



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**Programa de Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Hilton Soares de Oliveira

**FORÇA E VULNERABILIDADE: a precarização das trabalhadoras da saúde no SUS  
durante a pandemia e os desafios na promoção à saúde e prevenção da violência**

BELO HORIZONTE

2024

Hilton Soares de Oliveira

**FORÇA E VULNERABILIDADE: a precarização das trabalhadoras da saúde no SUS durante a pandemia e os desafios na promoção à saúde e prevenção da violência**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientador: Dr. Helian Nunes de Oliveira

Coorientadora: Dra. Ana Valesca Fernandes  
Gilson Silva

BELO HORIZONTE

2024

OL48f Oliveira, Hilton Soares de.  
Força e vulnerabilidade [recurso eletrônico]: a precarização das trabalhadoras da saúde no SUS durante a pandemia e os desafios na promoção à saúde e prevenção da violência. / Hilton Soares de Oliveira. - - Belo Horizonte: 2024.  
63f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Helian Nunes de Oliveira.  
Coorientador (a): Ana Valesca Fernandes Gilson Silva.  
Área de concentração: Promoção à Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde Ocupacional. 2. Promoção da Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. COVID-19. 5. Dissertação Acadêmica. I. Oliveira, Helian Nunes de. II. Silva, Ana Valesca Fernandes Gilson. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 400

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP  
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Às nove horas e trinta minutos do dia trinta agosto de dois mil e vinte quatro, modo online, plataforma lfezise da Faculdade de Medicina UFMG, realizou-se a sessão pública para a defesa de dissertação de **HILTON SOARES DE OLIVEIRA**, número de registro **2021724969**, graduado no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em **PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**. A Presidência da sessão coube ao Prof. Helian Nunes de Oliveira - orientador (UFMG) e Prof.ª Ana Valesca Fernandes Gilson Silva (PMB) - coorientadora. Inicialmente o Presidente após dar conhecimento aos presentes sobre o teor das Normas Regulamentares do trabalho final de Pós-Graduação, fez a apresentação da Comissão Examinadora, assim, constituída pelos Professores: Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro (UFMG) e Prof.ª Jandira Maciel da Silva (UFMG). Em seguida o Presidente autorizou o aluno a iniciar a apresentação de seu trabalho final intitulado: "**FORÇA E VULNERABILIDADE: A PRECARIZAÇÃO DAS TRABALHADORAS DA SAÚDE NO SUS DURANTE A PANDEMIA E OS DESAFIOS NA PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do candidato e do público e decidiu considerar a defesa de dissertação **APROVADA**. O resultado final foi comunicado publicamente ao aluno pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, após lida, será assinada eletronicamente por todos os membros da Comissão Examinadora presente através do SEI (Sistema Eletrônico de Informações) do Governo Federal.

Belo Horizonte, 30 de agosto de 2024.



Documento assinado eletronicamente por Jandira Maciel da Silva, Professora do Magistério Superior, em 03/09/2024, às 10:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por Helian Nunes de Oliveira, Professor do Magistério Superior, em 03/09/2024, às 11:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, Professor(a), em 03/09/2024, às 13:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por Ana Valesca Fernandes Gilson Silva, Usuária Externa, em 19/09/2024, às 11:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orcao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orcao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3517013** e o código CRC **5F299670**.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho às mulheres da rede SUS Betim, que formaram o maior contingente de trabalhadores fundamentais para a resposta de saúde pública durante a pandemia de COVID-19. Seu empenho e dedicação foram cruciais para enfrentar os desafios impostos por essa crise sanitária global.

## **AGRADECIMENTOS**

Expresso minha profunda gratidão ao meu orientador, Dr. Helian Nunes de Oliveira, e à minha coorientadora, Dra. Ana Valesca Fernandes Gilson Silva, pela orientação inestimável, apoio contínuo e dedicação incansável ao longo deste trabalho.

Agradeço também à Prefeitura Municipal de Betim, em especial à Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, pela colaboração essencial e suporte imprescindível.

Aos meus familiares e amigos, sou profundamente grato pelo apoio emocional, pelo incentivo constante e pela compreensão durante todo o processo de elaboração desta pesquisa.

## RESUMO

Este estudo investigou os fatores associados à precarização do trabalho das mulheres na rede SUS de Betim, Minas Gerais, durante a pandemia de COVID-19, e suas implicações para a promoção da saúde e bem como para a prevenção da violência no ambiente de trabalho. Foi realizado um estudo transversal e analítico com todas as trabalhadoras do SUS Betim, no período de março de 2020 a abril de 2021, excluindo-se estagiárias e trabalhadoras afastadas por mais de 180 dias. Os dados foram coletados de sistemas de informação locais, processados em *Microsoft Excel* e analisados com *Stata v18*. As variáveis incluíram idade, tempo de admissão, categoria profissional, escolaridade, carga horária, tipo de vínculo, situação laboral, horas extras e cargo. A análise estatística utilizou testes de normalidade, *t de Student*, *Mann-Whitney*, *qui-quadrado* e o teste exato de *Fisher*, com nível de significância de 5%. A partir da análise de 5.611 trabalhadoras, constatou-se a prevalência da precarização do trabalho, definida pelo tipo de vínculo trabalhista, de 42,68%, o que corresponde a 2.394 trabalhadoras com vínculos precários. A precarização foi mais frequente entre as jovens de 18 a 29 anos e entre profissionais de nível superior, como médicas e enfermeiras. Isso revela uma disparidade preocupante entre a qualificação educacional e a instabilidade no emprego. O estudo identificou que a coexistência de vínculos precários e não precários no mesmo ambiente de trabalho pode gerar tensões internas e afetar a coesão da equipe e a qualidade dos serviços prestados. A instabilidade no emprego e a ausência de benefícios podem contribuir para o aumento do estresse, da ansiedade e da exaustão mental, o que reflete uma maior vulnerabilidade dessas trabalhadoras a condições de trabalho adversas e à violência organizacional. A alta prevalência de vínculos de trabalho precários entre as trabalhadoras do SUS Betim reforça a necessidade urgente de políticas públicas que promovam a estabilidade no emprego, a proteção social e a valorização das qualificações dessas profissionais. Este estudo sublinha a importância de estratégias focadas na promoção da saúde e na prevenção da violência no ambiente de trabalho como pilares fundamentais para o gerenciamento de em saúde, especialmente em tempos de crises sanitárias, como a pandemia de COVID-19.

**Palavras-chave:** saúde ocupacional, promoção da saúde, gestão da saúde, COVID-19.

## ABSTRACT

This study investigated the factors associated with the precarization of women's work in the SUS network in Betim, Minas Gerais, during the COVID-19 pandemic, and its implications for health promotion and violence prevention in the workplace. A cross-sectional and analytical study was conducted with all female workers in the SUS Betim network from March 2020 to April 2021, excluding interns and workers on leave for more than 180 days. Data were collected from local information systems, processed using *Excel Microsoft*, and analyzed with *Stata v18*. Variables included age, length of employment, professional category, education level, weekly working hours, type of employment relationship, work situation, overtime, and job position. Statistical analysis included normality tests, *Student's t-test*, *Mann-Whitney*, *chi-square*, and *Fisher's exact test*, with a significance level of 5%. From the analysis of 5,611 female workers, the prevalence of precarious work, defined by the type of employment contract, was found to be 42.68%, corresponding to 2,394 workers with precarious employment relationships. Precarious work was more frequent among young women aged 18 to 29 and among professionals with higher education, such as doctors and nurses. This finding reveals a concerning disparity between educational qualifications and job instability. The study identified that the coexistence of precarious and non-precarious contracts in the same workplace can create internal tensions, affecting team cohesion and the quality of services provided. Job instability and the lack of benefits may contribute to increased stress, anxiety, and mental exhaustion, reflecting a higher vulnerability of these workers to adverse working conditions and organizational violence. The high prevalence of precarious employment relationships among workers in the SUS Betim highlights the urgent need for public policies that promote job stability, social protection, and the recognition of these professionals' qualifications. This study emphasizes the importance of strategies focused on health promotion and violence prevention in the workplace as fundamental pillars for managing human resources in health, especially during health crises such as the COVID-19 pandemic.

**Keywords:** occupational health; health promotion; health management; COVID-19.

## APRESENTAÇÃO

O Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) tem como objetivo formar profissionais capacitados para atuar na promoção da saúde, com foco em políticas públicas voltadas para a prevenção de diversas formas de violência (UFMG, 2023).

O programa interdisciplinar visa ao desenvolvimento de pesquisas que contribuam para a melhoria da saúde pública, por meio da abordagem de questões relacionadas à violência estrutural, social e institucional, e também para a promoção do bem-estar em diferentes grupos populacionais (Silva *et al*, 2022).

Esta pesquisa alinha-se aos objetivos do programa na medida em que investiga a precarização do trabalho de mulheres no setor da saúde e explora as condições de trabalho que podem contribuir para a vulnerabilidade e a exposição desse público à violência no ambiente profissional especialmente durante a pandemia de COVID-19.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivos</b> .....	<b>12</b>
1.1.1	Objetivo geral.....	12
1.1.2	Objetivos específicos.....	12
<b>1.2</b>	<b>Justificativa</b> .....	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1</b>	<b>Na linha de frente: breve retrospectiva histórica da precarização do trabalho feminino no setor de saúde</b> .....	<b>14</b>
<b>2.2</b>	<b>Na linha de frente: a epidemiologia da precarização e da feminização do trabalho na saúde pública</b> .....	<b>18</b>
2.3.2	Fatores sociais e culturais .....	21
2.3.3	Fatores organizacionais .....	22
2.3.4	Fatores de saúde e de segurança .....	22
2.3.5	Fatores relacionados à precarização da trabalhadora da saúde durante a pandemia de COVID-19 .....	23
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
<b>3.1</b>	<b>Desenho do estudo</b> .....	<b>26</b>
<b>3.2</b>	<b>Cenário do estudo</b> .....	<b>26</b>
<b>3.3</b>	<b>População</b> .....	<b>30</b>
<b>3.5</b>	<b>Critérios de exclusão</b> .....	<b>30</b>
<b>3.6</b>	<b>Fonte e coleta de dados</b> .....	<b>30</b>
<b>3.7</b>	<b>Variáveis</b> .....	<b>31</b>
<b>3.8</b>	<b>Análise de dados</b> .....	<b>31</b>
<b>3.9</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>45</b>
<b>5.1</b>	<b>Precarização do trabalho e suas implicações</b> .....	<b>47</b>
<b>5.2</b>	<b>Feminização do trabalho</b> .....	<b>48</b>
<b>5.3</b>	<b>Prevalência de trabalho precário e seus significados</b> .....	<b>48</b>
<b>5.4</b>	<b>Impacto das características sociodemográficas e laborais</b> .....	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia de COVID-19, infecção respiratória causada pelo novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, oriundo de Wuhan, China (WHO, 2020). O SARS-CoV-2 é responsável por quadros respiratórios com possibilidade de evolução para síndrome respiratória aguda grave e alta taxa de letalidade e transmissibilidade (Zhu *et al*, 2020). O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi notificado no estado de São Paulo em 26 de fevereiro de 2020 e, em Minas Gerais, em 09 de março de 2020 (Brasil, 2020). Em Betim, a primeira confirmação de COVID-19 ocorreu numa mulher com histórico de viagem à Espanha, em 15 de março de 2020 (Prefeitura de Betim, 2020).

Sem tratamentos ou vacinas, o número de casos da doença aumentou exponencialmente. Com o tempo de recuperação lento, associado à alta taxa de contaminação, a pandemia provocou o colapso em sistemas de saúde e exigiu dos gestores uma diversidade de estratégias para enfrentamento (WHO, 2020). Ampliar o contingente da força de trabalho em saúde, qualificá-la e realizar a sua reposição devido ao adoecimento ocasionado pela exposição ao vírus tornou-se uma das prioridades (Brasil, 2020).

Faz-se necessário esclarecer que se entende por força de trabalho em saúde a prática dos trabalhadores e dos profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e do consumo de serviços de saúde (Nogueira, 2012). Em meio à pandemia de COVID-19, aumentar a força de trabalho de modo a atender à contenção dos gastos exigidos da Administração Pública pela Lei de Responsabilidade Fiscal trouxe à luz discussões relativas à precarização do trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (Santos *et al*, 2011).

Antes desse acontecimento de âmbito mundial, na década de 1970, o trabalho precário surgiu como preocupação em nível global. São características dessa modalidade de trabalho a incerteza e a imprevisibilidade, cujos riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador e não pelos seus empregadores ou pelo governo (Standing, 2011). Ocorre a proliferação do emprego com contratos flexíveis e o declínio da oferta de empregos típicos/permanentes. Segundo La Montagne (2010) e Tosta (2008), os trabalhadores precarizados reúnem menos benefícios financeiros e proteção social. Ficam, portanto, mais expostos às modificações na legislação e a essa prática trabalhista, sendo desfavorecidos nos diversos âmbitos da vida, como saúde, educação, moradia e transporte.

A precarização do trabalho da saúde é um fenômeno crescente que tem afetado significativamente a qualidade dos serviços de saúde e o bem-estar dos profissionais do setor. Caracteriza-se por condições de trabalho instáveis, contratos temporários sem garantias, salários baixos e falta de proteção social (Machado, 2016). No Brasil, essa situação tem sido particularmente crítica, ou seja, os trabalhadores da saúde frequentemente enfrentam jornadas exaustivas e insuficientes recursos de apoio (Paim *et al*, 2011).

Esse cenário contribui para o aumento do estresse e da insatisfação profissional e compromete a eficácia do atendimento aos pacientes. Diante dessa realidade, a implementação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS pelo Ministério da Saúde visa melhorar as condições laborais desses trabalhadores, na medida em que busca assegurar mais estabilidade, justiça salarial e uma infraestrutura de trabalho adequada que possa refletir diretamente na melhoria da qualidade do serviço público de saúde (Ministério da Saúde, 2018).

A precarização do trabalho, marcada pela instabilidade no emprego e pela ausência de proteção social, tornou-se uma preocupação crescente no setor de saúde. Esse processo está intimamente ligado à feminização da força de trabalho, fenômeno que ganhou impulso a partir da segunda metade do século XX, especialmente após a Segunda Guerra Mundial (Wermelinger *et al*, 2016). No Brasil, esse movimento foi particularmente expressivo nas últimas décadas do século XX, quando cada vez mais mulheres passaram a ocupar postos de trabalho na saúde, tanto em cargos técnicos quanto em posições profissionais, o que fez com que consolidassem sua presença no setor.

Segundo Wermelinger *et al* (2016), ao analisar os dados censitários do Brasil no ano 2000 relativos à força de trabalho em saúde, observou-se um fenômeno de feminização, em que as mulheres representavam 65% dos mais de seis milhões de profissionais atuantes no setor público e privado de saúde. Essa mudança reflete não apenas uma transformação demográfica nos quadros de saúde, mas também, alterações nas dinâmicas econômicas e sociais que influenciam as políticas de saúde e o emprego no país— as mulheres vêm se tornando majoritárias nesse ramo da economia (Pires, 2011).

Ademais, a precarização do trabalho no setor da saúde, intensificada pela demanda urgente de resposta à pandemia, não só comprometeu a qualidade do atendimento e o bem-estar dos profissionais, como também pode ter sido um vetor para o aumento de diversas formas de violência. A vulnerabilidade econômica, a instabilidade empregatícia e a exaustão física e

mental podem potencializar situações de violência no ambiente de trabalho, desde a violência psicológica até assédios e abusos físicos, aspectos que se entrelaçam com a saúde pública e a necessidade de políticas de prevenção eficazes (Pires, 2011).

Esse cenário evidencia a relevância de se estudar a precarização do trabalho sob a perspectiva da promoção da saúde e da prevenção da violência com o objetivo de se criar ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis, que visem tanto à promoção da saúde quanto à prevenção da violência no ambiente laboral. Para compreender a magnitude da precarização entre as trabalhadoras do setor de saúde, seus impactos nas condições de trabalho e na qualidade dos serviços prestados, além de identificar estratégias de promoção da saúde e prevenção da violência, foram propostas estas questões:

**a)** quais são os fatores relacionados às condições de trabalho e ao tipo de vínculo empregatício que contribuem para a precarização do trabalho das mulheres na rede SUS de Betim durante a pandemia de COVID-19, considerando-se suas implicações para a promoção da saúde e para a prevenção da violência?

**b)** qual é a prevalência de trabalho precário entre as trabalhadoras da saúde com diferentes vínculos empregatícios (temporário, terceirizado, efetivo) em Betim durante a pandemia e como esses tipos de vínculo afetam a promoção da saúde e a prevenção da violência no ambiente de trabalho?

**c)** de que maneira as características como idade, tempo de admissão, categoria profissional, escolaridade, carga horária semanal, tipo de vínculo empregatício (precário ou estável), situação de trabalho, horas extras e cargo estão associadas à precarização, e como essas variáveis impactam a promoção da saúde e a prevenção da violência no contexto da rede SUS em Betim?

O presente estudo, portanto, propôs a investigação desses fatores associados às condições de trabalho das mulheres na rede SUS em Betim durante a pandemia, no período de março de 2020 a abril de 2021. Esse intervalo temporal marca tanto o início da pandemia quanto o da vacinação da população para COVID19, logo o aumento necessário da força de trabalho constituiu um fator crucial para a análise da participação feminina na força de trabalho da saúde no município. Adicionalmente, buscou-se compreender os elementos que contribuíram

para a precarização das condições de trabalho das mulheres no SUS de Betim, um aspecto fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e equitativas.

## **1.1 Objetivos**

### 1.1.1 Objetivo geral

Investigar os fatores associados à precarização da força de trabalho decorrente dos tipos de vínculo trabalhistas durante a pandemia de COVID-19 na rede SUS de Betim, MG.

### 1.1.2. Objetivos específicos

Estimar a prevalência da precarização do trabalho e seus efeitos na condição sobre a saúde e o bem-estar das trabalhadoras no setor da saúde em Betim, MG.

Analisar a associação entre características específicas do trabalho, como tipo de vínculo empregatício, carga horária e condições laborais, e a precarização do trabalho das mulheres na rede SUS de Betim, MG.

Investigar como a precarização do trabalho é distribuída entre diferentes grupos etários e categorias profissionais das trabalhadoras do SUS de Betim e suas repercussões.

## **1.2 Justificativa**

A pandemia de COVID-19 impôs desafios significativos à área da saúde e exigiu simultaneamente pesquisa, planejamento e prestação de assistência a atendimentos emergenciais e crônicos. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o SUS demonstrou sua essencialidade como um sistema de saúde público, gratuito e universal durante a pandemia, destacando-se pela rápida expansão de leitos e pela organização de diretrizes para orientar profissionais da saúde, além do fortalecimento do sistema de vigilância (CONASS, 2021).

Os profissionais de saúde do SUS desempenharam um papel crucial no enfrentamento da pandemia. Nesse sentido, observou-se um agravamento das desigualdades de gênero e uma deterioração na qualidade de vida das mulheres (UNFPA, 2020). As dinâmicas de gênero desempenharam um papel substancial na forma como as mulheres enfrentaram a crise e nos impactos que sofreram.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), as desigualdades de gênero, raça/cor e idade no mercado de trabalho foram acentuadas, sendo que as mulheres foram mais impactadas por perda de emprego, sobrecarga de trabalho doméstico e de cuidados durante o período da pandemia (Ipea, 2021). Paralelamente, destacaram-se os desafios específicos enfrentados pelas mulheres na saúde. Ou seja, as dinâmicas de gênero tiveram um papel substancial tanto na forma como as mulheres enfrentaram a pandemia quanto nos impactos que sofreram (Ipea, 2021).

Essas circunstâncias tornaram essencial investigar os processos de feminização e de precarização do trabalho das mulheres durante a pandemia no município de Betim e os fatores associados aos vínculos de trabalho precário e não precário, a fim de embasar o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes. Desse modo, esta pesquisa buscou não apenas contribuir para o aprimoramento da gestão do trabalho no SUS e fornecer subsídios para mitigar as desigualdades de gênero que emergiram ou se agravaram nesse contexto desafiador, mas também, para promover a saúde e prevenir a violência no ambiente de trabalho em cenários futuros.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### **2.1 Na linha de frente: breve retrospectiva histórica da precarização do trabalho feminino no setor de saúde**

A história do trabalho no setor de saúde reflete transformações sociais profundas e está diretamente ligada à evolução das sociedades e às lutas por direitos e por melhores condições laborais. A precarização do trabalho no setor de saúde, que afeta tanto homens quanto mulheres, revela dinâmicas complexas de desigualdade e de exploração.

No entanto, as desigualdades de gênero, perpetuadas há séculos, tornam as mulheres particularmente vulneráveis a condições de trabalho mais precárias. Traçar a trajetória histórica da precarização no setor de saúde é fundamental para compreender como essas condições afetam o trabalho de mulheres no SUS, especialmente no contexto desafiador da pandemia de COVID-19.

Antes de situar a história do trabalho no setor de saúde, é oportuno apresentar os conceitos de trabalho, emprego e mercado de trabalho. Trabalho pode ser entendido como a atividade humana voltada para a produção de bens e serviços necessários à sobrevivência que envolvem aspectos físicos e intelectuais. Já o emprego se refere à relação formal entre o trabalhador e o empregador, regulamentada por leis trabalhistas, o que garante direitos e deveres. O mercado de trabalho, por sua vez, é o espaço social e econômico em que se realizam as trocas entre a oferta de mão de obra e a demanda por emprego. É marcado por profundas desigualdades de gênero e de raça, especialmente no setor da saúde (Hirata; Lavinás & Maruani, 2009).

A participação das mulheres no mercado de trabalho tem raízes profundas na história da humanidade. Na Idade Média, elas trabalhavam em atividades agrícolas e artesanais, geralmente sob condições precárias e com remuneração inferior à dos homens (Smith, 1990). Durante a Revolução Industrial, a inserção feminina nas fábricas intensificou-se, mas as condições de trabalho eram desumanas, com longas jornadas e baixos salários (Tilly & Scott, 1987).

No século XX, movimentos feministas emergiram com reivindicação de igualdade de direitos e melhores condições de trabalho (Freedman, 2002). A Segunda Guerra Mundial marcou um período significativo, pois muitas mulheres assumiram posições tradicionalmente masculinas

devido à ausência dos homens que estavam nos campos de batalha (Hartmann, 1982). Após a guerra, porém, houve um retrocesso, com a tentativa de relegar as mulheres novamente ao ambiente doméstico (Milkman, 1987).

A divisão sexual do trabalho refere-se à forma como as sociedades distribuem tarefas e responsabilidades com base no gênero: "são atribuídas às mulheres atividades relacionadas ao cuidado e aos homens, o trabalho produtivo e mais valorizado economicamente." (Hirata; Lavinias&Maruani, 2009, p. 86). Na área da saúde, "essa divisão se expressa claramente, com as mulheres concentradas em funções de cuidado, como a enfermagem, e os homens em cargos de prestígio, como a medicina" (Gomes & Nascimento, 2020, p. 5-8).

Quanto à feminização do trabalho, trata-se do aumento da participação das mulheres em setores historicamente dominados por homens sem que haja, no entanto, a equiparação de condições e salários. Segundo Hirata; Lavinias&Maruani, 2009, "a feminização também representa a inserção das mulheres em empregos mais precários, mal remunerados e com baixa proteção social" (Hirata; Lavinias&Maruani, 2009, p. 87). No setor de saúde, esse processo é evidente, ou seja, "as mulheres representam a maioria nas profissões de enfermagem e assistência social, mas enfrentam maiores dificuldades para ascender a cargos de chefia e especialização" (Matos; Toassi& Oliveira, 2013, p. 241).

Com relação à precarização do trabalho, constitui um processo caracterizado pela degradação das condições do ambiente profissional, pela redução de direitos dos trabalhadores e pelo aumento da insegurança laboral. Esse fenômeno está intimamente ligado às transformações econômicas globais, como a flexibilização do trabalho e a terceirização, que buscam maximizar o lucro à custa da falta de proteção dos trabalhadores.

Segundo Pialarissi (2017), a precarização pode ser vista definida como um conjunto de práticas que desestruturam as relações de trabalho e as torna mais vulneráveis e incertas. Entre os aspectos mais visíveis da precarização estão "a informalidade, a falta de direitos trabalhistas básicos, como férias e licenças, e a exposição a jornadas extenuantes, muitas vezes, sem remuneração adequada" (Hirata; Lavinias&Maruani, 2009, p. 86).

No Brasil, a precarização do trabalho feminino acompanha a formação da sociedade desde os tempos coloniais. A escravidão e a posterior inserção das mulheres negras no trabalho doméstico são exemplos de condições sub-humanas de trabalho (Nascimento, 1989). Com a

industrialização no século XX, as mulheres passaram a integrar as fábricas e, posteriormente, o setor de serviços, inclusive os de saúde (Bruschini, 2007).

A participação das mulheres no setor da saúde sempre foi expressiva e em diversas funções, como enfermeira, auxiliar e médica (Ehrenreich&English, 1973). No entanto, essa participação histórica foi frequentemente marcada pela exploração e pela desvalorização do trabalho feminino. Em momentos de crises sanitárias, como o da Gripe Espanhola de 1918 e, mais recentemente, o da pandemia de COVID-19, as mulheres desempenharam um papel central na linha de frente. Contudo, apesar de sua importância, muitas vezes enfrentaram condições de trabalho adversas, sem o devido reconhecimento ou a remuneração justa pelos serviços prestados (Wenham, Smith, & Morgan, 2020).

A feminização do setor de saúde no Brasil é marcada por uma ampla inserção das mulheres em diversas áreas, especialmente na enfermagem, em que representam cerca de 85% da força de trabalho (Gomes *et al*, 2020). Esse aumento, no entanto, não garantiu melhores condições de trabalho às mulheres, pois elas continuam enfrentando desigualdades salariais, falta de acesso a cargos de decisão e sobrecarga de trabalho, sobretudo em tempos de crise sanitária, como a pandemia de COVID-19.

Durante a pandemia, a precarização foi ainda mais acentuada, predominantemente entre as trabalhadoras da linha de frente: sobrecarga de trabalho, falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados e alta exposição ao vírus SARS-CoV-2 (Souza, 2021). Além disso, as mulheres, que compõem a maioria da força de trabalho no setor de saúde, foram duplamente impactadas, uma vez que já enfrentavam dificuldades relacionadas à dupla jornada, ao terem de conciliar o trabalho com as responsabilidades domésticas (Hirata, 2002).

Desse modo, a precarização do trabalho pode se manifestar de diversas maneiras. Um dos principais tipos de sua manifestação é a precarização do emprego, que se refere à falta de estabilidade contratual e à ausência de direitos trabalhistas básicos, como benefícios e proteções sociais (Pialarissi, 2017). Outro tipo comum no setor de saúde é a precarização da jornada de trabalho, em que os trabalhadores são submetidos a jornadas longas e extenuantes, sem compensações justas ou garantias de descanso (Druck, 2023).

A terceirização, por sua vez, vem sendo um dos mecanismos mais utilizados para precarizar o trabalho no setor de saúde. Essa modalidade laboral, que começou a ser amplamente adotada a partir da década de 1990, transferiu para empresas privadas a gestão de serviços públicos de

saúde, o que resultou na fragmentação dos vínculos empregatícios e na redução dos direitos dos trabalhadores (Druck, 2013). Isso impactou significativamente as trabalhadoras da saúde, que passaram a ter que lidar com vínculos mais instáveis e enfrentar condições de trabalho mais vulneráveis.

Como a precarização do trabalho feminino está diretamente relacionada à divisão sexual do trabalho e à segmentação do mercado de trabalho, as mulheres são frequentemente relegadas a ocupações que oferecem menores salários, pouca proteção e menor reconhecimento social. Esse fenômeno é intensificado no setor de saúde, em que as mulheres, embora sejam maioria, ocupam posições menos prestigiadas, como as de enfermagem e de assistência social (Hirata, 2002).

A globalização também contribuiu para a exacerbação dessas desigualdades ao integrar mais mulheres ao mercado de trabalho, mas em condições mais precárias, o que favorece a perpetuação da lógica da exploração. Como destacado por Hirata (2002), a divisão sexual do trabalho e a precarização caminham lado a lado e mantêm as mulheres em uma posição de subordinação e de vulnerabilidade econômica. Esse processo é particularmente visível no setor de saúde, pois as mulheres, apesar de sua predominância numérica, continuam enfrentando barreiras estruturais para alcançar cargos de liderança e maior segurança laboral (Hirata, 2002).

Portanto, a precarização do trabalho feminino no setor de saúde deve ser entendida não apenas como um reflexo das condições econômicas globais, mas também como resultado de estruturas de gênero que perpetuam a desigualdade e a exploração. O setor de saúde, embora vital para o bem-estar social, continua a reproduzir essas dinâmicas de exclusão e de desvalorização das trabalhadoras. As mulheres enfrentam desafios como a falta de EPIs, exposição a riscos biológicos e psicossociais e desvalorização profissional, que tendem a ser mais acentuados nos vínculos de trabalho precários e refletem diretamente as questões relacionadas ao tipo de vínculo empregatício (Davies, 2020).

Esses fatores evidenciam a importância de se investigar como as diferentes formas de contrato de trabalho, precário e não precário, impactam a trajetória profissional e as condições de trabalho das mulheres no setor da saúde, em especial durante crises sanitárias. Dessa perspectiva, a pandemia expôs as fragilidades estruturais já existentes e intensificou a necessidade urgente de políticas públicas que garantam melhorias nas condições laborais e maior proteção social para as trabalhadoras (Boniolet *et al*, 2019).

Em resposta emergencial à crise sanitária, a Lei Nº 14.020, de 6 de julho de 2020, implementou medidas como a redução de jornadas de trabalho e de salários, bem como a suspensão de contratos de trabalho. Essas medidas resultaram no aumento da precarização e na potencialização das já desafiadoras condições de trabalho e de proteção social, sendo que as profissionais da saúde com vínculos temporários foram majoritariamente afetadas (Brasil, 2020).

As referidas mudanças nas relações e nas condições de trabalho contribuíram para evidenciar a premência de se discutir como as diferentes formas de contrato de trabalho, precário e não precário, afetam as condições de trabalho e a saúde mental das profissionais. Essas mudanças também reforçaram a necessidade urgente de se discutir o desenvolvimento de políticas públicas que promovam maior segurança e estabilidade no setor de saúde.

## **2.2 Na linha de frente: a epidemiologia da precarização e da feminização do trabalho na saúde pública**

A precarização do serviço público no Brasil tem raízes históricas e foi intensificada pela implementação da Lei Nº 101, de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF). A LRF estabelece limites para os gastos com pessoal nos três níveis de governo, com o objetivo de garantir a responsabilidade na gestão fiscal de recursos públicos (Brasil, 2000). No entanto, no setor de saúde, essa legislação contribuiu para o aumento de formas precarizadas de trabalho, como a terceirização e os contratos temporários, que permitem a redução de custos com pessoal, mas resultam na perda de direitos trabalhistas, no aumento da rotatividade de profissionais e na redução da qualidade dos serviços prestados (Druck, 2013).

Em vez de contar com servidores concursados com estabilidade e direitos garantidos, o Estado passou a terceirizar grande parte das atividades por meio de Organizações Sociais (OSs) e de contratos temporários para driblar os limites impostos pela LRF. Dessa forma, a precarização do trabalho na saúde pública se ampliou. As OSs têm desempenhado um papel significativo na terceirização do trabalho no setor de saúde. Implementadas no Brasil a partir da década de 1990, essas entidades privadas sem fins lucrativos têm assumido a gestão de unidades de saúde pública, sob contratos de gestão com o Estado (Druck, 2013).

Embora apresentadas como uma solução eficiente para a gestão hospitalar, as OSs têm sido criticadas por fomentar a precarização do trabalho, uma vez que os trabalhadores contratados por elas não possuem os mesmos direitos e garantias que os servidores públicos

concurados. Em síntese, a terceirização realizada por essas organizações tem resultado em vínculos trabalhistas frágeis, salários mais baixos e menor estabilidade, além de dificuldades para a fiscalização das condições de trabalho (Druck, 2013).

Em meio à terceirização, a feminização do trabalho no setor de saúde amplifica esses desafios para as mulheres, que enfrentam questões como dupla jornada, desigualdade salarial e acesso limitado a cargos de liderança. Muitas são alocadas em funções menos valorizadas, como na área de enfermagem e de cuidados assistenciais, enquanto os homens dominam cargos de liderança e especialidades médicas mais bem remuneradas (Bruschini, 2007; Boniolet *al*, 2019). Além disso, as mulheres enfrentam maior vulnerabilidade ao assédio e à discriminação no trabalho, o que contribui para que a desigualdade de gênero perpetue.

Somam-se a isso, as condições de trabalho precarizadas, que afetam diretamente a saúde física e mental das trabalhadoras. A falta de EPIs adequados e a carga emocional excessiva aumentam os riscos de doenças ocupacionais e psicológicas, como o estresse e o *burnout*, mais evidentes durante a pandemia (Boniolet *al*, 2019; George, 2020). Trabalhadoras em vínculos de trabalho precários, como contratos temporários, enfrentaram maiores dificuldades para obter proteção e compensação adequadas (Wenham, Smith & Morgan, 2020).

Essa precarização também compromete a qualidade do atendimento prestado. Trabalhadoras exaustas e sobrecarregadas têm menos capacidade de fornecer cuidados adequados, o que pode resultar em erros médicos e comprometer a segurança dos pacientes (Boniolet *al*, 2019). A urgência de políticas públicas para combater essas condições ficou ainda mais evidente durante a pandemia, sobretudo em relação às mulheres (Davies, 2020).

Os dados epidemiológicos ressaltam a magnitude desse problema. Globalmente, as mulheres representam cerca de 70% da força de trabalho na saúde, muitas trabalham sob condições precarizadas (WHO, 2019). No Brasil, as mulheres representam 65% da força de trabalho no SUS (Brasil, 2021). Cerca de 70% das profissionais de saúde enfrentam precarização em diferentes formas: contratos temporários, falta de EPIs, sobrecarga de trabalho e a exposição constante a riscos biológicos; tudo isso aumenta significativamente a vulnerabilidade dessas trabalhadoras (Gomes *et al*, 2020; Santos & Silva, 2019). Em Minas Gerais, um dos estados mais populosos do Brasil, 75% das enfermeiras relatam que trabalharam em condições precárias durante a pandemia, com aumento significativo de casos de *burnout* e de doenças ocupacionais (FIOCRUZ, 2021).

No continente europeu, apesar de existirem sistemas de saúde mais robustos, as trabalhadoras do setor enfrentam desafios semelhantes. Dados do Eurofound (2020) indicam que cerca de 40% das trabalhadoras na saúde reportam jornadas excessivas e estresse relacionado ao trabalho. Já na África, a precarização é agravada pela escassez de recursos e infraestrutura inadequada em muitos países. Estima-se que 90% das enfermeiras trabalham em condições precárias, com alta exposição a riscos ocupacionais (WHO, 2021).

Na América Latina e no Caribe, a precarização é exacerbada por instabilidades econômicas e políticas. As mulheres representam aproximadamente 85% da força de trabalho em enfermagem, sendo que muitos países reportam condições de trabalho subótimas. No Brasil, por exemplo, 60% das enfermeiras relatam falta de EPIs durante a pandemia de COVID-19 (FIOCRUZ, 2021).

### **2.3 Desvendando os fatores que caracterizam a precarização do trabalho da mulher na saúde**

A precarização do trabalho da mulher no setor da saúde é um problema persistente que se agravou significativamente durante a pandemia de COVID-19. Tornou-se, portanto, essencial examinar os principais fatores que contribuem para esse agravamento e compreender como esses fatores se inter-relacionam e afetam as condições de trabalho das mulheres na saúde.

#### **2.3.1 Fatores econômicos**

a) Baixos salários: historicamente, as profissões majoritariamente femininas, como a enfermagem e o trabalho de assistente de saúde, são desvalorizadas e mal remuneradas (ILO, 2019). A teoria da segmentação do mercado de trabalho de Doeringer e Piore (1971) explica que as mulheres são frequentemente relegadas a setores e a ocupações de baixo *status* e remuneração. A referida teoria propõe que o mercado de trabalho é dividido em dois segmentos principais: o primário e o secundário. O segmento primário é caracterizado por empregos de alta qualidade, com salários elevados, estabilidade no emprego, boas condições de trabalho e oportunidades de progressão na carreira. Já o segmento secundário é composto por empregos de baixa qualidade, com salários baixos, pouca estabilidade, condições de trabalho precárias e poucas oportunidades de avanço na carreira.

Doeringer e Piore (1971) argumentam que, como a mobilidade entre esses segmentos é limitada, as desigualdades no mercado de trabalho perpetuam. Além disso, fatores como

discriminação de gênero, raça e outras características demográficas influenciam essa segmentação. Nesse contexto, as políticas públicas e as práticas empresariais podem ajudar a reduzir essas barreiras e a promover um mercado de trabalho mais equitativo.

b) Insegurança no emprego: a contratação temporária e os contratos de trabalho precários são comuns no setor da saúde e afetam tanto homens quanto mulheres. No entanto, as mulheres tendem a ser mais vulneráveis a essas formas de contratação, o que exacerba a insegurança econômica (Standing, 2011).

A falta de estabilidade no emprego limita as oportunidades de progressão na carreira e aumenta a exposição a condições de trabalho instáveis para todos os profissionais, com um impacto mais acentuado sobre as trabalhadoras, que já enfrentam barreiras adicionais, como a desigualdade de gênero e a sobrecarga de responsabilidades familiares (Standing, 2011).

### 2.3.2 Fatores sociais e culturais

a) Desigualdade de gênero: conforme Hartmann (1982), o patriarcado é um sistema social em que os homens dominam, oprimem e exploram as mulheres. Esse sistema de dominação masculina está enraizado em várias esferas da vida e inclui a família, o trabalho e as instituições políticas. Hartmann (1982) destaca que o patriarcado se entrelaça com o capitalismo, ao criar uma estrutura em que as mulheres são frequentemente relegadas a posições de subordinação tanto no lar quanto no mercado de trabalho.

Essa intersecção contribui para a perpetuação da desigualdade de gênero e para a manutenção das mulheres em empregos de baixa remuneração e *status*, enquanto os homens são mantidos em posições de poder e de controle. Hartmann (1982) enfatiza a necessidade de mudanças estruturais e de políticas para dismantelar o patriarcado e promover a igualdade de gênero.

b) Dupla jornada de trabalho: as mulheres enfrentam uma carga adicional de responsabilidades domésticas e familiares, frequentemente descrita como a "dupla jornada de trabalho" (Hochschild & Machung, 2012). Após o expediente formal, muitas mulheres realizam tarefas domésticas, cuidam de filhos e/ou de pessoas dependentes, o que resulta em esgotamento físico e mental. Esse acúmulo de funções prejudica o equilíbrio entre vida pessoal e profissional e impacta diretamente sua saúde e seu desempenho no ambiente de trabalho.

A dupla jornada também limita as oportunidades de desenvolvimento profissional, pois reduz o tempo disponível para capacitação, formação continuada e participação em redes profissionais. Isso faz com que as desigualdades de gênero no mercado de trabalho perpetuem. Durante a pandemia de COVID-19, essa sobrecarga se intensificou: muitas mulheres tiveram que enfrentar desafios ainda maiores para conciliar trabalho e vida familiar, por conta dos exacerbados níveis de estresse e de *burnout* (Wenham, Smith & Morgan, 2020).

### 2.3.3 Fatores organizacionais

a) Condições de trabalho: as condições de trabalho no setor da saúde são frequentemente inadequadas para todos os profissionais, com longas jornadas, falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) e ambientes estressantes. Esses fatores afetam igualmente homens e mulheres, comprometem a qualidade do trabalho e a saúde física e mental dos trabalhadores. No entanto, o impacto nas mulheres pode ser agravado na medida em que, frequentemente, lidam com a dupla jornada de trabalho e uma vulnerabilidade maior a condições de trabalho precarizadas.

b) Políticas institucionais: a ausência de políticas institucionais de apoio e de desenvolvimento profissional eficazes afeta todos os trabalhadores do setor da saúde. A falta de programas de capacitação e de oportunidades de ascensão profissional contribui para a precarização generalizada. No entanto, para as mulheres, essas limitações podem ser mais pronunciadas, uma vez que elas enfrentam barreiras adicionais, como desigualdade de gênero e acesso menor a cargos de liderança (George, 2020). Essas políticas, ou a ausência delas, fazem perpetuar as disparidades no ambiente de trabalho, embora o efeito seja observado em ambos os sexos.

### 2.3.4 Fatores de saúde e de segurança

a) Riscos ocupacionais: a teoria do capital humano de Becker (1964) sugere que os investimentos em educação, treinamento e saúde dos indivíduos aumentam sua produtividade e o potencial de ganhos no mercado de trabalho. O referido autor argumenta que o investimento inadequado em proteção e formação resulta em trabalhadores menos qualificados e mais vulneráveis, o que pode levar a um maior risco de doenças e lesões.

A falta de investimento adequado em capital humano não só reduz a eficiência e a competitividade dos trabalhadores, mas também aumenta os custos para as empresas e a

sociedade em termos de saúde e segurança no trabalho. Assim, Becker (1964) enfatiza a importância de políticas que promovam a educação contínua e a saúde ocupacional para melhorar o bem-estar e a produtividade da força de trabalho.

b) Saúde mental: o impacto psicológico do trabalho em saúde, especialmente durante crises sanitárias, é significativo. A teoria do estresse ocupacional de Karasek (1979), conhecida como o Modelo de demanda-controle, propõe que o estresse no ambiente de trabalho resulta da interação entre as demandas do trabalho e o controle que o trabalhador exerce sobre essas demandas.

Segundo Karasek (1979), altos níveis de demandas, como pressão de tempo e carga de trabalho, combinados com baixo controle, como pouca autonomia e falta de uso de habilidades, resultam em altos níveis de estresse e podem levar a problemas de saúde. O modelo sugere que trabalhos com altas demandas e alto controle (trabalhos ativos) são menos estressantes e mais saudáveis do que trabalhos com altas demandas e baixo controle (trabalhos de alta tensão).

### 2.3.5 Fatores relacionados à precarização da trabalhadora da saúde durante a pandemia de COVID-19

a) Aumento da carga de trabalho: a pandemia resultou em uma sobrecarga massiva de trabalho para os profissionais de saúde. A teoria do esforço-recompensa de Siegrist (1996) postula que o estresse ocupacional resulta de um desequilíbrio entre os esforços investidos pelo trabalhador e as recompensas recebidas em troca. Esforços podem incluir demandas físicas e mentais, enquanto recompensas englobam salários, reconhecimento e segurança no emprego.

Quando há um alto esforço não correspondido por recompensas adequadas, o trabalhador experimenta estresse, o que pode levar a problemas de saúde física e mental. Siegrist (1996) sugere que esse desequilíbrio pode ser exacerbado por características pessoais, como a necessidade de aprovação ou a falta de alternativas de emprego. Assim, para reduzir o estresse ocupacional e melhorar a saúde dos trabalhadores, é fundamental equilibrar os esforços exigidos com recompensas justas e adequadas.

b) Impacto na saúde mental: a pandemia introduziu novos desafios de saúde mental ao intensificar significativamente os níveis de estresse, de ansiedade e de depressão entre as trabalhadoras da saúde. Com isso, a prevalência de sintomas de saúde mental negativos

aumentou drasticamente nesse período e exacerbou problemas preexistentes de precarização, como baixos salários, falta de estabilidade e condições de trabalho inadequadas que já afetavam essas trabalhadoras antes da pandemia, de acordo com *Laiet al (2020)*,.

c) Falta de suporte institucional: a ausência de suporte institucional adequado durante a pandemia, como acesso a EPIs e apoio psicológico, agravou a precarização do trabalho feminino na saúde. A teoria da justiça organizacional de Greenberg (1987) explora como a percepção de justiça no ambiente de trabalho afeta as atitudes e os comportamentos dos trabalhadores. Divide-se em três componentes: justiça distributiva, justiça processual e justiça interacional.

A primeira se refere à equidade na distribuição de recursos e recompensas; a segunda trata da equidade dos processos e dos procedimentos decisórios. A terceira, por sua vez, se relaciona à qualidade do tratamento interpessoal e à comunicação dentro da organização. Greenberg (1987) argumenta que percepções positivas de justiça organizacional aumentam a satisfação no trabalho, o comprometimento organizacional e os comportamentos pró-sociais, enquanto percepções de injustiça levam à insatisfação, à baixa moral e a comportamentos negativos, como absenteísmo e rotatividade.

d) A idade: globalmente, a pandemia de COVID-19 exacerbou a precarização do trabalho entre as profissionais de saúde, com variações significativas entre diferentes faixas etárias. Mulheres jovens (até 35 anos) enfrentaram maiores níveis de insegurança no emprego e contratos temporários, enquanto as profissionais mais velhas enfrentaram discriminação etária e sobrecarga física e emocional (WHO, 2021). A falta de experiência das mais jovens levou-as a aceitar condições de trabalho mais precárias, as mais velhas, por sua vez, apesar da estabilidade relativa, lidaram com maiores exigências físicas e psicológicas, o que exacerbou problemas de saúde preexistentes (ILO, 2022).

Na América Latina e no Caribe, jovens enfermeiras e auxiliares de saúde enfrentaram altos níveis de desemprego e subemprego durante a pandemia. A instabilidade econômica da região e a falta de políticas de proteção ao trabalho aumentaram a precarização da atividade laboraldessas profissionais. Mesmo com a alta demanda por profissionais de saúde devido à crise sanitária, muitas jovens trabalhadoras enfrentaram desemprego porque os sistemas de saúde não conseguiram oferecer proteção adequada contra o vírus. Além disso, o subemprego,

caracterizado pela redução de horas de trabalho ou por condições laborais inadequadas, aumentou e intensificou a vulnerabilidade dessas profissionais (FIOCRUZ, 2021).

Mulheres com mais de 35 anos, embora mais experientes, enfrentaram barreiras para a atualização profissional e a sobrecarga de trabalho, muitas vezes sem o devido reconhecimento. No Brasil, a idade foi um fator determinante em relação à precarização do trabalho das mulheres no setor da saúde durante a pandemia. As jovens profissionais, especialmente as recém-formadas, tiveram dificuldade de encontrar empregos estáveis e muitas vezes aceitaram condições de trabalho precarizadas para ganhar experiência (Bruschini, 2007). As profissionais mais velhas enfrentaram desafios como a discriminação etária e a necessidade de equilibrar responsabilidades profissionais e familiares ampliadas pela pandemia.

Estudos mostram que 70% das profissionais de saúde no Brasil enfrentaram algum tipo de precarização, com diferenças marcantes entre faixas etárias. Jovens profissionais relataram maior insegurança no emprego e menores salários, enquanto as mais velhas relataram maior sobrecarga de trabalho e problemas de saúde ocupacional (Laurell & Noriega, 1989; Paim, 2008).

Em Minas Gerais, a precarização do trabalho da saúde durante a pandemia refletiu as tendências nacionais, com variações regionais. Jovens profissionais enfrentaram altos níveis de instabilidade no emprego e aceitaram, com frequência, contratos temporários e jornadas irregulares. As profissionais mais velhas lidaram com desafios adicionais, como a discriminação etária e a necessidade de atualização contínua em um sistema de saúde em evolução. Profissionais jovens relataram maior insegurança no emprego e falta de apoio institucional, enquanto as mais velhas enfrentaram sobrecarga de trabalho e maior risco de *burnout* (FIOCRUZ, 2021).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Desenho do estudo**

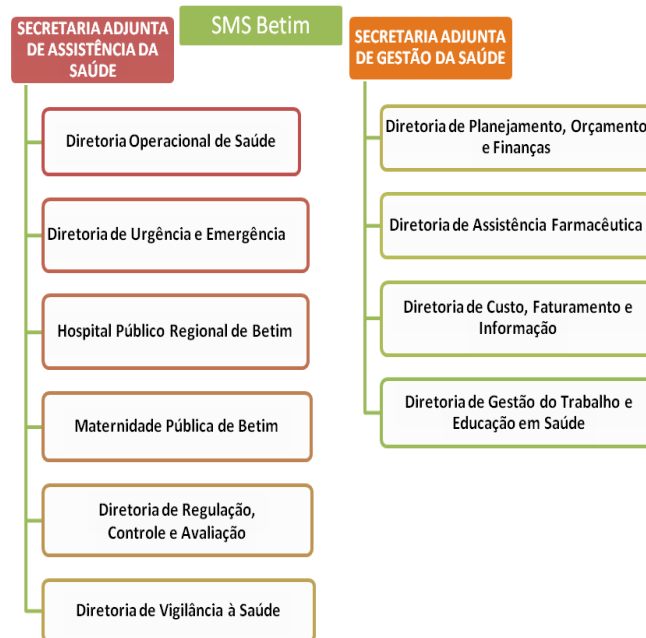
Estudo transversal populacional, com característica analítica.

#### **3.2 Cenário do estudo**

O município de Betim é habilitado em Gestão Plena do Sistema de Saúde. A SMS-Betim, por sua vez, é responsável por implantar e implementar a Política Municipal de Saúde por meio da execução de todas as atividades de gestão dos serviços de saúde e das ações ambulatoriais e hospitalares que integram a rede do SUS-Betim. Coordena as ações e os serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação, de nutrição e de saúde do trabalhador.

Betim também é sede da Região de Saúde Betim, portanto a SMS-Betim possui uma organização do sistema e da rede de saúde voltada para a atenção aos usuários residentes no município e nas outras 13 cidades que compõem a região de saúde, que juntos somam uma população total de 728.243 habitantes. Para executar todas as ações de planejamento de gestão e de assistência, a SMS foi subdividida, de acordo com organograma vigente durante o período do estudo, em concordância com a Lei municipal nº 6158, de 27 de janeiro de 2017, em Secretaria Adjunta de Assistência da Saúde e Secretaria Adjunta de Gestão da Saúde, que são compostas por diretorias, conforme organograma abaixo.

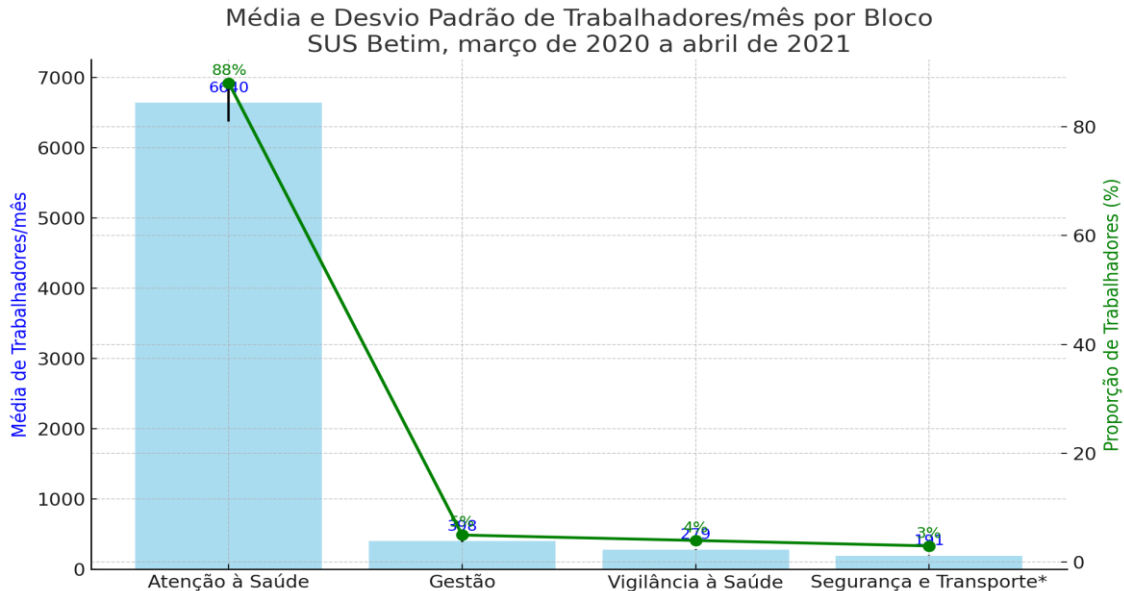
Figura 1: Organograma da estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Betim vigente no período de março de 2020 a abril de 2021.



Fonte: Betim, Lei Municipal 6.158, de 27 de janeiro de 2017.

Em março de 2020, mês de detecção do SARS-CoV-2 em Betim, o quantitativo da força de trabalho era de 6.925 trabalhadores. Em abril de 2021, último mês do período do estudo, essa força de trabalho havia crescido para 7.891 trabalhadores, o que representou um incremento de 14% da força laboral em saúde. Esse aumento foi distribuído entre os blocos Atenção à Saúde, Gestão e Vigilância à Saúde, conforme demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Média e desvio padrão de trabalhadores por mês e por bloco de atuação no SUS Betim, março de 2020 a abril de 2021.



Fonte: elaborado pelo autor, 2024. Extraído do banco de dados secundário da pesquisa Impactos da Pandemia de COVID-19 na Gestão do Trabalho em Saúde dos SUS Betim

No município de Betim, os servidores públicos podem ser vinculados à Administração Municipal por meio de diferentes regimes de contratação, como estatutário (concursados), contrato temporário direto, função pública, cargos em comissão, contratos com pessoas jurídicas e Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA). Os servidores que ingressam no serviço público por meio de concurso público são regidos integralmente pelo Estatuto dos Servidores Públicos Municipais. Após o cumprimento do estágio probatório (três anos desde a data da posse), esses servidores adquirem estabilidade no emprego, além de direitos, como progressão na carreira por tempo e qualificação, entre outros.

O contrato temporário direto é utilizado para atender necessidades temporárias e excepcionais da Administração Pública. É regido parcialmente pelo Estatuto do Servidor Público Municipal e parcialmente pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esses contratos têm duração limitada e os servidores não possuem estabilidade, mas têm direito a benefícios previstos na CLT, como 13º salário, férias remuneradas e FGTS.

Além disso, a Administração Municipal pode contar com servidores em funções públicas específicas e temporárias, que não exigem concurso público. Nessa categoria, enquadram-se

os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Endemias, categorias exclusivas do SUS, que desempenham atividades essenciais para a promoção da saúde e o controle de doenças na comunidade. Já os servidores comissionados, nomeados para cargos de confiança de natureza gerencial ou de assessoramento, não têm estabilidade, mas têm direitos e remunerações conforme o referido estatuto e normas específicas.

A Prefeitura Municipal de Betim realiza ainda a contratação de pessoas jurídicas, empresas ou organizações sociais para o fornecimento de serviços específicos ao município, cujos contratos são regidos pela legislação pertinente, como a Lei Nº 14.133, de 1º de abril de 2021 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos) (Brasil, 2021). Outra modalidade de vínculo é a contratação de profissionais por meio de bolsas, dentre os quais se destacam os médicos do programa Mais Médicos. Esses profissionais têm sido classificados como trabalhadores precarizados devido à natureza temporária e instável de seus contratos.

Apesar de desempenharem funções essenciais no sistema de saúde, os médicos bolsistas não possuem os mesmos direitos e benefícios garantidos aos trabalhadores com contratos permanentes, como estabilidade, férias remuneradas e proteção social. Essa situação cria um cenário de vulnerabilidade para os médicos bolsistas, que enfrentam incertezas quanto à continuidade do trabalho e à segurança de suas condições laborais.

Adicionalmente, a Administração Pública pode contratar prestadores de serviços autônomos por meio de Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA). Essa é uma forma de contratação esporádica e temporária, em que os prestadores de serviço independentes emitem recibos de pagamento diário e são responsáveis pelo recolhimento dos respectivos tributos, conforme legislação vigente.

A distinção dessas modalidades de contratação de trabalhadores na área da saúde é fundamental para a gestão de recursos humanos no setor público. Isso porque reflete os diferentes níveis de segurança dos trabalhadores envolvidos e de benefícios recebidos por eles. Também é importante para a administração dos contratos de serviços externos e temporários.

### 3.3 População

Esta pesquisa considerou todas as mulheres trabalhadoras do SUS de Betim. Como foi considerada toda a população, não foi estimado o cálculo de tamanho mínimo de amostra.

### 3.4 Critérios de inclusão

O critério de inclusão estabelecido foi mulher que havia prestado serviço ao Sistema Único de Betim, Minas Gerais, entre março de 2020 e abril de 2021. Não houve restrição em relação ao tipo de vínculo empregatício.

### 3.5 Critérios de exclusão

Os estagiários foram excluídos do estudo devido ao seu vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Betim ser baseado na integração ensino-serviço-comunidade. Além deles, os trabalhadores afastados do serviço por um período superior a 180 dias também foram excluídos.

### 3.6 Fonte e coleta de dados

A pesquisa utilizada como base para os dados secundários deste estudo é intitulada Impactos da Pandemia de COVID-19 na Gestão do Trabalho em Saúde do SUS Betim. Desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas vinculado à Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES), a pesquisa teve início em 2021 e envolveu a coleta de dados sobre a força de trabalho no SUS de Betim durante o primeiro ano da pandemia.

Essa investigação gerou seis bancos de dados que abordaram aspectos como a composição da força de trabalho, os afastamentos relacionados à COVID-19 e as políticas institucionais implementadas para lidar com a crise sanitária. Os dados foram extraídos do Sistema Gaia, que é gerido pela Superintendência de Recursos Humanos de Betim, e por sistemas de informação municipais e nacionais.

A pesquisa visou caracterizar a força de trabalho durante o período crítico da pandemia: de março de 2020 a abril de 2021. Para isso analisou as mudanças na estrutura assistencial, os vínculos contratuais e a flexibilização dos contratos de trabalho nesse contexto. O período de corte do estudo, de março de 2020 a abril de 2021, correspondeu ao início da pandemia no município até a fase de seu recrudescimento, com a instalação dos Centros de Cuidados Intensivos para COVID-19 até a implementação da vacinação para a doença no SUS Betim.

A coleta dos dados foi realizada no período de março de 2022 a janeiro de 2023. Esses dados foram agrupados e integrados mensalmente utilizando-se o software Microsoft Excel. Posteriormente, os dados foram organizados e sistematizados, o que resultou na construção de um banco de dados abrangente sobre a força de trabalho do SUS Betim.

Com base nesse banco, o presente estudo direcionou seu foco para a análise das formas de contratação da população feminina ao avaliar as condições associadas aos vínculos precários e não precários. O estudo considerou as diferentes modalidades de contratação empregadas, como contratos temporários, terceirizados e informais (vínculos precários), em contraste com contratos permanentes ou estáveis (vínculos não precários).

### **3.7 Variáveis**

As exposições consideradas para o estudo foram: idade da participante (anos), calculada com base na data de 20 de setembro de 2020; tempo de admissão no serviço (anos); categoria profissional (serviços gerais, assistenciais e administrativos); escolaridade (ensino fundamental, médio e superior); carga horária semanal (em horas); tipo de vínculo de contrato trabalho (precário, não precário); situação (em exercício, próximo de aposentar); horas extras (em horas) e cargo (administrativo, assistencial e serviços gerais).

### **3.8 Análise de dados**

A análise descritiva das variáveis selecionadas considerou a distribuição dos dados absolutos e percentuais. Para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas, foi aplicado o teste de normalidade e a inspeção dos histogramas. Primeiramente, as medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão) foram calculadas. As diferenças entre

grupos foram investigadas utilizando-se o *teste t de Student* ou o *testeMann-Whitney*, com base na normalidade da variável.

As variáveis categóricas foram avaliadas quanto à distribuição, bem como a presença do desfecho precarização, utilizando-se o *teste qui-quadrado* ou o *teste exato de Fisher*, com um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) no *Stata* versão 18.

### **3.9 Aspectos éticos**

Os dados foram originados de bancos secundários da pesquisa Impactos da Pandemia de COVID-19 na Gestão do Trabalho em Saúde dos SUS Betim, encomendada pela Gestão do Trabalho do SUS Betim, no contexto da pandemia de COVID-19 e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número CAAE 47292821.6.0000.5651.

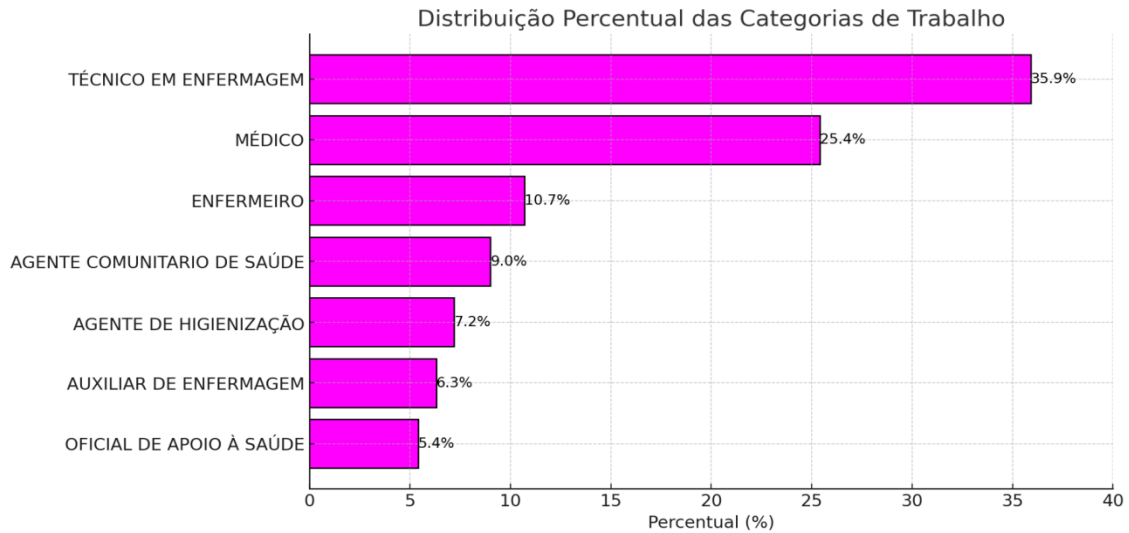
## 4 RESULTADOS

Em fevereiro de 2020, a SMS-Betim contava com 72 estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Com o avanço da COVID-19, foi necessária a criação de novos estabelecimentos. Em março de 2020, foi inserida no CNES uma nova base da Unidade de Suporte Avançado (USA). Em abril de 2020, a SMS-Betim implantou o Hospital Geral de Campanha, denominado Centro de Cuidados Intensivos para COVID-19 (Cecovid-2), a fim de admitir, tratar e cuidar de pacientes encaminhados preferencialmente das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com isso, o total de estabelecimentos de natureza jurídica do município aumentou para 74.

Ainda em abril de 2020, a SMS-Betim concluiu a estruturação do Cecovid-4 para atender casos graves de COVID-19 com leitos de terapia intensiva, cujo fluxo e regulação eram definidos pela própria gestão. Houve um acréscimo de 100 leitos de terapia intensiva, com a possibilidade de ampliação para até 170 leitos. Em junho de 2020, foi criado o estabelecimento SADT, que oferece o serviço de raio X eletivo, o que elevou o total de estabelecimentos para 75.

Durante o período do estudo (março de 2020 a abril de 2021), a força de trabalho manteve uma média de 7.509 trabalhadores por mês. As categorias mais representativas foram: técnicos de enfermagem, que constituíram 35,9% da força de trabalho; médicos, com 25,4%; enfermeiros, com 11%; e agentes comunitários de saúde, com 9%. Além disso, os agentes de higienização, considerados trabalhadores de atividade-meio, representaram 7% de toda a força de trabalho no período, conforme demonstrado no gráfico 2.

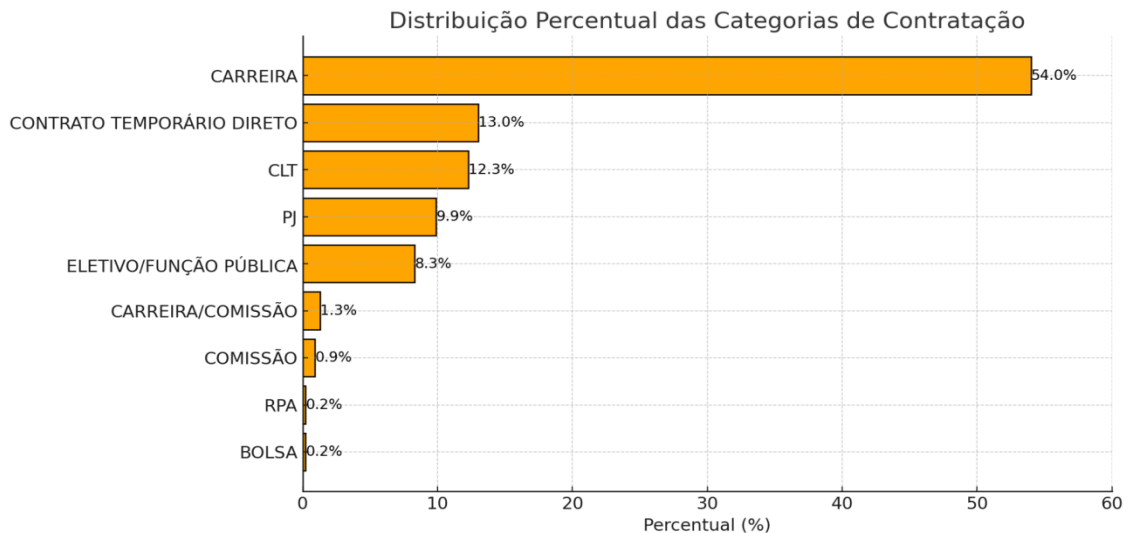
Gráfico 2. Distribuição percentual das categorias de trabalho. SUS Betim, março de 2020 a abril de 2021.



Fonte: adaptado pelo autor, 2024. Extraído do banco de dados secundário da pesquisa Impactos da Pandemia de COVID-19 na Gestão do Trabalho em Saúde dos SUS Betim.

As contratações que podem ser classificadas como precárias, ou seja, aquelas feitas por meio de contrato temporário direto, a dos bolsistas, de pessoa jurídica (PJ) e as realizadas por meio RPA, corresponderam a 24% da força de trabalho do período estudado conforme demonstrado no gráfico 3.

Gráfico 3. Distribuição percentual das categorias de contratação. SUS Betim, março de 2020 a abril de 2021.

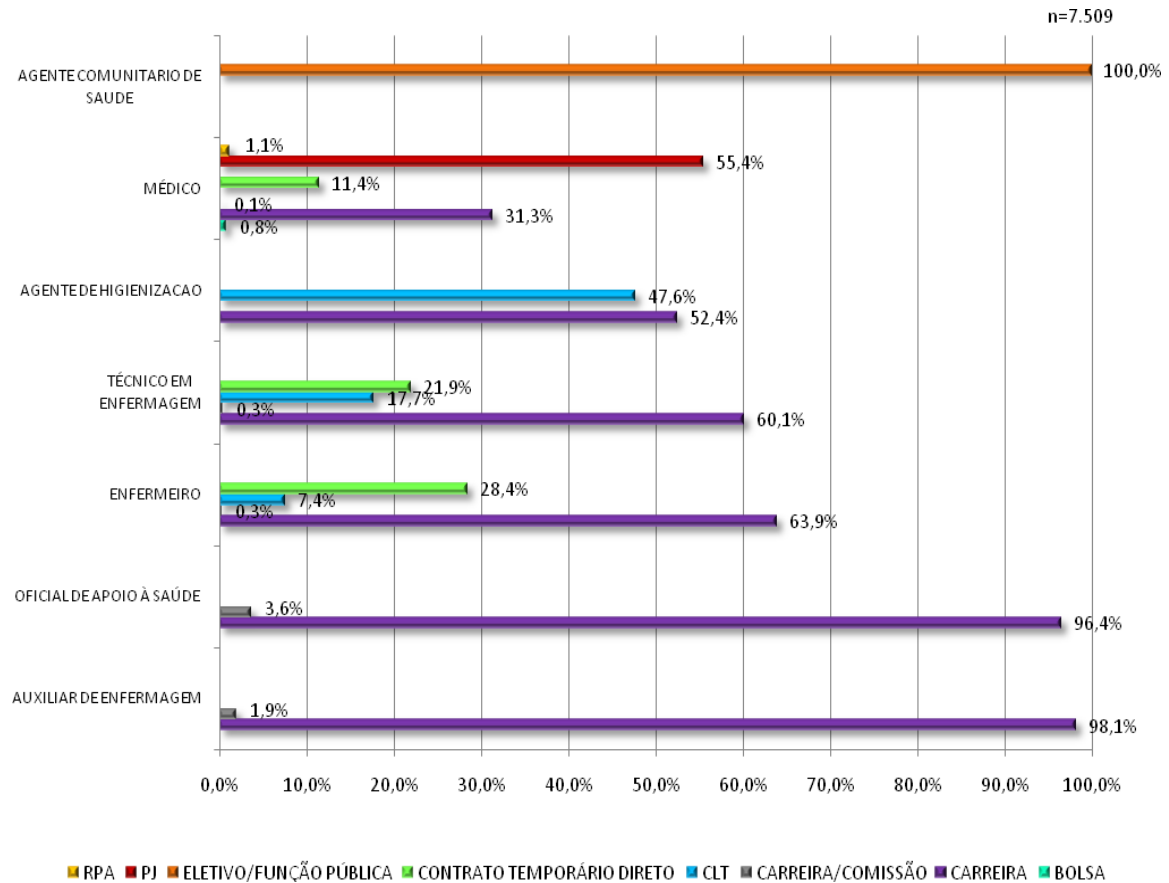


Fonte: adaptado pelo autor, 2024. Extraído do banco de dados secundário da pesquisa Impactos da Pandemia de COVID-19 na Gestão do Trabalho em Saúde do SUS Betim

No período analisado (março de 2020 a abril de 2021), foi observado que algumas categorias apresentam uma maior proporção de vínculos precários. Entre os enfermeiros, 28,4% possuem contratos temporários diretos. Os técnicos de enfermagem também enfrentam essa situação, com 21,9% contratados sob vínculo temporário direto. Já entre os médicos, 12,6% possuem vínculos precários distribuídos em: 0,1% por RPA, 1,1% como Pessoa Jurídica (PJ) e 11,4% por meio de contratos temporários diretos.

A diversidade de tipos de vínculo descrita acima revela a complexidade da contratação de médicos, especialmente em períodos de alta demanda, como durante a pandemia. Além disso, comparativamente à relação de vínculos não precários, a significativa proporção de vínculos precários presente entre os médicos e entre outras categorias profissionais reflete a dificuldade de se garantir estabilidade para esses profissionais essenciais, conforme demonstrado no gráfico 4.

Gráfico 4 - Proporção dos tipos de vínculo das categorias com maior quantitativo de trabalhadores. SUS Betim, março de 2020 a abril de 2021.



Fonte: banco de dados secundário da pesquisa Impactos da Pandemia de COVID-19 na Gestão do Trabalho em Saúde dos SUS Betim

A evolução dos vínculos precários no SUS de Betim durante o período de março de 2020 a abril de 2020, descritos na tabela 1 a seguir, mostra significativas mudanças na forma de contratação dos profissionais de saúde devido à pandemia de COVID-19. A análise abrange diferentes categorias, como médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros, e destaca as variações nos tipos de vínculo empregatício, que incluem RPA, PJ e contratos temporários diretos.

Tabela 1 - Análise da variação dos vínculos precários no SUS de Betim de março de 2020 a abril de 2021.

<b>Categoria</b>	<b>Vínculo</b>	<b>Mar/20</b>	<b>Abr/21</b>	<b>Variação</b>
Médicos	RPA	0,10%	0,20%	0,10%
Médicos	PJ	1,10%	9,90%	8,80%
Médicos	Contrato Temp. Direto	11,40%	13,00%	1,60%
Técnicos Enfermagem	RPA	0,00%	0,00%	0,00%
Técnicos Enfermagem	PJ	0,00%	0,00%	0,00%
Técnicos Enfermagem	Contrato Temp. Direto	21,90%	13,00%	-8,90%
Enfermeiros	RPA	0,00%	0,00%	0,00%
Enfermeiros	PJ	0,00%	0,00%	0,00%
Enfermeiro	Contrato Temp. Direto	28,40%	13,00%	-15,40%

Fonte: elaborado pelo autor, 2024. Extraído do banco de dados secundário da pesquisa Impactos da Pandemia de COVID-19 na Gestão do Trabalho em Saúde do SUS Betim.

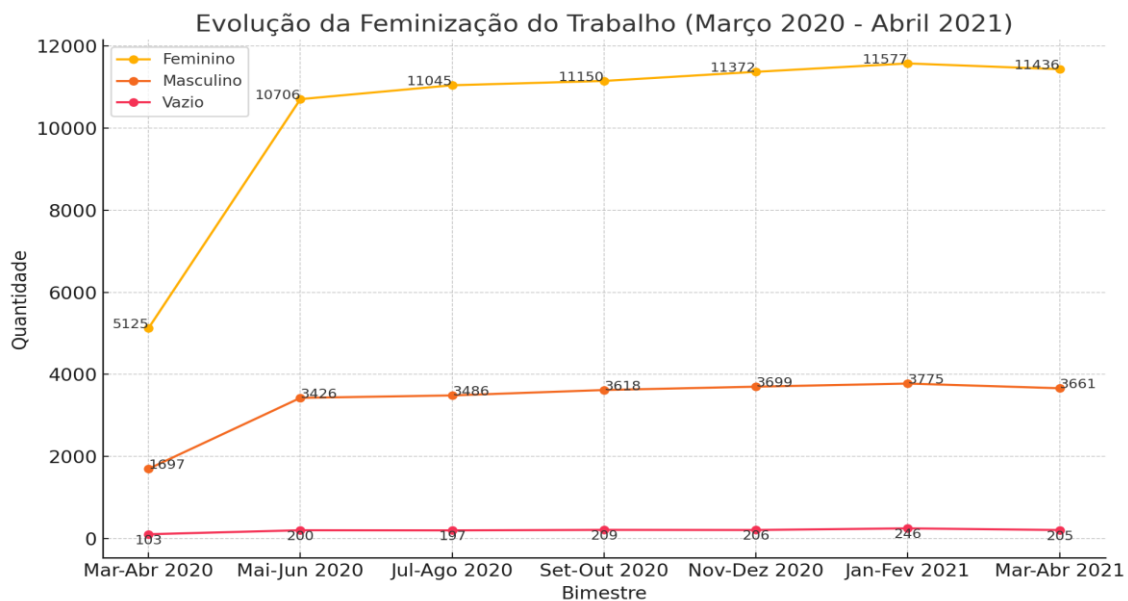
Entre os médicos, houve um aumento expressivo do vínculo PJ, que passou de 1,10% para 9,90%. Isso reflete uma alta dependência de contratações precárias, especialmente durante o período da pandemia. A urgência em atender a demanda emergencial de saúde e a necessidade de ampliar rapidamente a força de trabalho contribuiu para esse aumento. Além disso, o percentual de médicos com contratos temporários diretos também subiu de 11,40% para 13,00%. Com relação ao vínculo RPA, houve um leve crescimento, ou seja, passou de 0,10% para 0,20%.

Esses números ilustram como a pandemia de COVID-19 acelerou a precarização das contratações no setor da saúde. Com isso, houve um reforço da vulnerabilidade dos profissionais em meio a vínculos empregatícios frágeis, sem estabilidade e com direitos trabalhistas limitados. Para os técnicos em enfermagem, houve uma redução substancial nos contratos temporários diretos, que caíram de 21,90% para 13,00%. Entre os enfermeiros, a redução foi ainda mais pronunciada: os contratos temporários diretos diminuíram de 28,40% para 13,00%. Essa diminuição pode ser justificada principalmente pelo fato de que, na fase inicial da pandemia, foi necessário contratar um grande contingente de profissionais de enfermagem em regime temporário.

Apesar de ter havido redução da contratação temporária dos profissionais de enfermagem, houve um aumento significativo do vínculo PJ e de contratos temporários diretos entre os médicos. Isso indica que, no final do período estudado (abril de 2021), houve um crescimento das contratações precárias no SUS de Betim, com uma variação geral de aproximadamente 6,96%.

Outro aspecto importante a ser destacado é que o SUS de Betim reflete o franco processo de feminização da saúde, ou seja, enquanto a quantidade de trabalhadores do sexo masculino apresentou um aumento moderado, observou-se um crescimento significativo do número de trabalhadores do sexo feminino. A seguir, apresentamos o gráfico 5, que ilustra a evolução da feminização do trabalho em números absolutos no SUS de Betim, de março de 2020 a abril de 2021.

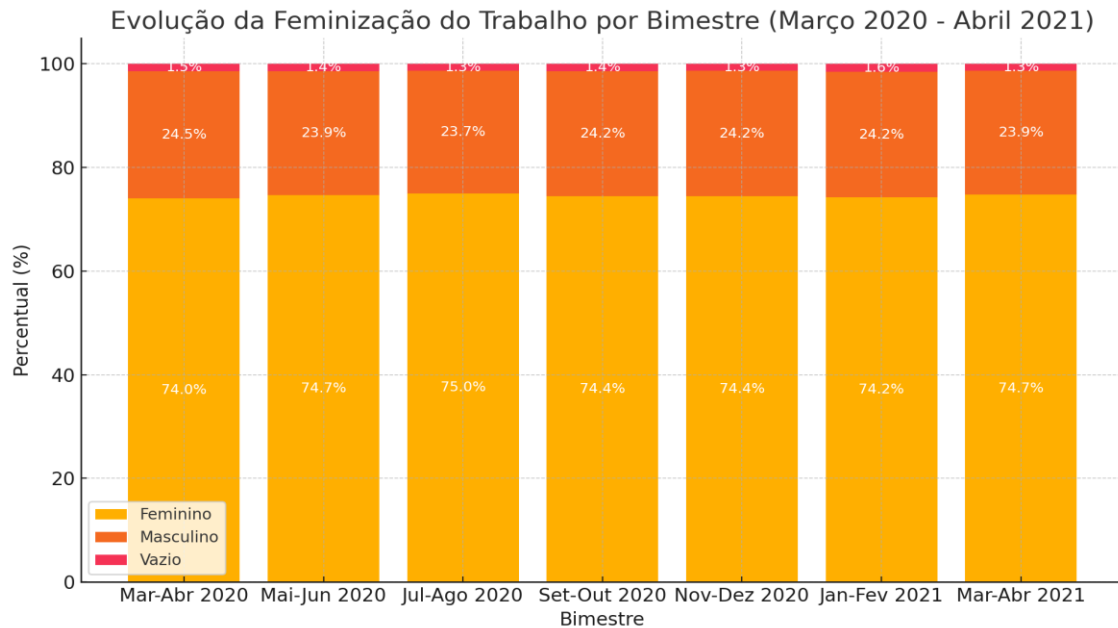
Gráfico 5 - Evolução da feminização do trabalho, SUS Betim, março de 2020 a abril de 2021.



Fonte: elaborado pelo autor, 2024. Extraído do banco de dados secundário da pesquisa Impactos da Pandemia de COVID-19 na Gestão do Trabalho em Saúde do SUS Betim.

Além de se mostrar a feminização do trabalho na saúde, os dados do gráfico 5 permitem inferir que as vagas vazias — representadas por profissionais que não tiveram o gênero definido no banco de dados — apresentaram flutuações, porém permaneceram relativamente estáveis em comparação aos outros dois grupos. Quando se avalia a composição percentual de cada categoria (feminino, masculino e vazio) em cada bimestre do período, representada no gráfico 6, a seguir, nota-se que a proporção de trabalhadores femininas foi maior do que a de trabalhadores masculinos, o que indica uma predominância do gênero feminino no mercado de trabalho durante o período analisado.

Gráfico 6. Evolução da feminização do trabalho por bimestre, SUS Betim, março de 2020 a abril de 2021.

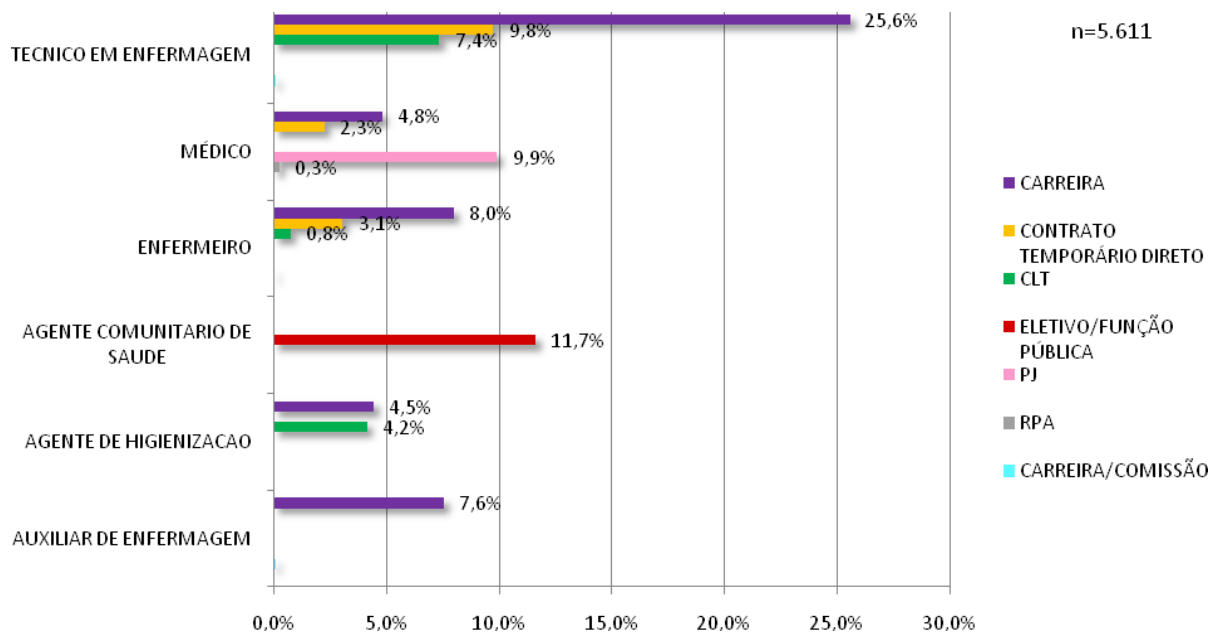


Fonte: elaborado pelo autor, 2024. Extraído do banco de dados secundário da pesquisa Impactos da Pandemia de COVID-19 na Gestão do Trabalho em Saúde do SUS Betim.

Fica evidente que o contingente feminino foi marcadamente majoritário naquele período (março de 2020 a abril de 2021), pois representou mais de 74% de todos os trabalhadores do SUS Betim. Isso aponta a feminização da força de trabalho local, com uma média de 5.611 trabalhadoras/mês, sendo que a força de trabalho feminina se manteve majoritária. Ou seja, teve um crescimento de 15% ao longo do período, superior ao crescimento de 9% de trabalhadores do sexo masculino.

Tendo em vista o contexto da feminização do trabalho no SUS de Betim, observa-se uma parcela significativa de mulheres em regimes de contratos menos estáveis, como contrato temporário, PJ e RPA. Mais de 1.400 mulheres foram afetadas por esses contratos de trabalho instáveis, que corresponderam a 25,1% do total de trabalhadoras. Nesse sentido, o gráfico 7, a seguir, demonstra a proporção de mulheres por cargos mais representativos e tipos de vínculo. Além disso, destaca a precariedade dos contratos femininos durante o período de março de 2020 a abril de 2021.

Gráfico 7. Proporção de mulheres por cargos mais representativos e tipos de vínculo. SUS Betim, março de 2020 a abril de 2021.



Fonte: banco de dados secundário da pesquisa Impactos da Pandemia de COVID-19 na Gestão do Trabalho em Saúde dos SUS Betim.

Considerando-se a categoria médica, que manteve uma composição mensal média de 1.323 trabalhadores, as mulheres ocuparam uma parte substancial dos vínculos precários. Conforme ilustrado no gráfico anterior (gráfico 6), 31,3% das médicas estão empregadas como PJ e 11,4% em contratos temporários diretos, totalizando 42,7% de vínculos considerados precários. Notavelmente, no SUS Betim, as mulheres representam 70% dos vínculos precários na categoria médica, destaca-se, portanto, uma vulnerabilidade significativa nessa força de trabalho. Além disso, os trabalhadores do sexo feminino correspondem a aproximadamente 75% da força de trabalho total no SUS de Betim. Isso confirma o processo de feminização que caracteriza o setor de saúde no município.

A seguir, apresentamos a Tabela 2, que apresenta as características sociodemográficas do contingente feminino relacionadas ao trabalho e ao tipo de vínculo, tanto precário (contrato temporário direto, PJ e RPA) quanto não precário, durante o período analisado (março de 2020 a abril de 2021).

Tabela 2. Distribuição dos vínculos de contratação não precário e precário entre as trabalhadoras do SUS Betim, de acordo com variáveis sociodemográficas e laborais (março de 2020 a abril de 2021).

Variável	Não precário	Precário	P- Valor*
	N (%)	N (%)	
<b>Faixa etária (anos)</b>			
18 a 29	441 (97,14)	13 (2,86)	0,103
30 a 59	4.762 (98,25)	85 (1,75)	
60 ou mais	343 (99,13)	3 (0,87)	
<b>Anos de admissão</b>			
0 a 3	2.713 (91,30)	207 (8,70)	0
4 a 7	600 (95,24)	30 (4,76)	
8 a 11	917 (100,00)	0 (0,00)	
12 a 15	1.117 (100,00)	0 (0,00)	
16 ou mais	1.140 (100,00)	0 (0,00)	
<b>Situação laboral</b>			
Afastado	454 (99,13)	4 (0,87)	0
Exonerado** ou demitido***	498 (97,46)	13 (2,54)	
Em exercício	5.205 (85,15)	908 (14,85)	
<b>Jornada Semanal (horas)</b>			
Até 24	1.094 (91,47)	102 (8,53)	0
30 a 44	4.396 (98,26)	78 (1,74)	
48 a 220	194 (97,49)	5 (2,51)	
<b>Hora extra (horas)</b>			
≤ 40	3.994 (98,31)	68 (1,69)	0,001
41 a 95	537 (100,00)	0 (0,00)	
≥ 96	6 (100,00)	0 (0,00)	
<b>Escolaridade</b>			
Fundamental	1.555 (100,00)	0 (0,00)	0
Médio	3.101 (99,97)	1 (0,03)	
Superior	1.452 (63,02)	852 (36,98)	
<b>Cargo</b>			
Administrativo	648 (89,88)	73 (10,12)	0
Assistencial	4.930 (85,26)	852 (14,74)	
Serviços Gerais	579 (100,00)	0 (0,00)	

Fonte: elaborada pelo autor, 2024. (\*P-valor: nível de significância de 5%. \*\*Refere-se ao desligamento de servidores ocupantes de cargos comissionados e cargos de carreira. \*\*\* Refere-se ao desligamento de empregados contratados sob regimes temporários, bolsas ou CLT.)

A prevalência da precarização do trabalho entre as trabalhadoras no SUS Betim foi calculada com base no tipo de vínculo empregatício. Para determiná-la, foi utilizado o número total de trabalhadoras com vínculos precários, que somou 2.394 mulheres, em comparação com a média mensal de 5.611 trabalhadoras ativas no SUS de Betim durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19. O cálculo da prevalência foi feito dividindo-se o número de trabalhadoras que atuam em trabalhos precarizados (2.394) pelo número total de trabalhadoras (5.611), que resultou em uma prevalência de 42,8%.

Esse valor reflete a proporção de trabalhadoras vinculadas à Administração Municipal por meio de contratos temporários, terceirizados ou informais. As estimativas variam entre 2.105 e 2.683 trabalhadoras, considerando-se o intervalo de confiança. Esses dados refletem a vulnerabilidade acentuada das trabalhadoras em função dos vínculos contratuais precários, sem garantias trabalhistas ou estabilidade no emprego.

Ao se considerar a variável sociodemográfica **faixa etária**, em relação ao trabalho da mulher e o tipo de vínculo trabalhista (não precário e precário), foram observadas diferenças marcantes nessa distribuição. Na faixa etária de 18 a 29 anos, a maioria das mulheres atuou no SUS de Betim por meio de vínculo classificado como não precário; ou seja, 97,14% da amostra nessa faixa etária. Apenas uma pequena parcela, 2,86%, atuou por meio de vínculo classificado como precário. Na faixa etária de 30 a 59 anos, observa-se um padrão semelhante, com quase todas as mulheres, 98,25%, tendo atuado no SUS de Betim por meio de vínculo não precário, em comparação com percentual pequeno de 1,75%, que atuou por meio de vínculo classificado como precário.

Considerando-se o grupo etário de 60 anos ou mais, novamente observa-se uma predominância de mulheres que atuaram no SUS de Betim por meio de vínculo classificado como não precário, ou seja, 99,13% da amostra. Logo, apenas 0,87%, atuou por meio de vínculo classificado como precário. Os valores de  $p$  associados a essas distribuições sugerem que as diferenças na distribuição das variáveis não precário e precário entre as faixas etárias não são estatisticamente significativas (valor  $p = 0,103$ ). Entretanto, é importante destacar que o percentual de 1,92% de mulheres que atuaram em trabalho precário estava em idade fértil. Esse período é crítico devido à ausência de seguridade social adequada durante a gravidez e a maternidade. Mulheres que atuam em empregos precários muitas vezes não têm

amparo legal adequado para a gestação, a licença-maternidade ou o acompanhamento de filhos doentes.

Em relação aos **anos de admissão** o vínculo trabalhista, a análise dos dados revela que 8,70% das trabalhadoras com até 3 anos de admissão atuaram por meio de vínculo precário. Esse tipo de vínculo (precário) foi estabelecido por 4,76% daquelas que tinha de 4 a 7 anos de admissão. Trabalhadoras com maior tempo de serviço (8 anos ou mais) não se submeteram a vínculos precários. Por conseguinte, a estabilidade no emprego aumenta com o tempo de serviço e resulta numa menor proporção de vínculos precários para trabalhadores mais antigos.

Nos demais estratos avaliados, considerando-se a admissão de 4 a 7 anos, a maioria das trabalhadoras também atuou por meio de vínculo classificado como não precário — 95,24% da amostra. A partir de 8 anos de admissão, observa-se uma mudança significativa, ou seja, todas as mulheres estão classificadas como não precário. Especificamente, para os períodos de admissão de 8 a 11 anos e de 12 a 15 anos, 100% da amostra está nessa categoria (não precário). Essa tendência continua para períodos de admissão mais longos, com as mulheres com 16 ou mais anos de admissão sendo classificadas como não precário. O valor de  $\chi^2$  associado a essas distribuições foi altamente significativo (valor  $p = 0,000$ ).

A **situação laboral** foi outra variável que apresentou relevância estatística com o desfecho avaliado. De acordo com o tipo de vínculo trabalhista, observa-se que a maioria das mulheres afastadas do trabalho é classificada como não precário (99,13%). Logo, apenas 0,87% é classificada como precário (0,87%). Para as mulheres exoneradas ou demitidas, embora a maioria ainda seja classificada como vínculo não precário (97,46%), há uma proporção ligeiramente maior classificada como vínculo precário (2,54%). Já entre as mulheres em exercício, a situação é diferente, com uma proporção significativa sendo classificada como precário (14,85%), apesar de a maioria ainda ser classificada como não precário (85,15%).

É importante considerar que, para vínculos precários, como PJ e RPA, não existe a possibilidade de afastamento laboral devido à natureza autônoma e independente destes. Isso impede o acesso a benefícios como licença-maternidade e afastamento por doença e evidencia a vulnerabilidade das mulheres em vínculos precários, especialmente aquelas que continuam em exercício.

Ao analisar a relação entre a **jornada semanal** de trabalho das mulheres e a classificação do vínculo trabalhista (não precário e precário), observamos uma associação altamente significativa. Para aquelas plantonistas de 24 horas por semana, 91,47% são classificadas como não precário, enquanto 8,53%, como precário. Nas jornadas de 30 a 44 horas, quase a totalidade das trabalhadoras (98,26%) é classificada como não precário e apenas 1,74%, como precário. Da mesma forma, nas jornadas de 48 a 220 horas, a maioria (97,49%) é não precário, enquanto 2,51%, precário. O valor  $\chi^2$  associado à jornada semanal de trabalho é baixo (0,000), o que indica uma diferença estatisticamente significativa na distribuição das classificações não precário e precário em relação à jornada de trabalho das mulheres.

Na variável **horas extras de trabalho** das mulheres, observa-se uma associação estatisticamente relevante com o tipo de vínculo trabalhista. Para aquelas que trabalham até 40 horas extras, a maioria (98,31%) é classificada como não precário; numa proporção muito menor (1,69%) estão aquelas consideradas precário. Não houve mulheres classificadas como precário na faixa de 41 a 95 horas extras nem na faixa de 96 horas extras ou mais. O valor  $\chi^2$  associado às horas extras trabalhadas é 0,00. Isso indica uma diferença estatisticamente significativa na distribuição das classificações não precário e precário em relação às horas extras trabalhadas.

Ao examinar a relação entre **escolaridade** e o tipo de vínculo trabalhista das mulheres, constata-se uma associação estatisticamente relevante. Para aquelas com ensino fundamental, todas são classificadas como não precário, o que evidencia a ausência de classificação precário neste grupo. No caso das mulheres com ensino médio, quase todas (99,97%) são classificadas como não precário, logo apenas 0,03% é classificada como precário. Entretanto, entre aquelas com ensino superior, 63,02% são classificadas como não precário, enquanto uma proporção significativa (36,98%) é precário. O valor  $\chi^2$  associado à escolaridade é 0,000, o que sugere uma diferença estatisticamente relevante entre as classificações não precário e precário em relação ao nível de escolaridade e indica uma possível influência da educação na classificação de precariedade do trabalho.

Por fim, a análise dos dados relativos aos diferentes **cargos** ocupados pelas mulheres na rede SUS durante a pandemia revela nuances importantes sobre a natureza dos empregos e a prevalência da precariedade no mercado de trabalho. No segmento administrativo, no qual 721 mulheres estão empregadas, a maioria (89,88%) desfruta de vínculos classificados como não

precário. Isso sugere uma predominância de empregos mais estáveis e seguros nesse setor. No entanto, ainda há uma proporção significativa de 10,12% de mulheres com vínculos classificados como precário, destacando a presença considerável de empregos com características de precariedade mesmo dentro desse segmento.

Dos dados secundários analisados, que correspondem a 5.782 trabalhadoras no SUS Betim, 85,26% possuíam vínculo trabalhista estável. Isso indica uma predominância de empregos estáveis no setor, majoritariamente ocupados por profissionais de nível médio, como técnicas de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A proporção de vínculos precários é ligeiramente maior nos cargos assistenciais, representa 14,74% do total. Esses dados indicam que, apesar da predominância de vínculos estáveis, uma parcela significativa de mulheres ainda enfrenta condições de trabalho precárias no setor assistencial.

No segmento de serviços gerais, todas (100%) das 579 mulheres empregadas têm vínculos classificados como não precário. Isso indica a ausência completa de empregos precários neste grupo, composto por profissionais terceirizados contratados conforme as normas da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

## **5 DISCUSSÃO**

Os resultados das características sociodemográficas e laborais das mulheres vinculadas ao SUS de Betim, entre março de 2020 e abril de 2021, segundo o tipo de vínculo trabalhista (não precário e precário), mostraram padrões distintos. A faixa etária de 18 a 29 anos apresentou a maior proporção de trabalhadoras em vínculos de trabalho precário, o que reflete a realidade da força de trabalho jovem que tende a ser inserida em contratos temporários ou informais, caracterizados, portanto por menor estabilidade. Esses achados são coerentes com a realidade nacional, conforme demonstrado no estudo de Boniolet *al* (2019), que aponta que a precarização afeta majoritariamente os trabalhadores mais jovens, com um impacto significativo sobre sua segurança no emprego e sobre seu bem-estar.

É importante observar que, apesar do predomínio do vínculo estatutário no SUS, a análise realizada sobre aquele período (março de 2020 a abril de 2021) revelou uma proporção significativa de trabalhadores em vínculos precários nas categorias ligadas à assistência direta ao paciente. Esse cenário não é uma especificidade de Betim, mas uma realidade presente em

todo o país, onde as saídas definitivas de profissionais, seja por aposentadoria ou exoneração, superam as reposições via concursos públicos. A justificativa para essa ausência de concursos, muitas vezes, recai sobre as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, e resulta numa entrada predominantemente por meio de contratações precárias. Esse desequilíbrio entre saídas e entradas de trabalhadores compromete a qualidade e a continuidade dos serviços prestados no SUS. Além disso, afeta diretamente a assistência à saúde da população e viola os princípios fundamentais do sistema, como a universalidade e a integralidade.

Aumentar o quantitativo de trabalhadores para novos postos de trabalho e substituir a força laboral afastada por adoecimento ou aposentadoria tornou-se um grande desafio para o SUS no município de Betim. A escassez de profissionais, a distribuição desigual pelo território nacional e as difíceis condições de trabalho complicaram a resposta imediata do SUS à pandemia; desafios que foram comuns em todo o país. Ademais, o treinamento e a capacitação emergenciais, a necessidade de contratações ágeis e a integração eficiente de novos trabalhadores exigiram grandes esforços de todas as esferas do sistema de saúde.

A falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e o impacto significativo na saúde mental dos profissionais da saúde foram obstáculos enfrentados de forma generalizada. A sustentabilidade financeira necessária para manter o aumento da força de trabalho e dar resposta à crise adicionou mais uma camada de complexidade à gestão do SUS. Também exigiu planejamento contínuo e recursos substanciais para assegurar a manutenção de um sistema de saúde capaz de atender a população de maneira eficaz e equitativa.

O aumento da cobertura dos serviços de saúde no Brasil foi acompanhado pela deterioração das condições de trabalho e remuneração, especialmente durante a pandemia de COVID-19, o que foi observado em Betim, onde a pandemia exacerbou a precarização dos contratos e ampliou a sobrecarga de trabalho. Esse cenário é agravado pela falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), citada por Boniolet *al* (2019), e pela exaustão física e mental das trabalhadoras, que se encontram na linha de frente da pandemia.

A deterioração dos contratos e dos vínculos trabalhistas é um reflexo das políticas de austeridade e de subfinanciamento, o que se observa em Betim com a falta de estabilidade no emprego e a alta rotatividade de profissionais, fenômeno já descrito em outros contextos nacionais Costa & Teixeira, 2021. A pandemia serviu para aprofundar essas desigualdades,

conforme esta pesquisa revela, ao longo do período pandêmico, as trabalhadoras foram submetidas a condições ainda mais vulneráveis.

Durante a pandemia de COVID-19, os trabalhadores da saúde enfrentaram uma série de fatores estressores que impactaram significativamente sua saúde mental. Entre esses, destacam-se o medo constante de contágio, a sobrecarga de informações causada pelo excesso de dados e pela incerteza sobre o vírus, além das condições de quarentena e de confinamento, que contribuíram para o aumento, também, de ansiedade e de solidão.

O estigma social e a exclusão tornaram-se realidades adicionais para os profissionais da linha de frente e exacerbaram eles o desgaste emocional e psicológico. A insegurança financeira e a incerteza em relação à continuidade do trabalho também foram determinantes críticos de estresse, especialmente entre aqueles que trabalharam por meio de vínculos trabalhistas precários.

Por sua vez, os moderadores institucionais e organizacionais, como o suporte governamental, medidas de segurança no trabalho e apoio psicológico, mostraram-se fundamentais para atenuar esses impactos, enquanto características individuais, como idade e percepção de vulnerabilidade, influenciaram a resposta ao estresse. A implementação de políticas de apoio psicológico e de comunicação clara e contínua no SUS de Betim surge, assim, como uma necessidade urgente para promover um ambiente de trabalho mais saudável e seguro, capaz de proteger e de valorizar os profissionais de saúde diante de situações extremas (Hamouche, 2020).

### **5.1 Precarização do trabalho e suas implicações**

A precarização do trabalho feminino no setor de saúde, especialmente durante a pandemia, está ligada diretamente à natureza do vínculo empregatício. De acordo com Ferlaet *al*, os trabalhadores de saúde, que já enfrentavam condições de extrema vulnerabilidade, as viu exacerbarem no período pandêmico. Em Betim, a precarização se manifestou na alta proporção de contratos temporários, terceirizados ou com vínculos instáveis.

O trabalho precário está diretamente relacionado ao aumento da carga de trabalho, à insegurança financeira e aos impactos negativos sobre a saúde física e mental dessas

trabalhadoras. Esses fatores contribuem para o esgotamento emocional e físico, além de prejudicar a capacidade das trabalhadoras de oferecer um atendimento de qualidade. Impacta ainda a promoção da saúde e a prevenção da violência no ambiente de trabalho (Borges & Machado (2018); Gomes *et al* (2020).

## **5.2 Feminização do trabalho**

A feminização do trabalho no setor de saúde é outro fator determinante na precarização. Conforme o estudo de Hirata (2002), a inserção das mulheres no mercado de trabalho de saúde se dá, predominantemente, em funções menos valorizadas, como a enfermagem e o cuidado assistencial. Em Betim, assim como no restante do Brasil, as mulheres representam a maior parte da força de trabalho na linha de frente, mas estão sujeitas a vínculos de trabalho mais precários, com salários mais baixos e menor acesso a benefícios. Conforme destaca Souza *et al*, a pandemia apenas ampliou essas desigualdades ao revelar o papel central das mulheres no enfrentamento à crise sanitária e sua exposição às condições mais adversas de trabalho.

## **5.3 Prevalência de trabalho precário e seus significados**

A prevalência de trabalho precário em Betim, como mostrado nos gráficos e tabelas apresentados, reflete uma tendência nacional. Segundo o conceito de prevalência descrito por Boniolet *al* (2019): a proporção de profissionais em condições precárias de trabalho em uma determinada população, a análise realizada neste estudo destaca a elevada presença de vínculos trabalhistas temporários, terceirizados ou informais entre as trabalhadoras da saúde.

Essa condição impacta diretamente a promoção da saúde e a prevenção da violência, pois mulheres em empregos precários têm menor acesso a medidas de proteção. Assim, se tornam mais expostas a situações de vulnerabilidade, o que aumenta os riscos de violência no ambiente de trabalho. Costa e Teixeira (2021) também reforçam que a precarização é um determinante social da saúde que afeta tanto o bem-estar das trabalhadoras quanto a qualidade dos serviços de saúde prestados.

## **5.4 Impacto das características sociodemográficas e laborais**

A análise das variáveis sociodemográficas e laborais — como idade, tempo de admissão, categoria profissional, escolaridade, carga horária semanal, tipo de vínculo e horas extras — revelou que essas características estão associadas à precarização do trabalho. Boniol *et al* (2019) e Antunes & Druck (2015) sugerem que trabalhadoras mais jovens, com menor tempo de admissão e menor nível de escolaridade, tendem a ser mais vulneráveis a contratos precários.

Entretanto, os resultados desta pesquisa evidenciam que, mesmo entre profissionais altamente qualificadas, como médicas jovens no início de suas carreiras, a precarização está presente. Isso reflete uma disparidade preocupante, em que mulheres de nível superior, cuja expectativa é que tenham maior estabilidade laboral, estão, na verdade, sujeitas a vínculos precários, que as expõe a condições de trabalho adversas logo nos primeiros anos de atuação profissional.

A precarização, mesmo entre profissionais de nível universitário, como as médicas, afeta diretamente a saúde mental e física dessas trabalhadoras, o que faz exacerbar o estresse e a exaustão. Costa & Teixeira (2021) reforçam que, no contexto da pandemia, profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros, enfrentaram condições de trabalho desafiadoras, muitas vezes sem a estabilidade que deveria ser garantida a esses cargos.

As mulheres com vínculos estáveis, como observado em Betim, tendem a apresentar melhores condições de saúde, maior segurança no emprego e menor rotatividade. No entanto, o fato de médicas e outras profissionais de nível superior enfrentarem a mesma precarização observada em trabalhadores com menor qualificação educativa revela um problema estrutural no mercado de trabalho na área da saúde. Isso se alinha com as observações de Gomes *et al* (2020), que indicam que a estabilidade no emprego está diretamente relacionada à qualidade do cuidado prestado e à satisfação no trabalho.

A presença de vínculos precários entre essas trabalhadoras altamente qualificadas não só afeta sua saúde e bem-estar, mas também a continuidade e a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Escolaridade, carga horária semanal, tipo de vínculo e horas extras são fatores que estão associadas à precarização do trabalho. Trabalhos de Boniol *et al* (2019) e de Antunes & Druck (2015) sugerem que trabalhadoras mais jovens, com menor tempo de admissão e menor nível de escolaridade, tendem a ser mais vulneráveis a contratos precários. Esses

contratos, por sua vez, afetam diretamente sua saúde mental e física e potencializam o estresse e a exaustão.

As mulheres com vínculos estáveis, como observado em Betim, tendem a apresentar melhores condições de saúde, maior segurança no emprego e menor rotatividade. Isso se alinha com as observações de Gomes *et al* (2020), que indicam que a estabilidade no emprego está diretamente relacionada à qualidade do cuidado prestado e à satisfação no trabalho.

## 6 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo investigar os possíveis fatores associados à precarização da força de trabalho das mulheres na rede SUS de Betim, Minas Gerais, durante a pandemia de COVID-19. Utilizando um desenho de estudo transversal, foram analisadas diversas variáveis sociodemográficas e laborais, como idade, escolaridade, tempo de admissão, categoria profissional, tipo de vínculo empregatício, entre outras, para elucidar a magnitude e os determinantes da precarização no contexto da saúde pública.

Os resultados revelaram uma proporção significativa de mulheres jovens, entre 18 e 29 anos, em vínculos precários. A alta prevalência de precarização, calculada em 42,8%, revela uma vulnerabilidade acentuada dessa população. A instabilidade no emprego, associada à falta de benefícios e à insegurança financeira, afetou negativamente a saúde física e mental das trabalhadoras, e aumentou os níveis de estresse e de ansiedade. Esses fatores contribuíram para a alta rotatividade de pessoal e a perda de experiência, conforme discutido por Benachet *et al* (2014) e Duffield *et al* (2011).

Adicionalmente, a precarização pode ser entendida como uma forma de violência organizacional, que foi agravada durante a pandemia. A falta de estabilidade no emprego e a perda de conhecimento decorrente da aposentadoria de trabalhadoras mais experientes comprometem a eficiência a longo prazo do sistema de saúde. Ademais, impacta a sustentabilidade previdenciária e exacerba as desigualdades socioeconômicas, conforme a teoria do capital humano de Becker (1964) e análises de OECD (2019).

Outro achado importante foi a disparidade no impacto da precarização entre os diferentes níveis de escolaridade. Enquanto trabalhadoras com ensino fundamental e médio ocupavam, predominantemente, empregos considerados estáveis, profissionais com ensino superior, como médicas e enfermeiras, enfrentaram condições de trabalho mais precárias, mesmo possuindo qualificação elevada. Essa coexistência de vínculos precários e não precários gerou tensões no ambiente de trabalho e ainda comprometeu a coesão da equipe e a qualidade dos serviços de saúde, conforme discutido por Jehn (1995).

A análise também revelou que trabalhadoras em serviços gerais, apesar de estarem formalmente empregadas, enfrentavam riscos significativos, exacerbados pela pandemia. A

exposição a agentes biológicos, químicos e físicos, além da carga física intensa, aumentou as dificuldades e desafios diários enfrentados por essas profissionais, conforme relatado por OIT (2019), Machado *et al* (2020) e Wenham, Smith & Morgan (2020).

Apesar das limitações, como a taxa de perda de informações e a falta de padronização nos dados, este estudo oferece uma visão detalhada das condições de trabalho das mulheres na rede SUS de Betim durante a pandemia. Embora os resultados reflitam especificamente esse período emergencial, eles destacam fragilidades estruturais no sistema de saúde que devem ser abordadas. Políticas públicas robustas são essenciais para mitigar a precarização em crises futuras e garantir maior estabilidade e proteção social às trabalhadoras, conforme observado por Costa & Teixeira (2021).

Em suma, este estudo contribui para a compreensão dos fatores que influenciam a precarização do trabalho das mulheres na saúde pública, especialmente em tempos de crise. Os achados reforçam a necessidade de esforços contínuos para melhorar as condições de trabalho e também promover a saúde e o bem-estar das trabalhadoras. A estabilidade no emprego e a valorização das qualificações das profissionais são cruciais para a eficiência e a equidade do sistema de saúde.

Contudo, há lacunas que precisam ser abordadas em estudos futuros, como os impactos psicológicos prolongados do trabalho precário, a relação entre condições de trabalho e qualidade do atendimento ao paciente e a análise de desigualdades interseccionais que envolvem raça, etnia e orientação sexual. Também é necessário investigar a influência da tecnologia na precarização e o papel dos sindicatos na defesa dos direitos das trabalhadoras.

## 7 REFERÊNCIAS

- ANESP. **A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento da COVID-19**. Brasília: Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental. 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: 20 abr. 2020.
- ANTUNES, R. & Druck, G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **Revista Brasileira do Departamento de Serviço Social**, ano 18, n. 34, jul-dez/2015.
- ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S. A precarização do trabalho da mulher no Brasil: uma análise histórica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, n. 3, e20200101, 2020.
- BECKER, G. S. **Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education**. Chicago: University of Chicago Press, 1964.
- BENACH, J. *et al.* Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. **Annual Review of Public Health**, v. 35, p. 229-253, 2014.
- BONIOL, M. *et al.* **Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries**. World Health Organization, 2019.
- BORGES, L.; MACHADO, M. H. Precarização do trabalho e saúde mental das trabalhadoras da saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.
- BRAGA, L.; PAULA, J. Tópicos recentes sobre trabalho e gênero na saúde pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, e10, 2019.
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Brasília, DF, 1º de maio de 1943. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm). Acesso em 03 jun. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 200, de 04 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF, 04 de maio de 2000. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/114020.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114020.htm). Acesso em 03 abr. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021**. Lei de licitações e contratos administrativos. Brasília, DF, 1º de abril de 2021. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/114133.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/114133.htm). Acesso em 18 jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/16/01-recomendacoes-de-protecao.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2020/2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/rag>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRUSCHINI, M. C. A. Work and gender in Brazil in the last ten years. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 537-572, 2007.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 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: 10 ago. 2021.

CONASS. **O SUS foi importante para pandemia e terá papel fundamental no período pós-COVID, avaliam especialistas durante debate organizado pelo CONASS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Disponível em: <https://www.conass.org.br/o-sus-foi-importante-para-pandemia-e-tera-papel-fundamental-no-periodo-pos-covid-avaliam-especialistas-durante-debate-organizado-pelo-conass/>. Acesso em: 25 maio 2020.

COSTA, S. R.; TEIXEIRA, R. R. A crise da força de trabalho em saúde durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, Supl.1, e20210043, 2021.

DAVIES, S. E. Women's health and COVID-19: not just reproductive health. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 7, e002644, 2020

DOERINGER, P. B.; PIORE, M. J. **Internal labor markets and manpower analysis**. Lexington: Heath, 1971.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 33-46, 2013.

DUFFIELD, C. M.; *et al.* A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 3, p. 270-279, 2011.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Witches, midwives, and nurses: a history of women healers**. Feminist Press: New York, 1973.

ENGLAND, P.; BUDIG, M.; FOLBRE, N. The wages of virtue: the relative pay of care work. **Social Problems**, v. 41, n. 4, p. 474-492, 1994.

EUROFOUND. Living, working and COVID-19. **Publications Office of the European Union**, 2020.

FERNANDES, H. M. Gênero e divisão sexual no trabalho em saúde: um olhar sobre a precarização. **Revista Gênero & Direito**, v. 8, n. 2, p. 134-150, 2019.

FIOCRUZ. **Saúde e trabalho no Brasil: Enfrentando a pandemia de COVID-19**. Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

FREEDMAN, E. B. **No turning back: the history of feminism and the future of women.** Ballantine Books: New York, 2002.

GEORGE, A. Global health and the care economy: a gender analysis. **The Lancet**, v. 395, n. 10236, p. 330-332, 2020.

GOMES, M. A. C.; NASCIMENTO, G. O.; SILVA, L. F. A força de trabalho no setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. 1, p. 5-8, 2020.

GOMES, R. *et al.* Trabalho e saúde das mulheres no SUS: desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 50, 2020.

GREENBERG, J. A taxonomy of organizational justice theories. **Academy of Management Review**, v. 12, n. 1, p. 9-22, 1987.

HAMOUCHE, S. The impact of COVID-19 on the workforce: a qualitative review. **Journal of Industrial Relations**, v. 62, 2020.

HARTMANN, H. Capitalism, patriarchy, and job segregation by sex. Signs: **Journal of Women in Culture and Society**, v. 1, n. 3, p. 137-169, 1982.

HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 32, n. 116, p. 141-145, 2002.

HIRATA, H.; LAVINAS, L.; MARUANI, M. **Dicionário Crítico do Feminismo.** São Paulo: Editora Unesp, 2009.

HOCHSCHILD, A. R.; MACHUNG, A. The second shift: working families and the revolution at home. Penguin Books: Westminister. 2012.

ILO. **Work-related musculoskeletal disorders.** Genebra: International Labour Organization, 2019.

JEHN, K. A. A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. **Administrative Science Quarterly**, v. 40, n. 2, p. 256-282, 1995.

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979.

LAI, J. *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 3, e203976-e203976, 2020.

LAMONTAGNE, A. D. Precarious employment: adding a health inequalities perspective. **Journal of Public Health Policy**, 31 (3), 312-317, 2010.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de trabalho e saúde: estudo de caso do SUS.** São Paulo: Hucitec, 1989.

LIPSITCH, M.; SWERDLOW, D. L.; FINELLI, L. Defining the epidemiology of COVID-19: studies needed. **New England Journal of Medicine**. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2002125>. Acesso em: 10 set. 2021.

MACHADO, M. H. A precarização do trabalho na saúde no Brasil: desafios e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

MACHADO, M. H. *et al.* Enfermagem em tempos da COVID-19 no Brasil: um olhar da gestão do trabalho. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, Especial, p. 32-39, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3994>. Acesso em: 05 ago. 2021.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Burnout: a brief history and how to prevent it**. Harvard Business Review: Watertown, 2016.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital: revista de pensamento y investigación social**, vol. 13, n. 2, jul. 2013, p. 239-244.

MILKMAN, R. **Gender at work: the dynamics of job segregation by sex during World War II**. University of Illinois Press: Carbondale, 1987.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Paz e Terra: Vasco da Gama, 1989.

NOGUEIRA, R. P. *A força de trabalho em saúde no Brasil*. Saúde em Debate, volume, páginas, ano. DOI ou link se disponível.

PIALARISSI, R. Precarização do trabalho. **Revista de Administração em Saúde**, v.17, n. 66, 2017. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/11>. Acesso em: 10 abr. 2023.

PIRES, D. **A feminização do trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Editora UNESP, 2011.

PREFEITURA DE BETIM. **Primeiro caso de COVID-19 em Betim**. Betim: Prefeitura de Betim, 2020.

PREFEITURA DE BETIM. **Lei nº 6.158, de 27 de janeiro de 2017**. Altera a Lei nº 5.829, que dispõe sobre a estrutura orgânica da Administração Pública direta do município de Betim e dá outras providências. 27 de janeiro de 2017. Disponível em: <https://legislativo.camarabetim.mg.gov.br/NormaJuridica/DadosNormaJuridica/37747?tabSelected=1>. Acesso em 10 abr. 2023.

SANTOS, F. K.; GIONGO, C. R.; MENDES, J. M. R. Terceirização e precarização do trabalho: uma questão de sofrimento social. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 245-260, 2020.

SANTOS, M. A.; AMARANTE, P. D. C. A precarização do trabalho no SUS. **Saúde em Debate**, v. 35, n. 89, p. 44-55, 2011.

SANTOS, M.; SILVA, M. Condições de trabalho e saúde das profissionais do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, e00123418, 2019.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 1, n. 1, p. 27-41, 1996.

SILVA, J. A.; SOUZA, L. E. P. F. A precarização do trabalho na enfermagem durante a pandemia de COVID-19: evidências e recomendações. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, n. 4, e20200082, 2020.

SMITH, B. G. **Women's history in global perspective**. Westminister: University of Illinois Press, 1990.

SOUZA, Diego O. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19, **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00311143. DOI: 10.1590/1981-7746-so100311.

SOUZA, N. M.; RAMOS, E. R. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 253-267, 2019.

STANDING, G. **The Precariat: the new dangerous class**. Londres: Bloomsbury Academic, 2011.

TILLY, L. A.; SCOTT, J. W. **Women, work, and family**. Abingdon: Routledge, 1987.

TOSTA, T. L. D. **Antigas e novas formas de precarização do trabalho: o avanço da flexibilização entre profissionais de alta escolaridade**. 2008. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

UNFPA. **COVID-19: um olhar para gênero- resumo técnico**. United Nations Population Fund, 2020. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Covid19\\_olhar\\_genero.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Covid19_olhar_genero.pdf). Acesso em: 08 jan. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/mestrado-profissional-em-promocao-de-saude-e-prevencao-da-violencia-divulga-edital-regular-e-suplementar/>. Acesso em: 06 jun. 2023.

WENHAM, C.; SMITH, J.; MORGAN, R. COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 846-848, 2020.

WERMELINGER, M. *et al.* A Força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 45, p. 54-70, 2010. Disponível em: <https://fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 05 abr. 2021.

WHO. **Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it**. World Health Organization. Disponível em: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it). Acesso em: 06 maio 2020.

**WHO. State of the world's nursing 2021: investing in education, jobs, and leadership.**  
Geneva: World Health Organization, 2021.

ZHU, N. *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **New England Journal of Medicine**, v. 382, p. 727-733, 2020.