

Desigualdades de gênero e raça na força de trabalho em saúde no Brasil: evidências do mercado formal (2010-2021)

Gender and racial inequalities in the health workforce in Brazil: evidence from the formal market (2010-2021)

Desigualdades de género y raza en la fuerza de trabajo en salud en Brasil: evidencias del mercado formal (2010-2021)

Cristiana Leite Carvalho <https://orcid.org/0000-0003-1045-2759>^{1,2}; Samuel Araujo Gomes da Silva <https://orcid.org/0000-0001-6382-2448>^{1,3}; Lucas Wan Der Maas <https://orcid.org/0000-0002-5759-5039>¹; Jackson Freire Araújo <https://orcid.org/0000-0003-0482-6005>¹; Sarah Lima Queiroz <https://orcid.org/0000-0003-2984-0030>¹; Wanderson Costa Bomfim <https://orcid.org/0000-0001-7066-2868>¹; Ana Cristina de Sousa van Stralen <https://orcid.org/0000-0003-4751-7595>¹; Sábado Nicolau Girardi <https://orcid.org/0000-0003-0817-0533>¹

Resumo Este estudo analisa as desigualdades de gênero e raça/cor na força de trabalho em saúde no Brasil entre 2010 e 2021, utilizando dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). O objetivo é identificar diferenças na composição e remuneração entre categorias profissionais, com enfoque na interação entre gênero e raça/cor. Foram empregadas análises descritivas, considerando variáveis como sexo, raça/cor e remuneração média por hora, cruzadas com dados ocupacionais e setoriais. Os resultados revelam que mulheres negras estão desproporcionalmente concentradas em profissões de menor remuneração e condições precárias, enquanto homens brancos dominam as profissões de maior prestígio e salários. As conclusões apontam para a necessidade de políticas públicas que abordem as desigualdades estruturais e promovam maior equidade no setor.

Palavras-chave Saúde do Trabalhador, Desigualdades em Saúde, Gênero e Saúde, Disparidades Raciais, Mercado de Trabalho

Abstract This study examines gender and racial inequalities in the health workforce in Brazil between 2010 and 2021, using data from the Annual Social Information Report (RAIS). The objective is to identify differences in composition and remuneration among professional categories, focusing on the interaction between gender and race. Methodologically, descriptive analyses were conducted, considering variables such as sex, race, and average hourly remuneration, cross-referenced with occupational and sectoral data. The results reveal that women of color are disproportionately concentrated in lower-paying and precarious professions, while White men dominate prestigious and higher-paid professions. The findings underscore the needs of public policies to address structural inequalities and promote greater equity in the sector.

Key words Occupational Health, Health Inequalities, Gender and Health, Racial Disparities, Labor Market

Resumen Este estudio analiza las desigualdades de género y raza en la fuerza laboral de salud en Brasil entre 2010 y 2021, utilizando datos del Informe Anual de Información Social (RAIS). El objetivo es identificar diferencias en la composición y remuneración entre categorías profesionales, enfocándose en la interacción entre género y raza. Se realizaron análisis descriptivos considerando variables como sexo, raza/color de piel y remuneración media por hora, cruzadas con datos ocupacionales y sectoriales. Los resultados revelan que las mujeres negras están desproporcionadamente concentradas en profesiones de menor remuneración y condiciones precarias, mientras que los hombres blancos dominan las profesiones más prestigiosas y mejor remuneradas. Las conclusiones destacan la necesidad de políticas públicas que aborden las desigualdades estructurales y promuevan mayor equidad en el sector.

Palabras clave Salud Laboral, Desigualdades en Salud, Género y Salud, Disparidades Raciales, Mercado Laboral

¹ Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Prof. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. cristianaleitecarvalho@gmail.com

² Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde, Fiocruz-BA. Salvador BA Brasil.

Introdução

A discriminação de gênero e raça/cor no mercado de trabalho é um fenômeno amplamente documentado, que afeta negativamente as oportunidades e condições de trabalho de grandes parcelas da população¹. No setor da saúde, essas desigualdades se tornam particularmente evidentes, uma vez que este é historicamente marcado por uma maior presença feminina, mas ainda assim, permeado por estruturas de poder e hierarquia que beneficiam predominantemente os homens e, em especial, os homens brancos². Esse cenário se torna ainda mais desafiador quando se considera o recorte racial, onde as mulheres negras estão desproporcionalmente localizadas nas posições mais precárias, com menores salários e condições de trabalho mais adversas^{3,4}. Neste contexto, o presente estudo busca discutir as desigualdades de gênero e raça/cor da força de trabalho em saúde no Brasil entre 2010 e 2021, com foco em sua composição e remuneração.

As desigualdades de gênero e raça/cor no mercado de trabalho não são apenas resultado de ações individuais ou discriminação direta, mas refletem problemas estruturais mais amplos. As desigualdades de gênero no século XXI continuam a apresentar barreiras persistentes, muitas vezes invisíveis, mas que afetam profundamente as oportunidades de emprego e as condições de trabalho⁵. Essas barreiras são evidentes no Brasil, onde a inserção das mulheres em setores como a educação, saúde e serviços sociais, embora seja numericamente significativa, está longe de garantir condições equitativas de trabalho. A maior parte dessas mulheres está concentrada em posições que oferecem salários mais baixos, vínculos de trabalho instáveis e menor proteção social, o que afeta sua segurança e bem-estar de maneira sistêmica².

Entre as questões de gênero que se destacam, está o fenômeno conhecido como “teto de vidro”, que se refere às barreiras invisíveis que impedem as mulheres de alcançar posições de liderança, mesmo em setores onde elas são maioria. No caso da saúde, essa realidade é notável: ainda que as mulheres representem mais de 70% da força de trabalho no setor, sua presença em cargos de gestão e tomada de decisão é bastante reduzida⁶. Em contrapartida, o fenômeno da “escada rolante de vidro” favorece os homens que, mesmo em áreas dominadas por mulheres, tendem a ascender mais rapidamente a posições de liderança e a desfrutar de melhores condições salariais e de trabalho. Este padrão reflete

uma lógica de reprodução de privilégios sociais masculinos, que se perpetua em diferentes setores do mercado de trabalho, incluindo a saúde.

A desigualdade salarial é outro elemento central das discussões sobre gênero e raça/cor no setor da saúde. Estudos revelam que, mesmo com características individuais semelhantes, as mulheres continuam a receber salários inferiores aos dos homens. No Brasil, essa diferença salarial é acentuada pelo fator racial. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁷, pessoas negras, especialmente mulheres, estão sobrerrepresentadas em ocupações com menores níveis de remuneração. Essa diferença é visível nos dados de 2021, onde a taxa de desocupação foi de 11,3% para pessoas brancas, mas subiu para 16,5% para pessoas pretas e 16,2% para pessoas pardas, evidenciando a vulnerabilidade econômica deste grupo⁷.

Além das questões de gênero, a dimensão racial também desempenha um papel central nas desigualdades do setor da saúde. O Brasil, com uma história marcada pela escravidão e pelo racismo institucional, ainda carrega profundas desigualdades raciais. A inserção de pessoas negras no mercado de trabalho formal é caracterizada por barreiras estruturais que dificultam seu acesso a oportunidades de qualidade. Mesmo quando conseguem inserção, essas pessoas, sobretudo as mulheres negras, estão frequentemente em posições informais, com pouca proteção social e baixos salários⁸. No setor da saúde, essa realidade é evidente nas ocupações de apoio e assistência, como técnicas de enfermagem e auxiliares de saúde, onde a presença de mulheres negras é predominante⁹. Os dados da Síntese de Indicadores Sociais do IBGE¹⁰ mostram que, entre os cargos gerenciais, 69% são ocupados por pessoas brancas, enquanto aproximadamente 31% são ocupados por pessoas negras, indígenas e amarelas, sendo os dois últimos grupos responsáveis respectivamente por menos 1% e 2% dessa participação. Esse desequilíbrio é um reflexo das barreiras históricas que impedem a ascensão de pessoas negras a posições de maior prestígio e poder no mercado de trabalho. Essas barreiras, combinadas com a discriminação de gênero, fazem com que as mulheres negras sejam o grupo mais vulnerável em termos de remuneração e segurança no trabalho.

O relatório da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) de 2020 destacou que, tanto antes quanto durante a pandemia de COVID-19, as mulheres apresentaram uma probabilidade menor de participação

no mercado de trabalho em comparação com os homens, e essa probabilidade era ainda menor para mulheres negras¹¹.

A pandemia de COVID-19 exacerbou essas desigualdades¹²⁻¹⁴. O setor de saúde foi diretamente impactado, não apenas pela sobrecarga de trabalho e riscos aumentados para os profissionais, mas também pelas condições econômicas e sociais que atingiram desproporcionalmente as mulheres e, especialmente, as mulheres negras. Dados do Ipea¹¹ indicam que a pandemia agravou as condições de trabalho precário, com a informalidade crescendo de maneira significativa entre os trabalhadores da saúde, especialmente nas camadas mais vulneráveis da força de trabalho. Muitas mulheres negras que atuavam na linha de frente durante a crise sanitária, por exemplo, continuaram a enfrentar barreiras de acesso a políticas de proteção social, o que expôs a profunda fragilidade das condições de trabalho neste setor.

Portanto, as desigualdades de gênero e raça/cor no setor da saúde no Brasil refletem um panorama mais amplo de desigualdades sociais e econômicas, agravadas pela interseção com as discriminações raciais, o que cria um cenário de dupla penalização para as mulheres negras. Como discutido por Collins¹⁵, em sua obra seminal sobre o feminismo negro, as mulheres negras enfrentam uma dupla opressão de gênero e raça/cor, que limita sua mobilidade ascendente no mercado de trabalho, resultando em condições mais precárias e menores oportunidades de avanço. A interseccionalidade, um conceito amplamente debatido por Collins¹⁵, fornece um importante lente teórica para analisar como essas múltiplas dimensões de desigualdade se interconectam, afetando desproporcionalmente as mulheres negras no setor da saúde no Brasil.

As desigualdades de gênero e raça/cor no mercado de trabalho afetam não só as mulheres negras, mas também as mulheres amarelas e indígenas. No entanto, por questão de representatividade amostral, em geral esses grupos são excluídos da produção de indicadores e, consequentemente, de discussões específicas¹⁶. Neste contexto, é essencial que o desenvolvimento de políticas públicas considere essas múltiplas dimensões de desigualdade. As interseções de gênero e raça/cor devem ser analisadas conjuntamente, de forma a construir um mercado de trabalho mais equitativo e inclusivo^{3,4,15,17}. No setor da saúde, essas políticas são especialmente urgentes, dada a relevância do trabalho dessas mulheres para o funcionamento do sistema de saúde e o atendimento à população.

O presente estudo, ao analisar as desigualdades de gênero e raça/cor na força de trabalho da saúde no mercado formal no Brasil entre 2010 e 2021, busca contribuir para o avanço desse debate e fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas que promovam maior equidade no setor. Ao tornar visíveis essas desigualdades, espera-se que gestores e formuladores de políticas possam elaborar estratégias eficazes para transformar as condições de trabalho e de vida dos profissionais de saúde, especialmente daqueles mais vulneráveis.

Materiais e métodos

Este estudo baseou-se na análise estatística descritiva de dados provenientes da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) dos anos de 2010 e 2021, que permite a análise de longo prazo e a comparação entre períodos distintos, refletindo mudanças no mercado de trabalho e na força de trabalho em saúde (FTS) ao longo do tempo. Cabe salientar que a RAIS é um registro administrativo que reúne informações sobre os vínculos formais de emprego no Brasil, sendo uma base crucial para a análise de empregos com carteira assinada e salários.

A FTS compreende o contingente populacional com formação, preparo ou habilidades específicas nas profissões e ocupações da saúde, que está empregado ou em busca de emprego no setor¹⁸. Sua análise envolve as dimensões da oferta e da demanda. A oferta inclui tanto os indivíduos atualmente empregados na saúde quanto os que podem potencialmente nela ingressar ou reingressar, abrangendo egressos do sistema educacional (nível superior, técnico ou médio), portadores de credenciais, desocupados que buscam inserção no setor, além de trabalhadores em transição entre empregos ou profissões e os subutilizados.¹⁸ Já a demanda corresponde aos postos de trabalho – ocupados ou vagos – oferecidos por instituições públicas e privadas, sendo determinada por fatores tecnológicos, econômicos, organizacionais, institucionais, sociais e culturais¹⁸. A chamada demanda efetiva refere-se aos postos efetivamente ocupados, representando o ponto de convergência entre a oferta e a demanda de FTS nos mercados¹⁸.

As análises foram feitas, ainda, considerando dois recortes, o setorial e o profissional ou ocupacional. No recorte setorial, a FTS é analisada no contexto do denominado Macrossetor Saúde^{19,20}, que é o conjunto de trabalhadores em atividades

econômicas de prestação de serviços de saúde e de administração da saúde pública, bem como em atividades de qualquer setor da economia que estejam relacionadas à saúde. As atividades relacionadas são as de fabricação e comercialização de farmoquímicos, insumos e equipamentos de saúde, atividades de financiamento (planos e seguros e planos de saúde), atividades de saneamento básico e atividades de ensino e pesquisa e desenvolvimento (P&D) em saúde.

No recorte profissional ou ocupacional, analisa-se a força de trabalho ocupada em profissões ou ocupações de saúde, que são categorias utilizadas para se referir a grupos de trabalhadores que desempenham funções, atribuições, ações ou procedimentos que requerem formação acadêmica e/ou prática específica na área da saúde, como é o caso de médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem, técnicos em radiologia, agentes comunitários de saúde, entre outros. Trata-se de uma definição baseada na natureza da habilidade requerida para a ocupação, independentemente de ser realizada ou não em estabelecimentos de prestação de serviços de saúde. O restante da força de trabalho no Macrossetor Saúde, ocupada em profissões e ocupações que não são de saúde, são denominados de outros trabalhadores da saúde^{18,21}.

Para identificar as profissões e ocupações da FTS na RAIS, foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que fornece descrições detalhadas das ocupações formais no Brasil e é amplamente utilizada para fins administrativos e de pesquisa.

Para analisar a composição por gênero e raça/cor da FTS no Brasil, foram utilizadas as variáveis Sexo e Raça/Cor presentes em todas as bases de dados. A variável Sexo foi categorizada como “feminino” e “masculino”, enquanto a variável Raça/Cor incluiu as categorias “branca”, “preta”, “parda”, “amarela” e “indígena”. Esses dados foram considerados em seu formato original e os casos sem resposta foram incluídos nas contagens totais, garantindo a precisão das estimativas do total de trabalhadores em cada ocupação.

A análise dos diferenciais salariais por gênero e raça/cor na FTS foi realizada com base na variável de remuneração dos vínculos formais de emprego. Essa variável fornece informações detalhadas sobre os salários médios por hora contratada, expressos em Reais (R\$), o que permite uma análise mais detalhada dos rendimentos de diferentes subgrupos de trabalhadores.

A remuneração média por hora foi calculada para cada profissão e ocupação selecionada da

FTS, sendo posteriormente cruzada com as variáveis de sexo e raça/cor. Para avaliar as disparidades salariais, foi utilizado o Índice Salarial, que é a razão entre o rendimento de um subgrupo específico e o rendimento de outro subgrupo de referência. Nesse estudo, os médicos homens brancos foram selecionados como grupo de referência, uma vez que sistematicamente apresentaram os maiores rendimentos médios por hora ao longo do período analisado, com poucas exceções.

Além disso, para análises dentro de cada categoria profissional ou ocupacional, os homens brancos da mesma ocupação foram utilizados como referência. Essa metodologia permitiu identificar as disparidades salariais entre homens e mulheres, e entre trabalhadores de diferentes raças/cores, dentro de cada profissão, oferecendo uma visão detalhada das desigualdades salariais na FTS.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se de técnicas descritiva, com o objetivo de sumarizar os dados e identificar padrões nas distribuições de gênero, raça/cor e remuneração na FTS. Foram calculadas as proporções e frequências relativas para as variáveis categóricas, como sexo e raça/cor. Essas estatísticas descritivas foram representadas em tabelas e gráficos para facilitar a interpretação dos resultados.

Para o cálculo do Índice Salarial e a análise dos diferenciais de remuneração, foram utilizadas razões e diferenças absolutas, permitindo comparar diretamente os rendimentos entre os subgrupos. Além disso, a análise considerou a evolução temporal das desigualdades salariais entre 2010 e 2021, aproveitando os dados longitudinais fornecidos pela RAIS.

A análise dos diferenciais de gênero e raça/cor na remuneração da FTS foi feita a partir da variável de remuneração dos vínculos formais de emprego registrados na RAIS/MTE. Para tanto, foram coletados os valores médios por hora contratada, em Reais, por profissão e ocupação de saúde selecionada e seu cruzamento simultâneo com as variáveis sexo e raça/cor. Em seguida, foi calculado, para cada caso, o Índice Salarial.

Resultados

A partir dos dados da RAIS/MTE (2010, 2021), observa-se um aumento de 0,8% a.a. no número de ocupados no total da economia entre os anos de 2010 e 2021. Para o Macrossetor saúde, a variação foi de 2,4% a.a. (Tabela 1), enquanto no total das profissões de saúde foi de 2,9% a.a.

Dentro do Macrossetor, as atividades do Núcleo do Setor cresceram 2,5% a.a., sendo maior nos Serviços de Saúde (4,4% a.a.). As atividades que mais cresceram foram as atividades de financiamento (5,0%) (Tabela 1).

Ao se analisar os vínculos da RAIS/MTE (2010, 2021) por sexo (Gráfico 1), observa-se

que no total da economia ocorreu um leve aumento da proporção de empregos ocupados por mulheres entre os anos de 2010 e 2021, apesar dos homens ainda serem maioria, com 55,8% de participação em 2021. Para o total do Macrossetor saúde, destaca-se, nos dois anos analisados, a proporção do sexo feminino bem acima do mas-

Tabela 1. Número e distribuição dos vínculos formais de emprego segundo atividades do Macrossetor Saúde e variação ao ano (%). Brasil, 2010 e 2021.

N	2010		2021		Variação a.a. (%)
	%	N	%	N	
I. Núcleo do Setor	3.635.754	70,0	4.911.568	71,1	2,5
I.a) Serviços de saúde	1.616.182	31,1	2.708.247	39,2	4,4
I.b) Administração Pública*	2.019.572	38,9	2.203.321	31,9	0,7
II. Atividades industriais de produção de insumos	143.028	2,8	182.214	2,6	2,0
III. Atividades de comercialização de produtos	525.252	10,1	779.313	11,3	3,3
IV. Atividades de financiamento	68.262	1,3	122.200	1,8	5,0
V. Atividades de saneamento	280.514	5,4	342.335	5,0	1,7
VI. Profissionais de saúde em P&D e Ensino	120.111	2,3	136.455	2,0	1,1
VII. Profissionais de saúde em outras atividades	418.077	8,1	431.470	6,2	0,3
Total do Macrossetor	5.190.998	100,0	6.905.555	100,0	2,4
Outras atividades econômicas	38.877.357		41.823.316		0,6
Total da Economia	44.068.355		48.728.871		0,8
Total das profissões e ocupações de Saúde	2.838.199	100,0	3.983.422	100,0	2,9
% do Macrossetor Saúde no Total da Economia	11,8		14,2		

*Profissões e ocupações de saúde na Administração Pública + estimativa de outros trabalhadores da saúde, atribuindo-se um valor correspondente à proporção observada desses trabalhadores em I.a.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir dos microdados da RAIS/MTE (2010, 2021).

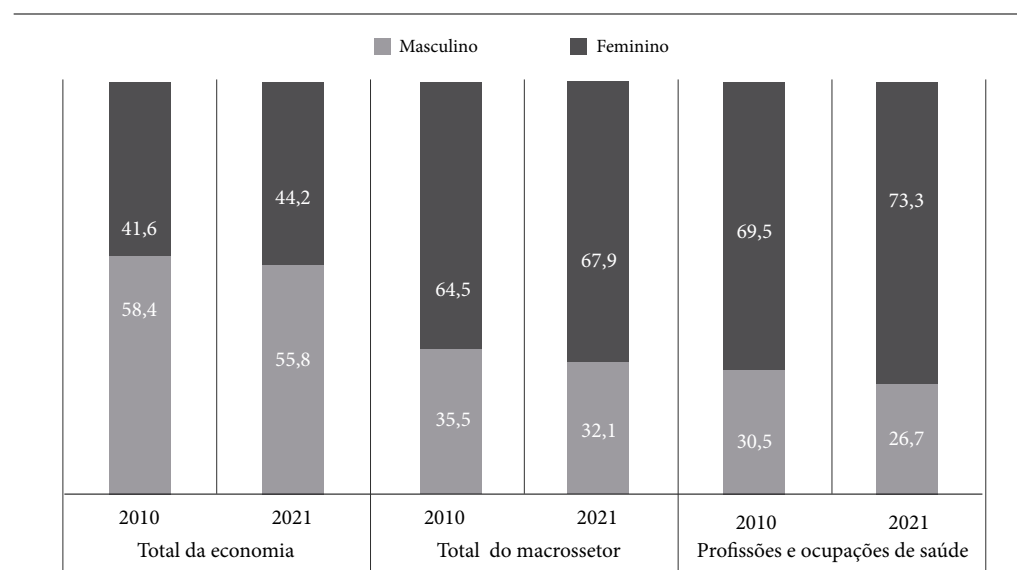


Gráfico 1. Distribuição dos vínculos formais de emprego no total da economia, no Macrossetor Saúde e em profissões e ocupações de saúde segundo sexo. Brasil, 2010 e 2021.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir dos microdados da RAIS/MTE (2010, 2021).

culino, que em 2021 é mais que o dobro, com 67,9% de participação. No total das profissões de saúde, o sexo feminino tem uma participação bem mais expressiva que o masculino, ficando em torno dos 70,0% nos dois anos analisados.

A análise das profissões e ocupações de saúde por raça/cor (Tabela 2) revela mudanças entre 2010 e 2021. Houve aumento na participação de pessoas pardas (+11,3 p.p.) e pretas (+1,3 p.p.), com queda correspondente entre brancos (-12,9 p.p.). Esse padrão é observado em diversas ocupações, especialmente entre Técnicos de Laboratório de Saúde, Enfermeiros, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos. Ainda assim, a maioria das profissões continuava, em 2021, com predomínio de trabalhadores brancos – exceção feita aos Técnicos de Laboratório de Saúde, nos

quais pardos representavam 47,5% dos vínculos, frente a 43,6% de brancos.

Considerando o diferencial de rendimento segundo a interação entre sexo e raça/cor, a análise intercategorias profissionais utiliza como referência os homens médicos brancos, grupo com maior Remuneração Média por Hora (RMH) em praticamente todos os anos analisados. O valor da RMH para essa categoria foi fixado como 100%, e os rendimentos das demais categorias foram expressos em relação a essa referência (Tabelas 3 e 4). A exceção ocorreu em 2010, quando médicos e médicas amarelas apresentaram RMH 8 p.p. e 9 p.p. superiores, respectivamente, aos homens médicos brancos. Tais variações podem estar associadas à baixa frequência dessa população nos registros. Em

Tabela 2. Distribuição dos vínculos formais de emprego segundo profissões e ocupações de saúde e raça/cor. Brasil, 2010 e 2021.

	2010					2021				
	Branca	Parda	Preta	Amarela	Indígena	Branca	Parda	Preta	Amarela	Indígena
Médicos	81,1	16,2	0,7	1,7	0,2	71,9	24,1	1,4	2,2	0,4
Enfermeiros	73,3	22,6	2,9	1,0	0,2	56,6	37,6	4,7	0,8	0,3
Cirurgiões-dentistas	84,0	13,5	0,4	1,8	0,3	73,2	22,6	1,1	2,2	0,8
Farmacêuticos	75,2	22,1	1,1	1,3	0,2	61,7	34,4	2,7	1,0	0,1
Fisioterapeutas	77,8	19,8	1,2	1,0	0,2	61,0	34,2	3,5	0,9	0,3
Nutricionistas	77,0	20,3	1,4	1,1	0,2	61,5	34,3	2,9	1,0	0,3
Fonoaudiólogos	83,9	13,6	1,0	1,2	0,2	67,7	28,3	2,8	0,9	0,2
Psicólogos	80,3	17,2	1,4	0,8	0,3	67,7	27,6	3,5	0,9	0,3
Assistentes Sociais	72,6	22,2	4,3	0,7	0,2	58,2	33,4	7,1	0,9	0,4
Biólogos	79,1	17,3	1,7	1,3	0,6	74,0	21,9	2,6	1,4	0,3
Médicos Veterinários	87,2	11,2	0,5	1,0	0,1	77,6	20,3	0,9	1,0	0,1
Profissionais da Educação Física	75,6	20,6	2,8	0,7	0,3	62,2	31,8	5,1	0,6	0,2
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	63,9	28,3	7,0	0,6	0,2	48,4	42,2	8,3	0,6	0,5
Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal	67,1	28,3	3,9	0,5	0,2	55,6	37,5	5,4	0,9	0,6
Técnicos em Métodos Diagnósticos e Terapêutica	69,3	25,8	4,1	0,5	0,2	57,1	36,4	5,7	0,6	0,2
Técnicos de Laboratórios de Saúde	64,7	28,9	5,1	1,0	0,2	43,6	47,5	7,6	0,9	0,3
Técnicos em Farmácia	65,9	27,5	5,5	0,8	0,3	52,6	38,8	7,8	0,6	0,2
Recepcionistas de Consultório Médico	69,8	25,6	3,8	0,5	0,2	58,7	35,2	5,3	0,6	0,1
Agentes Comunitários de Saúde	58,1	33,6	5,1	0,8	2,4	56,7	32,3	7,6	1,6	1,8
Outras profissões e ocupações de saúde	62,5	30,6	5,8	0,7	0,4	52,2	39,3	6,7	0,7	1,1
Total das profissões e ocupações de saúde	67,6	26,5	4,8	0,8	0,4	54,7	37,8	6,1	0,8	0,6

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir dos microdados da RAIS/MTE (2010, 2021).

2021, o padrão se restabeleceu, com os homens médicos brancos ocupando novamente a posição de maior remuneração.

A análise da categoria médica mostra uma redução no diferencial de rendimentos entre grupos raciais. Em 2010, homens médicos indígenas recebiam 22 p.p. a menos do que homens médicos brancos, diferença que caiu para 15 p.p. em 2021. No mesmo ano, mulheres pardas

e pretas seguiram como os grupos com menor remuneração na categoria, com destaque para as mulheres pretas, que recebiam o equivalente a apenas 80% da RMH dos homens médicos brancos.

A comparação entre outras profissões de saúde de nível superior evidencia maior disparidade frente à categoria médica branca masculina. Em 2010, enfermeiros homens brancos

Tabela 3. Remuneração Média por Hora e Índice Salarial entre e intra categorias profissionais ou ocupacionais*. Brasil, 2010.

		Homem Branco	Mulher Branca	Homem Pardo	Mulher Parda	Homem Preto	Mulher Preta	Homem Amarelo	Mulher Amarela	Homem Indígena	Mulher Indígena
Médicos	RMH	52,86	51,12	47,59	47,90	50,81	48,30	57,10	57,52	46,36	52,64
	% inter	100%	97%	90%	91%	96%	91%	108%	109%	88%	100%
	% intra	100%	97%	90%	91%	96%	91%	108%	109%	88%	100%
Enfermeiros	RMH	19,34	19,29	18,01	17,82	19,04	18,78	20,48	21,96	17,63	20,00
	% inter	37%	36%	34%	34%	36%	36%	39%	42%	33%	38%
	% intra	100%	100%	93%	92%	98%	97%	106%	114%	91%	103%
Cirurgiões-dentistas	RMH	27,85	25,85	23,01	22,82	25,03	23,94	32,60	33,83	19,90	25,94
	% inter	53%	49%	44%	43%	47%	45%	62%	64%	38%	49%
	% intra	100%	93%	83%	82%	90%	86%	117%	121%	71%	93%
Farmacêuticos	RMH	13,45	13,51	12,37	12,87	13,19	13,25	14,51	17,30	12,04	11,91
	% inter	25%	26%	23%	24%	25%	25%	27%	33%	23%	23%
	% intra	100%	100%	92%	96%	98%	99%	108%	129%	90%	89%
Fisioterapeutas	RMH	17,57	15,82	16,01	13,60	13,40	12,01	20,07	19,78	25,25	14,96
	% inter	33%	30%	30%	26%	25%	23%	38%	37%	48%	28%
	% intra	100%	90%	91%	77%	76%	68%	114%	113%	144%	85%
Nutricionistas	RMH	13,64	12,74	11,99	11,81	10,65	11,71	10,03	14,92	8,08	11,34
	% inter	26%	24%	23%	22%	20%	22%	19%	28%	15%	21%
	% intra	100%	93%	88%	87%	78%	86%	74%	109%	59%	83%
Fonoaudiólogos	RMH	14,55	14,43	14,92	14,13	14,53	10,92	13,91	15,97	0,00	14,52
	% inter	28%	27%	28%	27%	27%	21%	26%	30%	0%	27%
	% intra	100%	99%	103%	97%	100%	75%	96%	110%	0%	100%
Psicólogos	RMH	21,82	17,47	16,20	14,33	18,55	15,79	21,35	17,40	18,19	13,47
	% inter	41%	33%	31%	27%	35%	30%	40%	33%	34%	25%
	% intra	100%	80%	74%	66%	85%	72%	98%	80%	83%	62%
Assistentes Sociais	RMH	15,36	16,59	15,23	15,41	12,07	15,90	14,40	18,71	8,36	13,72
	% inter	29%	31%	29%	29%	23%	30%	27%	35%	16%	26%
	% intra	100%	108%	99%	100%	79%	104%	94%	122%	54%	89%
Biólogos	RMH	27,47	22,68	21,88	18,64	20,55	17,37	26,26	24,46	9,17	4,49
	% inter	52%	43%	41%	35%	39%	33%	50%	46%	17%	8%
	% intra	100%	83%	80%	68%	75%	63%	96%	89%	33%	16%
Médicos Veterinários	RMH	26,70	23,19	20,65	17,66	19,70	25,50	33,82	26,70	19,75	30,00
	% inter	51%	44%	39%	33%	37%	48%	64%	51%	37%	57%
	% intra	100%	87%	77%	66%	74%	96%	127%	100%	74%	112%
Profissionais da Educação Física	RMH	12,59	12,70	9,72	10,19	10,89	12,68	10,35	13,55	11,16	9,74
	% inter	24%	24%	18%	19%	21%	24%	20%	26%	21%	18%
	% intra	100%	101%	77%	81%	87%	101%	82%	108%	89%	77%
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	RMH	9,50	8,01	8,35	6,91	8,71	7,67	8,95	7,09	7,53	7,55
	% inter	18%	15%	16%	13%	16%	15%	17%	13%	14%	14%
	% intra	100%	84%	88%	73%	92%	81%	94%	75%	79%	79%

continua

Tabela 3. Remuneração Média por Hora e Índice Salarial entre e intra categorias profissionais ou ocupacionais*. Brasil, 2010.

		Homem Branco	Mulher Branca	Homem Pardo	Mulher Parda	Homem Preto	Mulher Preta	Homem Amarelo	Mulher Amarela	Homem Indígena	Mulher Indígena
Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal	RMH	6,57	5,49	5,17	5,12	6,80	5,15	8,64	5,84	4,01	4,85
	% inter	12%	10%	10%	10%	13%	10%	16%	11%	8%	9%
	% intra	100%	84%	79%	78%	103%	78%	131%	89%	61%	74%
Técnicos em Métodos Diagnósticos e Terapêutica	RMH	17,04	14,58	15,09	12,48	16,90	13,67	16,99	14,51	13,71	12,68
	% inter	32%	28%	29%	24%	32%	26%	32%	27%	26%	24%
	% intra	100%	86%	89%	73%	99%	80%	100%	85%	80%	74%
Técnicos de Laboratórios de Saúde	RMH	11,70	9,56	9,37	7,35	9,44	7,63	13,56	11,70	10,57	8,98
	% inter	22%	18%	18%	14%	18%	14%	26%	22%	20%	17%
	% intra	100%	82%	80%	63%	81%	65%	116%	100%	90%	77%
Técnicos em Farmácia	RMH	9,12	6,94	6,84	5,92	7,14	6,27	13,79	8,60	6,45	5,13
	% inter	17%	13%	13%	11%	14%	12%	26%	16%	12%	10%
	% intra	100%	76%	75%	65%	78%	69%	151%	94%	71%	56%
Recepcionistas de Consultório Médico	RMH	5,36	4,55	4,75	4,15	5,00	4,31	5,20	4,55	4,67	4,18
	% inter	10%	9%	9%	8%	9%	8%	10%	9%	9%	8%
	% intra	100%	85%	89%	77%	93%	80%	97%	85%	87%	78%
Agentes Comunitários de Saúde	RMH	5,24	4,55	4,45	4,49	4,47	4,42	4,53	4,68	3,53	3,42
	% inter	10%	9%	8%	8%	8%	8%	9%	9%	7%	6%
	% intra	100%	87%	85%	86%	85%	84%	86%	89%	67%	65%

*RMH - Remuneração média por hora; %inter - proporção da RMH comparado ao do Médico Branco; %intra - proporção da RMH comparado ao Homem Branco de cada categoria profissional/ocupacional. **Números em destaque:** categorias com números insuficientes de observações para fazer análise comparativa.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir dos microdados da RAIS/MTE.

recebiam 37% da RMH dos médicos homens brancos; cirurgiões-dentistas, 53%; e fisioterapeutas, 33%. Em 2021, essas proporções caíram para 30%, 48% e 29%, respectivamente, indicando persistência das desigualdades. A análise intracategoria confirma que homens brancos seguem como os mais bem remunerados em todas as profissões, com diferenças importantes em relação a mulheres e pessoas negras. Por exemplo, uma enfermeira preta recebia 36% da RMH de um médico homem branco em 2010, proporção que caiu para 28% em 2021.

Entre ocupações técnicas e auxiliares, observa-se padrão semelhante ao nível superior, com desigualdades persistentes, embora com tendência à redução. Em 2010, um técnico de laboratório de saúde homem branco recebia R\$11,70 por hora, enquanto uma mulher preta, na mesma função, recebia R\$ 7,63 – 65% da remuneração do colega branco. Em 2021, mesmo com aumento geral dos rendimentos, a desigualdade permaneceu: técnicas em farmácia pretas recebiam 88% da RMH de seus colegas homens brancos na mesma ocupação.

Entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em 2021, os homens amarelos recebiam

111% e a mulher indígena recebia 79% da RMH do homem branco. É importante ressaltar que a carreira de Agente Comunitário de Saúde (ACS) é regulamentada pela Lei nº 11.350/2006 e deve ser exercida exclusivamente no setor público. No entanto, os dados da RAIS indicam a coexistência de diferentes tipos de vínculo entre esses trabalhadores (como celetistas, estatutários e temporários), o que pode refletir variações na forma de contratação adotada por estados e municípios. Além disso, diferenças nas médias salariais podem decorrer da localização regional dos vínculos, especialmente em áreas remotas com maior presença de ACS indígenas, da capacidade fiscal dos entes federativos, bem como das políticas locais de remuneração, que influenciam gratificações, adicionais e complementações salariais.

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam uma realidade estruturalmente desigual no que tange à composição e remuneração da força de trabalho em saúde no Brasil, especialmente no recorte de

Tabela 4. Remuneração Média por Hora e Índice Salarial entre e intra categorias profissionais ou ocupacionais*. Brasil, 2021.

		Homem Branco	Mulher Branca	Homem Pardo	Mulher Parda	Homem Preto	Mulher Preta	Homem Amarelo	Mulher Amarela	Homem Indígena	Mulher Indígena
Médicos	RMH	121,60	116,01	106,22	102,88	108,64	97,75	121,93	119,32	103,60	111,58
	% inter	100%	95%	87%	85%	89%	80%	100%	98%	85%	92%
	% intra	100%	95%	87%	85%	89%	80%	100%	98%	85%	92%
Enfermeiros	RMH	36,35	35,15	32,25	30,58	36,13	34,58	29,92	34,83	35,16	37,79
	% inter	30%	29%	27%	25%	30%	28%	25%	29%	29%	31%
	% intra	100%	97%	89%	84%	99%	95%	82%	96%	97%	104%
Cirurgiões-dentistas	RMH	58,02	52,44	39,53	36,96	44,11	41,45	51,23	53,45	40,15	49,74
	% inter	48%	43%	33%	30%	36%	34%	42%	44%	33%	41%
	% intra	100%	90%	68%	64%	76%	71%	88%	92%	69%	86%
Farmacêuticos	RMH	29,90	29,00	26,09	26,08	28,60	27,38	32,37	35,09	34,03	34,72
	% inter	25%	24%	21%	21%	24%	23%	27%	29%	28%	29%
	% intra	100%	97%	87%	87%	96%	92%	108%	117%	114%	116%
Fisioterapeutas	RMH	35,33	32,50	28,97	27,09	33,11	31,26	43,17	34,71	26,31	27,70
	% inter	29%	27%	24%	22%	27%	26%	36%	29%	22%	23%
	% intra	100%	92%	82%	77%	94%	88%	122%	98%	74%	78%
Nutricionistas	RMH	26,49	25,17	22,15	22,01	21,88	22,86	21,62	26,41	25,69	25,79
	% inter	22%	21%	18%	18%	18%	19%	18%	22%	21%	21%
	% intra	100%	95%	84%	83%	83%	86%	82%	100%	97%	97%
Fonoaudiólogos	RMH	28,52	30,88	24,01	26,02	24,27	28,56	24,38	29,72	28,51	33,74
	% inter	23%	25%	20%	21%	20%	23%	20%	24%	23%	28%
	% intra	100%	108%	84%	91%	85%	100%	85%	104%	100%	118%
Psicólogos	RMH	33,24	30,50	25,46	23,63	27,46	25,84	28,84	24,23	25,16	27,76
	% inter	27%	25%	21%	19%	23%	21%	24%	20%	21%	23%
	% intra	100%	92%	77%	71%	83%	78%	87%	73%	76%	84%
Assistentes Sociais	RMH	28,49	31,24	24,19	25,82	27,07	31,61	28,25	21,98	36,14	28,53
	% inter	23%	26%	20%	21%	22%	26%	23%	18%	30%	23%
	% intra	100%	110%	85%	91%	95%	111%	99%	77%	127%	100%
Biólogos	RMH	49,14	41,60	34,59	30,97	32,31	29,90	54,66	42,43	37,18	39,18
	% inter	40%	34%	28%	25%	27%	25%	45%	35%	31%	32%
	% intra	100%	85%	70%	63%	66%	61%	111%	86%	76%	80%
Médicos Veterinários	RMH	52,67	38,51	37,09	29,52	34,62	28,94	52,25	53,25	18,31	21,65
	% inter	43%	32%	31%	24%	28%	24%	43%	44%	15%	18%
	% intra	100%	73%	70%	56%	66%	55%	99%	101%	35%	41%
Profissionais da Educação Física	RMH	25,75	24,18	16,48	16,65	18,48	18,71	21,97	22,15	29,29	24,83
	% inter	21%	20%	14%	14%	15%	15%	18%	18%	24%	20%
	% intra	100%	94%	64%	65%	72%	73%	85%	86%	114%	96%
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	RMH	18,08	16,73	16,43	14,93	18,37	16,71	14,27	14,20	15,00	17,82
	% inter	15%	14%	14%	12%	15%	14%	12%	12%	12%	15%
	% intra	100%	93%	91%	83%	102%	92%	79%	79%	83%	99%

continua

gênero e raça/cor. Apesar da crescente participação feminina no setor, essas mulheres continuam a enfrentar barreiras significativas no que se refere à igualdade salarial, particularmente as mulheres negras, que permanecem sobre representadas em funções de baixa remuneração e precárias condições de trabalho².

A análise das desigualdades identificadas neste estudo está ancorada no referencial teórico

da interseccionalidade, conceito originalmente desenvolvido por Kimberlé Crenshaw²² e posteriormente ampliado por autoras como Patricia Hill Collins¹⁵ e Angela Davis²³. A interseccionalidade permite compreender como as estruturas de poder se sobrepõem, de forma simultânea e relacional, produzindo efeitos distintos para grupos específicos, especialmente para mulheres negras. No campo do trabalho, essa aborda-

Tabela 4. Remuneração Média por Hora e Índice Salarial entre e intra categorias profissionais ou ocupacionais*. Brasil, 2021.

		Homem Branco	Mulher Branca	Homem Pardo	Mulher Parda	Homem Preto	Mulher Preta	Homem Amarelo	Mulher Amarela	Homem Indígena	Mulher Indígena
Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal	RMH	10,87	11,16	9,89	9,77	10,58	10,69	9,17	9,76	11,98	14,29
	% inter	9%	9%	8%	8%	9%	9%	8%	8%	10%	12%
	% intra	100%	103%	91%	90%	97%	98%	84%	90%	110%	131%
Técnicos em Métodos Diagnósticos e Terapêutica	RMH	37,25	32,85	33,27	28,73	35,95	30,11	33,30	28,86	32,51	24,54
	% inter	31%	27%	27%	24%	30%	25%	27%	24%	27%	20%
	% intra	100%	88%	89%	77%	97%	81%	89%	77%	87%	66%
Técnicos de Laboratórios de Saúde	RMH	20,22	16,60	17,50	14,41	18,55	15,49	24,59	18,08	15,94	14,25
	% inter	17%	14%	14%	12%	15%	13%	20%	15%	13%	12%
	% intra	100%	82%	87%	71%	92%	77%	122%	89%	79%	70%
Técnicos em Farmácia	RMH	15,56	13,44	13,03	12,19	14,82	13,77	15,64	12,75	12,78	11,46
	% inter	13%	11%	11%	10%	12%	11%	13%	10%	11%	9%
	% intra	100%	86%	84%	78%	95%	88%	101%	82%	82%	74%
Recepcionistas de Consultório Médico	RMH	10,60	9,39	9,32	8,49	9,97	8,98	10,34	8,88	9,28	8,88
	% inter	9%	8%	8%	7%	8%	7%	9%	7%	8%	7%
	% intra	100%	89%	88%	80%	94%	85%	98%	84%	88%	84%
Agentes Comunitários de Saúde	RMH	11,89	11,69	12,02	11,77	11,94	11,84	13,19	11,58	9,87	9,42
	% inter	10%	10%	10%	10%	10%	10%	11%	10%	8%	8%
	% intra	100%	98%	101%	99%	100%	100%	111%	97%	83%	79%

*RMH - Remuneração média por hora; %inter - proporção da RMH comparado ao do Médico Branco; %intra - proporção da RMH comparado ao Homem Branco de cada categoria profissional/ocupacional. Números em destaque: categorias com números insuficientes de observações para fazer análise comparativa.

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir dos microdados da RAIS/MTE.

gem é essencial para revelar como gênero, raça/cor e classe se combinam na produção de hierarquias ocupacionais e desigualdades salariais, como as observadas na FTS. As desigualdades não podem ser compreendidas de maneira unidimensional; elas resultam da confluência entre múltiplas opressões e se expressam na distribuição de cargos, na remuneração e nas trajetórias profissionais.

A literatura sobre desigualdades no mercado de trabalho tem demonstrado que essas barreiras não são exclusivas ao setor da saúde, mas encontram-se profundamente enraizadas na sociedade brasileira, com raízes históricas ligadas à escravidão e à discriminação racial¹. No entanto, no setor da saúde, essa realidade ganha contornos particulares, visto que o sistema hierárquico e as relações de poder tendem a beneficiar homens, especialmente brancos, mesmo em um setor predominantemente composto por mulheres³.

O fenômeno do “teto de vidro” é bem exemplificado nos dados sobre a distribuição dos vínculos formais, onde, apesar de as mulheres representarem mais de 70% da força de trabalho no setor de saúde, elas estão sub-representadas

em posições com maiores remunerações, possivelmente caracterizadas como de comando e liderança⁶. Outro aspecto central é a persistência das disparidades salariais entre os grupos raciais e de gênero, evidenciada pelos dados longitudinais analisados. Mulheres negras, em particular, encontram-se desproporcionalmente representadas em posições de menor remuneração, como técnicas de enfermagem e auxiliares de saúde, o que demonstra a continuidade de barreiras históricas e estruturais¹⁰⁻¹⁵. O fenômeno de segregação ocupacional por raça/cor e gênero nas profissões de saúde é um reflexo da reprodução das desigualdades sociais que ainda permeiam o mercado de trabalho brasileiro.

Essa segmentação da FTS se relaciona à divisão sexual e racial do trabalho, conforme descrita na literatura²⁴⁻²⁶. A lógica da divisão sexual do trabalho não se limita à separação entre atividades masculinas e femininas, mas inclui a hierarquização dessas funções, sendo as atividades exercidas por mulheres (em especial mulheres negras) socialmente desvalorizadas, mesmo quando exigem qualificação técnica ou formação superior²⁴⁻²⁶. No setor saúde, essa lógica se traduz na feminilização da base e mascu-

linização do topo da pirâmide profissional, um processo que reforça a concentração das mulheres negras em cargos com menor remuneração, como técnicas de enfermagem ou agentes comunitários, e a presença de homens brancos em profissões de maior prestígio, como a medicina.

Os dados deste estudo mostram que a oferta de profissionais, embora tenha crescido entre 2010 e 2021, seguiu uma tendência desigual em termos de remuneração e ocupação de postos de trabalho, com homens brancos liderando nas profissões de maior prestígio, como médicos e cirurgiões-dentistas. Mulheres negras, por outro lado, continuam concentradas em funções de menor remuneração, como técnicos de laboratório e agentes comunitários de saúde, o que reflete um quadro estrutural de precarização.

A análise comparativa entre 2010 e 2021 revela que, embora tenha ocorrido uma expansão significativa da força de trabalho em saúde no Brasil – tanto em número absoluto de vínculos quanto na participação de mulheres e pessoas negras –, essas mudanças quantitativas não resultaram em transformações estruturais no padrão de desigualdade. Homens brancos seguem concentrando os postos de maior prestígio e remuneração, como médicos e cirurgiões-dentistas, enquanto mulheres negras permanecem majoritariamente em funções com baixos salários e menor reconhecimento, como agentes comunitárias e técnicas de enfermagem. A ampliação da presença de profissionais pardos e pretos no setor, bem como o crescimento da participação feminina, não foram suficientes para romper as barreiras históricas de acesso a posições de comando ou para reduzir significativamente os diferenciais salariais. Pelo contrário, os dados sugerem que, em certas ocupações, as disparidades salariais entre mulheres negras e homens brancos se intensificaram ao longo do tempo. Essa permanência e, em alguns casos, agravamento das desigualdades indica que o mercado de trabalho em saúde no Brasil segue estruturado por hierarquias interseccionais, reforçando a necessidade urgente de políticas públicas voltadas à equidade que levem em conta a articulação entre gênero, raça/cor e classe.

Estudos recentes confirmam que, mesmo quando possuem qualificações semelhantes, as mulheres negras no Brasil tendem a receber salários inferiores aos dos homens brancos nas mesmas profissões, exacerbando as desigualdades já existentes⁸. Esses diferenciais salariais são ainda mais acentuados quando se considera a interseccionalidade entre gênero e raça/cor, o que reforça a tese de que as mulheres negras

enfrentam múltiplas formas de discriminação, simultaneamente de gênero e de raça/cor¹⁵.

Nesse contexto, é relevante considerar também as contribuições de Bourdieu²⁷, especialmente sua noção de capital e violência simbólica. Profissões como a medicina, dominadas por homens brancos, concentram não apenas maior remuneração, mas também maior prestígio social, *status* e legitimidade institucional. Isso evidencia que o mercado de trabalho em saúde não apenas reproduz desigualdades materiais, mas também desigualdades simbólicas, naturalizando a subalternização de determinados grupos^{28,29}. O fato de mulheres negras estarem sobre-representadas em funções menos valorizadas revela um processo de reprodução social das desigualdades, no qual a posição ocupada no mercado reflete uma longa trajetória de exclusão histórica e estrutural.

No campo das políticas públicas, o desenvolvimento de medidas que abordem as desigualdades de gênero e raça/cor de maneira integrada é fundamental. Conforme argumentado por Abramo¹⁷ e Collins¹⁵, políticas que não considerem as interseções entre essas dimensões correm o risco de perpetuar as desigualdades existentes. No setor da saúde, isso é ainda mais crítico, dada a importância central das trabalhadoras, em especial as negras, para o funcionamento dos sistemas de saúde pública e de atenção básica. Nesse sentido, o reconhecimento das múltiplas formas de discriminação e a criação de políticas de equidade que contemplem essas nuances são essenciais para a transformação do setor.

A abordagem de interseccionalidade²² aplicada a este contexto revela que as políticas de combate às desigualdades precisam ir além da questão de gênero ou raça/cor de maneira isolada. As mulheres negras estão na confluência dessas desigualdades e, como tal, políticas eficazes devem incorporar essa dimensão interseccional para promover mudanças significativas no mercado de trabalho em saúde. Os dados aqui apresentados sugerem que, sem uma abordagem abrangente dos marcadores da diferença, qualquer tentativa de reformar o setor será insuficiente para reduzir as disparidades.

Portanto, os resultados deste estudo não apenas expõem as desigualdades no presente, mas também apontam para a necessidade urgente de repensar as políticas de inclusão e equidade no mercado de trabalho em saúde. Apenas uma combinação de estratégias voltadas para a eliminação das barreiras estruturais, aliada a uma mudança nas práticas institucionais de contratação e promoção, poderá proporcionar

um ambiente mais justo e equitativo para as mulheres negras e outros grupos marginalizados.

Considerações finais

A análise dos dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) demonstra um crescimento expressivo na Força de Trabalho em Saúde (FTS) entre 2010 e 2021, refletindo uma expansão de 6,2 milhões para 10,1 milhões de pessoas ocupadas no Macrossetor saúde. Esse aumento superou o crescimento geral da economia, com a participação do setor subindo de 11,8% para 14,2%. Esse processo foi acompanhado por uma feminização crescente, com a proporção de mulheres no Macrossetor saúde passando de 64,5% para 68,3%, significativamente acima da proporção de mulheres na população geral (51,1%).

Além disso, houve uma importante mudança na composição racial da FTS, com o aumento da participação de pessoas negras. No mercado formal, a presença de pretos nas profissões de saúde aumentou de 5% para 6%, enquanto a de pardos passou de 26,5% para 38%. Essas mudanças são menos acentuadas em profissões como medicina e odontologia, onde a participação de brancos ainda é predominante, embora tenha havido uma redução de 10 p.p. entre médicos e 11 p.p. entre cirurgiões-dentistas.

Apesar desses avanços, as desigualdades raciais e de gênero permanecem evidentes. Em termos de remuneração, trabalhadores brancos continuam a ser sistematicamente mais bem pagos do que profissionais de outras raças/cores, tanto em ocupações de nível superior quanto técnico e auxiliar. No entanto, verificou-se uma tendência de remuneração ligeiramente superior para profissionais amarelos e, em alguns casos, indígenas, em relação aos brancos. Esses picos de remuneração podem ser explicados pela menor representatividade desses grupos, o que gera variabilidade nas médias salariais.

A análise dos diferenciais salariais evidencia que não apenas a raça/cor ou o gênero isoladamente explicam as disparidades, mas sim a intersecção entre essas variáveis. Em 2010, uma mulher médica preta recebia em média 9% a menos do que um homem médico branco. Já uma enfermeira parda recebia apenas 34% do valor pago por hora a um médico homem branco. Em 2021, essas desigualdades permanecem, com mulheres médicas pretas recebendo, em média, 20% a menos por hora do que seus colegas homens brancos.

Essa discrepância é ainda maior nas profissões e ocupações de nível técnico, como agentes comunitários de saúde, onde um indígena recebia em média 8% do valor pago a um médico branco.

Os dados da RAIS são essenciais para o monitoramento das transformações no mercado formal de trabalho em saúde, permitindo análises detalhadas e longitudinais. No entanto, uma limitação importante deste estudo é a falta de dados sobre o mercado de trabalho informal, que constitui uma parte significativa da FTS, especialmente nas camadas mais vulneráveis. A análise da informalidade é crucial para uma compreensão mais abrangente das desigualdades, já que muitos trabalhadores, especialmente negros e mulheres, encontram-se em condições de trabalho precárias e fora da proteção social.

Pesquisas futuras também devem focar em avaliar os diferenciais salariais e de oportunidade por cargo e posição na carreira, para determinar se as disparidades persistem mesmo quando mulheres e profissionais racializados alcançam posições de liderança, ou se são resultado da sub-representação nesses postos. Isso permitirá uma compreensão mais clara sobre se as disparidades são estruturais e persistem em todos os níveis hierárquicos, ou se são exacerbadas pela segmentação ocupacional, oferecendo subsídios mais sólidos para a criação de políticas públicas que promovam a equidade de gênero e raça/cor em todo o espectro das profissões de saúde.

Outro ponto a ser explorado em estudos futuros é a penalidade à maternidade, que pode impactar significativamente a trajetória profissional e salarial das mulheres na FTS. Embora não analisado diretamente neste estudo, a literatura aponta que as mulheres, especialmente as negras, enfrentam maiores barreiras no mercado de trabalho após se tornarem mães, o que pode exacerbar as desigualdades de gênero e raça/cor já presentes.

Por fim, a análise racial e de gênero neste estudo indica a importância de avançar no uso de dados desagregados, como os previstos na Lei 14.553/2023, que exige a inclusão de informações sobre raça/cor nos registros de trabalhadores. Essas informações são fundamentais para subsidiar políticas públicas eficazes que combatam as desigualdades no setor da saúde. Além disso, políticas como o Projeto de Lei 1.085/2023, que estabelece igualdade salarial entre homens e mulheres na mesma função, e a Lei 12.990/2014, que reserva 20% das vagas em concursos públicos para negros, são passos im-

portantes, mas precisam ser acompanhadas por um monitoramento contínuo, alimentado por dados detalhados e atualizados.

Em resumo, o presente estudo oferece uma análise valiosa das desigualdades raciais e de gênero na FTS, mas também ressalta a neces-

sidade de ampliar a agenda de pesquisa e incluir a coleta de dados sobre raça/cor e gênero de forma mais robusta, especialmente no setor público. Somente com uma compreensão mais completa das dinâmicas do mercado de trabalho em saúde será possível desenvolver políticas que promovam a equidade de fato.

Colaboradores

CL Carvalho, SAG Silva, LWD Maas e SN Girardi conceberam o estudo. CL Carvalho, SAG Silva, LWD Maas, SL Queiroz e WC Bomfim desenvolveram o arcabouço metodológico e a estratégia analítica. CL Carvalho, SAG Silva, LWD Maas, JF Araújo, SL Queiroz e WC Bomfim elaboraram a versão original do manuscrito. ACSV Stralen e SN Girardi contribuíram para o aprimoramento do desenho do estudo e realizaram revisões críticas do texto. CL Carvalho e SN Girardi forneceram orientação metodológica sênior e supervisão geral do projeto. CL Carvalho e SN Girardi contribuíram para a captação de financiamento. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

- Telles E. *Race in Another America: The Significance of Skin Color in Brazil*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT/DSASTE/SVS). *Desigualdades no mercado de trabalho e perfil de adoecimento das mulheres trabalhadoras brasileiras*. Boletim Epidemiológico. Brasília: MS; 2020.
- Abramo L. Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. *Cien Cult* 2006; 58(4):44-49.
- Cobo B, Oliveira BMM. Desigualdades no mercado de trabalho brasileiro: uma proposta de conceituação e mensuração do trabalho precário sob a lupa da interseccionalidade. *Rev Bras Estud Pop* 2024; 41:1-24.
- Scott J, Crompton R, Lyonette C. Gender Inequalities in the 21st Century: New Barriers and Continuing Constraints. *Contemp Soc J Rev* 2010; 40(6):752-754.
- Newman C, Nayebar A, Gacko NMNN, Okello P, Gueye A, Bijou S, Ba S, Gaye S, Coumba N, Gueve B, Dial Y, N'Dove M. Systemic structural gender discrimination and inequality in the health workforce: theoretical lenses for gender analysis, multi-country evidence and implications for implementation and HRH policy. *Hum Resources Health* 2023; 21:37.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
- Souza LM, Machado RWG. Mulheres negras e mercado de trabalho brasileiro: uma luta permanente contra o racismo estrutural. *Rev Interdiscip Pensamento Cien* 2022; 7(3):1-2.
- Passos L, Souza L. Vulnerabilidades cruzadas: as mulheres e suas experiências diversificadas. *Rev Katálysis* 2021; 24(1):198-209.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). *Mercado de Trabalho: conjuntura e análise*. Brasília: Ipea; 2022.
- Tavares MRG, Lelis LVC, Almeida AC. Uma análise sobre as desigualdades raciais e de gênero no mercado de trabalho durante a pandemia de COVID-19. *Estud Econômicos (São Paulo)* 2023; 53(4):691-725.
- Magri G, Fernandez M, Lotta G. Desigualdade em meio à crise: uma análise dos profissionais de saúde que atuam na pandemia de COVID-19 a partir das perspectivas de profissão, raça e gênero. *Cien Saude Colet* 2022; 27(11):4131-4144.
- Reis AP, Góes EF, Pilecco FB, Almeida MCC, Diele-Viegas LM, Menezes GMS, Aquino EML. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. *Saude Debate* 2020; 44(n. esp. 4):324-340.
- Collins PH. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge; 2000.
- Marcondes MM, Pinheiro LS, Queiroz C, Querino AC, Valverde D, organizadores. *Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*. Brasília: Ipea; 2021.
- Abramo L. Desigualdades e discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. *Cien Cult* 2006; 58(4):40-41.
- Girardi SN. O perfil do “emprego” em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 1986; 2(4):423-439.
- Zaeyen A, Silva ABO, Sobral CCB, Considera CM, Filgueiras HV. *Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa. Texto para Discussão, n. 370*. Rio de Janeiro: Ipea; 1995.
- Nogueira RP, Girardi SN. *O perfil do emprego na Função Saúde*. Brasília: Ipea; 1999.
- Médici AC, Machado MH, Nogueira RP, Girardi SN. Aspectos conceptuales y metodológicos sobre la fuerza de trabajo en el área de salud en Brasil. *Educ Med Salud* 1992; 25(1):1-14.
- Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University Chicago Legal Forum* 1989; 1:139-167.
- Davis A. *Women, Race & Class*. New York: Vintage Books; 1983.
- Hirata H. *Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo; 2002.
- Kergoat D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: Hirata H, Labarière M, organizadores. *Dicionário Crítico do Feminismo*. São Paulo: Editora Unesp; 2009.
- Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
- Bourdieu P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.
- Lopes MEL, Sobrinho MD, Costa SFG. Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(3):819-825.
- Maas LWD. Análise comparativa da base social da Medicina e Enfermagem no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Cad Saude Publica* 2018; 34(3):e00199116.

Artigo apresentado em 31/01/2025

Aprovado em 18/03/2026

Versão final apresentada em 20/03/2026

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca