que, conforme discute Catherine Lutz, estão apartadas na “etnopsicologia euro-americana” (Victora e Coelho 2019, 9).



Esses acontecimentos na UTI neonatal durante o período pandêmico revelam a dimensão social mas sobretudo cultural, considerando os aspectos simbólicos presentes naquele ambiente. Rosaldo (1994) atenta para que a antropologia funcione justamente como uma espécie de mediadora e estabeleça uma interconexão entre a experiência individual e o contexto social implicado. Nesse sentido, ainda conforme a autora, o *self* é forjado no âmbito das práticas sociais e culturais e a ação do indivíduo deixa de ser “individualista” e só adquire significado se contextual. No caso da profissão de enfermagem, ainda é possível considerar aspectos históricos da profissão, também presentes na construção deste *self*.

Os cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem vão além da aplicação técnica de protocolos de atendimento e terapêutica medicamentosa, pois incluem a promoção do cuidado humanizado. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), essa perspectiva está referendada pela Política Nacional de Humanização (PNH), implementada no ano de 2003 para garantir o cumprimento do dever constitucional do Estado no reconhecimento do direito à saúde. De acordo com Gallo, Reis e Marazina (2004),

todo um sistema de pensamento está plasmado num sistema de gestão, que abrange desde a maneira pela qual o profissional se posiciona até a elaboração de planejamentos institucionais, locais e gerais. A incorporação efetiva dos organismos, já existentes, de participação da comunidade, assim como as criações de novos dispositivos, surgem como formas decisivas de intervir na gestão institucional dos problemas, de realizar a humanização da saúde como instância de libertação. Na verdade, trata-se de diferentes efeitos de um mesmo processo. Contudo, um dos mais importantes aparece como sendo o espaço do próprio profissional da saúde. Na medida em que a política de humanização passa a ser vivida, prioritariamente, como uma perda do poder de decisão e uma delimitação de sua autonomia, o profissional de saúde a ela resistirá, com maior ou menor intensidade. A Política de Humanização em Saúde deve ser um instrumento de transferência de um poder centralizado, que envolve naturalmente risco e responsabilidade, para um poder compartilhado, no qual diferentes instâncias — profissionais, pacientes e gestores — possam sustentar o delicado processo de prevenção e assistência (Gallo, Reis e Marazina 2004, 42-43).

Logo, a PNH estimula a execução de cuidados compartilhados por todas as pessoas responsáveis pela assistência ao paciente, deixando mais flexíveis algumas orientações “burocráticas” da gestão dos serviços de saúde, no sentido de promover ao máximo ações de cuidado potencialmente benéficas à comunidade e não somente ao sujeito/paciente ou um grupo menor de pessoas.

No caso dos neonatos, a humanização também ajuda a proporcionar a participação de mães e pais nas práticas de estímulo, mediadas pela relação com a equipe de enfermagem e as mães, principalmente. É a formação da tríade “mãe, recém-nascido e enfermagem” que possibilita inclusive o reconhecimento da dig-



nidade da pessoa humana, direito também garantido pela Constituição Federal de 1988, e dos direitos de proteção à vida contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Santos 2014). Assim,

humanizar uma unidade de terapia intensiva neonatal é transformá-la em um local onde os neonatos, mesmo em uma incubadora, envoltos a equipamentos hospitalares, sejam tratados com dignidade como um ser humano, com particularidades próprias, tornando fecundo os momentos com os pais. É preciso estruturar o ambiente com a permanente lembrança de que se lida com pequenas vidas que sentem e reagem como pessoas e têm suas próprias necessidades (Santos, 2014, 1).

No entanto, a chegada da pandemia de covid-19 reorientou algumas dessas práticas de cuidado que são desenvolvidas nas UTIN. Por se tratar de um ambiente que necessita de um controle epidemiológico já bastante elevado, havia uma necessidade maior de fazer com que os neonatos não fossem infectados pelo SARS-CoV-2, visto que, inicialmente, pouco se sabia sobre a doença. Esse fato colocou novamente questões de gestão, administração do risco e promoção do cuidado para os profissionais e as famílias dos neonatos internados no local de trabalho de Fernanda (já apresentada neste texto), que há 21 anos trabalha como técnica em enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Como indicado anteriormente, com a pandemia surgiu a necessidade de redobrar os cuidados com o setor de neonatos para evitar que vidas já tão frágeis fossem expostas ao contágio pelo coronavírus. Ainda que esses cuidados tenham sido tomados, casos de contágio aconteceram, e todo o setor teve que ficar completamente isolado das outras partes do hospital. As incertezas com relação a como seria possível minimizar a possibilidade de infecção e a falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados, logo no início do processo pandêmico, contribuíram para que os primeiros bebês fossem infectados. Nos primeiros meses da emergência sanitária, muitas das decisões operacionais da gestão do hospital foram tomadas a partir do entendimento de que haveria a necessidade de um controle mais efetivo e de proteção aos profissionais apenas nos setores destinados ao atendimento de pacientes confirmados ou com suspeita de contaminação pela doença.

Todo esse contexto contribuiu para que a covid-19 atingisse vidas já tão vulneráveis. Acerca desse fato, Fernanda destaca que a confirmação do primeiro caso de bebê com covid-19 aconteceu entre o fim de maio e o início de junho de 2020, enquanto a equipe realizava um procedimento de reanimação em um bebê com problemas respiratórios e que não apresentava melhora. Diante da resistência ao tratamento, a própria equipe passou a suspeitar de uma possível infecção por covid-19. Ainda que alguns equipamentos estivessem sendo utilizados pela equipe que realizava o procedimento, a execução desse tipo de procedimento — a reanimação — posteriormente deixou de ser indicado, visto que deixa partículas em suspensão no ar. No entanto, decidiu-se pela realização do procedimento, visto



que o teste rápido que fora feito na criança havia apresentado resultado negativo, e existia uma urgência de realizar uma ação terapêutica mais invasiva diante da gravidade do quadro. O que aconteceu na sequência foi relatado com detalhes por Fernanda:

A equipe inteira se contaminou. Era um neném que a gente suspeitava que tinha covid, e a gente tinha pedido pra fazer exame...”vamo fazer, vamo fazer, porque esse neném não melhora, os sintomas de covid, vamos fazer”... e aí o primeiro teste dele deu negativo, teste rápido. Nesse meio tempo, ele teve uma intercorrência, a gente precisou fazer procedimentos de reanimação, entre eles um procedimento que não é recomendado, que é nebulizar o próprio espasmo e ventilar com ambu. E eu estava usando máscara n95, face shield, usando luvas, mas não estava de capote. E o aerossol, exposto no ambiente no momento da reanimação, fez com que toda equipe se contaminasse. Posterior a esse procedimento de reanimação, veio o segundo teste dele com a confirmação de que ele estava com covid. E aí começaram a testar a equipe (Fernanda, técnica em enfermagem).

Fernanda explica que uma investigação epidemiológica foi iniciada para saber qual teria sido a fonte mais provável de contaminação. Essa investigação mostrou que a mãe também havia testado positivo para a doença, ainda que não houvesse apresentado sintomas. De acordo com Weffort *et al.* (2020), alguns estudos demonstraram que existe a possibilidade de transmissão vertical da covid-19, ainda que sejam necessários mais estudos de caso para que isso seja comprovado. A possibilidade de transmissão vertical é reiterada pelo fato de que alguns RN apresentaram altos níveis de antígenos IgM e IgG — anticorpos produzidos pelo organismo contra infecções —, além de níveis elevados de citocinas inflamatórias, que são substâncias que respondem a processos inflamatórios no organismo (Weffort *et al.* 2020, 248).

O que interessa aqui, entretanto, é perceber como, em uma situação de risco imediato de vida para o recém-nascido, o cálculo da equipe não passou por priorizar uma possível salvaguarda, já que havia uma suspeita de o bebê estar com covid. O fato de o teste ter dado negativo (uma prova de gestão técnica do risco) não elimina as dúvidas que poderiam pairar naquele momento, já que no começo da pandemia as incertezas superavam, em muito, as certezas a respeito do vírus e de seu funcionamento (Spink 2020). Mas essa disposição para efetuar uma manobra considerada “de risco” diz bastante sobre o que foi estar “na linha de frente” e sobre o modo como essas profissionais, sobretudo no começo da pandemia, passaram por situações de exposição a riscos, praticando aquilo que Pimenta (2019) denominou o “cuidado perigoso”. Lembremos que o Brasil liderava o número de mortes de profissionais de enfermagem, categoria profissional que lidou de forma mais direta com o vírus, — em decorrência da covid-19⁹.

A partir desse primeiro caso de covid confirmado, o hospital tomou medidas específicas para aumentar os cuidados na UTIN. Dentre essas medidas, estava a

9 Dados referentes a junho de 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/06/19/brasil-tem-record-de-mortes-de-profissionais-da-enfermagem-por-covid-19>. Acesso em: 16 abr. 2024.



restrição da circulação em outros lugares do hospital das técnicas de enfermagem que acompanham os RN. Cada técnica de enfermagem é responsável por dois leitos da UTI, e a enfermeira que está trabalhando no turno é responsável por todos os leitos ocupados. A restrição da circulação objetivava redução dos gastos de EPIs — que precisavam ser trocados a cada saída do setor — e a minimização dos riscos de contaminação das profissionais e dos pacientes. No entanto, permanecer por cerca de seis horas ininterruptas paramentadas era também permanecer impossibilitadas de fazer alguma refeição e até mesmo ir ao banheiro. Até mesmo na hora do repouso, Fernanda conta que ela e suas colegas permaneciam utilizando máscara N95. Apenas no horário das refeições, elas podiam tirar a máscara. Embora essa situação tenha posteriormente se modificado com a chegada de EPI, e mais adiante ainda, com a vacinação das profissionais de saúde, ela é ilustrativa, mais uma vez, da vida na tão celebrada “linha de frente” nos primeiros tempos da pandemia, e de como ela não se limitou aos serviços especializados em covid-19, mas se estendeu a todo o setor de saúde, incluindo no cuidado aos “anjos”.

Outra alteração muito significativa no cotidiano da UTIN foi a restrição das visitas dos pais e familiares das crianças internadas e a organização de horários específicos para que as mães ficassem com seus filhos, visando à redução da quantidade de pessoas presentes no setor. Todo esse processo de cuidado também era orientado pela equipe de enfermagem, principalmente pelas técnicas, responsáveis mais diretas pelos cuidados rotineiros demandados pelos pacientes. Talvez a principal dessas ações seja o incentivo da criação do “vínculo” entre mãe e filho, anteriormente mencionado. Em diversas passagens, as duas entrevistadas narraram como foi difícil deixar “uma mãe” ou “um pai” fora do setor, sem acesso ao seu filho, nem mesmo depois de o filho ter falecido na unidade. Nesse sentido, as normas de biossegurança, embora não questionadas pelas entrevistadas, terminaram atuando na contramão da política de humanização, concentrando o poder de tomar decisões e de realizar determinados cuidados nas equipes de saúde — o que já ocorria anteriormente pelas próprias características da UTN, mas que se acirra nesse momento.

Todas essas mudanças, por fim, impactaram diretamente na saúde mental das profissionais. Além das alterações estruturais no ambiente de trabalho, o cenário fora do hospital também havia sido interditado por medidas de biossegurança que restringiram a circulação por seus espaços de convivência, principalmente com amigos e familiares. Para Fernanda, o contexto pandêmico representou uma mudança muito profunda em seu estado de ânimo, fato que tem relação direta com suas duas experiências de adoecimento por covid-19.

Eu sou muito otimista. Normalmente, eu sou e me acho uma pessoa otimista. Choveu, eu aproveito a chuva. Tá fazendo sol, eu aproveito o sol. Mas de uns tempos pra cá, com a primeira vez que adoeci, a segunda vez que adoeci, eu me sinto uma pessoa emocionalmente mais frágil. Não tem a ver com a sensibilidade. A sensibilidade é natural, eu me emociono, sou sensível. Mas frágil no sentido de enfrentar mesmo, de aproveitar o sol e a chuva como eu



aproveitava antes. Às vezes, eu sinto tristeza que antes eu não sentia. E me percebo assim, busco uma rede de apoio pra melhorar isso, converso com mãe, pai, irmão, amiga, ver um filme com filho, com filha. Mas eu me identifico hoje diferente emocionalmente, me sinto bem mais frágil, infelizmente. Gostaria de ter o mesmo otimismo de antes. Eu gostaria de fazer o mesmo de antes. Quando eu via alguém mais triste, eu conseguia animar... hoje eu me sinto na condição de precisar de apoio emocional (Fernanda, técnica em enfermagem).

Esse apoio emocional, mais uma forma de cuidado, foi definitivo quando de sua segunda experiência de adoecimento. Na primeira vez em que foi infectada, Fernanda procurou se isolar ao máximo de seu núcleo familiar, deixando os filhos com uma sobrinha e impedindo a visita de seus pais e irmãos. Ela conta que evitava até as chamadas de vídeo pelo celular, pois o medo de ser um vetor da doença e acabar causando a morte de alguém querido era maior do que qualquer outra coisa. Era a forma encontrada por ela de permanecer cuidando, mesmo que quem mais estivesse precisando de cuidado naquele momento fosse ela: “eu acho que tive menos medo de morrer do que de contaminar alguém”, relata. A doença evoluiu com poucas complicações e só depois de um longo período de isolamento, ela pôde voltar ao convívio — ainda interditado por medidas individuais de biossegurança — com seus filhos e pais.

Da segunda vez que adoeceu, o cuidado foi para ela o grande diferencial, inclusive na sua recuperação. Com complicações mais graves, como saturação baixa e problemas circulatórios, ainda assim, ela se recusou a ser internada, como da primeira vez, e aceitou os cuidados de sua mãe, que permaneceu tomando conta da filha e dos netos até que Fernanda se restabelecesse. “Ela reuniu a família e se posicionou: se eu adoecer e morrer, eu adoeci e morri consciente e exercendo meu papel de mãe”, conta Fernanda.

Já Paloma, que estava de licença para concluir o mestrado, conta quão angustiante foi para ela se ausentar justamente nesse momento em que suas colegas de trabalho estavam tão sobrecarregadas pelo árduo trabalho do cuidado. As notícias que recebia por meio de mensagens e telefonemas trocados com algumas colegas sempre traziam relatos sobre adoecimento e mortes provocadas pelo vírus. Para tentar lidar melhor com esse contexto, ela conta que procurou manter sua rotina de atividades físicas, principalmente a corrida de rua, sua principal atividade. Mas foi exatamente num desses momentos em que ela se sentiu mais exposta à contaminação pelo vírus.

Eu gosto de correr, faço corridas matinais. E houve um período em que eu fiquei gripada. Porque eu não consigo correr de máscara. Eu tive todos os sintomas gripais, só não tive febre. Mas aí eu testei com o PCTR e com a sorologia. E deu negativo. Mas eu tinha certeza que eu estava com covid. Só que os testes deram negativos. E até hoje eu não testei positivo para covid (Paloma, técnica em enfermagem).



Por ter, segundo ela, “pegado o barco andando” — no sentido de que retornou às suas atividades na UTIN apenas em janeiro de 2021, quando já havia concluído o mestrado —, Paloma afirma que teve algumas dificuldades para se adaptar à nova realidade instalada em seu ambiente de trabalho. Além de lidar com esse choque, ela também pontua que recebeu demonstrações de hostilidade por parte de algumas pessoas que sabiam que ela trabalhava em um hospital. “Não tem esse negócio de solidariedade, não. O pessoal tem medo quando a gente diz que trabalha em hospital”, relata.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de toda a complexidade do contexto pandêmico, é possível concluir que a enfermagem foi uma das profissões mais afetadas pelos desdobramentos da crise sanitária. Isso porque o cuidado, que permanecia sendo o principal responsável pela manutenção do sistema no âmbito da micropolítica das práticas em saúde, não era considerado a principal medida de contenção do problema em um contexto geopolítico mais geral. Como profissão do cuidado, a enfermagem, em seus diversos níveis de especialização, permaneceu desempenhando sua complexa gama de atribuições em meio a um problema que não se encerrava no espaço dos serviços de saúde. Cuidado que, por causa de suas características, também era imprescindível de ser mantido diante de uma doença para a qual, inicialmente, não existiam diretrizes de ação fixadas nem vacinas. Isso significa que o cuidado foi sendo construído ao longo dos meses de evolução da pandemia.

Em setores mais críticos, como no caso da UTIN, esses cuidados passaram a ser mais intensos por causa da própria condição de existência das vidas humanas que lá estão internadas, pois estas dependem de ações contínuas de monitoramento para que possam deixar o estado da prematuridade e passar à etapa de manutenção satisfatória das condições de vida. Esse cuidado, além de considerar aspectos técnico-científicos, também passa por questões afetivas, como a promoção do “vínculo” materno.

Todavia, é impossível desconsiderar a influência do gênero enquanto principal marcador do trabalho do cuidado. Na profissão de enfermagem, que teve todo seu desenvolvimento histórico atravessado pela questão do gênero, ainda hoje disputa com campos hegemônicos, como a medicina, o lugar de sua epistemologia no âmbito das ciências da saúde. Essa questão concerne principalmente ao fato de que as práticas de cuidado são híbridas na profissão e se desenrolam em domínios de poder variados, como o técnico, o científico e o afetivo.

A multiplicidade prática e ontológica das pessoas que operam a partir de uma noção específica (mas também múltipla de cuidado) foi capturada de forma institucional, como pudemos observar, pela consolidação da Política Nacional de Humanização. Entretanto, apesar de sua indiscutível necessidade e importância, esta ainda é uma política de Estado, operacionalizada por meio de um sistema cuja burocracia é uma das principais características. Do ponto de vista da prática, o aperfeiçoamento de incursões estatais nesse mesmo sentido depende justamente



da entrada de todos os agentes que compõem essa rede de práticas de cuidado, seja humanos ou não-humanos, profissionais com conhecimento especializado ou não.

Se, na situação descrita ao longo do texto, foi possível observar a impossibilidade do processo de purificação desses operadores, o caso dos bebês atendidos pela UTI Neonatal durante os meses iniciais da pandemia de covid-19 demonstra como essa condição demanda justamente a intervenção de “saberes impuros”, mobilizados por quase-sujeitos e quase objetos que, de forma concomitante (e por que não dizer inconsciente), mobilizam saberes técnicos, afetivos ou científicos a fim de estimular o desenvolvimento daquelas “quase-pessoas” que necessitam de cuidados de forma mais intensa.



Sobre as autoras

Ana Paula Marcelino da Silva

Ana Paula Marcelino da Silva é mestra e doutoranda em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba. Membro da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e pesquisadora participante do GRUPESSC/CNPQ/UFPB – Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura e das redes de pesquisa Antropocovid e Ecos da Pandemia.

E-mail: marcelinopaula5@gmail.com

Mônica Franch

Mônica Franch é Doutora em Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA-UFRJ). Professora adjunta do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e membro permanente dos programas de pós-graduação em Antropologia e em Sociologia da mesma Universidade. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC). Bolsista de Produtividade em Pesquisa 2 pelo CNPq.

E-mail: monicafranchg@gmail.com

Contribuição das autoras

Ana Paula Marcelino da Silva

Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Redação - rascunho original, Redação - revisão e edição.

Mônica Franch

Conceituação, Metodologia, Supervisão, Redação - revisão e edição.

Declaração de disponibilidade dos dados

Os dados etnográficos das entrevistas que embasaram esta pesquisa não estão disponíveis em repositórios de dados abertos devido à impossibilidade de manter o anonimato dos participantes da pesquisa, condição acordada nos termos do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) discutidos e assinados quando da execução da pesquisa.

Editor Adjunto

Luis Cayón A. Durán (<https://orcid.org/0000-0001-6282-8282>)



Editora Chefe

Kelly Silva (<https://orcid.org/0000-0003-3388-2655>)

Recebido em 16/04/2025

Aprovado para publicação em 28/05/2025 pelo editor Luis Cayón (<https://orcid.org/0000-0001-6282-8282>)



REFERÊNCIAS

- Blanc, Nathalie, Sandra Laugier, e Pascale Molinier. 2020. “O preço do invisível: As mulheres na pandemia”. *Dilemas, Revista de Estudos de Conflito e Controle Social – Reflexões na Pandemia*: 1-13. <https://www.reflexpandemia.org/>
- Bollettin, Paride, Guillermo Vega Sanabria, e Fátima Tavares, organizadores. 2021. *Etnografando na pandemia*. Pádua: Coop. Libreria Editrice Università di Padova.
- Bonet, Octavio, e Fátima Tavares. 2007. “O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica”. In *Razões Públicas para a Integralidade: O cuidado como valor*, organizado por Roseni Pinheiro e Rubem Mattos, 245-259. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC/ ABRASCO.
- Boni, Valdete, e Sílvia Jurema Quaresma. 2005. “Aprendendo a entrevistar: Como fazer entrevistas em Ciências Sociais”. *Em Tese* 2, nº 1: 68-80.
- Comas-d’Argemir, Dolors. “El don y la reciprocidad tienen género: Las bases morales de los cuidados / Gender in the gift and reciprocity: The moral bases of care”. *Quaderns - e de l’Institut Català d’Antropologia* 22 nº 2: 17-32.
- Fleischer, Soraya, e Flávia Lima, organizadoras. 2020. *Micro: Contribuições da antropologia*. Brasília: Athalaia.
- Foucault, Michel. 2014. *Microfísica do poder*. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, Lucas de Magalhães. 2019. “A gestão da escassez: Uma etnografia da administração de litígios de saúde em tempos de ‘crise’”. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.
- Freitas, Camilla Iumatti. 2019. “No mundo da cegonha: Aspectos sobre redes de solidariedade entre pessoas com ausência involuntária de filhos”. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Alagoas, Maceió.
- Hine, Christine. 2020. “A internet 3E: Uma internet incorporada, corporificada e cotidiana”. Traduzido por Christina Parreiras e Bernardo Amaral Lins. *Cadernos de Campo* (São Paulo - 1991) 29, nº 2 (agosto): e181370.
- Hirata, Helena, e Nadya Araújo Guimarães. 2012. *Cuidado e cuidadoras: As várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas.
- Latour, Bruno. 2019. *Investigação sobre os modos de existência: Uma antropologia dos Modernos*. Petrópolis: Vozes.
- Latour, Bruno. 2004. “Por uma antropologia do centro” (entrevista). *Mana* 10, nº 2: 397-414.
- Machado, Igor José de Renó. 2013. “O inverso do embrião: Reflexões sobre a substancialidade da pessoa em bebês prematuros”. *Mana* 19, nº 1: 99-122.
- Machado, Maria Helena, coordenadora. 2017. *Perfil da enfermagem no Brasil: Relatório final*. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz.
- Maluf, S. 2021. “Janelas sobre a cidade pandêmica: Desigualdades, políticas e resistências”. *Revista TOMO*, nº 38: 251-285.
- Merhy, Emerson Elias, e Túlio Batista Franco. 2008. “Trabalho em saúde”. In *Dicionário da educação profissional em saúde*, organizado por Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima, 20-35. Rio de Janeiro: EPSJV.



- Pires, Flávia. 2013. *Os filhos-ausentes e as penosas de São Sebastiãozinho: Etnografia da festa da Catingueira-PB*. João Pessoa: Editora da UFPB.
- Reis, Alberto Olavo Advíncula, Isabel Victoria Marazina, e Paulo Rogério Gallo. 2004. “A humanização na saúde como instância libertadora”. *Saúde e Sociedade* 13, nº 3: 36-43.
- Rosaldo, Michael. 1984. “Toward an Anthropology of Self and Feeling”. In *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*, editado por Richard Shweder e Robert Levine, 135-157. Cambridge: Cambridge University Press.
- Santos, Aurea Aldenes de Sousa. 2014. “Humanização em UTI Neonatal: Análise da literatura sobre atuação da enfermagem na tríade mãe, recém-nascido”. Monografia, Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis.
- Santos, Bruna Motta. 2020. “Uma ciência do cuidado: Racionalidades e afetos no campo da enfermagem”. *Áltera* 3, nº 1: 165-199.
- Scott, Joan. 1995. “Gênero: Uma categoria útil de análise histórica”. Traduzido por Guacira Lopes Louro. *Educação e Realidade* 20, nº 2: 71-99.
- Scott, Russell Parry, Marion Teodósio Quadros, Ana Cláudia Rodrigues, Luciana Campe-lo Lira, Silvana Sobreira Matos, Fernanda Meira, e Jeíza Saraiva. 2017. “A epidemia de Zika e as articulações das mães num campo tensionado entre Feminismo, Deficiência e Diversidade”. *Cadernos de Gênero e Diversidade* 3, nº 2: 73-92.
- Scott, Russell Parry. 2020a. “Fim da epidemia da Síndrome Congênita do Zika: Pensão vitalícia e governança múltipla de domínios de cuidados”. *Áltera*, João Pessoa 3, nº 11: 52-78.
- Scott, Russell Parry. 2020b. “Sendo prioridade entre prioridades: Fortalecimento mútuo e desentendimentos na articulação de cuidados entre casa, serviços e áreas de conhecimento”. In *Práticas sociais no epicentro da epidemia de Zika*, organizado por Russell Parry Scott, Luciana Lira e Silvana Matos, 1-25. Recife: Ed. UFPE, 2020.
- Silva, Ana Paula Marcelino, e Fernanda Moura, organizadoras. 2024. “A antropologia da saúde na pandemia da Covid-19: Reflexões teóricas, metodológicas e éticas”. *Equatorial – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social* 11, nº 20: 1-202. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <https://periodicos.ufrn.br/equatorial/issue/view/1365>
- Spink, Mary Jane Paris. 2020. “‘Fique em casa’: A gestão de riscos em contextos de incerteza”. *Psicologia e Sociedade* nº 32: e020002. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32239826>
- Tronto, Joan. 2020. *Riesgo o cuidado?* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2020.
- Victora, Ceres, e Maria Cláudia Coelho. 2019. “A antropologia das emoções: Conceitos e perspectivas teóricas em revisão”. *Horizontes Antropológicos* 25, nº 54: 7-21.
- Weffort, Virgínia Resende Silva, Barbara Rocha Rodrigues, Eduardo Oliveira Prado, Natalia Vieira Inácio Calapodopulos, Kellen Cristina Barbosa Kamimura Silva, e Valeria Cardoso Alves Cunali. 2020. “Transmissão Vertical da COVID-19: Uma revisão integrativa”. *Residência Pediátrica* 10, nº 2: 247-251.