

Desigualdade em meio à crise: uma análise dos profissionais de saúde que atuam na pandemia de COVID-19 a partir das perspectivas de profissão, raça e gênero

Inequality in the middle of a crisis: an analysis of health workers during the COVID-19 pandemic from the profession, race, and gender perspectives

Giordano Magri (<https://orcid.org/0000-0002-2070-8802>)¹

Michelle Fernandez (<https://orcid.org/0000-0003-0224-0991>)²

Gabriela Lotta (<https://orcid.org/0000-0003-2801-1628>)¹

Abstract *Studies show that people in vulnerable conditions and some social groups such as women and black people have suffered more intensely from the COVID-19 pandemic impacts. This expression of inequality also manifests itself among healthcare workers, with greater exposure of some specific groups. This paper analyzes the effect of COVID-19 on health care workers and the working conditions in the Brazilian public health system, analyzed from professional, gender, and race perspectives. Data were collected from an online survey of 1,829 health workers conducted in March 2021. Indeed, we identified inequalities in health workers' experiences during the health crisis generated by COVID-19, which are marked by the profession of each worker and are traversed by their gender and race traits.*

Key words Health worker, Inequality, Gender, Race, COVID-19

Resumo *Estudos mostram que pessoas em condições de vulnerabilidade têm sofrido de forma mais intensa os impactos da pandemia de COVID-19, assim como alguns grupos sociais, como mulheres e negros. Essa expressão de desigualdade também se manifesta entre os trabalhadores da saúde, com maior exposição de alguns grupos específicos. Este artigo analisa a incidência da COVID-19 sobre os trabalhadores da saúde a partir das perspectivas de profissão, gênero e raça. Os dados foram coletados por uma survey online com 1.829 trabalhadores da saúde, realizada no mês de março de 2021. Encontramos que, efetivamente, há desigualdades nas experiências dos trabalhadores da saúde durante a crise sanitária gerada pela COVID-19. Essas desigualdades estão marcadas pela profissão de cada trabalhador e são atravessadas por suas características de gênero e raça.*

Palavras-chave Profissionais de saúde, Desigualdade, Gênero, Raça, COVID-19

¹ Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. Av. 9 de julho 2029. 01313-902 Bela Vista SP São Paulo Brasil. gmmagri@gmail.com

² Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

Introdução

Os trabalhadores da linha de frente representam a camada de profissionais dos serviços públicos mais exposta em uma situação de crise¹, contexto que costuma se sobrepor a condições mais precárias de trabalho². Durante a pandemia da COVID-19, os profissionais da linha de frente da área de saúde experimentam, especialmente, um cenário de incertezas e riscos com a rápida disseminação do SARS-Cov-2 pelo mundo³. Diante de uma crise sanitária, esses trabalhadores desempenham um papel estratégico no enfrentamento da situação, desde o trabalho na prevenção do contágio até o tratamento de infectados, o que mobiliza inúmeros profissionais dos diversos níveis de atenção. No contexto brasileiro, os déficits de planejamento e coordenação para o enfrentamento da pandemia pelo governo federal intensificaram ainda mais o cenário de vulnerabilidades vivenciadas por esses profissionais^{4,5}.

Estudos sugerem que a gestão errática da pandemia tem ocasionado sérias consequências para a atuação dos profissionais de saúde que atuam no Sistema Único Brasileiro (SUS) durante a emergência sanitária gerada pela pandemia da COVID-19⁶⁻¹⁰. Essas consequências alteram diretamente a forma como esses profissionais realizam seu trabalho e como se relacionam com os usuários dos serviços de saúde⁸. Em primeiro lugar, a própria natureza face-a-face do trabalho de linha de frente a transformou em um risco, dadas as características de transmissão da COVID-19¹. Em segundo lugar, ao serem os atores com mais capacidade de enfrentar a doença diretamente, esses profissionais enfrentaram um aumento crítico de demanda em uma situação de trabalho arriscada, sem os devidos recursos e sob enormes pressões. Pesquisas já mostram os impactos desse cenário na saúde mental dos trabalhadores^{11,12}. Em terceiro lugar, pela extensão e duração da pandemia, eles estão sendo expostos a essas condições críticas por um longo período, sem descanso ou alívio, e ainda somando ao enfrentamento à pandemia outros cuidados com a saúde – como a vacinação e as condições regulares de saúde que precisam ser atendidas.

Tudo isso mostra o cenário de pressão e criticidade no qual profissionais de saúde estão atuando desde o início da pandemia de COVID-19 e que gera diversos impactos em termos de saúde física e mental. No entanto, se é evidente que a pandemia afeta a todos e de maneira mais crítica aos profissionais de saúde, também é evidente que estes impactos se manifestam de modo desi-

igual entre os grupos sociais. Pesquisas mostram que pessoas em condições de vulnerabilidade têm sofrido de forma mais intensa os impactos da pandemia^{9,10}. Também mostram que grupos sociais como mulheres e negros sofrem mais esses impactos. Isso porque, no caso das mulheres, somam-se às desigualdades cotidianas a sobrecarga do trabalho doméstico imposta pela pandemia, o que também se manifesta nas profissionais de saúde.

A população negra, já exposta a condições sociais e econômicas mais vulneráveis, também teve tal situação exacerbada na pandemia – pesquisas mostram, por exemplo, que profissionais de saúde negros receberam menos EPI, treinamento e apoio¹³. Além disso, também já temos evidências de que algumas profissões dentro da saúde foram mais impactadas do que outras no contexto da pandemia de COVID-19. Os agentes comunitários de saúde (ACS) e os agentes de combate às endemias (ACE) vivenciaram contextos de maior vulnerabilidade no acesso a recursos, e conseqüentemente maior vivência do medo na execução de seu trabalho^{6,14}. Já os profissionais da enfermagem vêm experienciando durante a pandemia grandes cargas de trabalho, que levam à alta exposição e ao adoecimento físico e mental mais elevado se comparado a outras categorias profissionais¹⁵⁻¹⁸.

A partir desse contexto, analisamos neste artigo como a pandemia da COVID-19 incidiu nos profissionais de saúde no Brasil, identificando a diferença na percepção sobre a crise a partir de uma ótica de gênero, raça e profissões que atuam na linha de frente. Nesse sentido, questionamos: num contexto de crise, como as desigualdades de raça, gênero e profissão incidem (i) nas condições organizacionais para atuação dos profissionais da linha de frente; (ii) nos sentimentos vivenciados por esses trabalhadores; e (iii) na exposição a situações de violência.

Método

Entre 1º e 20 de março de 2021, realizamos um *survey* on-line, envolvendo 1.829 profissionais de saúde que atuam na linha de frente do SUS. A amostra possui característica não probabilística, definindo-se como de conveniência. Esse formato de pesquisa também foi utilizado por outros pesquisadores no mundo que investigaram as condições dos(as) profissionais de saúde no combate à COVID-19^{5,19,20} e no contexto de pandemias passadas²¹. Dada a natureza emergencial

da pandemia e a falta de dados precisos sobre o perfil da força de trabalho, não foi possível realizar uma amostra aleatória. As condições pandêmicas de distanciamento físico e a necessidade de evidências rápidas facilitam uma maior aceitabilidade da amostragem de conveniência²². Assim, não pretendemos realizar inferências estatísticas no presente artigo, mas sim olhar para os dados a partir de sua complexidade interpretativa.

O instrumento de coleta de dados foi baseado na literatura sobre forças de trabalho em saúde e emergências em saúde^{20,21}, e foi posteriormente revisado por pares acadêmicos, especialistas e profissionais de saúde voluntários. O questionário é composto por 52 questões distintas (binárias, de múltipla escolha, abertas e em escala de Likert) e buscava capturar as percepções dos entrevistados sobre suas experiências da linha de frente contra a COVID-19.

Para a análise sistemática dos dados, optou-se por dois caminhos metodológicos: a estatística descritiva de indicadores binários (sim ou não) a partir da desagregação das variáveis de raça, gênero e profissão, e a identificação e análise de conteúdo²³ da resposta aberta referente à razão atribuída pelos respondentes ao sentimento de despreparo no trabalho. Nesta questão foram identificados seis códigos principais: falta de apoio no local de trabalho, falta de consciência das pessoas, falta de suporte das autoridades, disseminação da doença, medo/incerteza/insegurança, falta de informações confiáveis sobre a doença. A partir desses códigos, assim como foi realizado com as questões fechadas de múltipla escolha, foi identificada e comparada a incidência de respostas para cada grupo analisado.

As questões consideradas para o presente trabalho se concentraram nos aspectos organizacionais, como questões materiais (acesso a EPI, treinamento, acesso a material de teste) e de apoio institucional (apoio de supervisores etc.), além de condições psicoemocionais (emoções, percepção de impacto na saúde mental e apoio). Filtramos as respostas pelas profissões dos respondentes. Portanto, a análise combinada dessas variáveis apresentadas em dados quantitativos e qualitativos nos permite compreender como o gênero e a raça dos profissionais da linha de frente, bem como suas profissões, afetam a forma como eles vivenciam a pandemia de COVID-19 (Quadro 1).

Sobre os aspectos éticos na realização da pesquisa, a participação dos respondentes era voluntária, com possibilidade de desistência a qualquer momento durante o preenchimento do

questionário. A resposta a perguntas abertas era opcional. Os participantes não foram identificados, assim como não foram expostos a nenhum risco. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getúlio Vargas (CEPH), sob o parecer nº 099/2020.

Resultados

O perfil dos respondentes foi estruturado de acordo com gênero, raça, profissão, serviço declarado, região em que atua, anos de trabalho e faixa etária (Tabela 1). Olhando para os perfis gerais da amostra, 78,4% dos respondentes são mulheres e 21,6% homens. Entre as mulheres, 47% se autodeclararam brancas, 50,4% negras e 2,6% de outras raças. Entre os homens, os que se identificaram como brancos são 41,6%, como negros foram 56,6% e as outras raças totalizaram 1,8% das autodeclarações.

Em relação à profissão, os ACS/ACE são a maioria dos respondentes, tanto entre homens (59,6%) quanto entre mulheres (49,6%). A segunda posição varia entre os gêneros, ficando as profissionais de enfermagem entre as mulheres (20,3% delas) e os médicos entre os homens (14,7% deles). Para completar, as médicas somam 9,8% e os profissionais de enfermagem 6,4%.

Em que pese o foco deste artigo seja olhar para as interfaces entre gênero, raça e profissão na exposição nesse momento de crise, outros elementos ajudam a caracterizar melhor a amostra da pesquisa. A maioria dos participantes declarou ter idade entre 40 e 49 anos (35% e 36,2%, respectivamente), enquanto apenas 6,1% dos homens e 4,3% das mulheres informaram ser maiores de 60 anos. Com relação à região do país, os respondentes se concentraram, de forma crescente, da seguinte maneira. Entre as mulheres, 4,9% estão no Norte, 6,3% no Centro-Oeste, 15,7% no Sul, 33,3% no Sudeste e 39,8% no Nordeste. Já entre os homens, são 5% no Norte, 4,5% no Centro-Oeste, 10,2% no Sul, 23,9% no Sudeste e 56,4% no Nordeste. A concentração de respondentes nos estados do Nordeste se justifica pela sobre-representação de ACS/ACE entre os(as) participantes da pesquisa.

Uma vez identificados, em linhas gerais, os perfis que compõem a amostra, é possível analisar os impactos desses profissionais durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil. Organizamos os resultados a partir de três eixos: (i) condições organizacionais; (ii) saúde

Quadro 1. Temas e questões utilizados.

Tema	Questões	Tipo de variável	Possível resposta
Condições organizacionais	Você se sente preparado(a) para lidar com a crise do coronavírus?	Fechada e binária	Sim/não
	O que mais contribui para você se sentir assim [em relação ao preparo]?	Aberta	Aberta
	Você recebeu os equipamentos necessários para se proteger?	Fechada e múltipla escolha	- Não recebi - Recebi poucas vezes - Recebi de forma contínua
	Você recebeu treinamento para lidar com a crise de COVID-19?	Fechada e binária	Sim/não
	Você recebeu material de testagem no serviço em que trabalha?	Fechada e múltipla escolha	- Não recebi - Recebi poucas vezes - Recebi de forma contínua
	O seu supervisor direto te dá suporte?	Fechada e binária	Sim/não
Emoções e saúde mental	Você tem medo do coronavírus?	Fechada e binária	Sim/não
	Você acredita que sua saúde mental foi afetada pela pandemia?	Fechada e binária	Sim/não
	Você recebeu algum tipo de apoio para cuidar da sua saúde mental?	Fechada e binária	Sim/não
	A quem você recorre em casos de problemas com a sua saúde mental?	Fechada e múltipla escolha	- Família - Profissionais da área de saúde mental (psicólogos, psiquiatras) - Guia religioso (pastor, padre, mãe/pai de santo ou outro) - Amigos - Colegas de trabalho - Chefe/supervisor(a) - Ninguém - Outro
	Quais emoções pessoais você sentiu/sente durante a pandemia?	Fechada e múltipla escolha	- Medo - Distanciamento/frieza - Indiferença - Tristeza - Desesperança - Solidão - Empatia - Raiva - Estresse/ansiedade - Reconhecimento - Esperança - Cansaço - Outro
Exposição a situações de violência	Você sofreu algum tipo de assédio moral durante a pandemia?	Fechada e múltipla escolha	- Não - Sim, continua igual a antes da pandemia - Sim, aumentou com a pandemia - Sim, começou com a pandemia
	Quem te assediou?	Fechada e múltipla escolha	- Chefia - Colegas - Governantes - Usuários(as) do serviço - Familiares de usuários(as) - Pessoas nas ruas - Outros

Fonte: Autores.

Tabela 1. Perfil dos respondentes.

Total de respondentes	ACS/ACE	Médico(a)	Profissional de enfermagem	Outros
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	945 (51,7)	198 (10,8)	315 (17,2)	371 (20,3)
Gênero				
Feminino	709 (75,0)	140 (70,7)	290 (92,1)	291 (78,4)
Masculino	235 (24,9)	58 (29,3)	25 (7,9)	76 (20,5)
Preferiu não responder	1 (0,1)	0 (0)	0 (0)	4 (1,1)
Cor/raça				
Branca	265 (28)	156 (78,8)	185 (58,7)	230 (62)
Parda	557 (58,9)	32 (16,2)	102 (32,4)	105 (28,3)
Preta	109 (11,5)	1 (0,5)	22 (7)	19 (5,1)
Amarela	10 (1,1)	8 (4)	3 (1)	12 (3,2)
Indígena	3 (0,3)	0 (0)	3 (1)	1 (0,3)
Preferiu não declarar	1 (0,1)	1 (0,5)	0 (0)	4 (1,1)
Região				
Centro-Oeste	50 (5,3)	12 (6,1)	25 (7,9)	22 (5,9)
Nordeste	643 (68)	23 (11,6)	51 (16,2)	75 (20,2)
Norte	62 (6,6)	2 (1)	15 (4,8)	11 (3)
Sudeste	103 (10,9)	146 (73,7)	151 (47,9)	173 (46,6)
Sul	87 (9,2)	15 (7,6)	73 (23,2)	90 (24,3)
Serviço				
Atenção básica	945 (100)	44 (22,2)	106 (33,7)	123 (33,2)
Atenção especializada	0 (0)	48 (24,2)	37 (11,7)	68 (18,3)
Atenção hospitalar	0 (0)	86 (43,4)	141 (44,8)	76 (20,5)
Gestão	0 (0)	2 (1)	3 (1)	10 (2,7)
Outro	0 (0)	18 (9,1)	28 (8,9)	94 (25,3)
Faixa etária				
19-29 anos	51 (5,4)	21 (10,6)	32 (10,2)	46 (12,4)
30-39 anos	278 (29,4)	49 (24,7)	124 (39,4)	118 (31,8)
40-49 anos	402 (42,5)	43 (21,7)	96 (30,5)	115 (31)
50-59 anos	195 (20,6)	53 (26,8)	51 (16,2)	69 (18,6)
60-69 anos	18 (1,9)	27 (13,6)	11 (3,5)	23 (6,2)
70-79 anos	1 (0,1)	5 (2,5)	1 (0,3)	0 (0)

Fonte: Autores.

mental e emoções; (iii) exposição a violência. A partir desses eixos, é possível reconstituir de maneira integral o impacto do contexto de emergência na vida dos profissionais da linha de frente da saúde.

Garantir um olhar articulado é permitir entender as complexidades que permeiam a atuação dos trabalhadores da linha de frente da saúde. A partir dessas variáveis, é possível identificar dimensões essenciais no desenvolvimento do trabalho desses profissionais burocratas de nível de rua: aspectos materiais e estruturais para o bom desenvolvimento do seu trabalho, aspectos subjetivos e psicológicos, que permitem qualificar as condições de atuação desses profissionais, e a

exposição à violência vivenciada por esses trabalhadores (Tabela 2).

Condições organizacionais

A primeira dimensão identificada foi em relação às condições organizacionais, aqui entendidas como as condições mais diretas para atuação, como o acesso a insumos e a formação adequada para atuar durante a crise. Para tanto, os respondentes foram questionados sobre sentimento de preparo, recebimento de insumos e testagem e a respeito das formas de apoio que foram oferecidas no ambiente de trabalho para atuar durante a crise. Esses elementos ajudam a configurar o

Tabela 2. Dados por raça e gênero e por profissão.

	Mulher negra	Mulher branca	Homem negro	Homem branco	ACS/ ACE	Profissional de enfermagem	Médico	Outros
Não se sente preparado	78,2%	66,4%	65,0%	56,1%	79,0%	59,4%	56,6%	63,1%
Recebeu EPI de forma contínua	42,6%	57,9%	38,1%	57,9%	34,1%	69,5%	64,1%	63,3%
Recebeu treinamento	20,9%	31,6%	22,0%	43,9%	14,5%	44,8%	46,0%	35,6%
Recebeu testagem de forma contínua	11,5%	18,3%	13,9%	22,6%	9,3%	24,7%	26,7%	16,4%
Recebeu suporte dos superiores	45,9%	47,2%	52,0%	53,7%	44,8%	50,8%	50,5%	51,8%
Afirma ter medo da COVID-19	89,6%	87,8%	83,9%	84,2%	90,1%	82,9%	78,8%	90,0%
Sentiu impacto na saúde mental	81,7%	85,4%	64,6%	70,1%	75,1%	85,1%	85,4%	86,3%
Assédio aumentou na pandemia	18,0%	19,0%	17,0%	18,0%	16,3%	24,4%	17,2%	20,2%

Fonte: Autores.

contexto em que os profissionais têm que atuar, algo diretamente relacionado ao trabalho de superiores e autoridades, que impactam, em última instância, no trabalho que desempenham.

Foi perguntado aos entrevistados se eles se sentiram preparados para atuar durante a crise. O que se identifica é uma diferença clara entre os diferentes perfis de raça e gênero, uma vez que homens brancos apresentaram sensação de preparo em 43,9% das respostas, mais do que o dobro das respostas de mulheres negras, que indicaram preparo em apenas 21,78% das respostas. Já entre as profissões, há certo equilíbrio no sentimento de preparo entre médicos, profissionais de enfermagem e outros profissionais da saúde, variando entre 43,43% e 40,63%. No entanto, destoa das demais carreiras o sentimento de falta de preparo entre os ACS/ACE, que indicaram se sentir assim em apenas 21,06% das respostas. O fato de mulheres negras serem maioria entre ACS/ACE mostra a sobreposição de vulnerabilidades que entram em jogo nesse momento.

Já tive duas vezes e não me deram a assistência necessária, zombaram de mim quando precisei. Tive 25% dos dois pulmões comprometidos e estive sozinha para me cuidar. Não acreditaram em mim e teve médica que falou que os resultados eram falsos (profissional de enfermagem, mulher, branca).

[Não me sinto preparada porque] Hoje, mesmo com mais informações do que no início da pande-

mia, essa crise está longe de acabar, porque a população não se cuida e esse governo fica atrasando tanto a vacina... Me deixa assim (ACS/ACE, mulher, parda).

Quando questionados os motivos que fazem esses trabalhadores se sentirem assim, identificou-se que, entre os que responderam não se sentirem preparados, os motivos mais recorrentes foram: (i) *falta de apoio no local de trabalho*, o que inclui falta de insumos, testagem, treinamento, excesso de trabalho, entre outras questões mais relacionadas ao ambiente organizacional; (ii) *falta de consciência das pessoas* em seguir as medidas de prevenção da contaminação, como o uso de máscaras e o isolamento social; (iii) *falta de suporte das autoridades*, em que os profissionais indicaram a falta de apoio governamental nos três níveis; (iv) *disseminação da doença*, que remete ao aumento no número de casos e mortes na ocasião da coleta de dados, bem como à agressividade e à imprevisibilidade de seus efeitos; (v) *medo/incerteza/insegurança* como sentimentos que geram instabilidade na hora de atuar; (vi) *falta de informações confiáveis sobre a doença*, o que inclui a ausência de medicamentos com eficácia comprovada e de informações seguras que orientem a melhor forma de atuação.

É interessante destacar a variação dessas principais razões para o despreparo entre os grupos de raça e gênero. Enquanto homens brancos indicaram como principais motivos para o des-

preparo a *disseminação da doença* e a *falta de suporte das autoridades*, as mulheres negras reportaram mais *falta de apoio do local de trabalho* e *falta de consciência das pessoas*. Isso mostra os desafios que mais se colocam para cada grupo social, estando as mulheres negras mais expostas a questões do contexto de ambiente de trabalho, enquanto homens brancos reportam questões mais externas, o que denota que as questões organizacionais talvez não estejam tão precárias.

[*Não me sinto preparado pela] falta do mínimo de estratégias de controle da pandemia por parte do Estado* (ACS/ACE, homem, branco).

[*Não me sinto preparada pela] falta de EPIs, e porque a equipe de saúde não fala para os agentes de saúde quem são os pacientes positivados com o vírus. Sabemos quem são esses pacientes pelos próprios pacientes ou vizinhos, nos expondo mais ao risco* (ACS/ACE, mulher, preta).

A diferença entre uma atribuição de despreparo mais relacionada a causas externas, em contraste com questões internas, fica evidente também entre as profissões. Enquanto médicos e outros profissionais indicaram a *falta de suporte das autoridades* como a principal razão para seu sentimento de despreparo, essa justificativa é apenas a terceira para ACS/ACE e profissionais de enfermagem. Outro ponto é a presença do *medo* como justificativa para o sentimento de despreparo em maior destaque entre profissionais de enfermagem, apenas atrás da *falta de apoio no local de trabalho*. Nas outras carreiras ele foi apenas a quarta ou quinta justificativa. De fato, o contato de profissionais de enfermagem muitas vezes acaba sendo mais intenso e longo com pacientes infectados, o que poderia justificar a elevada preocupação com aspectos organizacionais, como acesso a insumos, aliada ao medo pela intensidade da exposição.

O último elemento de destaque é a expressiva atribuição, pelos ACS/ACE e outros profissionais, do despreparo à *falta de informação/consciência das pessoas* quanto à adoção das medidas preventivas e protetivas. Essa justificativa sequer aparece entre as cinco primeiras entre médicos e profissionais da enfermagem. Como grande parte do trabalho dos ACS/ACE é de prevenção, de levar informação, sobretudo fora do ambiente hospitalar ou ambulatorial – o que também pode ser a preocupação de gestores de equipamentos em situações de conflito em unidades de saúde ou para reduzir demandas –, esses profissionais acabam tendo que lidar mais, em contextos rotineiros, com situações de descumprimento das medidas sanitárias.

Por outro lado, o sentimento de despreparo está diretamente relacionado aos recursos, materiais e de conhecimento, que esses profissionais dispõem para atuar. Aspectos materiais são compreendidos como insumos essenciais para atuação na linha de frente, sobretudo em um contexto de enfrentamento a uma doença altamente contagiosa. Na pesquisa, investigou-se o recebimento de equipamentos de proteção individual (EPI's), como máscaras e álcool em gel, e de testagem durante a crise, além de identificar a frequência em que isso ocorreu. De forma contínua, 49,4% dos(as) respondentes disseram que receberam EPIs e 15,4% indicaram ter recebido testagem, enquanto 6,2% informaram não ter recebido EPIs e 38,3% não terem recebido testagem em nenhum momento durante o último ano de pandemia. Essa falta completa de testagem durante a pandemia se apresenta de forma equilibrada entre as carreiras, porém o acesso a EPIs ressalta uma situação de desigualdade maior. Enquanto a distribuição contínua desses equipamentos foi indicada por 69,5% dos profissionais de enfermagem, apenas 34,1% dos ACS/ACE afirmaram a mesma coisa. Mais uma vez, os ACS/ACE apresentam um acesso muito menor a condições adequadas de trabalho.

Pela perspectiva de raça e gênero, é possível identificar uma hierarquia entre os grupos no recebimento de equipamentos e testagens, com acentuada desigualdade racial. Homens brancos apresentam a marca de 57,93% quanto ao recebimento de equipamentos e 22,56% de testagem, ao passo que homens negros tiveram 38,12% e 13,9% e mulheres negras 42,58% e 11,51%, respectivamente. Como se vê, os índices de acesso a EPIs de homens brancos são muito maiores do que os de pessoas negras, que expõem uma camada de desigualdade nesse acesso.

[*Falta de EPIs, de conhecimento do vírus, falta de interesse médico e do profissional infectologista, falta de insumos e medicamentos. Nos municípios estão mais preocupados em fazer barreiras do que em tratar a população e profissionais* (ACS/ACE, mulher, preta).

Além da dimensão material, o recebimento de uma formação para nortear a ação durante a crise e ter à disponibilidade suporte da chefia podem ser determinantes para a atuação desses trabalhadores nesse contexto. Assim, em relação ao recebimento de treinamentos para orientar a atuação durante a crise, os ACS/ACE indicaram ter recebido menos treinamentos do que as outras carreiras, 14,5%, menos de um terço dos médicos (46%). Seguindo na dianteira, 43,9% de homens

brancos indicaram ter sido treinados, enquanto apenas 20,94% das mulheres negras o foram.

Já com relação ao sentimento de suporte do superior direto para atuar, mais uma vez os ACS/ACE mostraram estar mais expostos em comparação às outras carreiras, embora com menos diferença para as outras categorias. Olhando para os extremos, identifica-se que outros profissionais sentiram mais suporte das chefias em uma proporção de 51,8%, contra 44,8% dos ACS. Em relação aos outros marcadores sociais, o que mais se destaca é a diferença entre homens e mulheres, uma vez que elas se sentem menos apoiadas por suas chefias do que eles, em uma proporção de 46,57%, contra 52,79%, respectivamente.

Até aqui, em relação a aspectos organizacionais e às condições mais diretas de atuação na linha de frente, o que se nota é que as mulheres negras e as ACS/ACE foram os grupos mais abandonados pelas organizações nesse momento, havendo, como já dito, uma sobreposição entre os indivíduos que compõem esses dois grupos. As condições organizacionais oferecidas aos profissionais da linha de frente têm relação direta com as emoções sentidas durante a crise e com o seu impacto na saúde mental desses trabalhadores, aspecto que será analisado a seguir.

Emoções e saúde mental

A primeira questão colocada a todos os respondentes era se tinham medo da COVID-19, e os entrevistados, em sua grande maioria, responderam que sim (87,6%). Entre as categorias profissionais, os ACS/ACE e as “outras categorias” (psicólogos, gerentes de serviço etc.) foram os que indicaram, proporcionalmente, mais sentir medo (90%), em comparação com profissionais de enfermagem (82,9%) e médicos (78,8%). Já entre os grupos sociais, a maior diferença dessa vez foi encontrada entre homens negros (83,86%) e mulheres negras (89,6%)

A diferença de gênero fica mais marcada quando se questiona sobre o impacto da crise na saúde mental dos profissionais: 83,7% das mulheres e 67,3% dos homens afirmaram que a saúde mental foi impactada durante a pandemia, uma diferença de 15,4% entre os gêneros. As mulheres brancas são as mais impactadas (85,4%) entre os grupos sociais, e as outras carreiras da saúde entre os profissionais (86,3%). Dessa vez, os ACS/ACE mostraram ter sofrido menos impacto, o que pode ser explicado por uma atuação deles fora da esfera hospitalar, local mais crítico quanto à exposição ao vírus.

Diretamente relacionado ao impacto na saúde mental, questionou-se também sobre o suporte com o qual esses profissionais contaram para cuidar da saúde mental. Saber a quem esses trabalhadores recorrem para lidar com os impactos da pandemia na saúde mental é um elemento importante para compreender seu contexto de trabalho. Nas respostas, a família foi a mais indicada em ambos os gêneros (43,65% para os homens, 41,47% para as mulheres). Em seguida aparecem terapeutas e psicólogos (36,55% para homens, 38,04% para mulheres), depois amigos(as) (22,34% para homens, 27,41% para mulheres). Os que indicaram não buscar ajuda de ninguém são 17,77% dos homens e 14,83% das mulheres.

Olhando para a raça, identifica-se que os homens negros recorrem mais à religião do que os outros grupos para cuidar da saúde mental (17,04%), o que contrasta bastante com homens brancos (7,93%). Além disso, pessoas brancas acessam ligeiramente mais terapeutas e psicólogos do que as negras: enquanto 40,92% das mulheres brancas acessam esses profissionais, 35,43% dos homens negros o fazem. Entre aqueles que não recorrem a ninguém para cuidar da saúde mental, destaca-se a incidência entre os homens brancos, se comparados com os outros grupos, uma vez que representam 20,12%, em contraste com 14,70% de mulheres brancas.

Estou me sentindo sem nenhum apoio da gestão em relação à minha saúde mental, não só minha, mas de toda a equipe (ACS/ACE, mulher, parda).

Outro aspecto que tem relação direta com a saúde mental dos profissionais da linha de frente no momento de crise são os sentimentos que emergem nesse contexto. Foi questionado quais as emoções pessoais que os respondentes mais sentiam durante o trabalho na pandemia, pergunta em que eles poderiam marcar mais de uma alternativa. Os resultados mostram uma diferença de gênero que merece nota. Em linhas gerais, as mulheres reportam mais sentimentos do que os homens, logo, a maior parte dos sentimentos são mais reportados por mulheres, com exceção de três: *distanciamento/frieza*, em que homens marcaram 26,65% e mulheres 20,49; *reconhecimento*, em que homens marcaram 17,26% e mulheres 11,19%; e *indiferença*, com 11,17% entre os homens e 8,39% entre as mulheres. Esses sentimentos, em contraste com os mais reportados (ansiedade, medo e cansaço), todos liderados por mulheres, mostram que os homens se mostram menos afetados emocionalmente com o dia a dia do trabalho ou expõem menos sua vulnerabilidade.

Articulando a análise racial, nota-se um contraste entre mulheres brancas e homens negros, nos extremos, sendo as primeiras o grupo que mais indicou sentimentos durante o trabalho na pandemia. Nas duas emoções mais reportadas, é possível ver essa diferença de forma clara, uma vez que o *estresse/ansiedade* foi reportado em 77,23% das repostas de mulheres brancas, contra 43,95% dos homens negros; e o *cansaço* foi reportado por 69,20% das mulheres brancas e por 37,67% dos homens negros. Nota-se uma diferença superior a 30% entre os dois grupos, o que demonstra uma interseccionalidade de raça e gênero que deixam os homens negros ainda mais blindados ao afloramento de sentimentos durante a crise.

Exposição a situações de violência

O último elemento que ajuda a completar a análise se refere à exposição à situação de violência. Em um contexto como o de pandemia, o assédio moral aos(as) profissionais de saúde podem ser fatores que incrementam os riscos a que estão expostos, gerando impacto no bem-estar físico e na saúde mental desses trabalhadores. O grupo entrevistado que mais indicou ter sofrido assédio moral nesse momento foram os profissionais de enfermagem, com 42,2%, cerca de 11% a mais do que as outras carreiras (ACS/ACE – 31,6%; médicos e outros profissionais – 31,8%). Um elemento merece destaque. Embora os profissionais de enfermagem componham a carreira mais exposta ao assédio, foi a categoria que menos reportou que o assédio se iniciou na pandemia, o que denota que essa é uma condição a que esses profissionais usualmente já estão mais expostos.

Pela perspectiva de gênero, observam-se poucas diferenças, embora as mulheres estejam ligeiramente mais vulneráveis: 19% delas e 17% dos homens responderam que sofreram assédio e que ele cresceu na pandemia, enquanto, entre os que não sofreram assédio, os homens pareciam estar ligeiramente menos expostos (68%), se comparado às mulheres (66%). Ao cruzar esses dados também com raça, não se notam diferenças significativas.

Questionou-se ainda os entrevistados acerca de quem eram os principais agentes assediadores. Entre todos os respondentes, 45,5% foram assediados por usuários do serviço e 44,7% pela chefia. Homens brancos foram os que indicaram ter sofrido menos com isso (7,31% e 10,36%, respectivamente), em nível consideravelmente in-

ferior ao encontrado entre as mulheres brancas (15,77% e 18,15%), as mais assediadas.

Com a pandemia, tenho que caminhar 7 km por dia para trabalhar, pois tiraram o ônibus que passava próximo da minha casa. Eu poderia trabalhar próximo de casa, mas meu chefe, para me castigar, não permite que eu troque de equipe (ACS/ACE, mulher branca).

Usuários desesperados pela vacina, me culpabilizando pela falta da mesma, me agrediram com palavras de baixo calão e insinuações de roubar a vacina (ACS/ACE, mulher, branca).

Já ouvi reclamações de usuários com palavras humilhantes, por não entender que não tínhamos mais leitos disponíveis. O diretor do hospital já chamou a minha equipe de preguiçosa, porque não aceitamos a expansão de função sem aumento da equipe (profissional de enfermagem, homem, pardo).

O principal elemento que marca a diferença entre os gêneros não é o agente assediador, mas sim as formas como esse assédio se manifesta. Principalmente entre ACS/ACE e profissionais de enfermagem, mulheres relataram ter a competência questionada e seu trabalho não ser valorizado, relatos não tão presentes entre os homens. A falta de compreensão das chefias com relação a questões familiares também aparece nos relatos das mulheres, que indicaram ainda que a dedicação ao cuidado dos outros impede que cuidem de si mesmas.

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. Inúmeras 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).

Discussão

Em um momento de crise sanitária, marcada pela escassez de recursos e a falta de clareza sobre como atuar, é esperado que os profissionais da linha de frente da saúde tenham que enfrentar desafios¹. Espera-se também que esses trabalhadores estejam mais expostos aos efeitos negativos da pandemia, ao mesmo tempo em que são fundamentais para a sobrevivência e o cuidado da população, bem como para a superação da crise. Já é esperado que a crise seja enfrentada por um SUS

que carrega seus problemas estruturais, potencializados pelo recente processo de precarização e corte de recursos a que tem sido submetido²⁴.

Os profissionais da linha de frente da saúde já contam com contextos e graus de estrutura, salários e privilégios muito distintos, e é a partir desses lugares que eles têm atuado nessa crise. O serviço público brasileiro é marcado pela desigualdade, tanto em relação aos Poderes quanto em relação aos níveis da federação²⁵. Como um reflexo da sociedade, olhando a partir de marcadores sociais, outras camadas de desigualdades internas ao Estado são notadas, que colocam homens e brancos nos mais altos cargos em comparação com mulheres e negros, que convivem com piores condições de trabalho e salários. Essas desigualdades se entrelaçam também em relação aos perfis das diferentes profissões existentes em cada área do Estado²⁶. Na saúde, percebemos que mulheres negras ocupam postos de trabalho mais precarizados dentro das dinâmicas do SUS. Em sua maioria, essas mulheres são agentes comunitárias de saúde¹³. Essas profissões vão ser atravessadas por diferentes vulnerabilidades durante a pandemia. Nesse sentido, as interseccionalidades entre gênero, raça e classe se materializam como estruturantes das desigualdades socioeconômicas e são definidoras das dinâmicas de desigualdades experienciadas pelos profissionais de saúde, principalmente em contexto de crise sanitária^{13,27-29}.

Nesse sentido, os achados dessa pesquisa colaboram para o entendimento da dinâmica de reprodução, de forma entrelaçada, da desigualdade como determinante para as condições de atuação dos profissionais da linha de frente. A crise não só acentua problemas estruturais já existentes como determina quais recursos esses trabalhadores terão a seu dispor com essa nova camada de problemas impostos pela COVID-19 e pela condução política de seu enfrentamento.

Os resultados mostram que as desigualdades se articulam de formas distintas em diferentes contextos à luz da emergência sanitária. Os ACS/ACE, até por seu recente processo de profissionalização³⁰, são os/as profissionais que contam com menos estrutura para atuar³¹. Isso se reflete no acesso mais precário a recursos materiais, no menor suporte recebido das chefias e em menos apoio para cuidar da saúde mental. Ao mesmo tempo, por serem profissionais que não atuaram diretamente em hospitais, lugares de maior exposição à contaminação e, portanto, maior pressão, indicaram ter sofrido menos impactos em sua saúde mental, assim como estiveram ligeiramente menos expostos ao assédio.

Ainda que saibamos que a prática médica no Brasil pode ser considerada desgastante^{32,33}, as condições de trabalho de profissionais da enfermagem e agentes comunitários de saúde se apresentam de forma ainda mais complicada^{14,34}. Antes mesmo da pandemia, médicos já contavam com uma melhor estrutura de trabalho em comparação aos demais profissionais. A baixa incidência de medo entre médicos, quando comparados a outras categorias profissionais (a única inferior a 80%), evidencia a maior segurança de que essa categoria profissional goza em relação às demais categorias da saúde, sob a perspectiva do desequilíbrio existente na força de trabalho em saúde³⁵.

É importante destacar que, dado o contexto de aumento do assédio, os profissionais de enfermagem foram os que mais indicaram sofrê-lo, ao mesmo tempo em que foram a categoria que menos reportou novas formas de assédio, ou seja, este só se intensificou ou continuou como já era. Isso levanta um alerta sobre a importância de se falar de assédio e violência organizacional entre profissionais de enfermagem, o que indica um elemento a ser aprofundado em pesquisas futuras.

Como é possível notar até aqui, há elementos que partem das características profissionais dos trabalhadores da linha de frente que ajudam a explicar algumas dinâmicas e condições impostas pela pandemia. No entanto, marcadores raciais e de gênero estão entrelaçados com as carreiras profissionais e são importantes para entender as dinâmicas de reação e percepção dos profissionais^{9,13,27,31}.

Não há como compreender a complexidade da linha de frente da pandemia sem considerar essas diversas dimensões, contudo, os resultados mostram que há dimensões mais relevantes, a depender dos diferentes aspectos relativos à condição de trabalho desses profissionais. Quando se trata de condições organizacionais, o papel da atividade profissional ganha relevância. Profissionais de enfermagem, por estarem em maior contato com pacientes infectados, demonstram maior preocupação com aspectos organizacionais, como acesso a insumos, além de maior sentimento de medo, pela intensidade da exposição. Ao mesmo tempo, como os ACS/ACE não foram inseridos de forma central no enfrentamento à pandemia, eles acabaram tendo menos respaldo de informação e insumos para trabalhar do que outras categorias. Esses profissionais também reportam maior preocupação com a conscientização da população quanto à prevenção, questão central para suas atividades.

Com isso, o que se pode afirmar é que na questão das condições organizacionais, que envolvem insumos materiais e respaldo das chefias e de informação, os papéis profissionais ganham relevância para a experiência de cada profissional. Entretanto, não se pode desconsiderar a sobreposição entre ACS/ACE e mulheres negras como camadas que impõem a experimentação de maior vulnerabilidade no contexto da crise sanitária de COVID-19¹³. No entanto, como o debate das desigualdades deve estar pautado cada vez mais em uma desigualdade de resultados³⁶, não há como desconsiderar que mulheres negras se sentiram proporcionalmente mais do que o dobro despreparadas quando comparadas com os homens brancos. Além disso, essas mulheres tiveram acesso a menos da metade de testes e treinamento do que eles.

Por outro lado, em questões relacionadas a saúde mental, emoções e assédio moral, embora as questões profissionais sejam relevantes, o que parece ter maior impacto são os marcadores de raça e gênero. É na dimensão da saúde mental e da violência que os marcadores de raça e gênero claramente se impõem. Uma das formas características da expressão da violência no ambiente laboral é o assédio moral, que pode ser conceituado como comportamentos de perseguição, humilhação, agressão, negligência, insultos, acusações, entre outras manifestações que agridem a saúde mental e a subjetividade dos trabalhadores.

Essa violência ocorre geralmente em um contexto de precarização do trabalho, intensificada pela busca por novas formas de organização³⁷. Assim como encontrado em outros estudos^{9,10,38,39}, mulheres reconhecem sentir mais medo, assim como maior impacto na saúde mental se comparadas aos homens. E quando a crise traz reflexos emocionais à vida desses trabalhadores, a forma como lidam com isso também parece ter grande influência desses marcadores sociais. Mulheres e pessoas brancas procuram mais ajuda profissional, enquanto homens acionam mais a família ou não acionam ninguém. Quando o escape encontrado é a religião, a expressiva diferença de percentuais entre homens negros e brancos também mostra o atravessamento racial na masculinidade. Por outro lado, homens brancos são os que mais dizem não recorrer a ninguém, o que também é um traço do espaço de poder que a branquitude masculina ocupa, em que a vulnerabilidade tende a ser escondida.

O que deixa mais fácil para o homem branco esconder fraquezas é a sua menor exposição à violência. Naturalmente, homens brancos são

menos assediados, por já lhe serem garantidos, de partida, respeito social. As mulheres sofrem mais esse tipo de violência por também ser mais amplo o leque de formas de assédio. Enquanto homens são menos questionados quanto à sua competência e menos afetados pelas responsabilidades domésticas, algumas mulheres trabalham em meio a esses mecanismos já naturalizados de agressão⁹.

O trabalho na linha de frente envolve várias dimensões: materiais, psicológicas e de poder⁴⁰. É a articulação dessas três dimensões que completam a experiência dos profissionais durante uma crise, de modo integral¹. Justamente por isso, buscou-se identificar como esses diversos marcadores de cada trabalhador vão construindo sua rotina, reforçando e redesenhando seu papel social e sua posição hierárquica. As camadas de desigualdades já existentes no SUS serviram como lente para projetar o cenário de cada grupo de trabalhadores durante a crise sanitária.

A crise exacerbou as desigualdades e tornou mais evidente a importância de profissão, gênero e raça na experiência dos trabalhadores da saúde na pandemia^{35,41,42}. Esse enquadramento ajuda a deixar mais complexa a mera percepção de que mulheres negras são as mais vulneráveis e homens brancos são os mais privilegiados. É possível identificar padrões e dinâmicas enfrentadas pelos profissionais da linha de frente, ora informados por um processo de racialização, ora por características da estrutura profissional da saúde, ora por relações de gênero, sem prescindir de nenhuma dessas dimensões. As vulnerabilidades dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente devem ser lidas a partir da sobreposição de questões que englobam desigualdades entre profissões, de gênero e raça.

Conclusão

Este artigo analisou a incidência da pandemia de COVID-19 nos trabalhadores do SUS. Os resultados apresentados e discutidos mostram que as desigualdades entre profissionais de saúde estão marcadas pela profissão de cada trabalhador e são atravessadas por características de gênero e raça. Assim, os dados sugerem que os impactos da pandemia foram diferentes para os profissionais de saúde a partir de um olhar que perpassa profissão, gênero e raça. Nesse sentido, há desigualdades importantes entre os trabalhadores da saúde, que foram exacerbadas no contexto da pandemia.

Os resultados enfatizam a importância de analisar a governança da força de trabalho em saúde durante o contexto de crise que define a pandemia de COVID-19. Portanto, vulnerabilidades pré-existentes se agravam e desigualdades individuais podem também reproduzir desigualdades estruturais. Nesse contexto, as políticas de força de trabalho em saúde devem prestar atenção especial a como as profissões e grupos sociais vulneráveis, como mulheres e negros, são afetados em seu trabalho e como essas desigualdades devem ser gerenciadas. É fundamental buscar compreender melhor como funcionam essas desigualdades, suas interseccionalidades e seu impacto na dinâmica da força de trabalho em saúde.

Ainda que este artigo apresente limitações metodológicas, como a utilização de dados não randomizados e a análise de dados de forma descritiva, os resultados apresentados e discutidos nos levam a reflexões importantes sobre as desigualdades entre os profissionais de saúde durante a pandemia e nos deixam perguntas que poderão ser o início de novos estudos. São elas: as desigualdades exacerbadas pelo contexto da pandemia da COVID-19 serão sustentadas no contexto pós-pandemia? Como enfrentar as desigualdades individuais e sistêmicas na estrutura do SUS?

Colaboradores

G Magri, M Fernandez e G Lotta participaram da concepção, do delineamento do manuscrito, da redação do artigo e da aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

Fundação Getúlio Vargas.

Referências

- Gofen A, Lotta G. Street-level bureaucrats at the forefront of pandemic response: a comparative perspective. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 2021; 23(1):3-15.
- Brodtkin EZ. Street-level organizations at the front lines of crises. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 2021; 23(1):16-29.
- Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA* 2020; 323(15):1439-1440.
- Ferigato S, Fernandez M, Amorim M, Ambrogi I, Fernandes LMM, Pacheco R. The Brazilian government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2020; 396(10263):1636.
- Nogueira ML, Borges CF, Lacerda A, Fonseca AF, Vellasques AP, Morel CMTM, Valsechi DF, Monteiro FF, Silva LB, Morosini MV, Barbosa MIS, Souza Junior PRB, Rego SRM, Pessoa V. *Boletim da pesquisa "Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19"*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
- Fernandez M, Lotta G. How community health workers are facing COVID-19 pandemic in Brazil: personal feelings, access to resources and working process. *Arch Fam Med Gen Pract* 2020; 5(1):115-122.
- Lotta G, Fernandez M, Corrêa M. The vulnerabilities of the Brazilian health workforce during health emergencies: analysing personal feelings, access to resources and work dynamics during the COVID-19 pandemic. *Int J Health Plann Mgmt* 2021; 36:42-57.
- Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de COVID-19. *Trab Educ Saude* 2021; 19:e00321153.
- Wenham C, Fernandez M, Corrêa M, Lotta G, Schall B, Rocha MC, Pimenta DN. Gender and race on the frontline: experiences of health workers in Brazil during the COVID-19 pandemic. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 2021; jxab031.
- Lotta G, Fernandez M, Pimenta D, Wenham C. Gender, race, and health workers in the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021; 397(10281):1264.
- Duarte MQ, Santo MADS, Lima CP, Giordani JP, Trentini CM. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(9):3401-3411.
- Nabuco G, Oliveira MHPP, Afonso MPD. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. *Rev Bras Med Fam Com* 2020; 15(42):2532-2532.
- Milanezi J, Gusmão HN, Sousa CJ, Bertolozzi TB, Lotta G, Fernandez M, Corrêa M, Vilela E, Ayer C. Mulheres negras na pandemia: o caso de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). *Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19* 2020; 5.
- Lotta G, Wenham C, Nunes J, Pimenta DN. Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *Lancet* 2020; 396(10248):365-366.
- Cofen. Profissionais infectados com COVID-19 informado pelo serviço de saúde. Observatório da Enfermagem [Internet]. 2021. [acessado 2021 set 30]. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>
- Fernandez M, Lotta G, Passos H, Cavalcanti P, Corrêa MG. Working conditions and perceptions of nursing professionals who work to cope with covid-19 in Brazil. *Saude Soc* 2021; 30(4):201011.
- Bolina AF, Bomfim E, Lopes-Júnior LC. Frontline nursing care: the COVID-19 pandemic and the Brazilian Health System. *SAGE Open Nurs* 2020; 6:2377960820963771.
- Wu J, Li H, Geng Z, Wang Y, Wang X, Zhang J. Subtypes of nurses' mental workload and interaction patterns with fatigue and work engagement during coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: a latent class analysis. *BMC Nurs* 2021; 20(1):206.
- Felice C, Di Tanna GL, Zanus G, Grossi U. Impact of COVID-19 outbreak on healthcare workers in Italy: results from a national e-survey. *J Community Health* 2020; 45(4):675-683.
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020; 3(3):e203976.
- Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clin Med Res* 2016; 14(1):7-14.
- Bryman A. *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
- Saldaña J. *An introduction to codes and coding*. London/New York: SAGE Edition; 2009.
- Rocha R, Atun R, Massuda A, Rache B, Spinola P, Nunes L, Lago M, Castro MC. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Glob Health* 2021; 9(6):e782-e792.
- Lopez F, Portes B, Teles J, Ferreira U, Silveira L, Guedes E, Elgaly P, Guedes A. Nota técnica "Remunerações e desigualdades salariais no funcionalismo brasileiro (1985-2018)". Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (DIEST). IPEA; 2021.
- Bechtluft RP, Costa BLD. Determinantes da desigualdade salarial entre as carreiras do governo de Minas Gerais. *Rev Adm Pub* 2021; 55(4):836-860.
- Estrela FM, Soares CFSE, Cruz MAD, Silva AFD, Santos JRL, Moreira TMO, Lima AB, Silva MG. Pandemia da COVID-19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. *Cien Saude Colet* 2020; 25(9):3431-3436.
- Nunes J. The everyday political economy of health: community health workers and the response to the 2015 Zika outbreak in Brazil. *Rev Intern Pol Eco* 2020; 27(1):146-166.
- Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMSL, Bornstein VJ. Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(42):751-765.

30. Krieger MGM, Wenham C, Nacif Pimenta D, Nkya TE, Schall B, Nunes AC, Menezes A, Lotta G. How do community health workers institutionalise: an analysis of Brazil's CHW programme. *Glob Public Health* 2021; 17(8):1507-1524.
31. Pioner LM. Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Med Trab* 2021; 10(1):113-120.
32. Machado MH, organizador. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
33. Dias EC. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Rev Bras Med Trab* 2015; 13(2):60-68.
34. Machado MH, Santos MR, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, Lacerda WF, Aguiar Filho W, Souza Junior PB, Justino E, Barbosa C. Condições de trabalho da enfermagem. *Enf Foco* 2015; 6(1/4):79-90.
35. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Hum Resour Health* 2004; 2(1):13.
36. Costa S. Desigualdades, interdependência e políticas sociais no Brasil. In: Pires RR, organizador. *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: IPEA; 2019.
37. Heloani R, Barreto M. *Assédio moral: gestão por humilhação*. Curitiba: Juruá Editora; 2018.
38. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, Stroobants S, Van de Velde S, Vist GE. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: a rapid systematic review. *Psychiatry Res* 2020; 293:113441.
39. Li G, Jinfeng M, Hui W, et al. Li G, Miao J, Wang H, Xu S, Sun W, Fan Y, Zhang C, Zhu S, Zhu Z, Wang W. Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2020; 91(8):895-897.
40. Lipsky M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Found; 2010.
41. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, Espiridião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Cien Saude Colet* 2020; 25(9):3465-3474.
42. Wenham C, Smith J, Morgan R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet* 2020; 395(10227):846-848.

Artigo apresentado em 12/11/2021

Aprovado em 08/03/2022

Versão final apresentada em 10/03/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva