



PERFIL DAS TRABALHADORAS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA

Resumo: Conhecer o perfil das trabalhadoras de saúde durante a pandemia de COVID-19. Estudo quantitativo, transversal e descritivo, realizado no município de Cuité, interior da Paraíba. A amostra envolveu 91 trabalhadoras dos serviços de saúde do município. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário autoaplicável, inserido na plataforma Google Forms e enviado as participantes. A análise de dados foi feita com base em estatística descritiva e literatura vigente. A maioria das trabalhadoras estava em idade reprodutiva, se autodeclararam parda, heterossexual, casada e com baixa renda familiar. São as principais responsáveis pelo trabalho doméstico, reprodutivo e de gerenciamento do cuidado. Com a pandemia, houve uma sobrecarga de trabalhos tanto no ambiente laboral, como doméstico, que perdura até os dias atuais. Há urgência de ações eficazes que possam reorganizar a provisão de trabalhos e cuidados de maneira mais equânime, e reduzir as desigualdades existentes.

Descritores: Mulheres Trabalhadoras, Pandemia, Serviços de Saúde.

Profile of female healthcare workers during the pandemic

Abstract: To understand the profile of female healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Quantitative, cross-sectional, and descriptive study conducted in the city of Cuité, in the interior of Paraíba. The sample included 91 female healthcare workers in the city. Data collection was carried out using a self-administered questionnaire, inserted into the Google Forms platform and sent to participants. Data analysis was based on descriptive statistics and current literature. Most of the workers were of reproductive age, self-identified as brown, heterosexual, married, and with low family income. They are primarily responsible for domestic, reproductive, and care management work. With the pandemic, there was an overload of work in both the workplace and domestic environments, which continues to this day. There is an urgent need for effective actions that can reorganize the provision of work and care in a more equitable manner and reduce existing inequalities.

Descriptors: Working Women, Pandemic, Health Services.

Perfil de las trabajadoras sanitarias durante la pandemia

Resumen: Comprender el perfil de las trabajadoras de la salud durante la pandemia de COVID-19. Estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, realizado en el municipio de Cuité, interior de Paraíba. La muestra estuvo compuesta por 91 trabajadores de los servicios de salud del municipio. La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario autoadministrado, insertado en la plataforma Google Forms y enviado a los participantes. El análisis de datos se realizó con base en estadística descriptiva y literatura actual. La mayoría de los trabajadores estaban en edad reproductiva, se autoidentificaban como pardos, heterossexuales, casados y con bajos ingresos familiares. Son las principales responsables del trabajo doméstico, reproductivo y de gestión del cuidado. Con la pandemia se produjo una sobrecarga de trabajo tanto en el ámbito laboral como en el doméstico, que continúa hasta el día de hoy. Existe una necesidad urgente de adoptar medidas eficaces que puedan reorganizar la prestación de trabajo y cuidados de manera más equitativa y reducir las desigualdades existentes.

Descriptores: Mujeres Trabajadoras, Pandemia, Servicios de Salud.

Alyne Mendonça Saraiva

Professora Associada da Universidade Federal de Campina Grande. Doutora em Enfermagem.

E-mail: alynne.mendonca@professor.ufcg.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7939-3059>

Maria Clara Fernandes Xavier

Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande.

E-mail: maria.xavier@estudante.ufcg.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7458-4600>

Aline Pacheco Eugênio

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/FACISA - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

E-mail: alinepacheco420@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7647-866X>

Glenda Agra

Professora Associada da Universidade Federal de Campina Grande. Doutora em Enfermagem.

E-mail: glenda.agra@professor.ufcg.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7628-9029>

Anna Luiza Castro Gomes

Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Enfermagem.

E-mail: anna.castro@academico.ufpb.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5551-046X>

Gabriele Lima do Nascimento

Enfermeira. Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande.

E-mail: dgabilima@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0588-1439>

Submissão: 19/05/2025

Aprovação: 15/07/2025

Publicação: 30/07/2025



Como citar este artigo:

Saraiva AM, Xavier MCF, Eugênio AP, Agra G, Gomes ALC, Nascimento GL. Perfil das trabalhadoras de saúde durante a pandemia. São Paulo: Rev Recien. 2025; 15(43):337-349. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2025.15.43.337>

Introdução

Na conjuntura da pandemia de COVID-19, as trabalhadoras da saúde enfrentaram desafios no ambiente público e privado. Entre as demandas impostas pela encruzilhada do cuidado e do trabalho, tiveram, muitas vezes, que abdicar de si mesmas para atender de maneira satisfatória às exigências inerentes à realização do cuidado, seja no âmbito profissional ou familiar. Este fato se estrutura de maneira histórica, social e política nos pilares de uma sociedade patriarcal e opressora, delineando uma tênue linha que percorre a trajetória das mulheres, muito antes da eclosão da pandemia COVID-19¹.

De acordo com Yannoulas² a força de trabalho na saúde está envolta pelo fenômeno da feminização para todas as ocupações relativas à produção de cuidados. A autora aborda que esse processo de feminização seria o aumento do sexo feminino na composição de uma profissão ou cargo e a transformação qualitativa do valor social dessas ocupações, ou seja, a partir do aumento do número de mulheres em um determinado posto de trabalho, esse seria considerado menos qualificado, com menor prestígio e remuneração.

Durante a pandemia de COVID-19, o Ministério da Saúde convocou profissionais das áreas de Enfermagem, Farmácia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia, Biomedicina, Educação Física, Serviço Social, Biologia, Medicina, Medicina Veterinária, Técnicos em Radiologia, para estarem atuando em ações estratégicas no combate à doença. Dessas áreas, a Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social são ocupadas, em mais de 80%, por profissionais mulheres³.

Além desses profissionais, os serviços de saúde ainda dispõem de outras trabalhadoras que atuam na recepção, limpeza, atendimento, cozinha, entre outras ocupações. Embora não existam dados que tragam a distribuição dessas atividades na perspectiva de gênero, alguns autores⁴ consideram que pela própria natureza dessas funções, elas são exercidas, em sua grande maioria, por mulheres.

A Organização das Nações Unidas⁵ afirma que as mulheres foram as principais atuantes na prevenção e combate ao coronavírus e que elas foram e ainda são três vezes mais responsáveis pelos cuidados não-remunerados em casa do que os homens. As mulheres são afetadas diretamente por suas atuações nos serviços de saúde, mas também são sobrecarregadas pelo trabalho doméstico e reprodutivo e que, na maioria das vezes, não são reconhecidas socialmente como um trabalho⁶.

De acordo com o Fundo de Populações das Nações Unidas⁷ essa condição de vulnerabilidade e desigualdade entre os gêneros é um processo histórico e vem se perpetuando ao longo dos séculos. O contexto de pandemia descortinou e amplificou os abismos sociais já existentes, e nesse sentido, um dos efeitos imediatos foi a piora da qualidade de vida das mulheres, principalmente daquelas que vivem em regiões e municípios com pouca estrutura de apoio e rede social. Nesse sentido, em busca de uma melhor compreensão acerca desse grupo, esse artigo traz a seguinte questão: Qual o perfil socioeconômico e laboral das trabalhadoras de saúde que atuaram na pandemia COVID-19?

A relevância desta pesquisa destaca-se na consideração de variáveis demográficas, econômicas e laborais, preenchendo lacunas identificadas na

literatura e sublinhando a importância do recorte de gênero na narrativa pandêmica, compreendendo que a omissão desse aspecto perpetua desigualdades¹.

Assim, este artigo propõe uma análise do perfil das trabalhadoras de saúde, a partir de um recorte de gênero, enfatizando a influência dessas características em suas experiências durante a pandemia.

Material e Método

Pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo transversal e descritiva que teve como cenário o município de Cuité, situado no interior do Curimataú Paraibano, no Nordeste brasileiro. A cidade integra a 4ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, possui serviços especializados de referência da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e um campus da Universidade Federal de Campina Grande.

O cálculo amostral⁸ foi realizado considerando 95% de confiança e o erro máximo de estimativa amostral de 5%, para uma população de 130 mulheres que trabalhavam nos serviços públicos de saúde. A amostra obtida por meio do cálculo foi de 86 mulheres, no entanto, participaram da pesquisa 91 trabalhadoras.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa, foram: ser maior de 18 anos; estarem como trabalhadoras ativas da secretaria municipal de saúde; estarem atuando nos serviços públicos municipais de saúde. E como critérios de exclusão: trabalhadoras que estiverem de licença ou de férias do serviço no momento da coleta de dados.

A seleção das trabalhadoras ocorreu de forma aleatória, a partir dos serviços de saúde dispostos no município. Os dados foram coletados no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021, por um questionário autoaplicável, enviado às participantes por meio da plataforma *Google Forms*. O questionário continha, além de questões relativas aos dados sociodemográficos, questões de múltipla escolha distribuídas em 4 categorias: cotidiano laboral, cotidiano doméstico, trabalho reprodutivo e de cuidado e estratégias de autocuidado utilizadas durante a pandemia de COVID-19.

O estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro através do parecer número 3.035.95.

Os dados foram organizados, digitados no *software* Epi Info (versão 7.2.4.0). Posteriormente, uma análise estatística simples foi desenvolvida almejando sintetizar os valores, permitindo a obtenção de uma visão global, além de organizar e descrever os dados por intermédio de tabelas, gráficos e medidas descritivas⁹. Por fim, os resultados obtidos foram interpretados conforme a literatura vigente.

Resultados e Discussão

Em primeira análise os resultados apresentam o perfil social de 91 trabalhadoras de saúde, alocadas em diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) detalhando variáveis como idade, raça, escolaridade, orientação sexual, religião, estado civil e moradia.

Tabela 1. Perfil social das trabalhadoras de saúde, n= 91. Cuité-PB, 2021.

Variável	Categorias	Trabalhadoras	
		F	%
Idade	20 e 29 anos	16	17,6%
	30 e 39 anos	45	49,5%
	40 e 49 anos	21	23,1%
	50 a 59 anos	07	7,7%
	59 ou +	02	2,2%
Raça	Branca	34	37,4%
	Preta	04	4,4%
	Parda	53	58,2%
Escolaridade	Fund. Incompleto	02	2%
	Fund. Completo	05	5%
	Médio Incompleto	03	3%
	Médio Completo	30	33%
	Super. Incompleto	08	9%
	Super. Completo	23	25%
	Pós-Graduação	19	21%
	Não respondeu	01	1%
Religião	Católica	64	70,3%
	Protestante/Evangélica	12	13,2%
	Espírita	01	1,1%
	Matriz Africana	01	1,1%
	Outra	04	4,4%
	Sem religião	08	8,8%
	Não respondeu	01	1,1%
Orientação Sexual	Heterossexual	81	89,0%
	Homossexual	02	2,2%
	Bissexual	02	2,2%
	Não sabe responder	06	6,6%
Estado Civil	Solteira	30	33,0%
	Divorciada	03	3,3%
	Casada	40	44,0%
	União estável	18	19,8%
Com quem mora(*)	Companheiro(a)	62	68,1%
	Filhos	52	57,1%
	pai/ mãe/ irmãos	12	13,2%
	avós/ tios/primos	03	3,3%
	mora sozinha	02	2,2%
	Com os pais	03	3,3%

Fonte: Saraiva AM, et al. 2021. (*) Questão de múltipla escolha.

Predominaram na pesquisa as participantes na faixa etária de 30 a 39 anos, com 49,5% do total. Esse dado mostra a necessidade em entender melhor as questões relacionadas à saúde e bem-estar das mulheres em uma faixa etária que se relaciona com a produtividade no mercado de trabalho e com área reprodutiva.

Em pesquisa realizada para o Observatório do Nordeste para Análise Sociodemográfica da COVID-19

(ONAS-COVID-19) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte¹⁰, revelou que as mulheres representaram um grupo majoritário de 78% dos profissionais expostos ao risco de COVID-19 e metade delas concentra-se na faixa etária dos 30 aos 42 anos, corroborando com os dados achados nesse estudo.

No contexto brasileiro, o conceito de "Mulheres em Idade Fértil (MIF)" abrange o grupo etário que varia de 10 a 49 anos, englobando a maioria da

população feminina, correspondendo a 51,6% do total de mulheres, de acordo com informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio do IBGE¹¹. A fertilidade dentro desse grupo não apenas influencia diretamente a demografia e o crescimento populacional, mas também está intimamente ligada à produtividade econômica. Mulheres em idade fértil representam uma parte significativa da força de trabalho e sua participação no mercado é crucial para o desenvolvimento econômico¹².

Portanto, fomentar políticas públicas que envolvam o suporte à maternidade nos ambientes de trabalho, bem como reorganização da provisão de cuidados, têm o potencial de criar ambientes de trabalho mais saudáveis e menos desiguais. Tais medidas possibilitam um melhor equilíbrio entre vida profissional e pessoal, favorecendo a equidade de gênero¹³.

A alta proporção de trabalhadoras entrevistadas que se autodeclararam pardas, correspondeu a 58,2%, e esse dado pode ser justificado pela representatividade da miscigenação no Nordeste brasileiro. Esse dado se respalda nos números do Censo do IBGE em 2022¹⁴, na qual a Paraíba foi o estado do Nordeste a apresentar o maior crescimento da população parda, com 55,54%, sendo um percentual de 28,7% de mulheres. Portanto, a predominância das entrevistadas nessa categoria étnica reflete a composição demográfica da região e reforça a representatividade dessa parcela da população no contexto estudado.

Com relação à escolaridade, um terço das entrevistadas (33%) possuíam ensino médio completo e 25% revelaram possuir ensino superior completo. Dados do IBGE¹⁴ abordam que entre as pessoas com

25 anos ou mais, e 21,3% das mulheres têm o nível superior completo, contra 16,8% dos homens. Porém, as disparidades mais expressivas surgem ao fazer um recorte por cor ou raça, na qual o número de mulheres brancas graduadas era 29% enquanto das pretas ou pardas era 14,7%.

As mulheres negras e pardas ainda têm dificuldade no acesso à educação superior¹⁵. No entanto, como a pesquisa foi realizada em um município que possui um *campus* de expansão de uma instituição pública de ensino superior, esse dado aponta para um avanço no acesso e permanência dessas mulheres na universidade, o que consequentemente pode gerar maiores oportunidades profissionais e pessoais.

Nesse sentido, é possível entender que essa distribuição educacional entre as participantes da pesquisa sinaliza a importância contínua do investimento na educação em diferentes níveis, a fim de fortalecer o desenvolvimento socioeconômico e a igualdade de oportunidades para as mulheres no Brasil.

A variável “religião” foi adicionada ao questionário por entender que, em um momento de crise política, econômica e social, relacionada a um contexto de doença com elevado risco de morte, a religião pode ser, para algumas pessoas, uma estratégia de enfrentamento e amparo diante das dificuldades. Nesta pesquisa 70,3 % das trabalhadoras de saúde se identificaram como católicas, corroborando com os dados do censo demográfico do IBGE¹⁴ em que o catolicismo foi a prática religiosa dominante na Região Nordeste.

No que diz respeito à sexualidade, 89% das entrevistadas se declararam heterossexuais. A

influência da homossexualidade está intrinsecamente ligada às normas de gênero e às expectativas sociais, e seu impacto na vida das pessoas varia, amplamente, dependendo da cultura, contexto e nível de acessibilidade da diversidade sexual¹⁶. Quando questionadas sobre isso, 6,6% dessas trabalhadoras não souberam responder sobre a sua orientação, o que demonstra a falta de entendimento sobre a temática, ou até mesmo, a falta da autoaceitação em relação aos seus desejos.

Sobre o estado civil, em 2019, a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios do IBGE¹¹, trouxe que 45,8% da população brasileira estava casada. No Nordeste essa porcentagem cai para 43% da população. Neste estudo 44% das trabalhadoras referiram o estado civil de casadas, sendo que 68,1%

moram com o companheiro e 57,1% moram com os filhos.

Os dados sobre estado civil e moradia têm implicações importantes quando se trata das várias jornadas de trabalho não remuneradas que as mulheres podem enfrentar. A alta porcentagem de trabalhadoras que moram com o companheiro(a) (68,1%) e com os filhos (57,1%) sugere que elas podem estar enfrentando uma carga específica de trabalho doméstico e reprodutivo. Isso porque, muitas vezes, as responsabilidades domésticas caem de forma desproporcional sobre as mulheres¹⁷.

Visando compreender o delineamento do perfil econômico das trabalhadoras, utilizou-se os questionamentos sobre a renda do grupo familiar e fontes de renda durante o período pandêmico.

Tabela 2. Caracterização do perfil econômico das trabalhadoras de saúde, n=91. Cuité-PB, 2021.

Variável	Categorias	Trabalhadoras	
		F	%
Renda do grupo familiar	> de 1 Salário-Mínimo	05	5,5%
	De 01 a 02 Sal. Mínimos	45	49,5%
	De 03 a 04 Sal. Mínimos	29	31,9%
	De 04 a 5 Sal. Mínimos	07	7,7%
	Mais de 5 Sal. Mínimos	04	4,4%
	Não respondeu	01	1,1%
Diminuição da renda após a chegada da pandemia	Sim	37	40,7%
	Não	54	59,3%
Seu trabalho como única fonte de renda	Sim	27	29,7%
	Não	62	68,1%
	Não respondeu	02	2,2%
Além do serviço público possui outro emprego para ajudar na renda	Sim	22	24,2%
	Não	69	75,8%

Fonte: Saraiva AM, et al. 2021.

Inicialmente, a distribuição das trabalhadoras de saúde por faixas de renda do grupo familiar revela uma realidade econômica diversificada. Uma minoria (5,5%) está situada na faixa de menos de 1 salário-mínimo, enquanto a maioria (49,5%) recebe entre 1 e 2 salários-mínimos.

Considerando que renda mensal familiar, que é a

soma de todos os valores recebidos pelo trabalho por cada membro que divide a mesma casa, os dados desta pesquisa corroboram com os dados do IBGE¹⁴ retrata os valores dos rendimentos domiciliares per capita referentes a 2022 para o Brasil, calculados com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua de R\$ 1.625, ou seja, encontra-se

entre 1 e 2 salários-mínimos.

Em relação à diminuição da renda após a chegada da pandemia, a tabela indica que 40,7% das trabalhadoras experimentaram uma redução, enquanto a maioria (59,3%) não foi afetada significativamente nesse aspecto. Quanto à natureza do trabalho como única fonte de renda, constata-se que 29,7% das participantes dependem exclusivamente de sua ocupação nos serviços de saúde para sustento financeiro, enquanto a maioria (68,1%) revelou outras fontes de renda do grupo familiar.

Embora a maioria das trabalhadoras revelarem que não houve diminuição de renda durante a pandemia, houve um percentual considerável que afirmou essa redução. Esse fato pode ser explicado pelo aumento da inflação brasileira e pela grande crise de desemprego no país¹⁸.

Sobre a necessidade de outro emprego para complementar a renda, a maioria das entrevistadas (75,8%) referiu não possuir. Esses dados destacam a diversidade de situações econômicas enfrentadas pelas trabalhadoras de saúde, principalmente, levando em consideração que a pesquisa foi feita em uma cidade de pequeno porte, que traz modos de viver diferentes de municípios maiores.

Esse contexto de transformações socioeconômicas geradas pela pandemia da COVID-19, considerada a mais significativa crise sanitária do último século, expôs e intensificou diversos desafios estruturais pré-existentes. No entanto, vale evidenciar que tais impactos não afetam uniformemente toda a população. Em vez disso, subsistem sistemas de discriminação interseccionais que expõem determinados grupos a maiores vulnerabilidades em

detrimento de outros. Esses mecanismos persistentes perpetuam opressões relacionadas a questões de gênero, raça e classe, exercendo influência não apenas sobre o sistema de saúde, mas também sobre as trabalhadoras dessa área¹⁹.

Essa conjuntura gerou uma maior vulnerabilidade para as mulheres do estudo, uma vez que 68,1% delas mencionaram que seu trabalho não é a única fonte de renda no lar. Ao ser analisado em conjunto com o dado de que a renda familiar é de 1 a 2 salários-mínimos, pode-se concluir que essas são famílias em uma situação econômica considerada baixa.

As mulheres enfrentam uma disparidade salarial média de cerca de 16% em relação aos homens, mesmo em funções semelhantes, enquanto também dedicam significativamente mais tempo ao trabalho doméstico não remunerado e aos cuidados familiares¹⁹.

Cabe ressaltar a reflexão a respeito do salário e gênero, feita por Silvia Federici²⁰, que parte do pressuposto de que o salário representa o instrumento de mensuração do trabalho produtivo, ocultando, ademais, todo o trabalho não remunerado que se converte em lucro e sustenta o sistema capitalista.

No entanto, os dados do estudo revelaram, ainda, que 75,8% das participantes não possuem outro emprego que auxilie na renda familiar, visto ainda que, segundo autores²¹⁻²², culturalmente as mulheres acabam gastando tempo em outras demandas, como o trabalho doméstico e o cuidado dos filhos, ou seja, realizando um trabalho invisibilizado e não remunerado, que consome tempo e disposição.

Para além das desigualdades entre os gêneros, há

uma bipolarização do emprego feminino. Existem as mulheres com maior nível de escolaridade, e aquelas que se encontram nos setores menos privilegiados. Esse fenômeno aumenta as desigualdades sociais entre os sexos, e entre as próprias mulheres, principalmente quando se considera que mulheres brancas e de classe social mais alta conseguem ter maior escolaridade e assumem postos de trabalhos mais remunerados, enquanto as mulheres negras e pobres são a maioria dos trabalhos menos valorizados²³.

Compreender como acontece o serviço laboral dessas trabalhadoras auxilia no entendimento das dificuldades vivenciadas nesse período pandêmico. Diante disso, o instrumento de coleta trouxe questões, as quais visam uma melhor compreensão sobre a forma de prestação e o serviço onde essas mulheres atuam, como também, a função exercida e as mudanças ocasionadas no trabalho pela pandemia, como pode ser visto na tabela a seguir.

Tabela 3. Caracterização laboral das trabalhadoras, n=91. Cuité-PB, 2021.

Variável	Categorias	Trabalhadoras	
		f	%
Forma de Prestação de serviço	Concurso	49	53,8%
	Contrato	41	45,1%
	Terceirizado	01	1,1%
Serviço de saúde em que atua	UBSF	38	41,8%
	Hospital Municipal	14	15,4%
	Farmácia Básica	02	2,2%
	Sec.de Saúde	09	9,9%
	CAPS	08	8,8%
	SAMU	03	3,3%
	C. de Reabilitação	04	4,4%
	CEO	02	2,2%
	Lab. Anál.Clinicas	05	5,5%
	Serv. At. Domic.	06	6,6%
Função que ocupa no trabalho	Gestora	04	4,4%
	Psicóloga	03	3,3%
	Enfermeira	12	13,2%
	Assistente Social	02	2,2%
	Téc. Enfermagem	12	13,2%
	Odontóloga	01	1,1%
	ACS	16	17,6%
	Serv. de apoio	20	21,9%
	Téc. de Saúde bucal	05	5,5%
	Fisioterapeuta	03	3,3%
	Médica	01	1,1%
	Nutricionista	02	2,2%
	Farmacêutica	02	2,2%
	Fonoaudióloga	01	1,1%
	Pedagoga	01	1,1%
	Não respondeu	01	1,1%
Aumento do tempo de trabalho após a pandemia	Sim	43	47,3%
	Não	45	49,5%
	Não respondeu	03	3,3%
Aumento das atividades exercidas após a pandemia	Sim	66	72,5%
	Não	23	23,5%
	Não respondeu	02	2,2%

Fonte: Saraiva AM, et al. 2021.

A análise começa com a forma de prestação de serviço, onde a maioria das trabalhadoras está vinculada por meio de concurso público (53,8%), seguido por contrato (45,1%) e uma pequena parcela terceirizada (1,1%).

Pesquisadores indicam que a segurança oferecida por um cargo público resulta em uma alta demanda por parte das mulheres. Além da estabilidade, esses cargos proporcionam flexibilidade na carga horária, ajudando as mulheres a equilibrarem suas responsabilidades profissionais e domésticas²⁴.

Em relação ao serviço de saúde onde atuam, a distribuição é variada, com a maioria atuando em Unidades Básicas de Saúde (41,8%), seguido por Hospital Municipal (15,4%) e Secretaria de Saúde (9,9%). As funções desempenhadas são diversas, com destaque para as aquelas que se encontram em serviços de apoio (21,9%) como: recepcionistas, auxiliar de serviços gerais, digitadora, auxiliar administrativa e secretária), seguidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (17,6%), técnicas de enfermagem (13,2%) e enfermeiras (13,2%). De acordo com o Fundo de Populações das Nações Unidas⁷, as mulheres representam 70% da força de trabalho em serviços sociais e de saúde ao redor do mundo. Nos últimos anos houve uma maior participação das mulheres nos serviços públicos e isso se deve à expansão dos empregos públicos na esfera municipal do país²⁵. No âmbito estadual, há também uma maior participação desse grupo, ocupando em média 58% dos cargos.

Dados atuais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apontam que existem no Brasil 3 milhões de pessoas trabalhadoras em exercício no SUS, 75% desses trabalhadores são

mulheres. Nas cinco regiões Brasileiras, o CNES aponta que o maior número de pessoas empregadas exerce a função de Técnicos(as) de enfermagem totalizando um número de 769.203 profissionais, seguidos pelos Agentes comunitários de saúde apresentando 147 mil profissionais no total²⁶. Este quadro apresentado pelo CNES, dialoga com os resultados da pesquisa, os quais demonstram o maior número de profissionais do município exercendo funções como Agentes comunitárias de saúde e Técnicas de enfermagem, seguidos ainda, por profissionais enfermeiras.

No entanto, há que se considerar que os serviços de saúde não são compostos apenas por profissionais especializados na área, mas também por uma série de outras ocupações essenciais e de apoio, como: secretárias, recepcionistas, auxiliares de serviços gerais, entre outras. Essas ocupações, abrangem, em sua maioria, mulheres de maior faixa etária, pois exigem baixa qualificação e tem absorvido cada vez menos jovens, que ao longo do tempo, vem tendo mais oportunidades de se inserirem em outras ocupações¹⁰.

Durante a pandemia, houve um aumento significativo no tempo de trabalho para algumas (47,3%), enquanto para outras não houve mudança (49,5%). Quanto ao aumento das atividades exercidas, a maioria das trabalhadoras relatou uma elevação (72,5%).

Alguns pesquisadores²⁷ referiram que os profissionais de saúde, da linha de frente no combate ao coronavírus, expressaram sentimentos de exaustão e(ou) esgotamento com a intensa carga de trabalho, tal fato que tendia a piorar com a grande necessidade de mais mão-de-obra nos momentos de picos de contaminação da doença. Em outros estudos²⁸

observou-se que o processo da pandemia acarretou, principalmente aos trabalhadores da saúde, jornadas de trabalho redobradas com intensa sobrecarga e pressão. O que explica a aproximação percentual de 47,3% das trabalhadoras das quais disseram terem sentido um aumento no tempo de trabalho e também das atividades exercidas (72,5%), que pode ser explicado pela nova dinâmica assistencial que a pandemia trouxe aos serviços de saúde.

Acredita-se que as mulheres que citaram o aumento no tempo de trabalho, provavelmente são as que prestam serviço por meio de contratos, tal fato, facilita a movimentação no setor público sobre as

exigências de serviço, o que não acontece no caso das trabalhadoras concursadas, devido a proteção mais abrangente em decorrência de leis trabalhistas que envolvem carga horária limitada²⁹.

Dados do IPEA³⁰ afirmam que o trabalho doméstico e reprodutivo não remunerado acrescentam 11 horas semanais à jornada da mulher. Além disso, a posição que ocupam ao longo da vida tem um efeito muito mais forte sobre as mulheres, especialmente quando há presença de filhos, o que amplia o tempo gasto entre várias atividades. Esses dados corroboram com os achados desta pesquisa, apontados na tabela a seguir.

Tabela 4. Trabalhadoras de saúde e o trabalho doméstico e reprodutivo, n=91. Cuité-PB, 2021.

Variável	Categorias	Trabalhadoras	
		F	%
Quem é o responsável pelo trabalho doméstico em sua casa?	Eu faço todo trabalho doméstico	33	36,3%
	Divido o trabalho com outras mulheres da família	15	16,5%
	Divido o trabalho com todos que moram na casa	05	5,5%
	Outras pessoas me ajudam, mas a maior responsável sou eu	28	30,8%
	Pago uma trabalhadora doméstica	10	11,0%
O trabalho doméstico aumentou na pandemia	Sim	59	64,8%
	Não	32	35,2%
Você tem filhos	Sim	65	71,4%
	Não	26	28,6%
Quem cuida dos filhos enquanto você trabalha	Companheiro (a)	15	16,5%
	Parentes Avós	23	25,3%
	Babá	02	2,2%
	Instituição (escola, creche)	01	1,1%
	Outro	20	22,0%
	Não respondeu/não tenho filhos	30	33,0%
Acompanha os filhos nas tarefas da escola	Sim	41	45,1%
	Não	13	14,3%
	Nem sempre	05	5,5%
	Às vezes	05	5,5%
	Não respondeu/ não tenho filhos	27	29,7%
Quem gerencia sua casa	As decisões sobre os trabalhos domésticos e cuidado eu tomo sozinha	51	56,0%
	Divido com meu companheiro essas decisões	16	17,6%
	Geralmente sou eu e outras mulheres da casa	18	19,8%
	Outras pessoas	04	4,4%
	Não respondeu	02	2,2%
É responsável por cuidar de algum idoso ou pessoa com deficiência?	Sim	18	19,78%
	Não	72	79,12%
	Não respondeu	01	1,10%

Fonte: Saraiva AM, et al. 2021.

(*)Quesito com múltiplas respostas.

O trabalho doméstico é majoritariamente uma função atribuída às mulheres. Este fato também é percebido entre as trabalhadoras entrevistadas, em que 36,3% delas afirmaram realizar todo o trabalho doméstico, e quando este trabalho é dividido é com outras mulheres da casa (16,5%). No que tange ao trabalho doméstico e reprodutivo, ele ainda é tido como uma responsabilidade apenas feminina, e assim vem permanecendo de geração em geração³¹.

Além disso, 56% delas são responsáveis pelo gerenciamento da casa, tomando todas as decisões sobre o trabalho desenvolvido no âmbito privado. O trabalho doméstico no Brasil ainda é invisibilizado, porém em países como a Argentina, já houve o reconhecimento do trabalho reprodutivo de cuidar de crianças como parte do Programa Integral de Reconhecimento de Tempo de Serviço por Tarefas Assistenciais, medida feita pela Administração Nacional de Seguridade Social (ANSES)³² do país, assegurando e dando visibilidade a esse trabalho.

O isolamento social preconizado como medida preventiva ao COVID-19, naturalmente, acarretou a maior permanência das pessoas em casa, causando, consequentemente um aumento do trabalho doméstico, necessitando de demandas por limpeza e manutenção, corroborando com o apontamento da maioria das participantes da pesquisa (64,8%), que disseram haver um aumento das atividades domésticas após o início da pandemia¹⁰.

Nesse cenário ainda, 71,4% das trabalhadoras possuem filhos, mas apenas 45,1% delas acompanham os filhos nas tarefas escolares, fato que pode ser explicado pela grande carga de cuidados maternos que permeiam o âmbito familiar e pelos afazeres domésticos que são de responsabilidade dessas

mulheres. Com o coronavírus, as crianças foram obrigadas a ficar em casa, devido ao fechamento das escolas no controle do vírus, as trabalhadoras afirmaram (25,3%) precisaram deixar os filhos com parentes, como os avós, para que pudessem ir trabalhar.

Quando questionadas sobre a responsabilidade de cuidar de outros dependentes como idosos ou pessoa com deficiência, as trabalhadoras pesquisadas responderam negativamente (79,12%), sendo apenas 19,78% as responsáveis por esse tipo de cuidado que se enquadra dentro do cuidado reprodutivo.

Nesse sentido, corroborando com outros pesquisadores³³ ao compreender o perfil social dessas profissionais durante a pandemia é possível identificar as particularidades e desafios enfrentados por elas, e alçar ações que promovam a equidade de gênero, a valorização do trabalho das mulheres na área da saúde e o desenvolvimento de políticas de cuidado que possam amparar essas mulheres.

Considerações Finais

O estudo apresentado destaca a complexidade das vivências das trabalhadoras dos serviços de saúde durante a pandemia de COVID-19. O perfil dessas mulheres revela que sua maioria estavam em faixa etária reprodutiva, entre 30 e 42 anos, incluindo uma predominância de mulheres pardas, com ensino médio completo e renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos, refletindo a diversidade racial e as baixas condições socioeconômicas das trabalhadoras no Nordeste brasileiro. A maioria revelou um aumento das atividades laborais nos serviços de saúde no contexto pandêmico, somado ao aumento do trabalho doméstico e reprodutivo.

A pesquisa aponta para a necessidade urgente de

políticas públicas que promovam um equilíbrio entre vida profissional e pessoal, além de suporte necessário para a corresponsabilização do trabalho doméstico e reprodutivo. Embora a pesquisa tenha limitações devido ao foco em um único município e à restrição no número de participantes, ela contribui significativamente para o entendimento do impacto da pandemia nas trabalhadoras de saúde e sugere a necessidade de estudos que possam dimensionar se o trabalho público e privado continua a coexistir de forma discrepante e esmagadora na vida das mulheres.

Referências

1. Canavêz F, Farias CP, Luczinski GF. A pandemia de COVID-19 narrada por mulheres: o que dizem as profissionais de saúde? *Saúde Debate*. 2021; 45(spe1):112-23.
2. Yanoullas, Silvia Cristina (Org.). *Trabalhadoras: análise da feminização das profissões e ocupações*. Brasília: Abaré, 2013. 302p.
3. CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS*. 2020. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>>. Acesso em 18 jul 2022.
4. Hernandez ESC, Vieira L. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à COVID-19. *Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão governamental*. 2020. Disponível em: <<http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-COVID-19>>. Acesso em 22 jul 2021.
5. ONU. Organização das Nações Unidas. *ONU Mulheres sugere nove ações que toda pessoa pode fazer na resposta à COVID-19 e eliminar a desigualdade de gênero dentro de casa*. 2020. Disponível em: <<https://www.onumulheres.org.br/noticias/onu-mulheres-sugere-nove-acoes-que-toda-pessoa-pode-fazer-na-resposta-a-COVID-19-e-eliminar-a-desigualdade-de-genero-dentro-de-casa/>>. Acesso em 10 dez 2024.
6. Carvalho N. *Desigualdades de gênero em tempos de pandemia e isolamento*. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). 2020. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/noticias/2020/04/06/desigualdade-de-genero-em-tempos-de-pandemia-e-isolamento/>>. Acesso em 22 jul 2021.
7. UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. *COVID-19: Um olhar para gênero*. 2020. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/um-olhar-para-g%C3%AAnero>>. Acesso em 12 out 2024.
8. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saúde Coletiva*. 2000; 8(2):9-28.
9. Milone G. *Estatística Geral e Aplicada*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2004.
10. Jesus JC, Meira KC, Myrrha LJD. “Na frente de combate à COVID-19: quem e quantos são os profissionais de saúde no Nordeste?” Departamento de Demografia e Ciências Atuariais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2020. Disponível em: <<https://demografiufrn.net/2020/04/15/na-frente-de-combate-a-COVID-19-quem-e-quantos-sao-os-profissionais-de-saude-no-nordeste/>>. Acesso em 15 jun 2024.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio*. Rio de Janeiro: IBGE. 2016. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9127-pesquisa-nacionalpor-amostra-de-domicilios.html>>. Acesso em 20 mar 2019.
12. Souza AMG, Andrade FB. What is the mortality scenario for women of reproductive age in Brazil? *O Mundo da Saúde*. 2020; 44:421-432.
13. Colombo AA. A bioética como instrumento de crítica às políticas públicas em saúde reprodutiva feminina e educação sexual no Brasil. *Rev Bras Sexualidade Humana*. 2022; 33(2):1056.
14. IBGE. *IBGE divulga rendimento domiciliar per capita 2022 para Brasil e Unidades da Federação*. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/36320-ibge-divulga-rendimento-domiciliar-per-capita-2022-para-brasil-e-unidades-da-federacao>>. Acesso em 09 nov 2023.
15. Queiroz DM, Santos CM. As mulheres negras brasileiras e o acesso à educação superior. *Rev*

FAEEBA. 2016; 25(45):01-25.

16. Freitas LRT. A importância do reconhecimento social na construção da identidade sexual de mulheres não heterossexuais no sul da Bahia. Cad Pagu. 2022; (64):e226414.

17. Carneiro R. Cansaço e violência social: sobre o atual cotidiano materno. Cadernos Pagu. 2021; 63:1-12.

18. Costa SS. "Pandemia e desemprego no Brasil". Rev Adm Pública. 2020; 54(4).

19. Padilla M, et al. (org.). Mulheres e Saúde: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde. Organizadores: Mônica Padilla, Cristiane Goshc, Lisiane Bôer Possa e Alcindo Antônio Ferla. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. 2021.

20. Federici S. O patriarcado do salário Trad. de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo. 2021.

21. Motta JO, et al. A satisfação no ambiente de trabalho e sua influência na qualidade de atendimento ao cliente. Rev Ceuma Perspectivas. Edição Especial. XII Semana de Administração - SEAD. 2021.

22. Federici S. O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. Tradução de Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante. 2019.

23. Passos RG. Trabalho, gênero e saúde mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez. 2018.

24. Cani LS. Nalysis the insertion of women to positions offered by the brazilian government through "Public Calls": power relationships in the public defender office of the State Espírito Santo. Rev Gênero, Sexualidade e Direito. 2016; 2(2):1-19.

25. Fernandez M. Gênero no serviço público: um convite à reflexão sobre a desigualdade dentro do Estado. 2023. Disponível em: <<https://pp.nexojornal.com.br/ponto-de-vista/2023/03/23/genero-no-servico-publico-um-convite-a-reflexao-sobre-a-desigualdade-dentro-do-estado>>. Acesso 20 fev 2024.

26. Conselho Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Gestão do trabalho e da educação na

saúde já começou! 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/fevereiro/4a-conferencia-nacional-de-gestao-do-trabalho-e-da-educacao-na-saude-ja-comecou>>. Acesso em 10 jul 2024.

27. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA. 2020; 3(3).

28. Cunha DAO, et al. Estresse da equipe de enfermagem em cuidados paliativos no enfrentamento da COVID-19. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/MsKTdhnyWJLRrHw3XNW7Mz/?lang=pt>>. Acesso em 5 nov 2023.

29. Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. Rev Bras Epidemiologia. 2012; 15(3):560-572.

30. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Estudo aponta desigualdade de gênero no trabalho doméstico e de cuidados não remunerado no Brasil. 2023. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/porta/categorias/45-to-das-as-noticias/noticias/14024-estudo-aponta-desigualdade-de-genero-no-trabalho-domestico-e-de-cuidados-nao-remunerado-no-brasil>>. Acesso em 10 jul 2024.

31. Ávila MB, Ferreira V. Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres. SOS Corpo Instituto Feminino para a democracia. Recife. 2014. Disponível em: <https://soscorpo.org/wp-content/uploads/livro_trabalho_versaoonline-1.pdf>. Acesso em 9 ago 2021.

32. ANSES - Administración Nacional de la Seguridad Social. Reconocimiento de aportes por tareas de cuidado. Argentina. 2021. Disponível em: <<https://www.anses.gob.ar/reconocimiento-de-aportes-por-tareas-de-cuidado>>. Acesso em 22 jul 2021.

33. Machado MH, et al. Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2023; 28(10):2809-2822.