

# A pandemia de COVID-19 e (os)as profissionais de saúde pública na linha de frente: análise interseccional de gênero

Segundo relatório de gênero referente à quarta fase da pesquisa “A pandemia de COVID-19 e os(as) profissionais de saúde pública no Brasil”

## Pesquisadores(as) Responsáveis

Gabriela Lotta  
Mariela Rocha  
Marcela Garcia Corrêa  
Eduardo Ryo Tamaki  
Brunah Schall  
Michelle Fernandez  
Paloma Porto  
Paulo Roberto da Silva Júnior  
Polyana Aparecida Valente  
Giordano Magri  
Claudio Aliberti de Campos Mello  
Débora de Lira Costa Tavares  
João Pedro Haddad  
Clare Wenham  
Denise Nacif Pimenta



## Apresentação

A pandemia de Covid-19 tem produzido impactos sem precedentes na história recente do Brasil e do mundo. Desde sua declaração no Brasil, há 15 meses, continuamos em situação crítica, pois não se trata apenas de repercussões de ordem biomédica, mas de efeitos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos. As notificações de infectados e de mortos concorrem com os efeitos sobre os sistemas de saúde e com a exposição de populações e grupos vulneráveis, principalmente quando se interseccionalizam os marcadores de gênero, raça e classe (ESTRELA et al, 2020).

Na análise deste relatório, a noção de interseccionalidade será nossa ferramenta analítica, pois compreendemos que em uma sociedade diversa como a brasileira, as categorias de raça, etnia, classe, gênero, orientação sexual, regionalidade, idade (dentre outras), se interrelacionam e moldam-se mutuamente, afetando o convívio social e reproduzindo determinados lugares de privilégio e de opressão (COLLINS; BILGE, 2020). Fazemos uso da interseccionalidade, portanto, como ferramenta analítica para explicitar os jogos de poder e seus efeitos de subordinação sobre as experiências de determinados grupos sociais.

Levamos em conta a noção de interseccionalidade debatida por Akotirene (2019, p. 38), que considera que as identidades subalternas “são impostas a preconceitos, subordinações de gênero, de classe e raça e às opressões estruturantes da matriz colonial (e capitalista) moderna da qual saem”. Nessa linha, o machismo, o racismo, o capitalismo e a heteronormatividade são vistos como estruturas sociais que (re)produzem distintas violências sistêmicas, além de negar o acesso à alternativas que não sejam aquelas impostas pela matriz branca-heterossexual-masculina. No Brasil, as mulheres negras são aquelas que encontram-se usualmente na intersecção entre raça, classe e gênero - e, portanto, suas experiências de vida são recortadas por esses marcadores sociais, estruturando piores oportunidades de acesso ao mercado de trabalho e condicionando uma série de violências voltadas aos seus corpos (GONZALEZ, 2020; AKOTIRENE, 2019; CRENSHAW, 2002).

Em meados de março de 2020, Judith Butler sinalizou que o vírus não discrimina, mas sim o machismo, o racismo e o capitalismo. Nos últimos meses, diversos levantamentos apontaram para disparidades de gênero, classe e raça entre os casos de contaminação e óbito por complicações da Covid-19. Em especial, o Brasil concentra altos índices de mortes de grávidas e puérperas, em especial entre as mulheres negras (TAKEMOTO et al., 2020). Assim, embora qualquer pessoa esteja suscetível à exposição ao vírus, alguns grupos sociais são mais vulneráveis, definidos pela intersecção de marcadores sociais da diferença como gênero, raça, classe, território, orientação sexual, idade etc. (BRITO et al., 2020).

Neste sentido, há um setor da sociedade constantemente exposto ao risco: as mulheres profissionais de saúde que atuam na linha de frente. Mundialmente, segundo a OMS, elas

representam 70% da força de trabalho em saúde (LOTTA et al., 2021). Contrariamente, elas representam apenas 25% dos cargos de liderança no setor (OMS, 2019). Assim, as mulheres entregam os serviços, mas são lideradas por homens. O caráter feminizado do cuidado e da saúde apresenta-se como um desafio para a garantia da equidade de gênero e da efetiva gestão dos serviços de saúde (SHANNON et al., 2019).

No Brasil, as mulheres representam mais de 70% dos(as) profissionais de Enfermagem (COFEN, 2019), mais de 75% das agentes comunitárias de saúde (MILANEZI et al., 2020), mais de 80% das psicólogas. Na categoria médica, é possível observar uma tendência, nos últimos anos, de feminização da profissão (SCHAEFFER et al., 2020). As mulheres, portanto, representam expressivamente o contingente de trabalhadoras que lidam diariamente com a crise, cuidando dos(as) pacientes, vacinando a população etc. Para além do trabalho realizado na esfera produtiva, elas também têm que conciliar a dupla jornada de trabalho, considerando as tarefas domésticas e cuidado com os(as) filhos(as). Esta sobrecarga está diretamente relacionada com a divisão sexual do trabalho e as próprias profissões do cuidado apresentam-se como uma extensão da esfera doméstica à sociedade (HIRATA, 2016; CARLI, 2020; Gênero e Número, 2020).

Dados do boletim epidemiológico especial de junho de 2021, publicado pelo Ministério da Saúde, apontam que dentre os óbitos confirmados de Covid-19 até o dia 07 de junho: técnico/auxiliar de enfermagem (119; 24,8%), médico (72; 15,0%) e enfermeiro (50; 10,4%, respectivamente), até a SE 22. Entre os óbitos por Covid-19 de profissionais de saúde, 279 (58,2%) foram de mulheres.

Tendo isso em vista, o presente relatório busca analisar as percepções dos(as) profissionais de saúde sobre as suas condições de trabalho e bem-estar durante o enfrentamento à pandemia de Covid-19, a partir de uma perspectiva interseccional de gênero, raça e orientação sexual na linha de frente. Esta pesquisa foi realizada por pesquisadores(as) do Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB-FGV), em parceria com a Fiocruz e a Rede Covid-19 Humanidades.

## **Nota metodológica**

A coleta dos dados foi realizada a partir da aplicação de um *survey online*<sup>1</sup> entre os dias 1º e 20 de março de 2021. Os resultados dizem respeito a uma amostra coletada por conveniência (não probabilística), que se delimita a partir de respostas voluntárias ao questionário<sup>2</sup>. Esse tipo de amostragem é comumente utilizado por estudos

---

<sup>1</sup> O *survey* corresponde a um método de coleta de dados e se delimita a partir da construção de um roteiro estruturado de perguntas elaboradas e ordenadas a partir da pergunta de pesquisa (*research question*) delimitada pelos(as) pesquisadores(as).

<sup>2</sup> Para ampla divulgação do questionário, o link de acesso à webpage foi difundido em redes sociais de profissionais de saúde de todo o país (WhatsApp, Facebook, Twitter etc.). Inclusive, antigos contatos estabelecidos na primeira e segunda fase da pesquisa foram retomados. Outros grupos representantes de profissionais de saúde como o Conacs, os Corens e o Cofen também foram acionados. Ademais,

exploratórios, principalmente no campo de estudos organizacionais (BRYMAN, 2016) e não permite fazer generalizações para todo o universo de profissionais.

Optamos por este método devido às dificuldades impostas pela pandemia, pois o contexto de urgência permite uma maior aceitabilidade do uso da amostra por conveniência (BRYMAN, 2016) e preenche uma lacuna de falta de informações sintéticas e descritivas sobre a realidade desses(as) profissionais na linha de frente. O formato de pesquisa adotado na presente investigação também foi utilizado por outros grupos de pesquisa no mundo que buscaram investigar as condições dos(as) profissionais de saúde no combate ao COVID-19 (FELICE et al., 2020; LAI et al., 2020; BOLINA et al., 2020) e no contexto de pandemias passadas (KHALID et al., 2016; LIN et al., 2007).

A crise de COVID-19 demanda diagnósticos emergenciais e respostas rápidas. Dessa forma, a estatística realizada nos resultados é puramente descritiva, uma vez que só pode ser vista como uma espécie de balanço sobre a população que respondeu a pesquisa (isto é, 1.829 respostas válidas dos(as) profissionais respondentes)<sup>3</sup>. É exclusivamente sobre a percepção dessas pessoas que se pode afirmar algo. A falta de inferência estatística, portanto, não invalida os dados, apenas circunscreve a análise a um universo específico (n = 1829).

O presente esforço lança luz sobre os resultados da quarta fase da pesquisa “A pandemia de COVID-19 e os(as) profissionais de saúde pública no Brasil”<sup>4</sup>, em parceria com a Fiocruz e a Rede Covid-19 Humanidades. **Este relatório, em especial, busca analisar as informações a partir de um recorte transversal de gênero e raça.** Perguntas específicas voltadas para a questão de gênero foram inseridas a partir da terceira fase do survey, sendo este o segundo relatório produzido com este enfoque. A continuidade da investigação se faz necessária à medida que o cenário nacional da pandemia do COVID-19 permanece crítico, tendo atingido 16.907.425 casos e 472.531 óbitos por covid-19 no Brasil até junho de 2021. Especialistas, inclusive, projetam a possibilidade de uma terceira onda de contaminação entre julho e agosto, especialmente devido ao surgimento de novas cepas e o relaxamento das medidas de isolamento social.

A quarta rodada da pesquisa sofreu algumas adaptações em relação às rodadas anteriores. Adicionou-se uma lente de gênero com novas perguntas para compreender melhor os impactos da COVID-19 na vida de mulheres, populações LGBT e identidades não-binárias. Buscamos mapear também um possível acúmulo da carga de trabalho doméstico no contexto de pandemia, sobretudo das mulheres. Além disso, adicionaram-se algumas questões relativas às percepções sobre ciência e contexto político. O desenho

---

disponibilizamos o questionário a todas as secretarias de saúde do país.

<sup>3</sup> Foram recebidas 1.939 respostas iniciais, das quais 110 eram duplicadas ou não apresentavam informação sobre gênero (e por isso foram retiradas da presente análise).

<sup>4</sup> Para mais detalhes sobre, conferir as notas técnicas das rodadas anteriores em: <https://nebuocracia.wordpress.com/publicacoes/>

do instrumento de coleta foi revisado e aprimorado, sendo composto por 52 perguntas de distintas naturezas (abertas, binárias, múltipla escolha, etc.). O questionário foi revisado e testado por pares, especialistas e profissionais de saúde voluntários(as). A amostra de 1.829 respondentes diz respeito a profissionais de saúde pública que atuam no Brasil em todas as Unidades da Federação (UF).

As análises presentes neste relatório são, como já pontuado, referentes à estatística descritiva do total de respondentes. Em concomitância, no que tange às informações qualitativas coletadas (oriundas das seis perguntas abertas), foram realizados procedimentos de categorização (com auxílio do software MaxQDA) a fim de encontrar possíveis padrões e tendências nos dados (MILES, HUBERMAN e SALDAÑA, 2014).

## **Resultados**

### ***Perfil sociodemográfico dos(as) respondentes***

Para realizar a análise sobre os(as) profissionais de saúde sob uma perspectiva interseccional de gênero, começamos por conhecer o perfil dos(as) entrevistados(as) e em seguida trazemos resultados da análise interseccional nos indicadores de condições de trabalho e bem-estar.

No questionário dessa quarta rodada da pesquisa, a pergunta sobre gênero foi feita em duas etapas: na primeira perguntou-se o sexo com as opções: feminino, masculino, prefiro não responder e outro. Já na segunda etapa abria-se uma caixa de opções para quem marcou “outro” com as seguintes opções: não binário/a, travesti, homem transexual e mulher transexual. Não tivemos nenhum respondente que marcou a categoria “Outros”<sup>5</sup>, portanto, dividimos os respondentes entre: homens e mulheres, já que as respostas “prefiro não responder” foram apenas 5, e foram retiradas da análise.

Separamos os respondentes de acordo com: profissão, serviço prestado, o tempo em que presta o serviço na área, região, faixa etária, raça e orientação sexual, conforme apresentado na Tabela 01. Antes, porém, reportamos uma sumarização dos dados demográficos para as respectivas profissões, como parâmetro de comparação para a amostra recolhida.

Para os dados de 2020, de um total de 473.875 médicos(as) registrados, 53,4% são homens, frente a 46,6% de mulheres (SCHEFFER et al., 2020); as mulheres, porém, são maioria em faixas etárias mais jovens (57,4% do grupo até 29 anos), enquanto a presença

---

<sup>5</sup> Sendo assim, não podemos inferir se há ou não respondentes trans, uma vez que as pessoas trans puderam se identificar como mulheres ou homens sem necessariamente checar que a opção outros os levariam à sua identificação de gênero como pessoas trans.

masculina aumenta com a idade (62,5% entre 60 e 64 anos). Ademais, estes são predominantemente da região Sudeste (54,1%), seguida pela Nordeste (17,8%), Sul (15,2%), Centro-Oeste (8,3%) e Norte (4,6%). A pesquisa não traz dados sobre a declaração racial dos profissionais.

Quanto aos profissionais de enfermagem, com dados referentes a 2017, são, de um total de 1.804.535 de profissionais, 85,1% mulheres e 14,4% homens (MACHADO, 2017); 42,3% declaram-se como brancos(as), 41,5% como pardos(as), 11,5% como pretos(as), e 0,6% como indígenas; 61,7% têm até 40 anos, e apenas 2,1% têm mais de 61 anos. Regionalmente, se distribuem da seguinte maneira: Sudeste (40,4%), Nordeste (23,9%), Sul (12,1%), Norte (6,4%), e Centro-Oeste (4,9%).

Por fim, para os(as) ACE/ACS não há um levantamento nacional específico da categoria, mas estudos prévios apontam para uma maioria feminina e negra (LINO et al., 2012; SIMAS, 2017). Milanezi et al. (2020) indicam que existem mais de 250 mil ACS no Brasil, com uma tendência de crescimento das contratações destes entre 2008 e 2020, especialmente no Nordeste. Dados da RAIS sinalizam que 78,1% das ACS são mulheres, 71,8% têm ensino médio completo ou superior incompleto e recebem em média R\$1,453,93 reais (MILANEZI et al., 2020).

Nessa quarta rodada da pesquisa, foi possível observar que 78,4% dos respondentes são mulheres e 21,6% são homens. Conforme a Tabela 1, observa-se o perfil dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa está distribuído da seguinte forma: a) entre as mulheres 47% se autodeclararam como brancas, 50,4% como negras (somou-se as respostas das pessoas pretas e pardas, conforme IBGE) e 2,6% de outras raças; b) entre os homens, os autodeclarados brancos são 41,6%, negros 56,6% e outras raças 1,8%. Quanto à orientação sexual, 88,5% das mulheres e 81,5% dos homens são heterossexuais; 1,6% das mulheres e 6,3% dos homens são homossexuais e 9,9% de mulheres e 12,2% de homens são bissexuais, panssexuais ou preferiram não responder à pergunta.

Olhando para a faixa etária, chama atenção que tanto as mulheres quanto os homens estão concentrados entre aqueles(as) que declararam ter 40 e 49 anos (36,2% e 35%, respectivamente). Enquanto isso, a faixa etária com menor ocorrência é aquela correspondente aos maiores de 60 anos com 4,3% entre as mulheres e 6,1% entre os homens. Sobre a região do país, a maioria dos respondentes estão no Nordeste (39,8% das mulheres e 56,4% dos homens), seguido daqueles que estão no Sudeste (33,3% das mulheres e 23,9% dos homens) e a região com o menor percentual de respostas é a região Norte com 4,9% das mulheres e 5% dos homens. Da região Centro-Oeste foram 6,3% das mulheres e 4,5% dos homens e da região Sul foram 15,7% das mulheres e 10,2% dos homens. Tal concentração nos estados do Nordeste pode ser justificada pela sobre representação de ACS/ACE entre os(as) respondentes.

Isso porque, com relação à profissão a maior parte dos respondentes são ACE/ACS tanto

entre as mulheres (49,6%) quanto entre os homens (59,6%), porém os profissionais que aparecem em segundo lugar entre as mulheres são as profissionais de enfermagem (20,3%) e entre os homens são os médicos (14,7%). Em tempo, as médicas correspondem a 9,8% entre as mulheres e os profissionais de enfermagem 6,4% entre os homens.

Quanto ao serviço prestado, a maioria atua na Atenção Básica, sendo 65,4% entre as mulheres e 71,6% entre os homens; seguido por aqueles que atuam na Atenção Hospitalar (17,2% entre as mulheres e 14,5% entre os homens), depois pelos profissionais da Atenção Especializada com 8,8% entre as mulheres e 6,3% entre os homens; os profissionais de Gestão com 0,7% entre as mulheres e 1,3% entre os homens e somando os outros serviços são 7,9% entre as mulheres e 6,3% entre os homens.

Podemos afirmar que os respondentes da pesquisa são experientes, afinal 27,6% das mulheres e 30,2% dos homens têm mais 20 anos de tempo de atuação na área; 20,7% das mulheres e 20,8% dos homens tem entre 15 e 20 anos de atuação; 17,8% das mulheres e 17,3% dos homens tem entre 10 e 15 anos de atuação; 19,8% entre as mulheres e 14,7% dos homens tem entre 5 e 10 anos de atuação e a menor parte tem menos de 5 anos de atuação tanto entre as mulheres (14,1%), quanto entre os homens (17%).

**Tabela 01 - Perfil dos(as) respondentes**

	Mulher	Homem
Total de Respondentes	1430(100)	394(100)
	n(%)	n(%)
Profissão		
Médico(a)	140(9.8)	58(14.7)
Profissional de Enfermagem	290(20.3)	25(6.4)
ACE/ACS	235(49.6)	235(59.6)
Outro	291(20.3)	76(19.3)
Serviço		
Atenção básica	935(65.4)	282(71.6)
Atenção especializada	126(8.8)	25(6.3)
Atenção hospitalar	246(17.2)	57(14.5)
Gestão	1(0.7)	5(1.3)
Outro	113(7.9)	25(6.3)

Faixa etária		
19-29 anos	105(7.3)	45(11.4)
30-39 anos	445(31.1)	121(30.7)
40-49 anos	517(36.2)	138(35)
50-59 anos	301(21.1)	66(16.8)
Acima de 60 anos	62(4.3)	24(6.1)
Tempo que atua na área		
Menos de 5 anos	201(14.1)	67(17)
Entre 5 e 10 anos	283(19.8)	58(14.7)
Entre 10 e 15 anos	255(17.8)	68(17.3)
Entre 15 e 20 anos	296(20.7)	82(20.8)
Mais de 20 anos	395(27.6)	119(30.2)
Região		
Centro Oeste	90(6.3)	18(4.5)
Nordeste	569(39.8)	222(56.4)
Norte	70(4.9)	20(5)
Sudeste	476(33.3)	94(23.9)
Sul	225(15.7)	40(10.2)
Raça		
Branca	672(47)	164(41.6)
Negra	721(50.4)	223(56.6)
Outros	37(2.6)	7(1.8)
Orientação Sexual		

Heterossexual	1265(88.5)	321(81.5)
Homossexual	23(1.6)	25(6.3)
Não quis Responder / Outros*	142(9.9)	48(12.2)

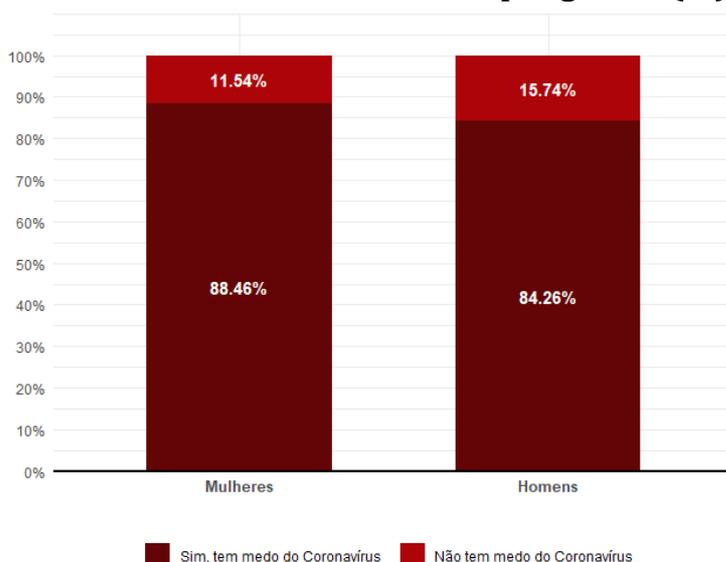
Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável de gênero: (i) Mulheres (n = 1430); (ii) Homens (n = 394); \*Outros incluem pansexuais e bissexuais.

## **Bem estar e condições de trabalho dos(as) profissionais de saúde**

### **Condições materiais e organizacionais**

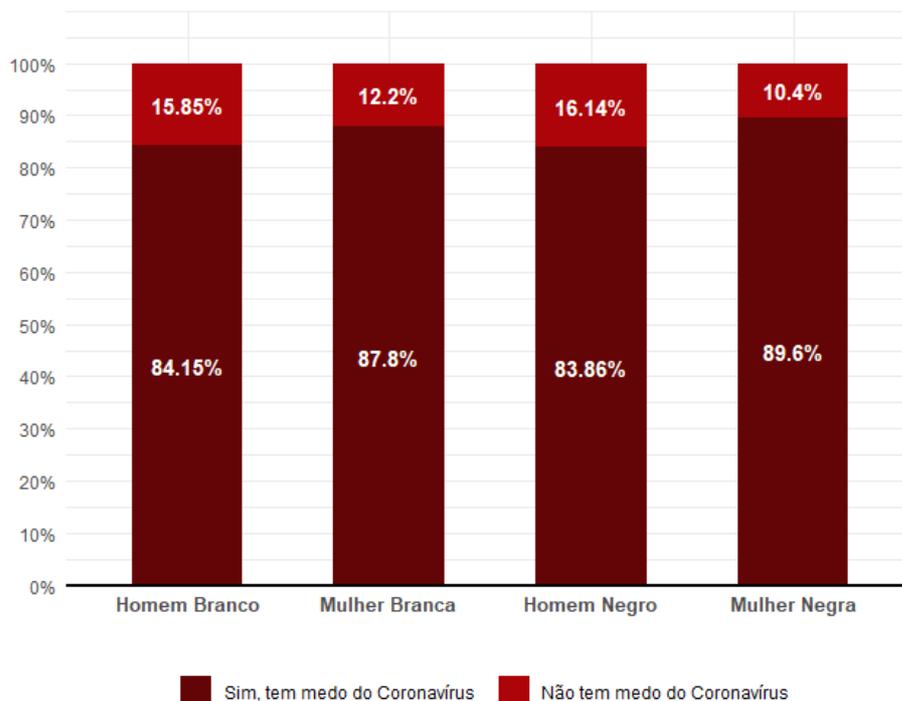
Em meio a uma grave crise sanitária, as consequências na rotina de trabalho dos(as) profissionais da linha de frente do serviço público podem ser observadas sob diversos aspectos, especialmente quando nos concentramos nos marcadores de raça e gênero. O Gráfico 1.1 expõe uma pequena diferença entre homens e mulheres quando questionados sobre o medo de contaminação pelo novo coronavírus - o percentual de homens (84,26%) e de mulheres (88,46%). E o gráfico 1.2 também mostra as respostas sobre o medo de contaminação mas considerando a interseção entre gênero e raça onde homens brancos (84,15%) e negros (83,86%) que sinalizaram positivamente é inferior ao de mulheres brancas (87,8%) e negras (89,6%).

**Gráfico 1.1 - Medo do coronavírus - por gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres (n = 1430); (ii) homens (n = 394).

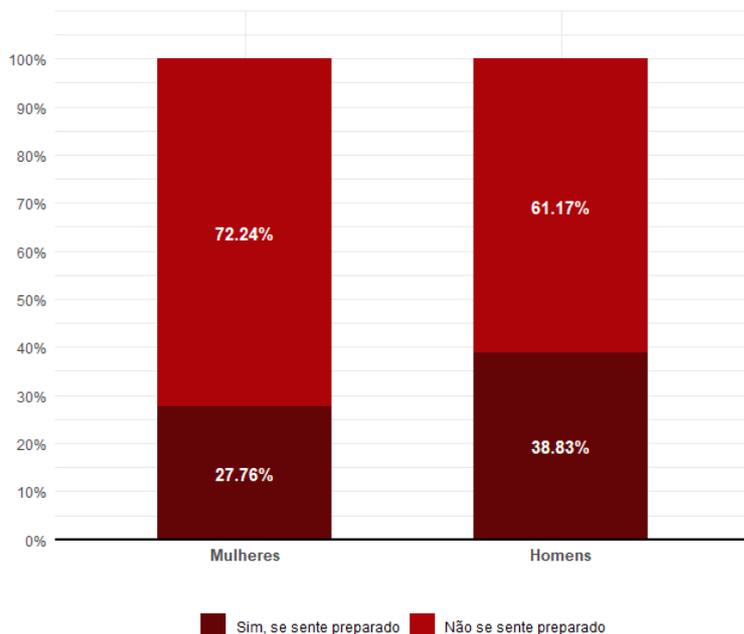
**Gráfico 1.2 - Medo do coronavírus - por raça e gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres negras (n = 721); (ii) mulheres brancas (n = 672); (iii) homens negros (n = 227); (iv) homens brancos (n = 164).

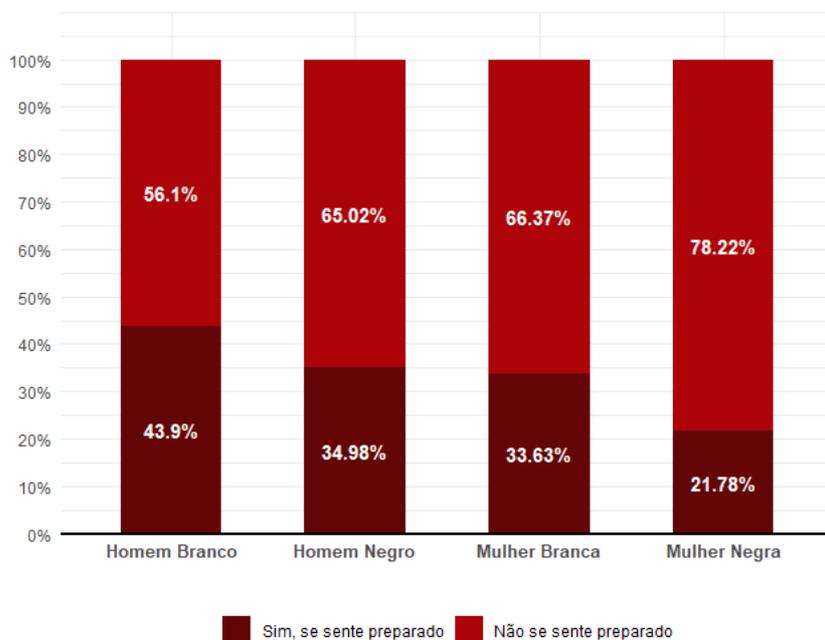
Ao indagarmos sobre a sensação de preparo para o enfrentamento à crise do coronavírus, o cenário é distinto, ainda que apresente semelhanças. Os Gráficos 2.1 e 2.2 mostram que, diferente do sentimento de medo, a sensação de preparo expõe uma diferença mais clara de gênero, uma vez que homens brancos apresentam melhores indicadores - 43,9% afirmam se sentir preparados - e mulheres negras estão no extremo oposto, em que apenas 21,78% dizem estar preparadas para o trabalho durante a pandemia (Gráfico 2.2). No geral, os homens se sentem mais preparados do que as mulheres, independente da raça (homens 38,83% e mulheres 27,76% - Gráfico 2.1).

**Gráfico 2.1 - Sensação de preparo - por gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres (n = 1430); (ii) homens (n = 394).

**Gráfico 2.2 - Sensação de preparo - por raça e gênero (%)**



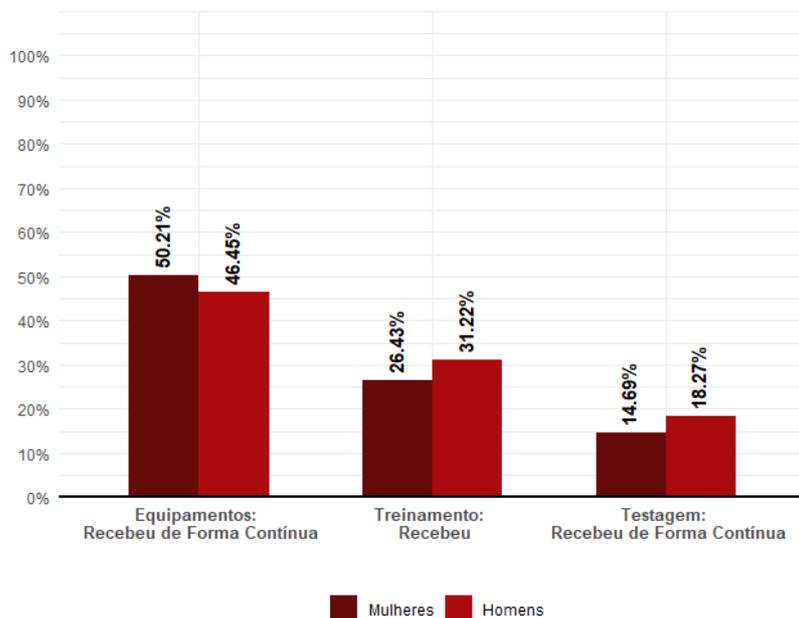
Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres negras (n = 721); (ii) mulheres brancas (n = 672); (iii) homens negros (n = 223); (iv) homens brancos (n = 164).

As condições efetivamente materiais às quais os(as) profissionais da linha de frente do serviço público estão sujeitos nesse momento de crise são indicativos importantes da qualidade do serviço ofertado à população. Possuem efeito direto nas condições psicológicas e de trabalho desses(as) profissionais, os quais dependem do suporte em equipamentos, treinamento e testagem para uma atuação segura no combate ao novo coronavírus (MAGNO et al. 2020; ADAMS e WALLS, 2020). Dessa forma, os Gráficos 3.1 e 3.2 detalham a percepção dos(as) respondentes sobre o suporte nos três aspectos - recebimento de equipamento de forma contínua, treinamento e testagem. Esses três aspectos são analisados a partir de um recorte de gênero (Gráfico 3.1) e de raça e gênero (Gráfico 3.2).

O Gráfico 3.1 que indica que 50,21% das mulheres e 46,45% dos homens o receberam equipamentos de forma contínua, 26,43% das mulheres e 31,22% dos homens receberam treinamento e 14,69% das mulheres e 18,27% dos homens receberam treinamento para enfrentar o novo coronavírus. O Gráfico 3.2 indica uma distinção clara de raça nessas três variáveis apresentadas, sendo possível observar que homens brancos seguem com melhores indicadores no recebimento de equipamentos de forma contínua (57,93%), treinamento (43,9%) e testagem (22,56%) e as mulheres negras seguem com os piores indicadores no recebimento de equipamentos de forma contínua (42,58%), treinamento (20,94) e testagem (11,51%).

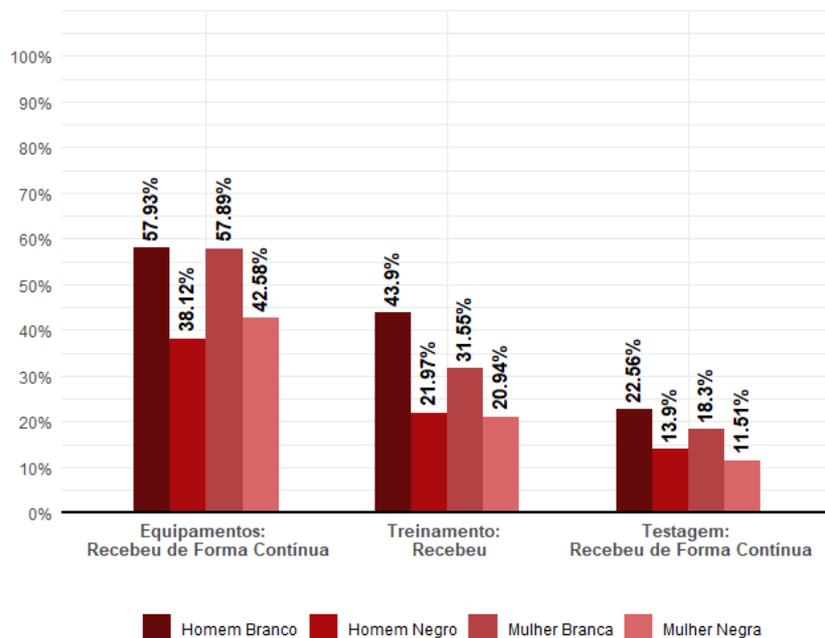
Esses dados revelam que a precariedade histórica do trabalho dos ACS, sobretudo das mulheres negras, acentua-se durante a pandemia. Como revela o Milanezi et. al., 2020, apesar do vínculo empregatício com o Estado, as mulheres negras permanecem em posição ocupacional, com baixos salários e recebem pouca formação continuada. Precarização esta, reforçada pela sobrecarga de trabalho cotidiano. Cabe ressaltar, que essa é uma dimensão dos efeitos do racismo estrutural brasileiro, sobretudo nas relações de trabalho. Estudos sobre as desigualdades raciais reiteram que negros com as mesmas habilitações que brancos são preteridos em processos de seleção e, quando igualmente empregados, ganham menos pelo exercício das mesmas funções (CARNEIRO, 2011). Além disso, muitas vezes estão fora dos programas de capacitação e promoção. Essa exclusão racial do trabalho é aumentada quando falamos de mulheres que é uma camada triplamente subalternizada na sociedade brasileira.

**Gráfico 3.1 - Recebimento de equipamentos, treinamento e testagem - por gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres (n = 1430); (ii) homens (n = 394).

**Gráfico 3.2 - Recebimento de equipamentos, treinamento e testagem - por raça e gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: os percentuais correspondem às respostas positivas às três perguntas, sendo o 100% correspondente ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres negras (n = 721); (ii) mulheres brancas (n = 672); (iii) homens negros (n = 223); (iv) homens brancos (n = 164).

A partir da análise das condições materiais e organizacionais é possível perceber que as mulheres negras são aquelas que sentem-se menos preparadas para o trabalho, as que recebem menos treinamento e menos testagem, o que nos convida a ler esses dados à luz do racismo institucional, intrinsecamente articulado com racismo estrutural, que relaciona-se com as consequências dos modos de funcionamento das instituições a partir a privilégio de determinados grupos de acordo com a raça (Almeida, 2018). Estudos têm evidenciado como a população negra sofre discriminações nas unidades de saúde, tanto como usuários e como profissionais (Kalckmann et al., 2007). Dessa forma, compreendemos as situações vivenciadas pelas mulheres negras como reflexo de um racismo institucional que vulnerabiliza formas de ser e estar dentro das instituições.

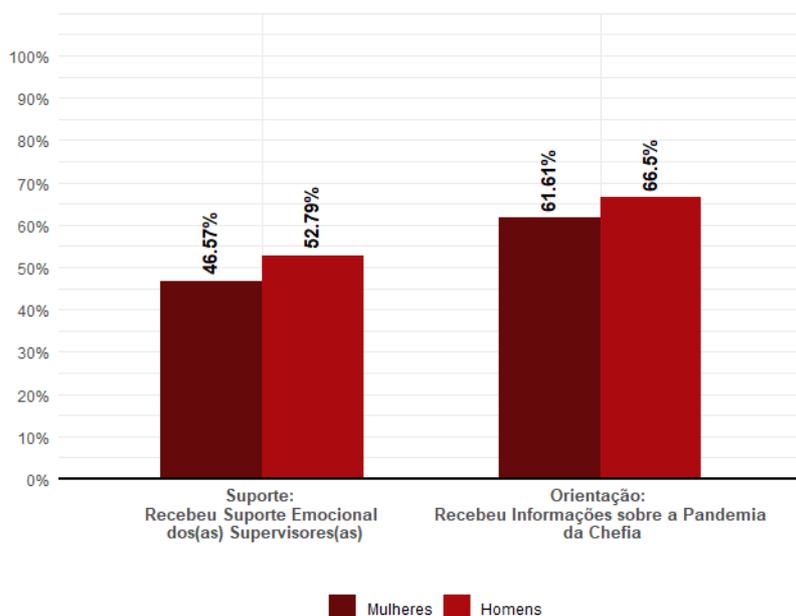
### ***Condições institucionais***

Historicamente, o trabalho de cuidado exercido pelas mulheres engendra uma série de relações sociais que as responsabilizam pela ação do cuidado, ou seja, solicita-se de quem cuida a responsabilidade pela ação (BITENCOURT; ANDRADE, 2021). Antever as necessidades das pessoas, elaborar estratégias para atender as demandas do cuidado e lidar com os dilemas morais diante da tomada de decisões, são situações que convocam as trabalhadoras a uma responsabilização pelos seus atos e que são levadas levadas ao extremos no contexto da pandemia de COVID-19, quando, por exemplo, é preciso tomar decisões frente à vida e à morte dos pacientes.

Considerando o apoio e o suporte das lideranças como um aspecto importante na divisão das responsabilidades inerentes ao trabalho, a pesquisa indagou sobre a percepção de recebimento de suporte e orientações de lideranças. O Gráfico 4.1 abaixo indica que as mulheres se sentem menos apoiadas pelos seus superiores, enquanto 52,79% dos homens relatam receber suporte emocional e 66,5% deles afirmam receber informações sobre a pandemia. Entre as mulheres, esses percentuais caem para 46,57% que receberam suporte emocional e 61,61% que receberam informações sobre a pandemia de seus chefes.

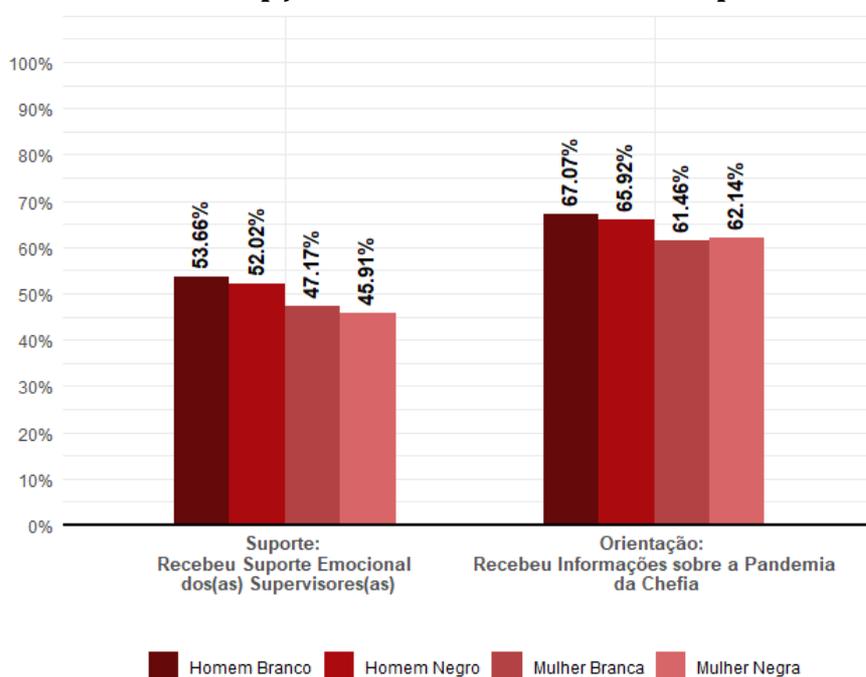
Incluindo a raça nessas observações, temos no Gráfico 4.2 que mulheres negras e brancas sentem quase igualmente menos orientadas, afinal 61,46% das mulheres brancas e 62,14% das mulheres negras afirmam receber informações sobre a pandemia de seus superiores, enquanto 67,07% dos homens brancos e 65,92% dos homens negros fazem a mesma afirmação. Quanto ao suporte emocional, os hiatos são maiores entre os gêneros, mas também há uma pequena diferença entre as raças dos(as) respondentes, uma vez que 45,91% das mulheres negras, 47,17% das mulheres brancas e 52,02% dos homens negros e 53,66% dos homens brancos afirmam receber suporte emocional dos seus superiores.

**Gráfico 4.1 - Percepções sobre recebimento de suporte e orientações da chefia**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres (n = 1430); (ii) homens (n = 394)

**Gráfico 04.2 - Percepções sobre recebimento de suporte e orientações da chefia**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: os percentuais correspondem às respostas positivas a ambas perguntas, sendo o 100% correspondente ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres negras (n = 721); (ii) mulheres brancas (n = 672); (iii) homens negros (n = 223); (iv) homens brancos (n = 164).

O contexto político mais amplo também é um aspecto importante no diagnóstico das condições institucionais de trabalho na linha de frente. Assim, indagamos nesta pesquisa sobre a percepção dos(as) profissionais da saúde pública quanto à qualidade da ação das três esferas de governo na sua proteção. Os resultados reportados nas Tabelas 2.1, 2.2 e 2.3 abaixo sinalizam que, em geral, não há uma diferença muito significativa entre gênero e raça sobre a avaliação dos governos, mas há uma diferença muito marcante entre orientações sexuais. Ainda, os dados chamam atenção que os Governos Estaduais e Municipais são as esferas com maiores credibilidades de ter feito ações a favor dos(as) profissionais de saúde.

Ademais, alguns pontos chamam atenção como a existência de uma discrepância na percepção de homens sobre o apoio do Governo Municipal em relação às mulheres (53% contra 44% no caso das mulheres. E sobre o apoio dos Governos Estadual e Federal a diferença percentual entre eles é a mesma (4%), porém sobre o Governo Estadual temos 49% entre as mulheres e 53% entre os homens e sobre o apoio do Governo Federal temos 24% entre as mulheres e 28% entre os homens (Tabela 2.1).

Ao incluir raça na análise, observando a Tabela 2.2 algumas observações saltam aos olhos como a de que as mulheres brancas são as que menos crêem nas ações do Governo Federal - 21% contra 27% das mulheres negras, 28% dos homens negros e 28% dos homens brancos. São elas também, as mulheres brancas, que menos percebem as ações de apoio do Governo Estadual - 47% contra 50% das mulheres negras, 49% dos homens brancos e 55% dos homens negros.

Conforme já dito, a orientação sexual é um marcador social que demonstra as maiores discrepâncias, principalmente, mas não somente quanto a percepção sobre o apoio do Governo Federal, uma vez que apenas 9% das mulheres homossexuais e 8% dos homens homossexuais crêem no apoio do Governo Federal contra 24% das mulheres heterossexuais, 29% das mulheres que não quiseram responder ou que se identificaram com a opção outras orientações sexuais, 31% dos homens heterossexuais e 21% dos homens que não quiseram responder ou que se identificaram com a opção outras orientações sexuais. Quanto ao Governo Estadual, chama atenção a diferença entre a percepção de apoio entre todas as categorias, principalmente o das mulheres homossexuais, 65% e dos homens homossexuais, 36%, uma diferença bem significativa que talvez possa ser explicada pela diferença entre os estados dos(as) respondentes. E sobre o Governo Municipal os percentuais das mulheres e homens homossexuais são mais aproximados, apesar de diferentes (44% mulheres e 48% homens homossexuais) e a categoria que percebe mais o apoio do Governo Municipal é a dos homens heterossexuais em 54% (Tabela 2.3).

**Tabela 2.1 - Percepção sobre apoio dos Governos Federal, Estadual e Municipal - por Gênero**

	Governo Federal		Governo Estadual		Governo Municipal	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Mulher	24%	76%	49%	51%	44%	56%
Homem	28%	72%	53%	47%	53%	47%

Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV).

**Tabela 2.2 - Percepção sobre apoio dos Governos Federal, Estadual e Municipal - por Gênero e Raça**

	Governo Federal		Governo Estadual		Governo Municipal	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Mulher negra	27%	73%	50%	50%	43%	57%
Mulher branca	21%	79%	47%	53%	45%	55%
Homem negro	28%	72%	55%	45%	52%	48%
Homem branco	28%	72%	49%	51%	55%	45%

Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV).

**Tabela 2.3 - Percepção sobre apoio dos Governos Federal, Estadual e Municipal - por Gênero e Orientação Sexual**

	Governo Federal		Governo Estadual		Governo Municipal	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Mulher Heterossexual	24%	76%	48%	52%	44%	56%
Mulher Homossexual	9%	91%	65%	35%	35%	65%
Mulher Outros*/Não quis Responder	29%	71%	50%	50%	42%	58%
Homem Heterossexual	31%	69%	55%	45%	54%	46%
Homem Homossexual	8%	92%	36%	64%	48%	52%
Homem Outros*/Não quis Responder	21%	79%	50%	50%	50%	50%

Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). \*Outros incluem pansexuais e bissexuais.

### ***Assédio moral***

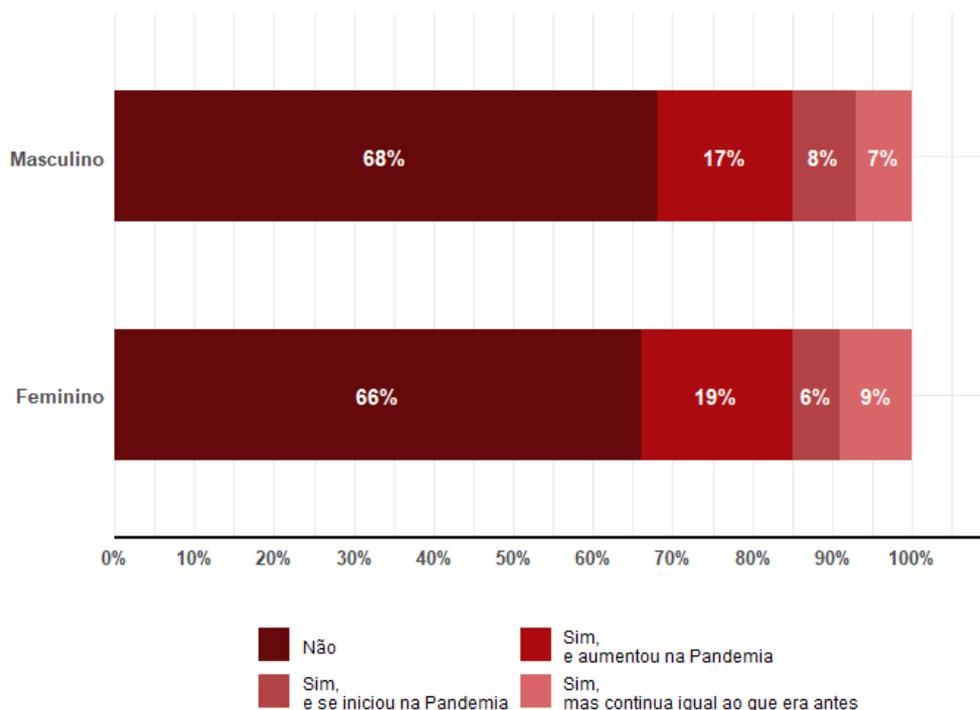
O assédio moral deve ser compreendido como fenômeno desencadeado pelas novas formas de organização e gestão do trabalho, pautadas na precarização do trabalho objetivo e subjetivo, que gera comportamentos de humilhação, perseguição, negligência, agressão física, agressão verbal, insultos, acusações, controle e disciplina rigorosos, dentre outros, que agridem a subjetividade e a saúde mental dos(as) trabalhadores (as),

levando a uma sensação de despersonalização (Heloani & Barreto, 2018). Por ser um fenômeno cada vez mais preocupante no mundo do trabalho, o assédio moral deve ser analisado levando-se em consideração o modo de produção capitalista e seus efeitos sobre as relações sociais no contexto de trabalho.

O assédio moral aos(as) profissionais de saúde durante a pandemia tem impacto significativo no bem estar físico e mental desses profissionais e está em grande parte relacionado às condições de trabalho, materiais e institucionais. O Gráfico 5.1, 19% das mulheres e 17% dos homens responderam que sofreram assédio durante a pandemia, e foi aumentado na pandemia, 6% das mulheres e 8% dos homens acreditam que se iniciou com a pandemia e 9% das mulheres e 7% dos homens afirmaram que se manteve igual ao período anterior. Os dados também mostram que 66% das mulheres e 68% dos homens declararam não ter sofrido assédio moral durante a pandemia.

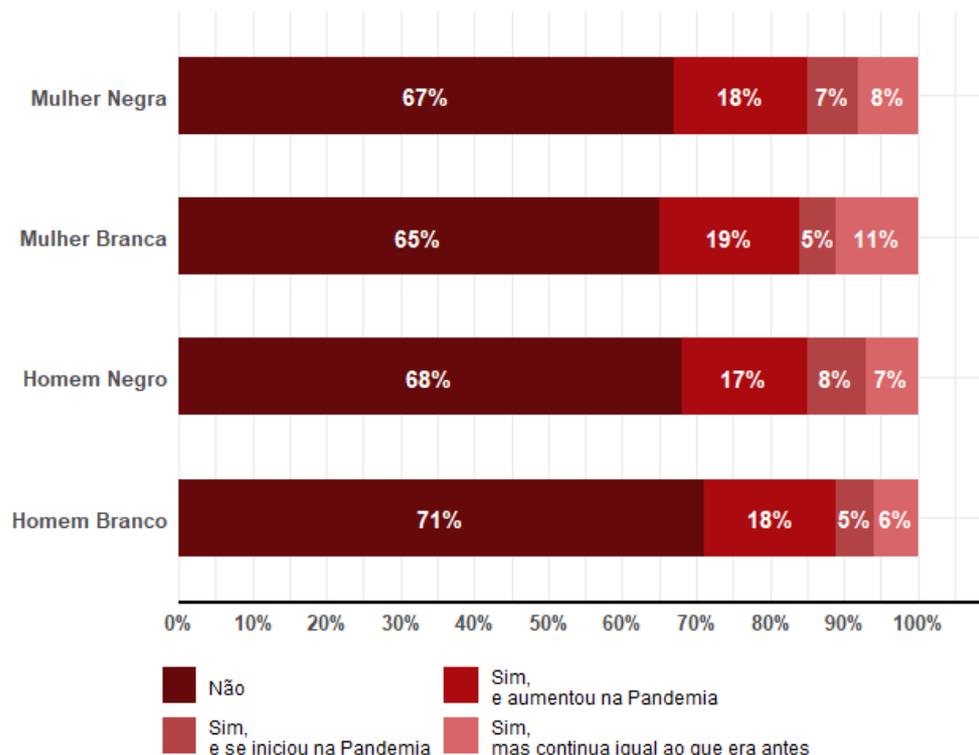
O Gráfico 5.2 expressa os resultados segregados por gênero e raça. Nele, é possível perceber que não há significativas diferenças relatadas entre as categorias, uma vez que as mulheres brancas que são aquelas que comparativamente e proporcionalmente declararam maior a ocorrência de casos de assédio moral (35%), seguida por mulheres negras (33%), homens negros (32%) e por fim, homens brancos (29%).

**Gráfico 5.1 - Ocorrência de assédio moral aos(as) profissionais de saúde durante a pandemia**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres (n = 1429); (ii) homens (n = 394). 1 observação classificada como “Sim, assédio pela coordenadora do ACS” foi excluída devida sua irrelevância estatística (1 observação, 0.1%).

**Gráfico 5.2 - Ocorrência de assédio moral aos(às) profissionais de saúde durante a pandemia**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: Os percentuais correspondem às respostas positivas às três perguntas, sendo o 100% correspondente ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres negras (n = 720); (ii) mulheres brancas (n = 672); (iii) homens negros (n = 223); (iv) homens brancos (n = 164). A observação classificada como “Sim, assédio pela coordenadora do ACS” foi excluída devido à sua irrelevância estatística (1 observação, 0,1%).

Diante dos relatos das rodadas anteriores identificamos a necessidade de diferenciar quem teria sido o agente assediador. Ao perguntar “Quem te assediou?” aos(às) respondentes que indicaram haver sofrido assédio, identificamos que 45,5% foram assediados por usuários(as) do serviço, 44,7% pela chefia, 20,1% por colegas e 18,8% por pessoas nas ruas, e 17,3% por governantes.

O recorte de gênero e raça é significativo principalmente em relação aos dois principais agentes assediadores, a chefia e os usuários. Mulheres brancas foram as que mais reportaram sofrer assédio, tanto da chefia (18,15%) quanto de usuários (15,77%), seguidas de homens negros, 14,79% e 15,69% respectivamente; mulheres negras, 12,62% e 14,56%; e por último homens brancos, 10,36% e 7,31%.

Dentre os relatos sobre assédio, muitas mulheres relataram sentir que seu trabalho não é valorizado e que sua competência é questionada, enquanto entre os homens esse tipo de relato não é tão frequente. Vale ressaltar que essa reclamação é feita principalmente por profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde, categorias

majoritariamente femininas.

*“Sou enfermeira do serviço e repetidas vezes ouvi de usuários e familiares que não era qualificada para atendimento, que estava tentando me passar por médica ou que estava lá para "barrar" o atendimento médico. Inúmeros falas com desqualificação de meu trabalho e de meu estudo ao longo dos anos. Insinuações e afirmações diretas de que eu teria pouco estudo para orientar sobre coronavírus e outras doenças.” (Profissional de enfermagem, mulher branca, 27 anos, Rio Grande do Sul, Sul).*

*“A chefia como também os colegas nós consideram sem importância. Então diversas vezes a gente escuta nos corredores que não trabalhamos, que somos desnecessários. O prefeito jogou isso na nossa cara e não pagou nosso incentivo adicional.” (ACS, mulher parda, 44 anos, Goiás, Centro-Oeste).*

A falta de apoio e compreensão da chefia em relação a questões familiares também é frequente nos relatos das mulheres. Diversas profissionais relataram uma cobrança por produtividade sem levar em conta as dificuldades impostas pela pandemia, principalmente às mulheres, como a sobrecarga de trabalho doméstico.

*“Devido a pandemia, minha filha ficou estressada, agressiva e com muito medo de eu não voltar para casa, então a psiquiatra me afastou de licença e, a gestão deixou sem profissional. Devido a isso, a população começou a reclamar. Quando voltei, fui culpada pela gestão das reclamações da população e fui trocada de unidade e de equipe.” (Dentista, mulher branca, 43 anos, Rio Grande do Norte, Nordeste).*

*“Eu entendi como assédio a obrigatoriedade de exercer funções sem que me sentisse capacitada ou protegida, sem respaldo para lidar com adversidades (como suspensão de escolas e o risco de contaminação*

***de familiares) e cobrança de desempenho sem levar em conta essas dificuldades.” (Médica, mulher parda, 42 anos, Distrito Federal, Centro-Oeste).***

As mulheres relataram ainda uma dedicação completa ao trabalho do cuidado em detrimento da vida pessoal e do cuidado de si, sem receber o devido reconhecimento, apoio e compensação financeira. A exploração da mão de obra feminina é em grande parte sustentada por uma percepção de que o trabalho é exercido por “vocação” ou por “gostarem de cuidar”. No contexto da pandemia a precarização se torna ainda mais intensa, com graves consequências na saúde e bem estar destas profissionais. Em sobreposição à precarização do trabalho, mulheres negras lidam ainda com o racismo institucional.

***“Estava extremamente ruim, com muita falta de ar, fui pedir ajuda no PS que trabalhava, a Enfermeira que estava no momento como chefe, me tratou super mal (...) e no local que despendi meu tempo e a ausência de ser mãe, por necessidade, 13 anos de minha profissão nesse local. (...) medo, desesperança, solidão. Para que serve cuidar tanto dos outros se, quando precisamos, não tem nem os próprios colegas.” (Profissional de enfermagem, mulher branca, 58 anos, São Paulo, Sudeste).***

***“Chantagem para aumentar minha rotina de trabalho em relação aos outros colegas, uma vez que demonstrou gostar do que faço” (Nutricionista, mulher branca, 55 anos, São Paulo, Sudeste).***

***“Graças a Deus só tive 12 pessoas que testaram positivo para o Covid 19 e nenhuma delas com complicações ou internação e devo isso a dedicação do meu trabalho que requer muita dedicação, o que leva a exaustão e de certa forma.” (ACS, mulher branca, 58 anos, Rio Grande do Sul, Sul).***

***“Tive que prestar queixa em delegacia de um usuário devido a uma colocação racista. (...) Engravidei,***

***abortei, tive problemas psicológicos, tive covid, fiquei com sequelas respiratórias, mesmo assim continuei trabalhando. (...) Ainda me sinto culpada pelo aborto, pois relaciono ao excesso de trabalho.” (Gerente de serviços, mulher parda, 44 anos, Bahia, Nordeste).***

### ***Trabalho na linha de frente e trabalho doméstico***

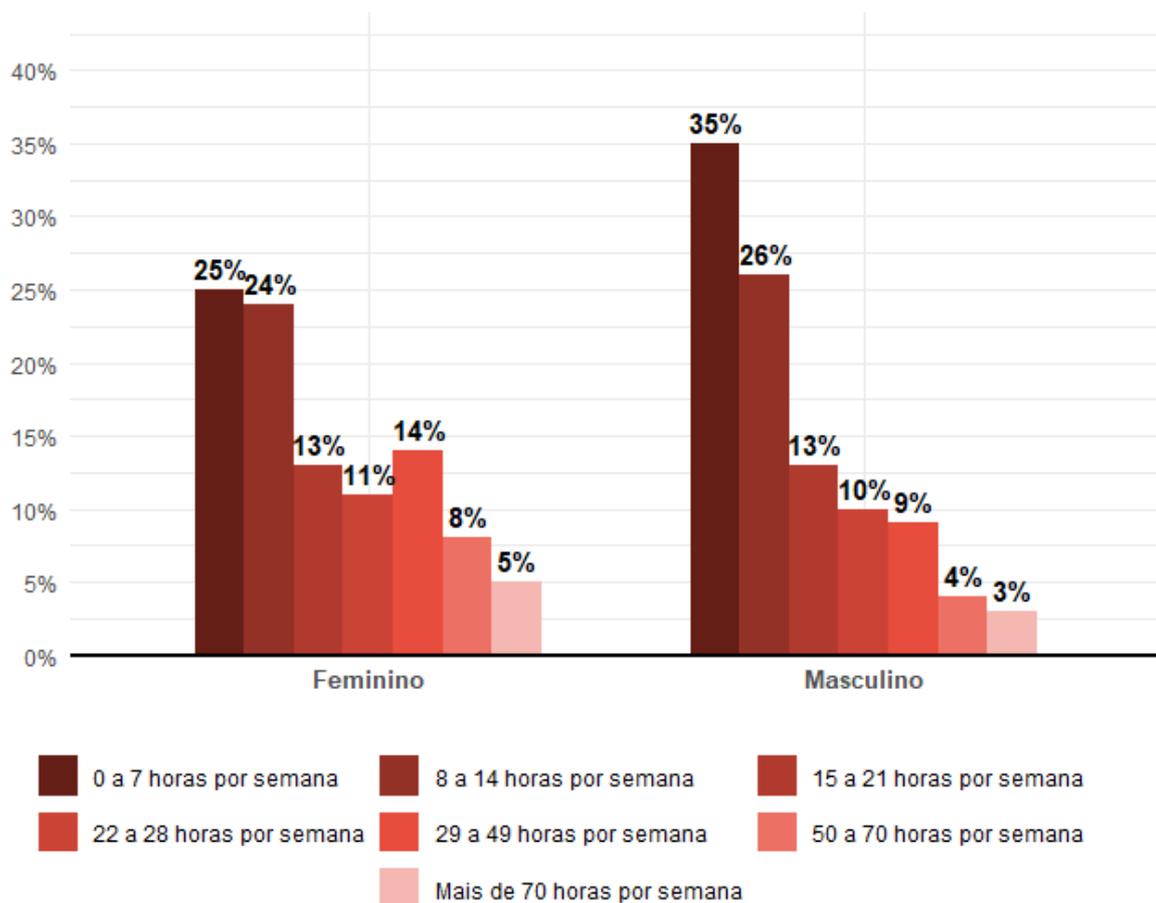
Nas rodadas anteriores, as profissionais de saúde relataram sentir exaustão devido à dupla jornada de trabalho durante a pandemia, com a soma da sobrecarga de trabalho na linha de frente e de trabalho doméstico não remunerado, principalmente relacionado ao cuidado dos filhos com o fechamento das escolas. Diante deste cenário, foram incluídas perguntas específicas sobre atividades domésticas. Para quantificar o tempo dedicado ao trabalho doméstico foi utilizada uma escala de horas por semana aplicada por Chauhan (2020) em estudo realizado na Índia a respeito de trabalho doméstico não remunerado.

Embora a maioria dos homens e mulheres estejam concentrados nos dois primeiros intervalos de horas da escala (0-7 horas por semana e 8-14 horas por semana), o percentual de homens é maior do que o de mulheres nestes intervalos de menos horas, enquanto o de mulheres passa a ser maior nos intervalos de horas seguintes, mais altos. Ou seja, as mulheres relataram dedicar mais horas por semana ao trabalho doméstico do que os homens (Gráfico 6.1). A diferença de gênero associado à raça não foi muito significativa, sendo o percentual de homens negros ligeiramente maior do que o de homens brancos na maioria dos intervalos de horas mais altos e o de mulheres brancas ligeiramente maior que o de mulheres negras nos intervalos de horas mais altos (Gráfico 6.2).

Em relação ao impacto da pandemia, 68,3% do total de respondentes afirmou que o número de horas despendidas em atividades domésticas aumentou neste contexto. A diferença de gênero não foi muito significativa para esta pergunta: 68,18% das mulheres e 68,78% dos homens afirmaram que o trabalho doméstico aumentou durante a pandemia. A diferença de gênero associada à raça foi mais significativa: mais mulheres brancas (70,53%) do que negras (65,88%) relataram um aumento e mais homens negros (71,74%) do que brancos (64,02%) relataram um aumento. As principais causas atribuídas ao aumento do trabalho doméstico durante a pandemia foram a preocupação maior com a higiene do ambiente, de roupas e alimentos; o aumento do cuidado com os filhos devido ao fechamento das

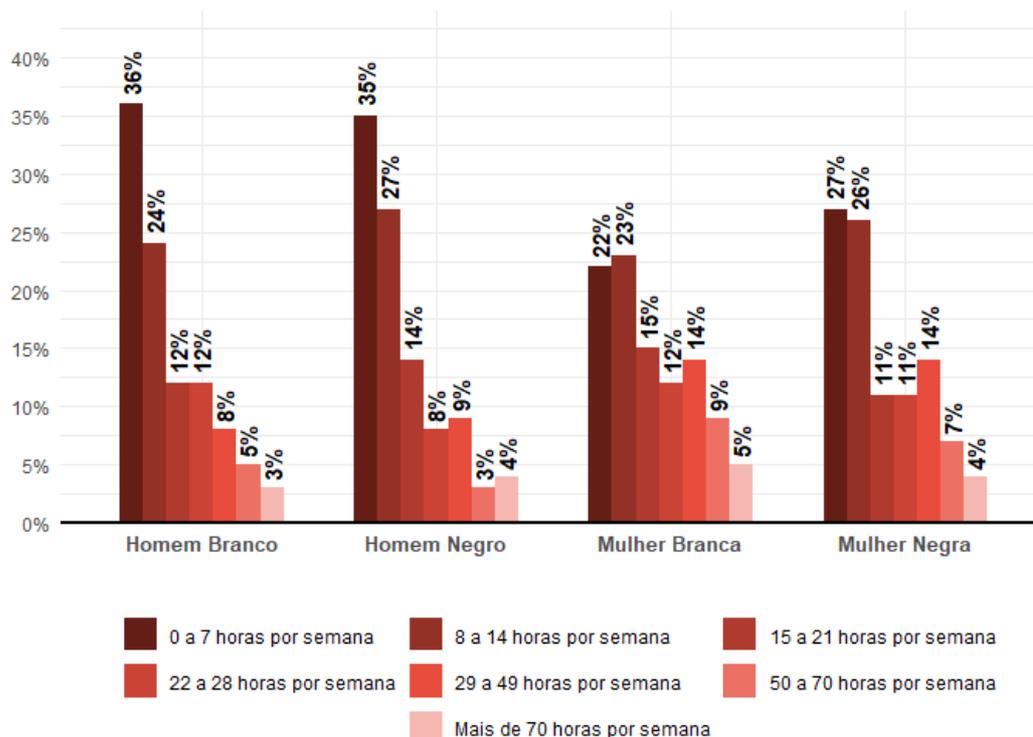
escolas; a falta de apoio de trabalhadoras domésticas remuneradas; e o maior tempo dentro de casa que leva a uma maior preocupação com o ambiente.

**Gráfico 6.1 - Horas por semana dedicadas às atividades domésticas - por gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres (n = 1430); (ii) homens (n = 394)

**Gráfico 6.2 - Horas por semana dedicadas às atividades domésticas - por raça e gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: os percentuais correspondem às respostas positivas a ambas perguntas, sendo o 100% correspondente ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres negras (n = 721); (ii) mulheres brancas (n = 672); (iii) homens negros (n = 223); (iv) homens brancos (n = 164).

Nos relatos sobre a rotina doméstica durante a pandemia é possível observar referências às trabalhadoras domésticas remuneradas, nomeadas como empregada, faxineira, ajudante, funcionária, secretária, auxiliar ou babá. A maioria destes relatos aborda a sobrecarga de trabalho doméstico devido à falta ou redução do apoio dessas trabalhadoras e uma minoria relata não haver aumento de trabalho doméstico durante a pandemia devido ao apoio destas trabalhadoras. Fazem referência a essas trabalhadoras quinze mulheres brancas, nove mulheres negras, quatro homens brancos e nenhum homem negro.

*“Antes meus filhos iam à escola, a empregada doméstica podia transitar mais em transporte público, atualmente, meus filhos ficam o dia todo em casa e a secretaria tem períodos que não vem por conta do risco de contágio no transporte público. Então antes eu não gastava muitas horas, era em torno de 30. Cuidando das crianças, teletrabalho*

*(além do trabalho do hospital) limpeza da casa, ajudando os filhos nas aulas on-line. A rotina está muito mais cansativa.” (Profissional da enfermagem, mulher parda, 38 anos, Pará, Norte).*

*“Um caos. Minha doméstica não pode vir trabalhar e eu tenho que fazer as atividades domésticas. As escolas estão fechadas e tenho que ser professora de aulas on-line síncronas de três crianças. E ainda tenho que trabalhar no hospital. Como um ser humano consegue fazer isso?” (Profissional de enfermagem, mulher branca, São Paulo, Sudeste).*

É possível observar o funcionamento das normas de gênero em relação ao compartilhamento de tarefas domésticas entre cônjuges. Dentre os homens que abordaram este tema, a maioria utilizou o termo “ajudar” a parceira, ou seja, as tarefas domésticas são consideradas responsabilidade da mulher e a participação do homem é vista como um suporte, o que demonstra o quanto os homens continuam longe das questões relativas à esfera privada da família e da reprodução (Bruschini; Ricoldi, 2012). Algumas mulheres relataram “cuidar” de seus parceiros, enquanto os homens não se referem desta forma às suas parceiras. Ao observar a intersecção entre raça e gênero, dez mulheres brancas e quatro mulheres negras relataram compartilhar tarefas com seus companheiros; dois homens brancos e sete homens negros relataram compartilhar tarefas com suas companheiras. Não houve relatos de casais homoafetivos.

*“Meu marido tem assumido de forma mais importante as tarefas domésticas, uma vez que eu quase dobrei a minha carga horária de trabalho na prática.” (Médica, mulher branca, 39 anos, Santa Catarina, Sul).*

*“Acordo cedinho para fazer café lanche, em seguida eu organizo a filha para assistir aula online, depois ajeto coisas do esposo para ir trabalhar, em seguida faço almoço, lutas de casa e em seguida vou para minha labuta.” (ACS, mulher branca, 39 anos, Paraíba, Nordeste).*

***"É muito corrido trabalhar fora e cuidar da casa, filho, marido." (ACS, mulher parda, 37 anos, Santa Catarina, Sul).***

***"Ajudar a esposa nas atividades domésticas." (Profissional de Educação Física, homem pardo, 48 anos, Bahia, Nordeste).***

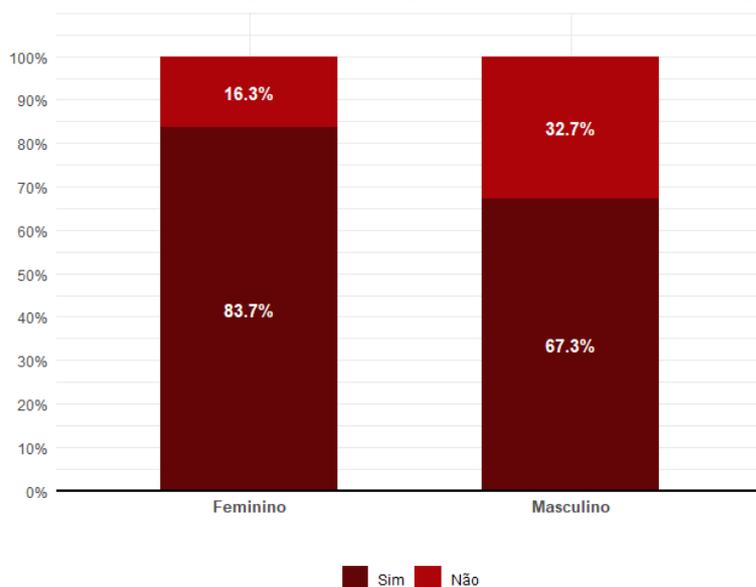
***"As tarefas são divididas com minha companheira, porém ainda assim ela acaba com um número maior de responsabilidades. O não funcionamento das escolas ampliou essas tarefas já que antes nosso filho ficava em período integral e por isso não precisávamos nos preocupar com a alimentação, por exemplo." (Gerente de serviços, homem branco, 41 anos, São Paulo, Sudeste).***

### ***Saúde mental e emoções na pandemia***

Atentar-se para como os(as) profissionais se sentem, as pressões, tensões que experienciam é fundamental para traçar estratégias de escuta e apoio sejam realizadas (LAI et al., 2020; KHALID et al., 2016; LIN et al., 2007; FELICE et al, 2020). Ao observarmos sob a perspectiva de gênero, o estado da saúde mental das profissionais de saúde se torna um problema ainda mais importante: as mulheres são maioria no setor e estão sob maior exposição ao vírus e maior risco de infecção (OMS, 2020b) e por isso estão mais vulneráveis ao estresse, à exaustão e à saúde mental prejudicada (CARLI, 2020). Além disso, a histórica responsabilidade feminina pelo trabalho do cuidado é exacerbada pela pandemia, com mulheres tendo que cuidar dos filhos que estão em casa (devido ao fechamento das escolas) e de familiares doentes, sobrecarregando-as ainda mais emocionalmente (CARLI, 2020; WENHAM, 2020).

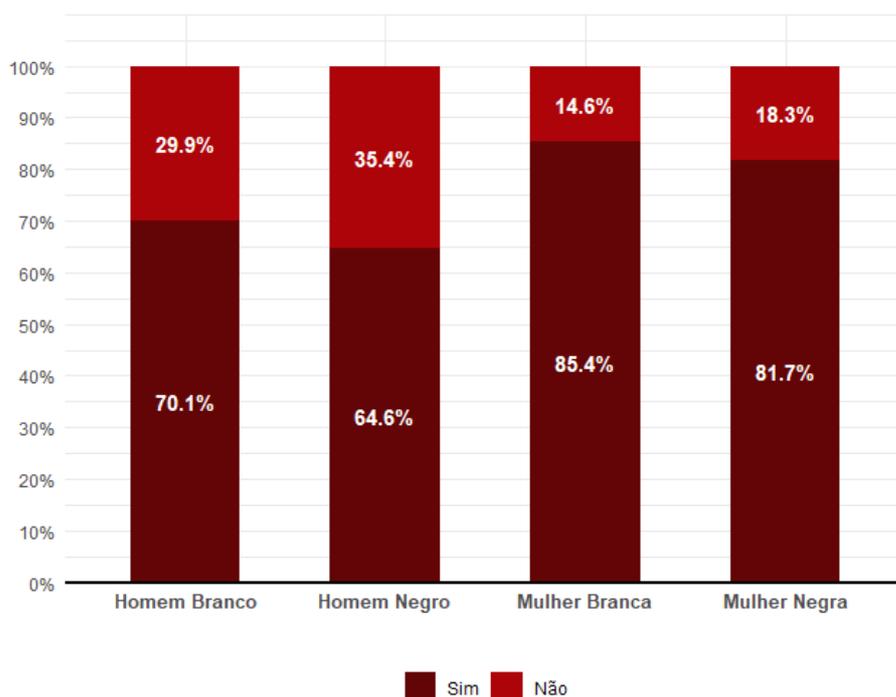
Nesse sentido, ao perguntarmos se os(as) respondentes acreditavam que sua saúde mental havia sido impactada durante a pandemia, 67,3% dos homens e 83,7% das mulheres afirmaram que sim, uma diferença marcante de 15,4% que demonstra um viés de gênero (Gráfico 7.1). O marcador de raça não parece tão forte, apesar de demonstrar que as pessoas brancas se perceberam sua saúde mental mais impactadas do que as pessoas negras, tanto entre os homens, quanto entre as mulheres (Gráfico 7.2)- homens brancos 70.1%, homens negros 64,6%, mulheres brancas 85,4%, mulheres negras 81,7%.

**Gráfico 7.1 - Percepção de impacto à saúde mental - por gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres (n = 1430); (ii) homens (n = 394).

**Gráfico 7.2 - Percepção de impacto à saúde mental - por raça e gênero (%)**



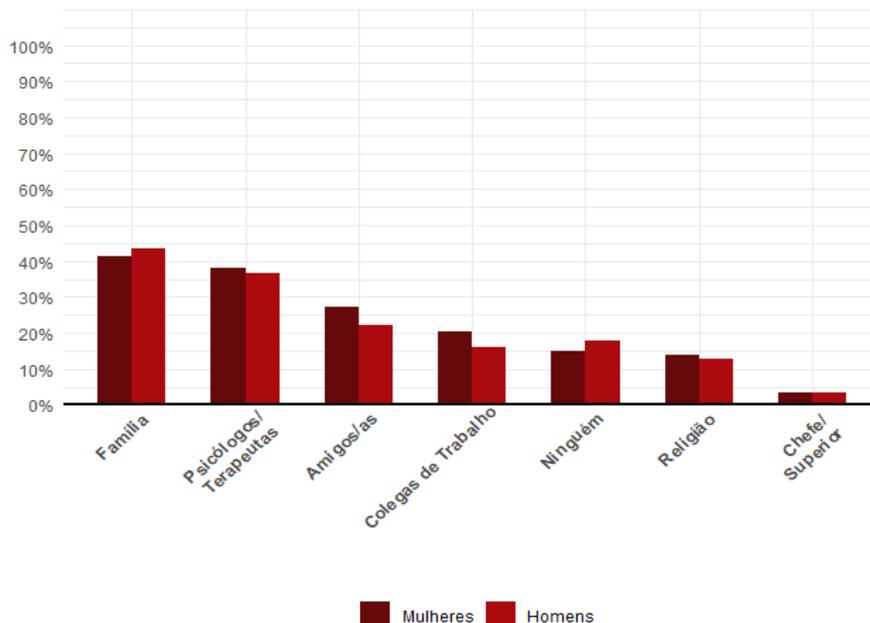
Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: os percentuais correspondem às respostas positivas a ambas perguntas, sendo o 100% correspondente ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres negras (n = 721); (ii) mulheres brancas (n = 672); (iii) homens negros (n = 223); (iv) homens brancos (n = 164).

Saber sobre a rede de apoio dos(as) profissionais de saúde, ou seja, quais são as pessoas a quem eles(as) recorrem quando precisam de ajuda com a saúde mental é importante para avaliarmos como os(as) respondentes lidam com as condições desafiadoras de trabalho impostas pela pandemia. O Gráfico 8.1 apresenta as respostas dos(as) profissionais por gênero e indica que a família tem sido a mais procurada (41,47% das mulheres e 43,65% dos homens), seguido psicólogos(as) e terapeutas (38,04% das mulheres e 36,55% dos homens), amigos(as) (27,41% das mulheres e 22,34% dos homens), colegas de trabalho (20,42% das mulheres e 15,99% dos homens), religião (13,99% das mulheres e 12,94% dos homens), chefe/ superior (3,43% das mulheres e 3,30% dos homens) e por fim, aqueles que não buscam ajuda, ou seja, responderam ninguém (14,83% das mulheres e 17,77% dos homens).

O Gráfico 8.2 traz a mesma informação sobre quem os profissionais de saúde buscam ajuda com a saúde mental, mas agora com a interseção de gênero e raça e é possível observar algumas diferenças interessantes ao trazer a marcação de raça para a análise, como por exemplo a diferença observada no percentual de busca por psicólogos e terapeutas em que mulheres brancas lideram essa procura (40,92%), seguidas de homens brancos (37,20%), mulheres negras e homens negros quase empatados (35,51% e 35,43%, respectivamente).

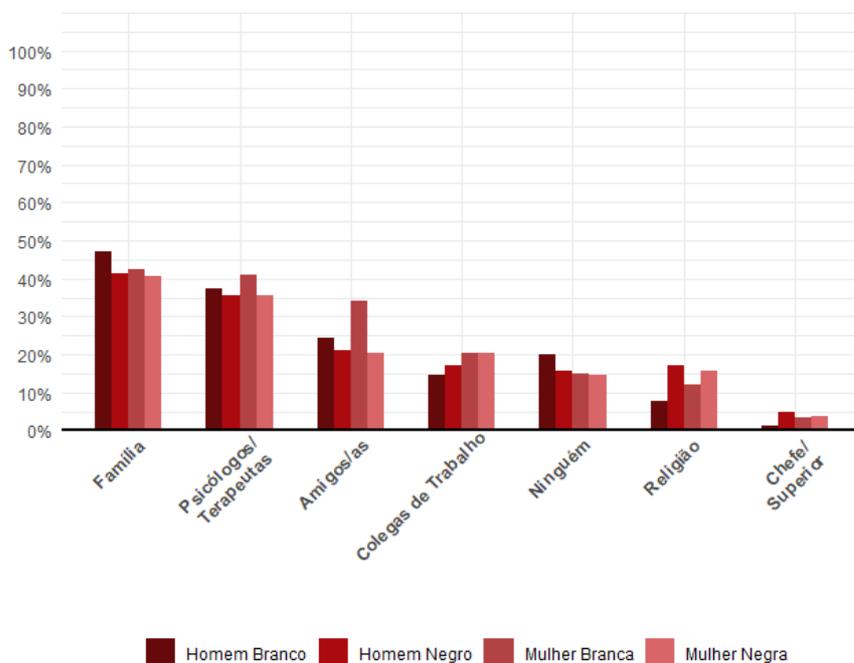
Chama atenção que homens negros aparentam recorrer mais à religião em casos de problemas com a saúde mental (17,04%), seguidos por mulheres negras (15,53%), mulheres brancas (12,20%) e homens brancos (7,93%). Quanto a recorrer a ninguém em casos de problemas nessa área, homens brancos responderam mais positivamente (20,12%), seguido por homens negros (15,70%), que apresentaram percentual mais próximo ao das mulheres negras e brancas (14,88% e 14,70%, respectivamente). Já amarelos, indígenas, mulheres ou homens transsexuais e não binários/as recorrem, em sua maioria, a psicólogos e terapeutas e à família (48%), além de amigos(as) (37%) e colegas de trabalho (23%).

**Gráfico 8.1 - A quem os(as) profissionais de saúde recorrem em casos de problemas com a saúde mental - por gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres (n = 1430); (ii) homens (n = 394).

**Gráfico 8.2 - A quem os(as) profissionais de saúde recorrem em casos de problemas com a saúde mental - por raça e gênero (%)**

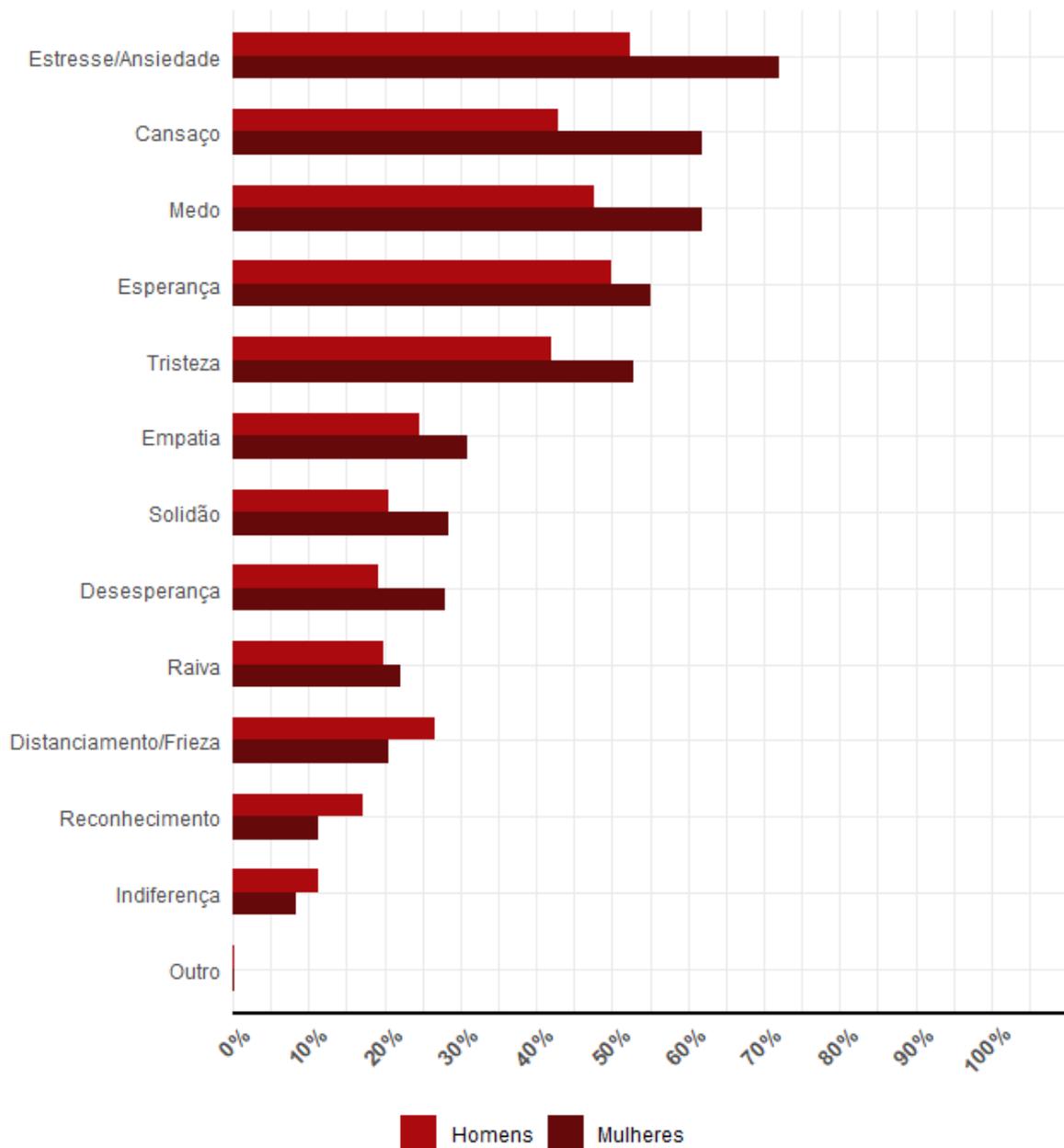


Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: os percentuais correspondem às respostas positivas a ambas perguntas, sendo o 100% correspondente ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres negras (n = 721); (ii) mulheres brancas (n = 672); (iii) homens negros (n = 223); (iv) homens brancos (n = 164).

Diante de todo esse contexto, é importante conhecer as emoções experimentadas pelos profissionais de saúde brasileiros diante da pandemia - Gráficos 10.1 e 10.2. Houveram perguntas sobre diversas emoções e como pode ser observado no Gráfico 10.1, as respostas positivas para cada uma das emoções foram diferentes para homens e mulheres. A maior parte das emoções são mais reportadas pelas mulheres, como: ansiedade (71,96% mulheres e 52,28 homens); cansaço (61,82% mulheres e 42,89% homens), desespero (27,97% mulheres e 19,29% homens), empatia (30,84% e 24,62% homens), esperança (55,17% mulheres e 50% homens), medo (61,82% mulheres e 47,72% homens), raiva (22,03% mulheres e 19,80% homens), solidão (28,46% mulheres e 20,56% homens) e tristeza (52,94% mulheres e 41,88% homens). E apenas três delas receberam maior percentual de respostas positivas por parte dos homens: indiferença (8,39% mulheres e 11,17% homens), reconhecimento (11,19% mulheres e 17,26% homens) e distanciamento/frieza (20,49% mulheres e 26,65% homens).

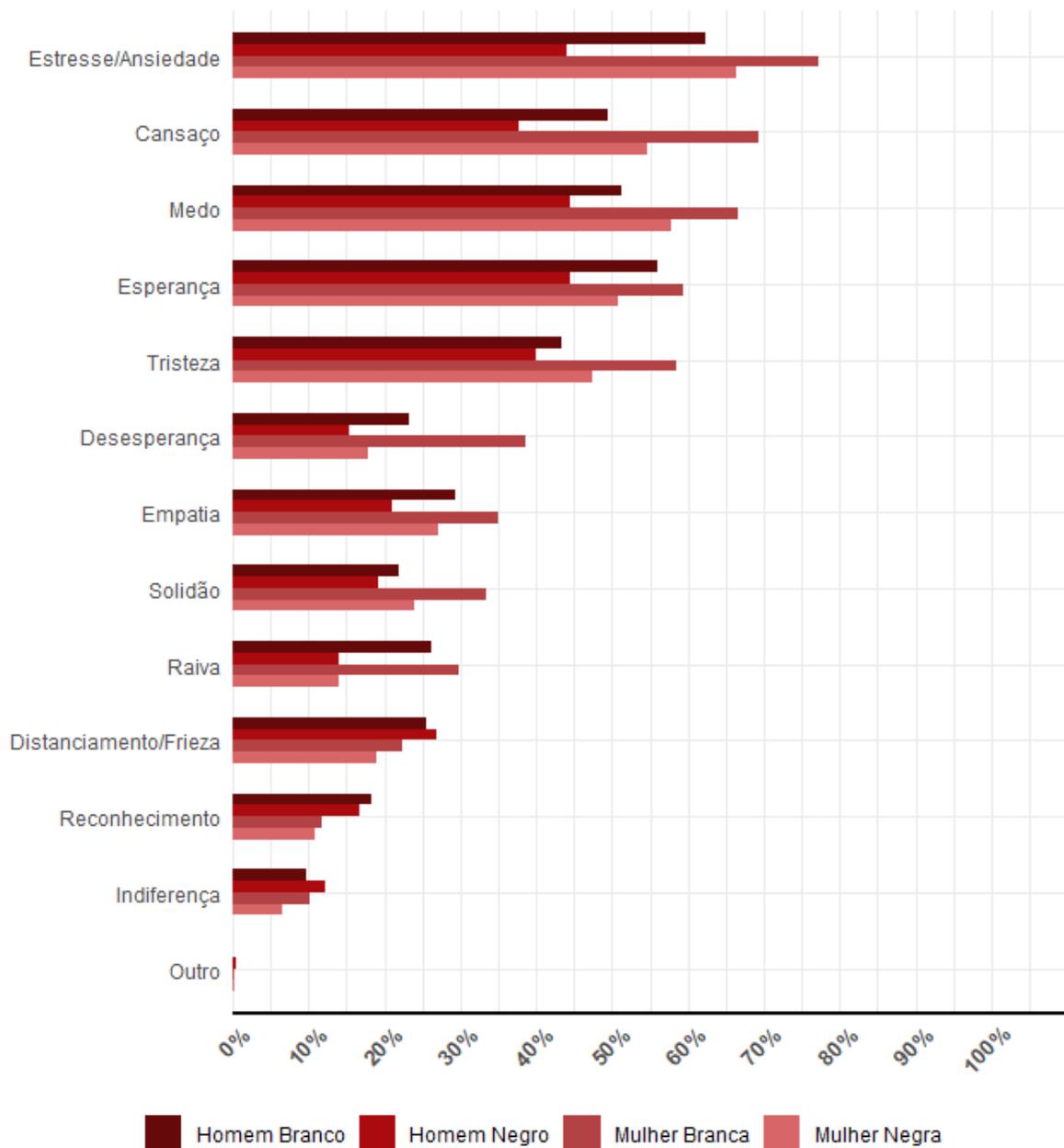
Ao incluirmos a variável raça na análise chama atenção a dianteira das mulheres brancas e a retaguarda dos homens negros diante a maioria das emoções, exceto distanciamento/frieza (26,91% homens negros, 25,61% homens brancos, 22,32% mulheres brancas e 19% mulheres negras), reconhecimento (18,29% homens brancos, 16,59% homens negros, 11,76% mulheres brancas e 10,82% mulheres negras) e indiferença (12,11% homens negros, 10,12% mulheres brancas, 9,76% homens brancos e 10,82% mulheres negras). As mulheres brancas reportam o sentimento de estresse/ansiedade em 77,23% contra 66,30% das mulheres negras, 62,20% dos homens brancos e 43,95% dos homens negros. Sobre cansaço as mulheres brancas respondem positivamente em 69,20%, as mulheres negras 54,65%, homens brancos 49,39% e homens negros 37,67%. Afirmam sentir desespero 38,54% das mulheres brancas, 23,17% dos homens brancos, 17,75% das mulheres negras e 15,25% dos homens negros. Sobre empatia responderam positivamente 39,97% das mulheres brancas, 27,18% das mulheres negras, 29,27% dos homens brancos e 21,08% dos homens negros. Sentem esperança 59,38% das mulheres brancas, 56,10% dos homens brancos, 50,90% das mulheres negras e 44,39% dos homens negros. O medo é reportado por 66,67% das mulheres brancas, 57,84% das mulheres negras, 51,22% dos homens brancos e 44,39% dos homens negros. São 29,76% das mulheres brancas que afirmam sentir raiva, 26,22% dos homens brancos, 14,01% das mulheres negras e 13,90% dos homens negros. Solidão é uma emoção vivida por 33,48% das mulheres brancas, 23,99% das mulheres negras, 21,95% dos homens brancos e 19,28% dos homens negros. E, por fim, a tristeza foi experimentada por 58,48% das mulheres brancas, 47,30% das mulheres negras, 43,29% dos homens brancos e 39,91% dos homens negros.

**Gráfico 10.1 - Emoções pessoais dos(as) profissionais de saúde durante a pandemia - por gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres (n = 1430); (ii) homens (n = 394).

**Gráfico 10.2 - Emoções pessoais dos(as) profissionais de saúde durante a pandemia - por raça e gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: os percentuais correspondem às respostas positivas a ambas perguntas, sendo o 100% correspondente ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres negras (n = 721); (ii) mulheres brancas (n = 672); (iii) homens negros (n = 223); (iv) homens brancos (n = 164).

## ***Percepção sobre ciência e reabertura das atividades***

Para além da crise sanitária e sócio-econômica, a pandemia também desencadeou uma série de outros movimentos de questionamento à ciência que, se já existiam no cenário pré-pandêmico, nos últimos 15 meses têm aparecido mais em debates da mídia e entre membros da sociedade. No que diz respeito ao enfrentamento a COVID-19 e às políticas de saúde demandadas com urgência, o posicionamento contrário às evidências científicas parte do próprio presidente da república, Jair Bolsonaro, quando se posiciona contra o isolamento social<sup>6</sup>, recomenda o uso de medicamentos cuja eficácia não é comprovada<sup>7</sup> e participa de aglomerações sem máscara<sup>8</sup> (CAMPOS, 2020). Para o campo de políticas públicas, quando estimulados pelo líder do Executivo Federal, esses posicionamentos podem minar a capacidade de execução de políticas públicas ao promoverem conflito e ambiguidade (MATLAND, 1995).

A influência do “tratamento precoce” aparece nas falas dos(as) respondentes desta pesquisa, caracterizando um cenário polarizado entre aqueles(as) que defendem o uso de medicamentos com eficácia não comprovada e outros(as) que são veementemente contra. Cumpre salientar que diversos(as) respondentes sinalizaram que não se sentem preparados(as) para lidar com a crise justamente pela política de desinformação levada a cabo pelo Governo Federal. Alguns(mas), inclusive, nomeiam o presidente da República como protagonista neste processo de crise política e sanitária. O assédio, já discutido na seção anterior, também aparece relacionado com o negacionismo da sociedade civil, incitada pelo representante governamental, além de chefias que pressionam para o uso de medicamentos, como exposto nas narrativas abaixo:

***“Pacientes com exigência de tratamentos que não tem a menor eficácia. Chefes insistindo para que nós prescrevessemos medicações incabíveis. Protocolos infundados para serem seguidos, com referências inexistentes. Equipe totalmente despreparada para atender emergência respiratória!” (Médica, mulher branca, 25 anos, São Paulo, Sudeste).***

---

<sup>6</sup> Bolsonaro diz que “fique em casa” é para os fracos. “Conversinha mole”. UOL Notícias. 18 de setembro de 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/09/18/bolsonaro-diz-que-fique-em-casae-para-os-fracos-conversinha-mole.htm>

<sup>7</sup> Bolsonaro amplia o uso da cloroquina admitindo que pode não ter eficácia e trazer efeitos colaterais graves. El País. 20 de maio de 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-20/bolsonaro-amplia-uso-da-cloroquina-admitindo-que-pode-nao-ter-eficacia-e-trazer-efeitos-colaterais-graves.html>

<sup>8</sup> Bolsonaro se aglomerou e interagiu, sem máscara, com centenas de pessoas. Folha de S. Paulo. 7 de julho de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/07/nos-ultimos-14-dias-bolsonaro-se-aglomerou-e-interagiu-sem-mascara-com-centenas-de-pessoas.shtml>

***“Sou a favor do tratamento precoce porque entendo que não podemos esperar evidências pela gravidade da situação e colegas se apegam à ciência de braços cruzados. Não consigo assistir o caos sem tentar fazer nada. E fui criticada por isso.” (Médica, mulher branca, 41 anos, Paraíba, Nordeste).***

***“Pressão sobre prescrição de remédios sem eficácia comprovada. Por parte dos pacientes, familiares e chefia falando de protocolos de tratamento. Pedi demissão por causa disso...” (Médica, mulher branca, 36 anos, São Paulo, Sudeste).***

***“Os usuários falam que não existe esse vírus, que é coisa de politicagem para prejudicar o presidente .” (ACS, mulher parda, 44 anos, Goiás, Centro-Oeste).***

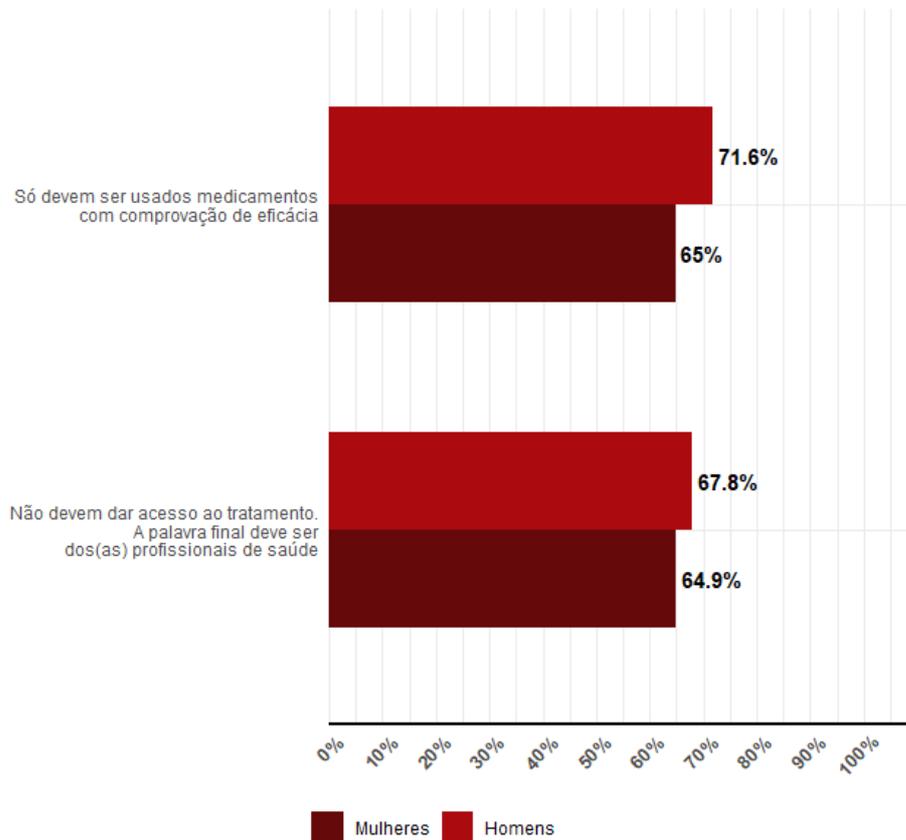
***“O negacionismo das pessoas foi o motivo do assédio” (ACS, mulher parda, 42 anos, Ceará, Nordeste).***

***“O despreparo do governo que deveria tratar a Pandemia com a seriedade que ela merece. Para começar ele deveria apoiar o isolamento social, o uso de máscaras e comprar as vacinas para a população, essas medidas me deixaria menos insegura e mais confiante no que diz respeito ao combate à pandemia. (ACS, mulher parda, 47 anos, Ceará, Nordeste)***

Estes conteúdos foram extraídos de perguntas de caráter qualitativo (sobre assédio moral e sensação de preparo na pandemia). Para tratar deste tema de forma mais específica, investigamos como os(s) participantes da pesquisa se posicionam em relação a algumas máximas relacionadas à ciência. O Gráfico 11.1 e 11.2 abaixo sinalizam que os homens são aqueles que proporcionalmente relataram mais acreditar na ciência (comprovação de eficácia dos medicamentos usados com 71,6% de respostas positivas para os homens contra 65% das mulheres). Em geral, a taxa de “credores” na ciência é elevada (mais de 2/3 dos(as) respondentes).

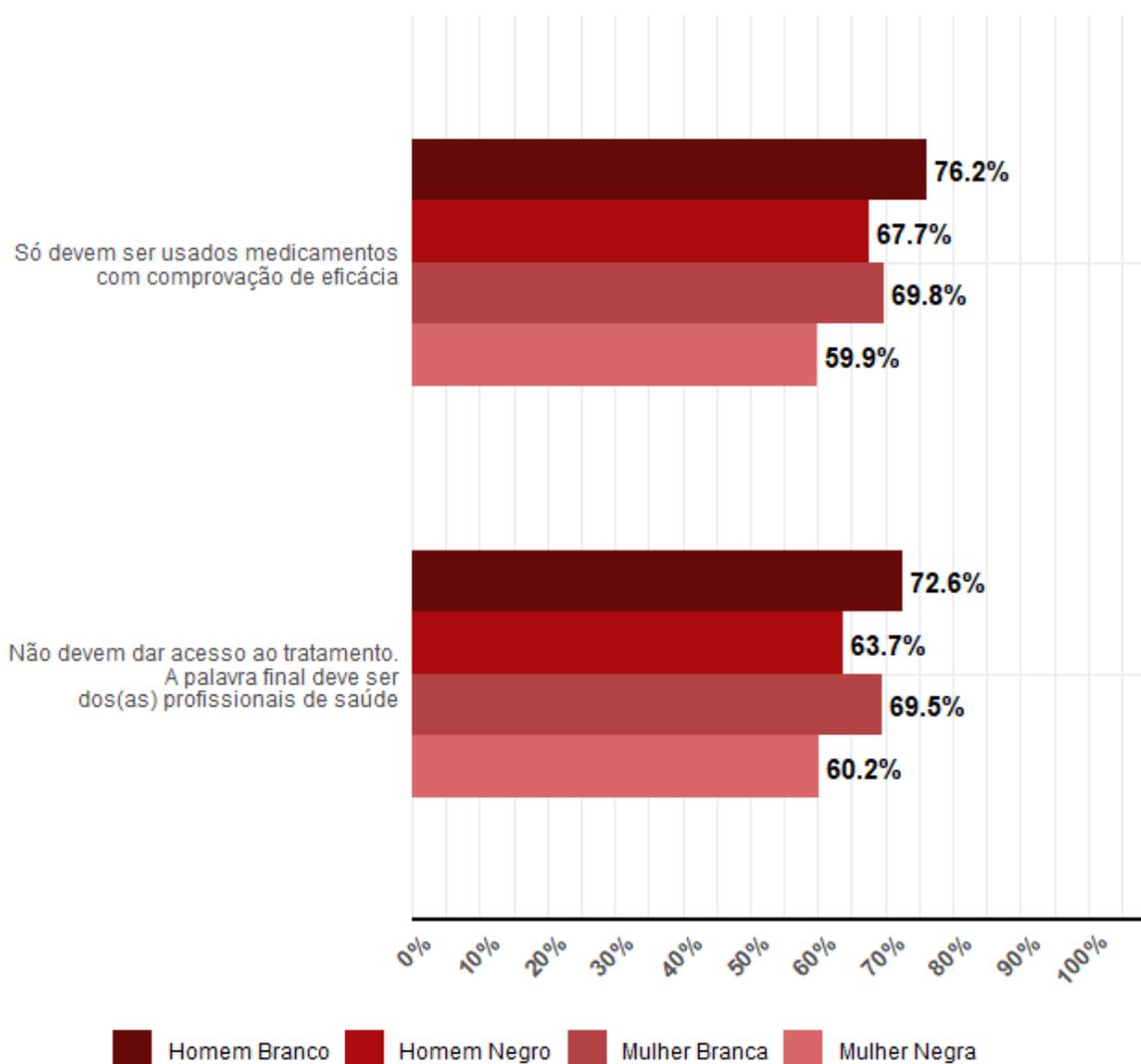
Nessa mesma linha, as mulheres negras, como indica o Gráfico 11.2, são aquelas que menos acreditam na autonomia do(a) profissional de saúde e na necessidade de eficácia do tratamento. Tal comportamento pode ser explicado, justamente, pela composição amostral da pesquisa, em que as mulheres negras são maioria das ACS/ACE, com menor nível de escolaridade e poder decisório (MILANEZI et al., 2020)

**Gráfico 11.1 - Percepção sobre questões relacionadas à ciência - por gênero**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres (n = 1430); (ii) homens (n = 394).

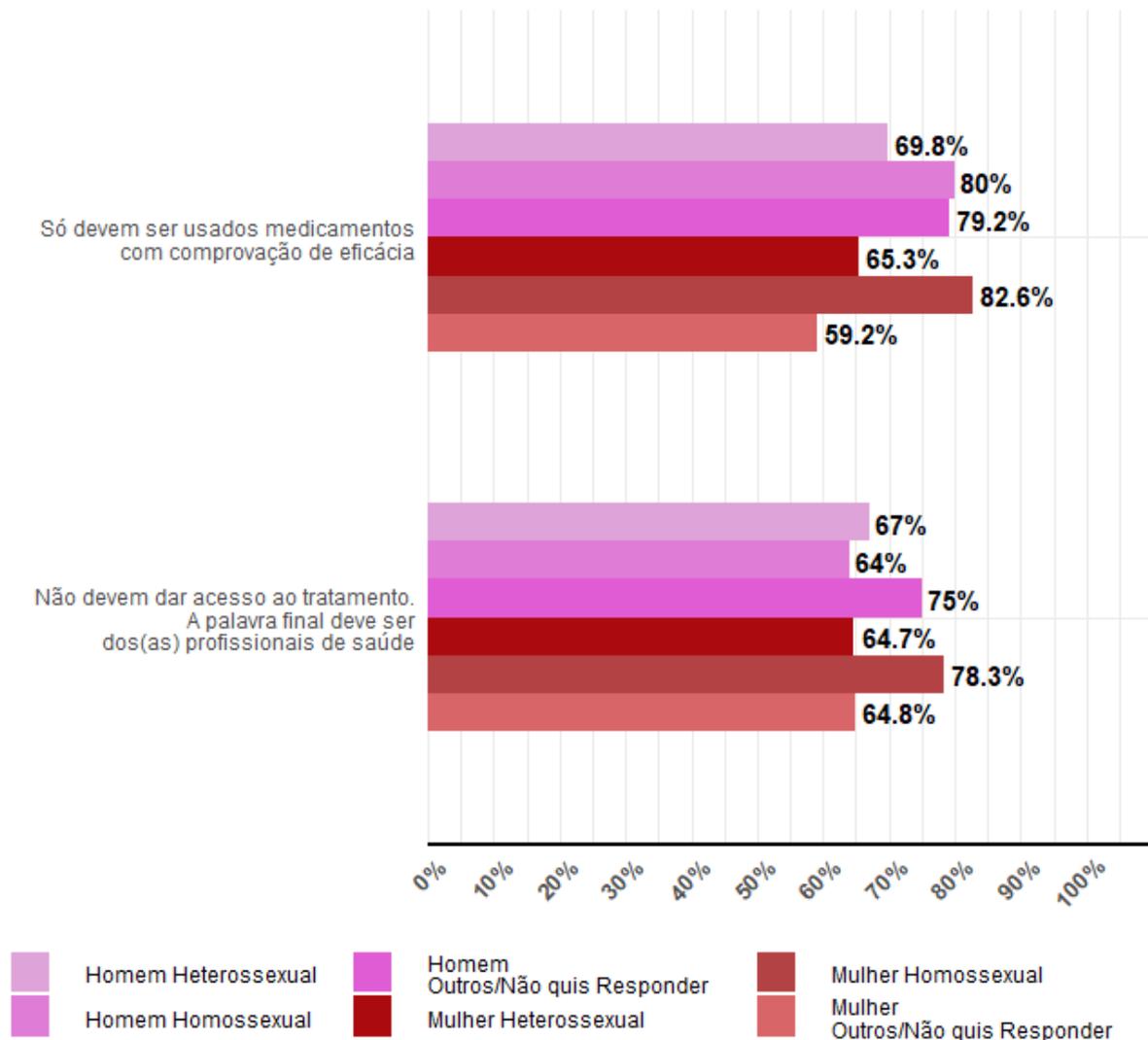
**Gráfico 11.2 - Percepção sobre questões relacionadas à ciência - por raça e gênero**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: os percentuais correspondem às respostas positivas a ambas perguntas, sendo o 100% correspondente ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres negras (n = 721); (ii) mulheres brancas (n = 672); (iii) homens negros (n = 223); (iv) homens brancos (n = 164).

Quando adicionamos a lente interseccional de sexualidade, é possível observar que as mulheres homossexuais possuem um índice mais positivo quanto às percepções sobre questões relacionadas à ciência.

**Gráfico 11.3 - Percepção sobre questões relacionadas à ciência - por orientação sexual e gênero**

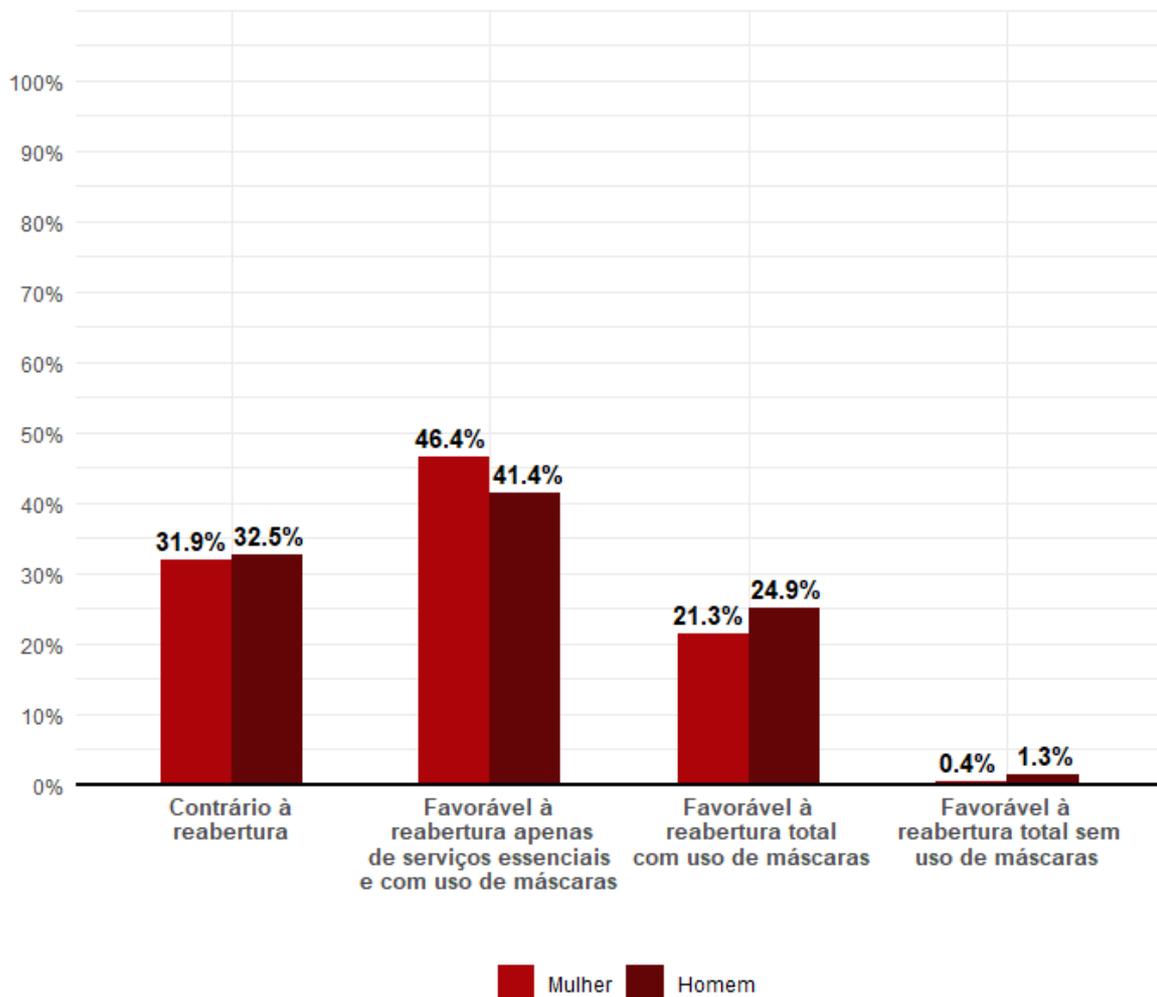


Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: os percentuais correspondem às respostas positivas às três perguntas, sendo o 100% correspondente ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres heterossexuais (n = 1265); (ii) mulheres homossexuais (n = 23); (iii) mulheres outros\*/não quiseram responder (n = 142); (iv) homens heterossexuais (n = 321); (v) homens homossexuais (n = 25); (vi) homens outros\*/não quiseram responder (n = 48). \*Outros incluem pansexuais e bissexuais

Já no que tange o processo de reabertura, as mulheres apresentam-se como proporcionalmente mais favoráveis a uma abertura restrita, com o funcionamento apenas dos serviços essenciais e com máscara (46,4% contra 41,4% no caso dos homens, conforme expresso no Gráfico 12.1). Neste cenário, destacam-se as mulheres negras com a taxa mais alta de respostas nesta categoria (47,3%). Mais uma vez, a partir dos dados expostos no Gráfico 12.3 é possível perceber melhores índices entre os homens homossexuais (56% para uma reabertura restrita) e mulheres homossexuais (47% é contrária à reabertura). Ambos resultados fogem do comportamento médio antes apresentado e sugerem uma maior conscientização quanto a necessidade de isolamento

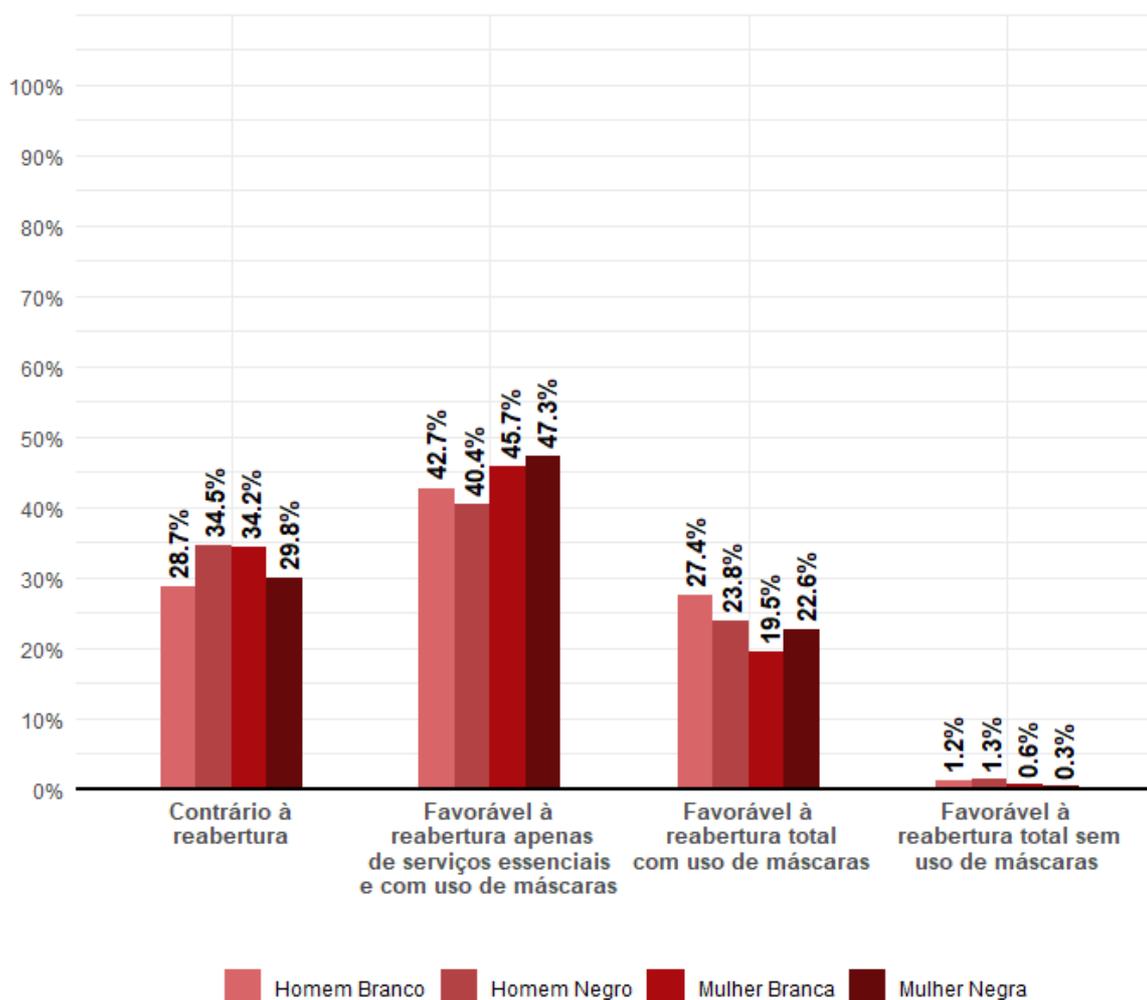
social entre estes grupos.

**Gráfico 12.1 - Percepção sobre processo de reabertura - por gênero (%)**



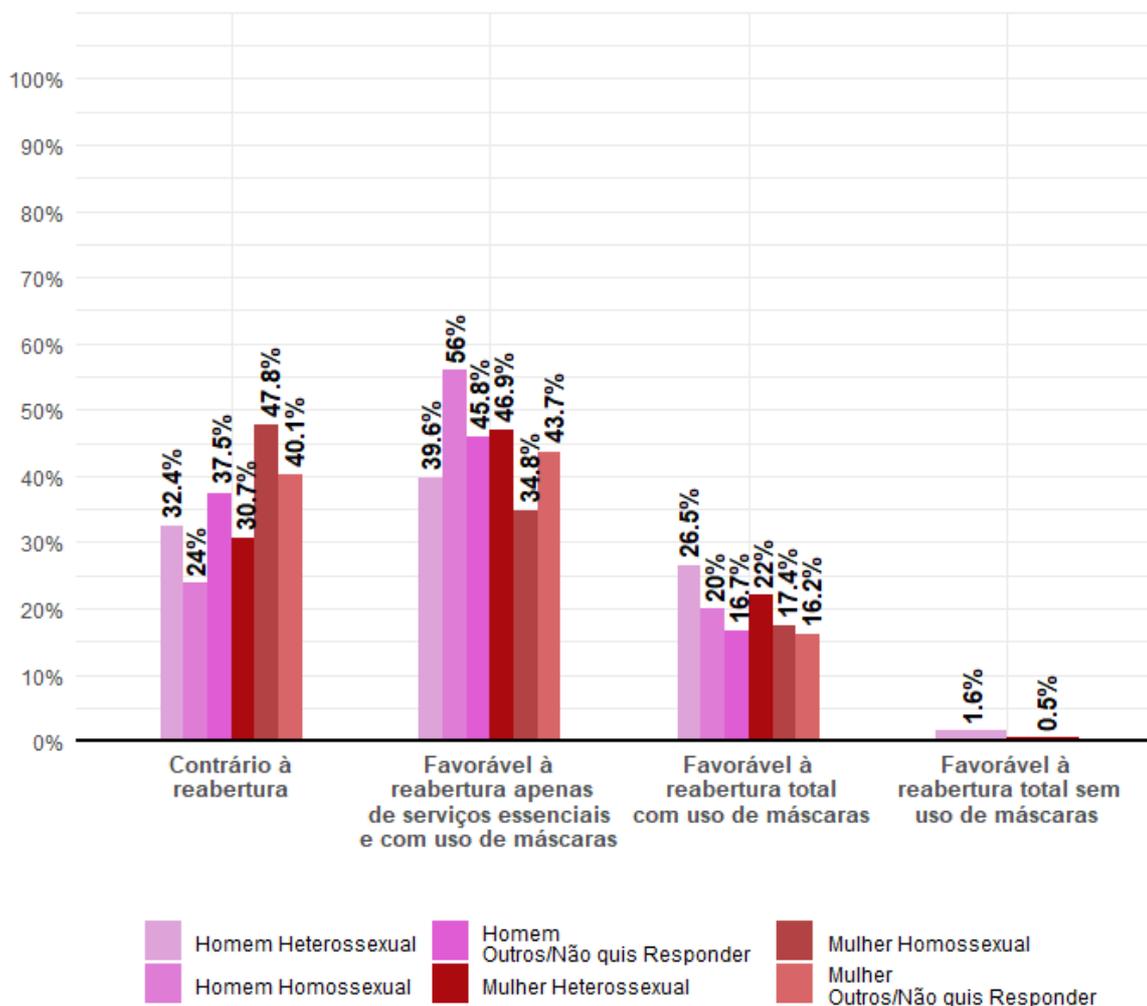
Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: 100% corresponde ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres (n = 1430); (ii) homens (n = 394).

**Gráfico 12.2 - Percepção sobre processo de reabertura - por raça e gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: os percentuais correspondem às respostas positivas a ambas perguntas, sendo o 100% correspondente ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres negras (n = 721); (ii) mulheres brancas (n = 672); (iii) homens negros (n = 223); (iv) homens brancos (n = 164).

**Gráfico 12.3 - Percepção sobre processo de reabertura - por orientação sexual e gênero (%)**



Fonte: Pesquisa “Impactos do COVID-19 no trabalho dos(as) profissionais de saúde pública: 4a fase” (NEB-FGV). Nota: os percentuais correspondem às respostas positivas às três perguntas, sendo o 100% correspondente ao total de respondentes em cada variável interseccional de gênero e raça: (i) mulheres heterossexuais (n = 1265); (ii) mulheres homossexuais (n = 23); (iii) mulheres outros\*/não quiseram responder (n = 142); (iv) homens heterossexuais (n = 321); (v) homens homossexuais (n = 25); (vi) homens outros\*/não quiseram responder (n = 48). \*Outros incluem pansexuais e bissexuais. A categoria “Favorável à reabertura sem uso de máscaras” só obteve respostas de homens heterossexuais e mulheres heterossexuais.

Ainda que os dados coletados estejam circunscritos dentro do universo amostral (n = 1829), as análises demonstram que é preciso atenção com a saúde e a vida desses homens e mulheres na linha de frente contra o Covid-19. As sugestões apontadas abrem uma agenda de políticas públicas que não se esgotam nas linhas abaixo.

## Recomendações

As iniquidades e vulnerabilidades marcam as práticas profissionais e a vida em sociedade. Nesse sentido, é fundamental analisar a pandemia de Covid-19 por meio de uma lente de gênero, considerando suas interseccionalidades. A partir dos resultados apresentados, sugerimos um conjunto de recomendações para as autoridades nas três esferas de governo (União, estados e municípios). Essas recomendações visam melhorar, desde uma perspectiva de gênero, a situação em que as profissionais de saúde que atuam durante a crise sanitária de COVID-19. Desta forma, a partir das análises deste estudo, recomenda-se:

- ❖ Geração e divulgação de dados epidemiológicos (contaminação, internações e óbitos) desagregados por gênero, sexo, raça, classe, profissão, território, dentre outros marcadores sociais para melhorar a compreensão sobre os impactos da pandemia nos diferentes grupos entre a população brasileira;
- ❖ Manutenção e ampliação de políticas de suporte emocional e psicológico para os(as) profissionais de saúde da ponta utilizando estratégias que facilitem o acesso como, por exemplo, disponibilizando psicólogos/as dos mesmos serviços da saúde para realizar o acompanhamento destes(as) profissionais;
- ❖ Inclusão das dimensões de gênero e raça (ex. violência, saúde sexual e reprodutiva, trabalho e renda, etc) nos planos de ação federais, estaduais e municipais;
- ❖ Criação e consolidação dos mecanismos de denúncia e enfrentamento às práticas de racismo institucional contra os(as) trabalhadores(as) da saúde;
- ❖ Criação e consolidação dos mecanismos de denúncia e enfrentamento às práticas de assédio moral contra os(as) trabalhadores(as) da saúde;
- ❖ Incluir as mulheres nos planos de ação e no processo de tomada de decisões em respostas e recuperação no que diz respeito a todas as esferas federativas (municipal, estadual e federal);
- ❖ Construir planos de ação e políticas de contenção da pandemia que estimulem e apoiem organizações e ações das lideranças comunitárias femininas. Nesse sentido, é necessário ouvir e apoiar essas mulheres para garantir uma resposta mais robusta e objetiva às demandas das comunidades;
- ❖ Inserção dos(das) profissionais da economia do cuidado, majoritariamente composto por mulheres, como grupo prioritário para a vacinação;
- ❖ Atenção aos quadros de escala de trabalho, remuneração regular e de horas extras, EPIs e treinamento dos(as) profissionais de saúde em todas as frentes de trabalho na área da saúde (para não gerar sobrecarga de trabalho).

## Referências

ADAMS, James G.; WALLS, Ron M. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Jama*, v. 323, n. 15, p. 1439-1440, 2020.

AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

BITENCOURT, Silvana Maria; ANDRADE, Cristiane Batista. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 26, n. 3, p. 1013-1022, 2021.

BRITO, Luciana et al. Impactos sociais da Covid-19: uma perspectiva sensível às desigualdades de gênero. *Fiocruz*, 2020.

BRYMAN, Alan. *Social research methods*. Oxford: Oxford university press, 2016.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha; RICOLDI, Arlene Martinez. Revendo estereótipos: o papel dos homens no trabalho doméstico. *Revista Estudos Feministas* [online], v. 20, n. 1, p. 259-287, 2012.

BUTLER, Judith. El capitalismo tiene sus límites. *Sopa de Wuhan*. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias, p. 59-66, 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, 2020.

CARLI, Linda L. Women, Gender equality and COVID-19. *Gender in Management*, 2020.

CHAUHAN, Priyanshi. Gendering COVID-19: Impact of the Pandemic on Women's Burden of Unpaid Work in India. *Gender Issues*, 2020.

CRENSHAW, Kimberlé. Background paper for the expert meeting on the gender-related aspects of race discrimination. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

ESTRELA, Fernanda Matheus et al. Pandemia da Covid-19: refletindo as vulnerabilidade à luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 9, p. 3431-3436, 2020.

GAVIN, Blanaid et al. Caring for the psychological well-being of healthcare professionals in the COVID-19 pandemic crisis. *Irish Medical Journal*, v. 113, n. 4, p. 51-51, 2020.

GÊNERO E NÚMERO. Organização Gênero e Número em parceria com a Sempre Viva Organização Feminista. *Sem Parar: O Trabalho e a Vida das Mulheres na Pandemia*. 2020. Disponível em: [http://mulheresnapandemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio\\_Pesquisa\\_SemParar.pdf](http://mulheresnapandemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Pesquisa_SemParar.pdf)>. Acesso em: 10 de maio de 2021.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2020.

HELOANI, Roberto; BARRETO, Margarida Maria Silveira. Assédio Moral - Gestão por Humilhação. 1. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2018.

HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado. Sur: revista internacional de direitos humanos, São Paulo, v. 13, p. 53-64, 2016.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saúde e Sociedade [online], v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

KHALID, Imran et al. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. Clinical medicine & research, v. 14, n. 1, p. 7-14, 2016.

LAI, Jianbo et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Network Open, v. 3, n. 3, 2020.

LIN, C. Y. et al. The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. Emergency Medicine Journal, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2007.

LINO, Mônica Motta et al. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Cogitare Enfermagem, v. 17, n. 1, 2012.

LIPSKY, Michael. Burocracia em nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Brasília: ENAP, 2019 [1980].

LOTTA, Gabriela et al. Gender, race, and health workers in the COVID-19 pandemic. The Lancet, v. 397, n. 10281, p. 1264, 2021.

MAGNO, Laio et al. Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 3355-3364, 2020.

MATLAND, Richard E. Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Implementation. Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART, v. 5, n. 2, p. 145-174, 1995.

MILANEZI, Jaciane et al. Mulheres negras na pandemia: o caso de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19, AFRO CEBRAP, n. 5, dez. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus Covid-19. Semana Epidemiológica 22 (30/5 a 5/6/2021). Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt->

[br/media/pdf/2021/junho/11/boletim epidemiologico covid 66-final -11-junho.pdf](br/media/pdf/2021/junho/11/boletim_epidemiologico_covid_66-final_-11-junho.pdf) >. Acesso em: 18 de junho de 2021.

ONU MULHERES. Mulheres e Covid-19: Cinco Coisas que os Governos Podem Fazer Agora, 2020. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/mulheres-e-covid-19-cinco-coisas-que-os-governos-podem-fazer-agora/>>. Acesso em: 09 maio de 2021.

SCHEFFER, Mário et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2020.

SHANNON, Geordan et al. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. *Human Resources for Health*, v. 17, n. 1, p. 1-16, 2019.

SILVA, Petronilha Beatriz Gonçalves. Aprender, ensinar e relações étnico-raciais no Brasil. *Educação*, v. 30, p. 489-506, 2007.

SIMAS, Paloma Ribeiro Pires; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1865-1876, 2017.

TAKEMOTO, Maira LS et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 151, n. 1, p. 154-156, 2020.

WHO. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. World Health Organization, 2019. Disponível em: <[https://www.who.int/hrh/resources/en\\_exec-summ\\_delivered-by-women-led-by-men.pdf](https://www.who.int/hrh/resources/en_exec-summ_delivered-by-women-led-by-men.pdf)> . Acesso em: 09 maio de 2021.