

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**MARLY DE JESUS SÁ DIAS**

**FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO  
PRODUTIVA NA SAÚDE PÚBLICA:**

rebatimentos no Serviço Social e na Medicina no HUUFMA

São Luís

2008

**MARLY DE JESUS SÁ DIAS**

**FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO  
PRODUTIVA NA SAÚDE PÚBLICA:**

rebatimentos no Serviço Social e na Medicina no HUUFMA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) para obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Terezinha Moreira  
Lima

São Luís

2008

Dias, Marly de Jesus Sá.

Feminização do trabalho no contexto da reestruturação produtiva na saúde pública: rebatimentos no Serviço Social e na Medicina no HUUFMA / Marly de Jesus Sá Dias. – São Luís, 2008.

217 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2008.

1. Saúde pública – Feminização – Trabalho. 2. Trabalho – Divisão sexual. 3. Serviço social. 4. Medicina. I. Título.

CDU 331-055.2:614

**MARLY DE JESUS SÁ DIAS**

**FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO  
PRODUTIVA NA SAÚDE PÚBLICA:**

rebatimentos no Serviço Social e na Medicina no HUUFMA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) para obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas.

Aprovada em     /     /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profª Drª Terezinha Moreira Lima** (Orientadora)  
Universidade Estadual do Maranhão

---

**Profª Drª Lúcia Cristina dos Santos Rosa**  
Universidade Federal do Piauí

---

**Profª Drª Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha**  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Profª Drª Elba Gomide Mochel**  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr. Tarcísio Mota Coelho**  
Universidade Federal do Maranhão

Aos meus pais: José Maria Dias e Maria Edeltrudes Sá (*in memoriam*) pelos ensinamentos, sobretudo, os de entusiasmo e persistência naquilo que se quer ter como horizonte.

## AGRADECIMENTOS

A concretização de uma vitória não é um ato solitário mas, resultado de uma caminhada árdua, minimizada por presenças solidárias e carinhosas de um coletivo de pessoas (coadjuvantes diretos e/ou indiretos), que contribuíram para nossa transformação em sujeito de uma história concreta. Por isso gostaria de agradecer a alguns deles:

A Deus, pela constância em todos os meus feitos.

A minha família: meu filho Heitor, irmãos (Alberto, Daniel, Henrique, Arlindo e Cláudia), tias e eternas guardiãs Ermita e Severa pelo carinho, incentivo e compreensão dos momentos de ausências.

À professora Doutora Terezinha Moreira Lima pela disposição, desafio e condução a novos horizontes.

A Coordenação, professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, pela partilha de alegrias e conhecimentos.

A Delcy Fiquene, presente que o Senhor pôs na minha vida quando chamou minha mãe pra junto de si.

Ao Nino, sapiência traduzida numa multiplicidade de formas e gestos que alentaram minhas tensões.

A Cleonice e Eliane Pedrosa, amigas preciosas que muitas vezes se dispuseram a discutir criticamente as etapas desse trabalho.

Aos sujeitos dessa pesquisa (direção, divisões, chefias de serviços, profissionais do Serviço Social e da Medicina) e demais colegas do HUUFMA que não mediram esforços em colaborar conosco nessa jornada.

A Equipe da SEPLAN, em especial a da Escola de Governo e Gestão Municipal da Prefeitura Municipal de São Luís e as colegas do DESES/UFMA, pelo apoio e vínculo de afeto construído;

A Ellen e Clara pela valorosa colaboração na coleta de informações na pesquisa empírica.

A todas as pessoas que acreditam e apostam na possibilidade da construção de um outro amanhã.

*“Amanhã a luminosidade, alheia a qualquer vontade há de imperar;  
Amanhã estará tudo esperança, que por menor que pareça existe, e é pra vicejar;  
Amanhã, apesar do hoje, será a estrada que surge pra se trilhar;  
Amanhã mesmo que uns não queiram, será de outros que esperam ver o dia raiar;  
Amanhã, ódios aplacados, temores abrandados, será pleno.”*

*Guilherme Arantes*

## RESUMO

Analisa-se o processo da feminização num espaço de trabalho caracterizado pela constituição majoritária de mulheres como a saúde pública, sobretudo a partir da reestruturação produtiva, no qual o grande capital busca sua expansão com adoção de medidas flexíveis que rebatem no papel do Estado, nas políticas de saúde e nas profissões que aí se inscreve, algumas fortemente marcadas pelo seu caráter sexual, a exemplo do Serviço Social e da Medicina. Apreendem-se, com base nos fundamentos da divisão sexual do trabalho, as especificidades que traduzem a elevação da taxa de atividade feminina na atualidade, bem como as desigualdades que esta expressa em termos de inserções, ocupações e remunerações, deixando antever a vigência do sistema patriarcado-racismo-capitalismo. Conclui-se com uma análise da funcionalidade da feminização do trabalho na produção capitalista, buscando estabelecer uma relação com o pensamento dos sujeitos dessa pesquisa, no sentido de identificar os avanços e os desafios que a atual progressão feminina comporta.

Palavras-chave: Feminização do trabalho. Divisão sexual do trabalho. Saúde pública. Serviço Social. Medicina.

## ABSTRACT

It is analysed the feminization process in the public health space work, in the context of Social Service and Medicine of the Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, characterized by the majoritary constitution of women, chiefly from the productive restructuration, in wich the big capital gets spread with adoption of flexible measures that refute the paper of State, in the politics of health and profissions, some of them strongly tokened by a gender divide, as the exemple of the Social Service and the Medicine. It is perceived, based on the fundaments of the sexual division of work, the specificities that translate the increase of female activity rate in present, as well as the inequalities that it expresses in terms of insertions, occupations and remunerations, letting foresee the currency of the patriarchy-racism-capitalism domination system. It is concluded with an analyses of the functionality of the feminization of work in capitalism production, looking to establish a relation with the thinking of this reaserch's subjects, in order to identify the advances and the challenges that the actual female progression endures.

Keywords: Feminization of work. Sexual division of work. Public health. Social Service. Medicine.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	– Taxa total de participação de homens e mulheres no mercado de trabalho brasileiro .....	66
Quadro 1	– Variável salário mínimo/hora por sexo .....	77
Quadro 2	– Rendimentos dos ocupados e ocupadas, por horas semanais trabalhadas – Brasil, 1995 .....	79
Quadro 3	– Média dos rendimentos mensais por sexo em famílias ocupacionais selecionadas no mercado formal de trabalho ....	120
Quadro 4	– Número de alunos matriculados no Curso de Serviço Social da UFMA no período de 1997/2007 .....	127
Quadro 5	– Número de alunos ingressantes no Curso de Serviço Social do UNICEUMA no período de 2007 .....	127
Quadro 6	– Número de alunos matriculados no Curso de Medicina da UFMA no período de 1997/2007 .....	142
Quadro 7	– Número de alunos ingressantes no Curso de Medicina do UNICEUMA no período de 2004/2007 .....	143
Quadro 8	– Servidores em atividade no HUUFMA em 2000 .....	149
Quadro 9	– Demonstrativo da perda da força de trabalho no HUUFMA no período de 1991 a 2000 .....	150
Quadro 10	– Quantitativo de profissionais de Medicina no HUUFMA por vínculo empregatício em 2007 .....	154
Quadro 11	– Quantitativo de profissionais de Serviço Social no HUUFMA por vínculo empregatício em 2007 .....	154
Quadro 12	– Quantitativo de profissionais por especialidade e sexo em 2007 – HUMI .....	155
Quadro 13	– Quantitativo de profissionais por especialidade e sexo em 2007 – HUPD .....	156

## LISTA DE SIGLAS

AS	– Assistentes Sociais
BIRD	– Banco Interamericano de Desenvolvimento
CF	– Constituição Federal
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	– Consolidação das Leis Trabalhistas
ENAP	– Escola Nacional de Administração Pública
FJM	– Fundação Josué Montelo
FMI	– Fundo Monetário Internacional
HU's	– Hospitais Universitários
HUUFMA	– Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
HUMI	– Hospital Universitário Materno Infantil
HUPD	– Hospital Universitário Presidente Dutra
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	– Instituição de Ensino Superior
IFES	– Instituição Federal de Ensino Superior
LOS	– Lei Orgânica de Saúde
MEC	– Ministério da Educação e Cultura
MS	– Ministério da Saúde
NASA	– Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente
NTI	– Núcleo de Tecnologia da Informação
OIT	– Organização Internacional do Trabalho
ONU	– Organização das Nações Unidas
OPNES	– Organizações Públicas Não-Estatais
OS	– Organizações Sociais
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEA	– População Economicamente Ativa
PED	– Pesquisa de Emprego e Desemprego
PIB	– Produto Interno Bruto
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSF	– Programa Saúde da Família
SCA	– Sistema de Controle Acadêmico
SES	– Secretaria de Estado da Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
UFMA	– Universidade Federal do Maranhão
UNICEUMA	– Centro Universitário do Maranhão
UTI's	– Unidades de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E A FUNCIONALIDADE DA FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATUAL PRODUÇÃO CAPITALISTA .....</b>	<b>34</b>
<b>2.1</b>	<b>Trabalho: a condição da existência social humana .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2</b>	<b>Divisão sexual do trabalho: a complexidade da exploração capitalista expressa na desigualdade entre os sexos .....</b>	<b>43</b>
<b>2.3</b>	<b>Feminização do trabalho em tempos de reestruturação do capital: elementos para debate.....</b>	<b>64</b>
<b>3</b>	<b>A SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E DA FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO: REBATIMENTOS NO SERVIÇO SOCIAL E NA MEDICINA .....</b>	<b>82</b>
<b>3.1</b>	<b>A reestruturação produtiva na saúde pública: impactos nos HU's .....</b>	<b>82</b>
<b>3.2</b>	<b>A feminização do trabalho na saúde pública .....</b>	<b>102</b>
<b>3.3</b>	<b>As trabalhadoras do Serviço Social e da Medicina na saúde pública.....</b>	<b>122</b>
<b>4</b>	<b>O SERVIÇO SOCIAL E A MEDICINA NO CONTEXTO DA FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO: AVANÇOS E DESAFIOS A PARTIR DOS SUJEITOS INVESTIGADOS NO HUUFMA .....</b>	<b>144</b>
<b>4.1</b>	<b>Serviço Social e Medicina: perfil profissional e dinâmica de trabalho no HUUFMA .....</b>	<b>153</b>
<b>4.2</b>	<b>A feminização do trabalho na ótica dos sujeitos investigados .....</b>	<b>171</b>
<b>4.3</b>	<b>Progressão feminina no HUUFMA: avanços e desafios no Serviço Social e na Medicina .....</b>	<b>178</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>181</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>187</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>198</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>214</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A partir das últimas décadas do século XX, tem sido crescente o interesse pelo estudo da categoria mulheres<sup>1</sup> em suas múltiplas dimensões (educação, política, etc.). Inúmeros fatores apontam para a necessidade de aprofundamento dessa temática, sobretudo os que se referem às recentes tendências do trabalho feminino, que, na contemporaneidade e, em face das atuais conseqüências destrutivas do capital, especialmente no mundo do trabalho, apresenta-se como um complexo problema, com repercussões ainda desconhecidas.

Longe de se tratar de uma discussão meramente acadêmica, o crescimento destas repercussões no mundo do labor encontra-se no cerne do debate que hoje se trava no universo feminino, sobretudo pelas dificuldades enfrentadas pelas mulheres para adentrar no trabalho produtivo<sup>2</sup>.

Historicamente, as mulheres trabalhadoras lutam por condições mais justas e igualitárias no mercado de trabalho, dada a persistência de discriminações, preconceitos, subordinações, violências (em termos de classe, gênero, raça, etnia, idade). Dificuldades que se acirram no atual contexto em que a sua inserção amplia-se, tendo em vista tratar-se de uma conjuntura de crise estrutural do capitalismo, em que se somam o avanço técnico-científico e o amplo processo de reestruturação das relações sociais e econômicas empreendidas pelo capital com sérias implicações, principalmente para a classe trabalhadora (ANTUNES, 1999; MÉSZAROS, 2002).

Vale destacar que a reestruturação produtiva é apenas uma das vias para se investigar o processo de feminização. Não se desconhece a relevância da luta pela emancipação feminina e pela igualdade entre os gêneros, travada ao longo dos tempos pelos movimentos de mulheres. É certo que a grande afluência das mulheres ao mercado de trabalho foi fruto de uma árdua batalha em prol de políticas públicas de emprego, bem como da generalização de insumos contraceptivos, acesso à educação, ao voto e contra uma política familiar que as estimulava a

---

<sup>1</sup>Optamos neste estudo pelo uso do termo *mulheres*, entendido na sua dimensão plural para além do grau substantivo, que abarca singularidades e diferenças entre si. Ou seja, como um termo que é perpassado por heterogeneidades de raça, classe, etnia e gênero. Destacamos também que a expressão *feminino*, em alguns momentos, também é utilizada no estudo, mas, como recurso lingüístico. Não se tem a pretensão nesta tese de adentrar em suas especificidades, enquanto categoria representativa com múltiplos significados ou atributo sobreposto às mulheres.

<sup>2</sup>Ressalta-se que o termo "trabalho produtivo" é utilizado neste estudo para designar o ato laborativo em seu sentido mais genérico, qual seja o ato laborativo assalariado que se realiza na sociedade capitalista.

permanecer no lar. Contudo, não se pode desconsiderar a importância que as transformações nas estruturas da economia e do trabalho possuem nesse contexto, sobretudo nas últimas décadas, caracterizadas por um intenso processo de reestruturação das relações sociais que constituem o capital, com a correspondente desregulamentação do mercado de trabalho, considerado como imperativo para a acumulação capitalista (DEDECA, 2004).

Sob a égide de um potente arcabouço ideológico e político de dominação como o neoliberalismo, as forças do capital reorganizam-se na denominada era da mundialização. Instituído inicialmente na Inglaterra, Estados Unidos e Alemanha, logo depois atinge vários países em diferentes partes do mundo, com a crítica ao Estado do bem-estar social (*welfare state*), principalmente aos direitos sociais, e com um novo e expansivo padrão produtivo pautado em grande parte na acumulação flexível<sup>3</sup>. Tal modelo impacta de forma significativa na condição do trabalho e de muitas profissões, o que favorece a precarização e a informalização, introduzindo novos problemas e desafios para trabalhadores e trabalhadoras (ANTUNES, 1999).

Trata-se de mutações que atingem toda a classe trabalhadora, dado o acirramento da diversidade de trabalho e de suas formas de contratação, mas, de modo particular, as mulheres que, de acordo com a literatura (FONSECA, 1996; HIRATA, 2002; LOPES, 1996; NOGUEIRA C., 2004, 2006), vêm sendo atingidas em seus papéis ativos no âmbito do setor produtivo e reprodutivo, sobretudo em países pobres da América Latina, que desde o início da crise estrutural do capital, evidenciada pelo esgotamento do ciclo de acumulação taylorista e fordista, redução da taxa média de lucro e intensificação das lutas de classes ao final dos anos 60 e

---

<sup>3</sup>Para David Harvey, a acumulação flexível apóia-se na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalhos, dos produtos e dos padrões de consumo. Tem como característica o surgimento de novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados, altas taxas de inovação comercial, tecnológica e organizacional, bem como novos setores de produção, a exemplo do “setor de serviços” que, na atual conjuntura do capital, tem criado um vasto e diversificado movimento de empregos. Mais detalhes em Harvey (1992).

início dos 70, têm sido duramente afetados<sup>4</sup>. No Brasil, o impacto desse intenso movimento impresso pelo capital, a saber, reestruturação produtiva, é sentido com mais força a partir da década de 1990, momento em que as políticas neoliberais avançam sob forte pressão do Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), através de um amplo programa de abertura, liberalização e internacionalização da economia, levando o governo brasileiro, na época sob a presidência de Fernando Collor de Mello, a adotar medidas restritivas que submetiam o Estado nacional aos ditames do capital estrangeiro, intensificado nos governos subseqüentes. É neste denso cenário que diferentes fontes, tais como as já citadas, revelam a crescente participação feminina no mundo do trabalho no país, numa dinâmica proporção que já corresponde a 52% da População Economicamente Ativa (PEA)<sup>5</sup>, de acordo com dados divulgados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2005).

Uma participação que parece sugerir não só um acréscimo do número de mulheres na população ocupada, sobretudo a partir da década de 1980, mas uma modificação na composição por gênero. De 1995 a 2005, período que serviu de parâmetro para a supracitada pesquisa, houve uma ampliação da presença de mulheres em vários setores da economia, tais como no comércio e reparação (de 32,9% para 38,3%); construção (de 24,0% para 26%); indústria (de 34,0% para 36,5,1%); serviços (de 56,0% para 57,1%) e no setor agrícola (de 33,0% para 34,3%).

Bruschini e Lombardi (1996) não só confirmam essa progressão em seus estudos, como assinalam que ela continua crescente, sendo superior à masculina em todas as fases recentes da economia brasileira, configurando, conforme evidenciado em Barros et al. (1999), um aumento de 15% por década.

Por outro lado, pesquisas efetivadas pela Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres (2005), com base no Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2000, igualmente revelam algumas particularidades desta ocorrência. Em

---

<sup>4</sup>Na América Latina tem-se uma diversidade de níveis de desenvolvimento econômico (países industrializados e países com economias de subsistências). Contudo, alguns traços estruturais favorecem a funcionalidade do capitalismo: dependência, subdesenvolvimento associado a um desenvolvimento tardio; mais valia baseada sobre a exploração da força de trabalho; uso de tecnologia poupadora de força de trabalho; concentração de capital e riqueza com concentração espacial, concorrendo para profundas desigualdades e uma estrutura de classe débil e heterogênea. Maiores detalhes em Dedeca (2003).

<sup>5</sup>A PEA é um conceito utilizado pelo IBGE para designar a população de 10 anos ou mais que, no período anterior a pesquisa focada, exercia trabalho remunerado; trabalhava sem remuneração em algumas atividades ou que não estava trabalhando, mas se encontrava à procura de trabalho.

tais pesquisas, fica patente que apesar de as mulheres estarem mais escolarizadas<sup>6</sup>, elas auferem rendimentos médios bem mais baixos (R\$ 505,90 para elas e R\$ 719,90 para eles); são maioria também entre os desocupados; entre os mais pobres, respondem por 27% das famílias pobres e por 25% das indigentes; constituem-se maioria entre os trabalhadores que não possuem carteira assinada (70% destes são do sexo feminino); são as que estão concentradas em atividades econômicas mais precárias (61% em relação aos homens); e, por fim, as mulheres registram taxas de ocupação inferiores em todos os grupos etários e em várias regiões do país, com destaque para as regiões Norte e Nordeste.

Dados que demonstram um movimento contraditório da sociedade capitalista, tendo em vista que, em conformidade com Hirata (2002), o trabalho remunerado das mulheres cresce num momento em que se observa, em escala internacional e nacional, a clara regressão/estagnação do trabalho formal, supressão de direitos trabalhistas históricos como aposentadorias, pagamento de horas extras, direito de greve, dentre outras premissas indispensáveis à sobrevivência da classe trabalhadora. Ou seja, num momento em que situações de insegurança e intranqüilidade universalizam-se; mecanismos de organização política da classe trabalhadora desestruturam-se; postos de trabalho restringem-se; salários declinam e em que cresce o número de desempregados.

Fato que passa a ter uma dimensão maior quando associamos essas mutações às dimensões patriarcais<sup>7</sup>, racistas e de classes, muito introjetadas na herança cultural do capitalismo e encarnadas no Estado brasileiro.

De acordo com Saffioti (1987), embora o patriarcado e o racismo não tenham se originado no capitalismo, foi a partir de sua estruturação que se deu a

---

<sup>6</sup>De acordo com o IBGE em 2000, no nível superior há um predomínio das mulheres, ou seja, do total dos estudantes, 44,5% são do sexo masculino e 56,5% são do sexo feminino. Fato que também foi constatado na pós-graduação, onde do total de estudantes inseridos em cursos de especialização, mestrado e doutorados, 52% são mulheres e 48% homens.

<sup>7</sup>Saffioti (1987, p. 60-61) nos mostra que o patriarcado é um dos mais antigos sistemas de dominação-exploração do homem sobre a mulher. Um modelo de organização que se impôs através dos tempos e que pressupõe condições ideológicas para o seu estabelecimento e manutenção. Tem como característica a construção de comportamentos distintos e hierárquicos segundo a natureza biológica dos sexos (masculino e feminino são tidos como superior e inferior). É da relação patriarcal que o homem emerge como provedor e a mulher como trabalhadora complementar, tendo na reprodução da família o seu principal campo de atividade. No Brasil, este remonta ao período colonial e se baseia no poder e autoridade do patriarca (homem, branco e provedor das necessidades familiares). Segundo a autora, o patriarcado não nasceu nem com e nem do capitalismo, este, assim como o racismo já existiam na Grécia e Roma antigas, sociedades nas quais se fundiram com o sistema escravocrata. Entretanto, com o capitalismo houve a fusão entre esses três sistemas de dominação-exploração, passando a denomina-se patriarcado-racismo-capitalismo. Mais detalhes em Saffioti (1987).

conformação na realidade concreta do sistema de dominação-exploração denominado patriarcado-racismo-capitalismo. Responsável pelas injustiças sociais de modo geral: nas relações homem-mulher, entre etnias, entre as classes sociais. Uma fusão muito bem usufruída pelas classes dominantes, pois não somente consolida o poder do burguês macho branco e adulto, como permite a formulação de normas de conduta através das quais subordina os trabalhadores, mas não se submete a elas.

Foram considerações como as expostas que nos levaram à necessidade de apreender em que medida as transformações resultantes da reestruturação produtiva (ou suas implicações) regem ou vêm regendo a conformação desse fenômeno no Brasil, num espaço de trabalho caracterizado pela constituição majoritária de mulheres e que, de acordo com Bravo (2007), há muito vem sofrendo com as transformações nos anos recentes, como é o caso da saúde pública.

Segundo Lopes (1996) e Fonseca (1996), a saúde é um dos serviços da administração pública que historicamente vem absorvendo um grande contingente de mulheres dada as possibilidades que aí reside das mesmas adentrarem em condições igualitárias aos homens, considerando que o processo seletivo oficial é o concurso público, obterem salários compatíveis com sua formação/função etc., ainda que a maioria se concentre nos denominados setores paramédicos e administrativos (mais de 70% de acordo com Lavinias, Amaral e Barros (2000).

Trata-se de uma área que também congrega um vasto número de profissões ditas femininas, a exemplo da Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Psicologia. Mas, nos últimos tempos, conforme Santos (2001) e Silva (2005), há uma elevação de mulheres também em áreas até então predominantemente masculinas, como é o caso da Medicina e da Odontologia.

Para Bardim e Rosa (1998), o crescimento da participação feminina na saúde se acelerou, tanto entre profissionais com formação universitária (18% para 35%), entre médicos (12% para 21%), como entre profissionais sem essa formação. Destacam, contudo, que a absorção majoritária deu-se mais nas categorias de baixa qualificação (atendentes e serventes), sobretudo nas décadas de 1980/1990.

Fato também assinalado por Lopes (1996) quando afirma que as mulheres que trabalham na saúde têm se agrupado em lugares convencionados femininos, associados aos seus atributos maternos, tidos como hierarquicamente inferiores no campo profissional. Nesse sentido, a autora adverte que as dificuldades

enfrentadas por elas para manterem-se ativas na esfera produtiva estão longe de serem resolvidas. Os obstáculos vivenciados pelas mulheres na esfera produtiva, em geral, não desaparecem apenas porque sua inserção cresce em áreas onde predomina a hegemonia do saber masculino.

Situação que, se pensada no contexto sóciopolítico neoliberal pode estar se complexificando, já que dentre as estratégias demandadas pelo capital em crise, está a reforma do Estado com vistas à sua minimização em diversas esferas da vida social (ANTUNES, 1999); uma política de privatização e terceirização que atinge o serviço público, bem como o de saúde, lócus referendado pela literatura como preferencial das mulheres por proporcionar melhores condições de acesso; isonomia salarial entre profissionais com a mesma formação e função e estabilidade no emprego.

As questões que nortearam a análise compreenderam um conjunto de preocupações em torno dessa nova configuração que o trabalho feminino pode estar assumindo nessa área. Uma área, conforme delineado por Lopes (1996), em que se dá a segmentação por sexo (homens e mulheres se concentram em áreas específicas) e impera a hierarquia e a hegemonia do poder médico masculino que, em geral, secundariza e desqualifica ações e profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas pelo seu modelo assistencial. E ainda, em que a reestruturação produtiva tem sérias repercussões na política de saúde e, conseqüentemente, na estrutura de muitas profissões, algumas fortemente marcadas pelo seu caráter sexual, a exemplo do Serviço Social e da Medicina.

De acordo com Nogueira (2004), o Serviço Social tem como uma de suas características a composição majoritariamente feminina, compreendendo cerca de 90% de mulheres no país. Enquanto a Medicina, embora tenha sido por muito tempo reduto masculino, atualmente vivencia um acesso maciço de mulheres no país.

É certo que alguns dos determinantes dessas mutações devem encontrar-se na divisão sexual do trabalho, considerando que todas as relações sociais são sexuadas e repousam sobre uma base material, conforme nos orienta Hirata (2002). Porém, não se pode perder de vista que as transformações em curso têm reforçado o Estado, principal empregador das mulheres nas profissões acima, a assumir o papel subsidiário no âmbito social, o que implica deixar de ser empregador para ser ,

ainda mais, o articulador central do desenvolvimento econômico/social<sup>8</sup>, colocando para os profissionais com exercício na área da saúde novas demandas e desafios num meio em que já prevalece a instabilidade e a vulnerabilidade do trabalho, desemprego, riscos de redução salarial e aumento da exploração do trabalhador (SANTOS, 2001).

Nesse sentido, problematizar os lugares centrais que as mulheres estão ocupando na hierarquia profissional da saúde constitui-se uma tarefa urgente, até para que se possa fomentar um debate que possibilite, senão o rompimento, ao menos a reflexão do sistema de dominação-exploração fundido no patriarcado-racismo-capitalismo que reproduz esse processo, alocando sujeitos em postos profissionais em consonância com o gênero.

Faz-se necessário romper com a suposta idéia de que as mulheres, a exemplo do serviço público de saúde, estariam ocupando espaços próprios na Enfermagem, no Serviço Social, na Nutrição, reservado ao desempenho de suas “aptidões naturais”. Tendência que oculta tanto a desqualificação e a exploração da força de trabalho feminina, como dificulta o enfrentamento das desigualdades e das relações de poder interprofissional que se fazem presentes nessa área.

Desigualdades estas que se dão em termos de trabalho, classe e gênero (SILVA, 2005) e que tendem a se refletir nos baixos salários, baixo índice de promoção funcional, sistemas diferenciados de condução e controle disciplinar. Assim sendo, entende-se que tais desigualdades estariam sendo acirradas nessa conjuntura de mudanças que expressam, dentre outras questões, a ampliação do número de mulheres também na área da saúde.

Fatores como os expostos reforçam a nossa preocupação com a inserção/ manutenção das mulheres profissionais do Serviço Social e da Medicina, profissões priorizadas no âmbito desse estudo.

Profissões priorizadas não somente pelas suas trajetórias históricas, à medida que não se pode perder de vista que a Medicina, conforme nos mostra Santucci (2005), nasceu com as mulheres, com as donas-de-casa primitivas e suas poções, originada de seus conhecimentos empíricos sobre as plantas, usados para

---

<sup>8</sup> Não se pode perder de vista que desde a proclamação da república que o Estado brasileiro vem se apresentando como o principal viabilizador das políticas hegemônicas do capital, fundando a sociedade civil, as classes sociais atuais e cria a força de trabalho assalariada.

fins curativos<sup>9</sup>, de sua arte do parto. Um passado que foi exumado pelos homens (clérigos, juristas, teólogos, etc.) com a ascensão dessa profissão ao estatuto de ciência. E muito menos ao viés sexual que caracteriza o surgimento do Serviço Social. Mas igualmente pelos seus reconhecimentos como profissões que, há muito, se fazem presentes na área da saúde ao lado de outras tantas (enfermagem, psicologia, farmacêutico etc.), inclusive nos Hospitais Universitários (HU's) federais (BRASIL, 2006).

Além do mais, tanto no Serviço Social como na Medicina as mutações em curso no mundo do trabalho denotam preocupações dadas às reformulações advindas das necessidades do capital. Reformulações que certamente se somam à vigência do sistema patriarcado-racismo-capitalismo.

Durante a pesquisa empírica realizada junto aos profissionais dessas áreas ficou patente que a requisição de seus serviços vem se ampliando sem que se observe uma equalização da carreira e do salário entre homens e mulheres com a mesma formação e titulação. Tanto entre os profissionais do Serviço Social como da Medicina, a pesquisa identificou a existência de divergências salariais, independente de tempo de serviço ou titulação, sendo os salários mais baixos pagos pelas contratações temporárias.

No tocante à condição de inserções, ficou evidente a existência de várias modalidades de se adentrar no serviço público. Ou seja, num espaço em que a admissão só deveria se dar via concursos públicos e provas de títulos, têm-se hoje profissionais admitidos por concursos, cedidos de outros órgãos públicos, terceirizados via fundações, cooperativas médicas ou contratados como autônomos e até voluntários, como fora constatado em uma das especialidades médicas eleitas para fins desta pesquisa. O que significa que trabalhadores com a mesma formação, inclusive em termos de pós-graduação, que exercem função idêntica, cumprem a mesma carga horária, possuem o mesmo nível de responsabilidade, auferem rendimentos diferenciado e têm garantias legais igualmente distintas.

Entre as Assistentes Sociais, a pesquisa identificou que a média salarial, independente de tempo de serviço ou titulação, varia de três a oito salários mínimos, sendo que os vencimentos mais baixos estão entre as que são cedidas de outros órgãos e as contratadas pela Fundação Josué Montelo. Em relação aos profissionais

---

<sup>9</sup>Desse conhecimento empírico, que inicialmente só as mulheres detinham, pois eram elas as encarregadas da colheita, é que nasceria mais tarde o esboço da terapêutica, outrora transmitido pelas mesmas aos homens.

da Medicina, a divergência salarial também foi identificada entre os sexos e em todas as especialidades inquiridas, variando de três a mais de dez salários mínimos.

Desse modo, não se trata apenas de mais uma profissão com um significativo número de mulheres e com desempenho de ações com uma forte carga ideológica como se supõe ser o Serviço Social ou, de seu contrário, uma profissão historicamente masculina, supostamente detentora do saber e do poder na saúde e que estaria se feminizando, como se supõe ser a Medicina, mas, e sobretudo, porque se trata de profissões de suma importância nos serviços de saúde, com atividades ou ocupações especializadas, inscritas numa modalidade de divisão social do trabalho. Assim sendo, tanto a inserção do Serviço Social como da Medicina, bem como outras inúmeras profissões, estiveram e estão submetidas a um conjunto de determinações inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, a exemplo do trabalho assalariado, o controle da força de trabalho e a subordinação do conteúdo do trabalho aos objetivos e necessidades das entidades empregadoras (ABESS, 1996, p. 24). Ou seja, são funcionais ao capital, subordinadas aos seus ditames.

Não se pode perder de vista que a inscrição dos profissionais das duas áreas nos diversos processos de trabalho encontra-se estritamente ligada à forma como a sociedade brasileira e as instituições empregadoras organizam seus objetivos e interesses. É a exigência/necessidade do mercado que define as regras a que ambas estão sujeitas, pois são estas que qualificam o trabalho assalariado na sociedade capitalista (COSTA, 2006).

Além do mais, tais inscrições profissionais dão-se em um contexto em que prevalece a divisão social e sexual do trabalho, por essência contraditória, atualmente também mediada por políticas de corte neoliberal e uma lógica de acumulação flexível, propiciadoras de empregos precários que, ao mesmo tempo em que traduzem a elevação da taxa de atividade feminina no mercado de trabalho, como na Medicina, revela ainda a desigualdade de inserção, remuneração e de oportunidades (MOURÃO, 2006).

Segundo Saffioti (1987, p. 72):

Se é verdade que as mulheres penetraram bastante no terreno da Medicina, nos últimos anos, não é menos verdadeiro que, em geral são ginecologistas e obstetras, pediatras, enfim, especializam-se em lidar com mulheres e crianças. Raramente se vêem mulheres em outras especialidades médicas. No setor de cirurgia, a presença feminina é ínfima. É menor ainda quando se trata, por exemplo, de neurocirurgia. Observa-se, no setor de Neurologia, que há médicas cuja função reside em fazer o pré-diagnóstico. Caso o

paciente precise de cirurgia, é encaminhado ao neurocirurgião, quase infalivelmente um homem. Se a penetração nesses setores é extremamente difícil para as mulheres em geral, esta dificuldade aumenta consideravelmente quando se trata de mulheres negras.

Tendo como base essa lógica de raciocínio, partimos do pressuposto de que a projeção da feminização na realidade brasileira, precisamente a partir do processo de reestruturação produtiva, possui rebatimentos na saúde pública. Tendo em vista que esta não tem como fator determinante apenas as condições internas que caracteriza, por exemplo, a saúde como espaço típico de profissões femininas, como se a força de trabalho das mulheres fosse “sexualmente segregada”, o que, de certa forma, concorreria para a naturalização da divisão sexual do trabalho aí existente<sup>10</sup>.

Entendemos que esta vem sendo propiciada por um conjunto de fatores, ou seja, por múltiplas determinações, destacando-se, fundamentalmente no contexto privilegiado nesta análise, alguns elementos que compõem a dinâmica e a crise do capital na sua dimensão macroscópica, bem como um melhor desempenho das mulheres na disputa por postos de trabalho.

Nesta perspectiva, necessário se faz compreender não somente a quantificação, mas as formas (diversificadas) de incorporação e a concentração das mulheres no Serviço Social e na Medicina no mundo do trabalho da saúde pública, que, presume-se, estariam associadas tanto às mudanças no mercado de trabalho, como às mudanças demográficas, educacionais, culturais. Contudo, conforme atesta C. Nogueira (2006), sem quase nenhuma redefinição na divisão sexual do trabalho tanto no espaço produtivo quanto no espaço reprodutivo.

Fato que pode estar contribuindo para o aumento do fosso entre homens e mulheres, trabalhadores/as qualificados/as e não qualificados/as, levando-nos a refletir sobre o que vem sendo entendido como qualificação, por exemplo, na atual conjuntura, considerando que a divisão sexual do trabalho acaba por gerar/demarcas também uma diferenciação entre as próprias profissões ditas qualificadas.

Fosso que também aponta, nessa dinâmica do capital, para a clivagem de gênero, à medida que reforça a configuração assimétrica das identidades e divisões de papéis.

---

<sup>10</sup>Para Scott (1994), tais divisões são, antes de tudo, frutos das práticas que se naturalizam. Práticas em que a segregação sexual como as que envolvem as mulheres no mercado de trabalho é um exímio exemplo.

Nesses termos, partimos ainda do princípio de que as transformações ocorridas em relação às atividades das mulheres na contemporaneidade, inclusive entre as profissionais da Medicina e do Serviço Social que atuam na área da saúde pública, comportam elementos que sugerem não somente um “novo” desenho da divisão sexual do trabalho, considerando que aí incide uma maior flexibilização do mercado de trabalho com a correspondente precarização das relações trabalhistas expressa nas diversificações contratuais e salariais entre homens e mulheres de uma mesma profissão, nível de qualificação, responsabilidade e jornada de trabalho, como a que fora constatado pela nossa pesquisa empírica nas profissões eleitas. Mas também sinalizam avanços, ainda que pequenos diante das desigualdades que permeiam a vida das mulheres, uma vez que, apesar de a conjuntura lhes ser mais favorável do que no passado, muitas ainda são penalizadas, vistas como força de trabalho de pouco valor.

Segundo Lavinias (2005), o processo de feminização do trabalho pouco tem alterado o grau de “mixidade” intra-setorial, dado o perfil da segregação ocupacional por gênero, pois as mulheres continuam sendo mais admitidas em atividades moldadas pelo tradicional lugar do feminino na esfera da reprodução.

Razão pela qual não se ignoram os avanços que essa progressão representa para as mulheres, na medida em que o processo de feminização também consiste em uma possibilidade de lhes conferir maior visibilidade no mundo do trabalho, de construção de uma identidade como sujeito histórico, reivindicação antiga dos movimentos feministas.

Assim, a precarização impressa pelas medidas reestruturantes do capital revela um movimento contraditório que favorece tanto a expansão do trabalho das mulheres, mesmo que, na maioria das vezes, em condições precárias, como também as impulsiona para se manterem ativas na nova dinâmica produtiva e na luta pelo seu processo emancipatório.

O propósito deste estudo é exatamente discutir como as transformações efetivadas pelo capital na contemporaneidade incidem no processo de feminização do trabalho e quais as implicações de tudo isso na divisão sexual do trabalho na saúde pública em São Luís, capital do Maranhão, em particular nas mulheres profissionais do Serviço Social e da Medicina no âmbito de um hospital-escola, como o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), no

período de 1997 a 2007<sup>11</sup>, a fim de identificar os avanços e desafios que a progressão feminina no mundo do trabalho e nas mulheres das profissões eleitas podem sinalizar nesse contexto.

Num esforço de compreender de forma mais profunda essa problemática, partimos dos seguintes questionamentos:

- a) Em que medida a reestruturação produtiva precariza a feminização do trabalho existente na saúde pública?
- b) Quais seriam as suas principais dimensões e configurações na dinâmica de um hospital-escola como o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, mais precisamente nas mulheres profissionais do Serviço Social e da Medicina?
- c) Quais as implicações e mediações desse processo na relação contraditória entre possibilidades de ampliação de oportunidades para as trabalhadoras da saúde em foco e/ou a constituição de uma nova modalidade de exploração dessa força de trabalho?

A partir dessas questões foram formulados os objetivos abaixo relacionados, os quais nortearam a análise da temática apresentada neste estudo:

- a) identificar em que medida a reestruturação produtiva precariza a feminização do trabalho existente na saúde pública;
- b) compreender a relação desse processo de feminização do trabalho com a divisão sexual do trabalho no contexto do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em particular nas profissões de Serviço Social e Medicina;
- c) identificar as implicações desse processo no que concerne a possibilidades e ampliação de oportunidades para as trabalhadoras da saúde em foco e/ou a constituição de uma nova modalidade de exploração dessa força de trabalho.

Ressaltamos que o interesse pelos estudos sobre as mulheres começou a ser gestado ainda na graduação do Curso de Serviço Social, tendo continuidade na pós-graduação (Especialização e Mestrado) e no cotidiano do Hospital Escola da

---

<sup>11</sup>O período de 1997 a 2007 foi eleito como recorte temporal dessa pesquisa para melhor apreensão da inserção do país no denominado processo de reestruturação produtiva e de seus rebatimentos sobre as relações de trabalho, em particular na saúde pública no HUUFMA, pois, segundo Antunes (2006), a reestruturação produtiva brasileira foi relativamente tardia em relação aos países do centro, cujo início remonta os anos de 1970. No Brasil, esta foi ensaiada em meados dos anos 1980, acirrando-se mesmo a partir da década de 1990.

Universidade Federal do Maranhão, espaço em que desenvolvemos por vinte anos atividades profissionais, primeiro como auxiliar de enfermagem e depois como assistente social.

Nesta instituição, elegemos as unidades Presidente Dutra e Materno Infantil, que, juntas, conformam o HUUFMA, que presta atendimento diuturno, em sistema de plantões, que incluem feriados e finais de semanas, contando com profissionais de diversos níveis de escolaridade (fundamental, médio e superior) e de ambos os sexos.

O HUUFMA foi eleito para esta pesquisa a partir dos seguintes critérios:

- a) proximidade geográfica (localiza-se em São Luís);
- b) constitui-se Serviço da Administração Pública de Saúde de referência dentro do Sistema Único de Saúde e de maior abrangência do Estado;
- c) constitui-se Centro de Formação de Recursos Humanos para a área da saúde;
- d) constitui-se campo de ensino e pesquisa na área da saúde e afins (graduação e pós-graduação), espaço que possibilita confronto de saberes e práticas, estudos e análises críticas da realidade social;
- e) estabelece vínculo formal de contratação de seus servidores;
- f) realiza ações que envolvem uma complexidade de relações com a política de saúde, Estado, usuários e equipe biomédica;
- g) congrega um vasto número de mulheres que se concentram, principalmente, nos setores tradicionalmente femininos, relacionados ao cuidado, higiene e a assistência;
- h) possui em seu quadro funcional profissionais do Serviço Social e da Medicina.

A escolha desse objeto foi, portanto, um ponto de continuidade de pesquisas já realizadas sobre a temática das mulheres, com a produção de textos e a orientação de trabalhos monográficos nessa linha.

Tratava-se de uma inquietação que nos conduziu à construção de uma ampla investigação na qual o processo de elaboração do conhecimento deveria ser, ao mesmo tempo, compreensivo e crítico no estudo da realidade social, sobretudo no desvendamento das contradições presentes não só nas relações de gênero, como no próprio papel do Estado na mediação entre o interesse do mercado de trabalho e a promoção da igualdade de gênero, na perspectiva de apreender os

determinantes constituintes do real para além do mundo da pseudoconcreticidade (KOSIK, 1976).

Daí porque se desenvolveu um esforço de reflexão fundado na práxis de não se satisfazer com as aparências imediatas, uma vez que esse processo exigiu indagações constantes, críticas persistentes acerca dos argumentos encontrados na realidade.

Nessa perspectiva deu-se a nossa aproximação com a realidade, aqui entendida como singular, complexa, em mudança progressiva e permanente, no intuito de prover as aproximações que possibilitassem a desconstrução das noções ingênuas pelo caminho da coerência referente ao objeto em sua unidade e diversidade, movimento e amplitude, mas com a clareza de que o conhecimento é um devir.

Desse modo, procuramos apreender as relações do objeto com:

- a) a dinâmica sócio-política-econômica em que esse processo vem se efetivando;
- b) a progressão das oportunidades de inserção das mulheres na área da saúde pública;
- c) a forma de inserção das mulheres nas áreas de Serviço Social e Medicina do HUUFMA.

Assim, buscamos desenvolver neste estudo um esforço de apropriação teórica de categorias, como feminização do trabalho, divisão sexual do trabalho, saúde pública, Serviço Social e Medicina numa perspectiva dialética, pressupondo a crítica, a interpretação, a análise dos elementos constitutivos dessas categorias que, de algum modo, se encontram imbricadas com a tematização do processo de feminização do trabalho na saúde pública, na perspectiva de identificar os elementos que aí se fazem presentes.

O desenvolvimento da pesquisa envolveu, portanto, um processo investigativo composto por dois movimentos distintos, porém articulados: um primeiro movimento buscou a apropriação teórica da feminização do trabalho no contexto da reestruturação produtiva no país, com vistas à apreensão de elementos que subsidiassem a sua constituição histórica, o que exigiu diálogo com a literatura recente sobre a temática. Este procedimento nos levou ao estudo de outras categorias de análise, tais como flexibilização, terceirização, que se presume relacionadas à complexidade da feminização.

O segundo movimento caracterizou-se por uma reconstituição empírica do objeto de investigação, uma vez que a provocação da realidade identificada nesse empenho investigativo impôs percursos analíticos de maior alcance complementados pela sistematização e análise de dados, que nos permitiram aproximações, descobertas e evidências de propriedades do fenômeno. Assim, foi possível antever que o arcaico e o moderno mesclam-se no processo que conduz à feminização na saúde pública, à medida que a atual progressão das mulheres no mercado de trabalho parece materializar-se pela mediação de heranças históricas persistentes, como as que demarcam o lugar e o papel das mulheres na sociedade.

Heranças que ressurgem com uma feição contemporânea no contexto da reestruturação produtiva, metamorfoseada por estratégias, tais como “novos” contratos de trabalho, ainda que temporários; maleabilidade da distribuição do trabalho nas várias funções produtivas; na duração de suas jornadas de trabalho e dos níveis salariais. Estratégias que, apesar de ancoradas nas habilidades ditas femininas (cuidado, zelo, organização, atenção, iniciativa, agilidade etc.), se expressam, freqüentemente, pela ausência de formalização de contratos de trabalho e pela conseqüente inobservância dos direitos sociais e trabalhistas básicos.

Desse modo e visando à apreensão da essência e ao alcance das múltiplas determinações do objeto, este estudo também contemplou, além da pesquisa documental, uma pesquisa de campo nas unidades do HUUFMA, realizada no período de maio a setembro de 2007. Esta contou com aplicação de entrevistas semi-estruturadas com questões abertas, procedimento que nos permitiu obter informações contidas nas falas dos sujeitos e por meio de fatos que retratavam a realidade vivenciada (remuneração, qualificação, jornada e condições de trabalho, etc.) e observações sistemáticas, orientadas, caracterizadas por um olhar ativo, intencional e sustentado pela hipótese norteadora desta tese.

Destacamos que esse momento da coleta de informações *in loco* foi precedido pelo cumprimento das normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, que normatiza e regulamenta os trabalhos de pesquisa em seres humanos, com o propósito de preservar a dimensão ética da ciência e de todos os envolvidos. Desse modo, o estudo foi realizado em consonância com a Resolução nº 196, de 10/10/1996, do referido Conselho, razão pela qual o projeto da tese teve que ser previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUUFMA para devida apreciação (APÊNDICE A e ANEXOS A e B).

Vale ressaltar que esse movimento de coleta de dados foi permeado por inúmeras dificuldades, tais como demora de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP (este só se reúne uma vez por mês); de acesso a dados junto à Fundação Josué Montelo<sup>12</sup> e a alguns dos sujeitos eleitos a exemplo da direção, chefia de ginecologia e obstetrícia (agendada e desmarcada por várias vezes) e às profissionais do sexo feminino, médicas principalmente. O fato de ter sido funcionária do Ministério da Saúde e lotada no HUUFMA (Unidade Materno Infantil) pouco contribuiu para o acesso às informações e aos sujeitos.

Após a aprovação do supracitado projeto, a pesquisa empírica foi iniciada primeiramente junto ao Setor de Recursos Humanos do HUUFMA (APÊNDICE D), onde realizamos um levantamento de dados relevantes que nos permitiu identificar a composição, em termos quantitativos, de profissionais por sexo, especialidades, vínculos empregatícios e jornada de trabalho da equipe de saúde das duas unidades eleitas, ou seja, os Hospitais Presidente Dutra e Materno Infantil. Isto nos possibilitou definir de forma intencional a amostra da pesquisa, e proceder, através da técnica da observação indireta (entrevista) e da observação direta (observação da dinâmica das unidades de saúde)<sup>13</sup>, à reconstrução empírica do objeto de investigação (APÊNDICE C).

Tal dinâmica nos mostrou que, além dos profissionais do Serviço Social e da Medicina, necessitaríamos, para fins de aprofundamento da temática em pauta, levantar informações complementares junto a outras fontes, levando-nos à escolha da:

- a) Direção Geral do HUUFMA;
- b) Diretoria Adjunta de Serviços Assistenciais;
- c) Divisões dos Serviços de Serviço Social, Ginecologia, Obstetrícia, Pediatria, Cardiologia, Cirurgia Geral e Oftalmologia;
- d) Chefias do Serviço Social;
- e) Fundação Josué Montelo (APÊNDICE E);

---

<sup>12</sup>A Fundação Josué Montelo foi eleita sujeito desta pesquisa por ser quem dispõe de autonomia legal, de acordo com as normas do SUS, para efetuar contratação de pessoal e de serviços ambulatoriais e hospitalares com a interveniência do HUUFMA.

<sup>13</sup>A observação dos movimentos das unidades pesquisadas não se deu com a mesma intensidade das entrevistas, ainda que tenha possibilitado o acúmulo de dados relevantes para subsidiar a análise.

- f) Ministério da Educação e Cultura (MEC) / Coordenação Geral de Acompanhamento das Instituições de Ensino Superior e Hospitais Universitários<sup>14</sup>;
- g) Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI) / Sistema de Controle Acadêmico (SCA) da UFMA<sup>15</sup> (APÊNDICE F);
- h) Coordenação dos Cursos de Medicina e de Serviço Social do Centro Universitário do Maranhão (UNICEUMA) (APÊNDICES G e H).

Sujeitos cujo contato foi mantido via requerimentos e visitas, em que solicitamos informações que julgamos adicionais a este estudo.

Em relação à documentação levantada e analisada<sup>16</sup>, buscamos apreender informações relevantes acerca da atual estrutura do HUUFMA; a sua dinâmica de organização e funcionamento; distribuição de cargos de comando por profissão e por sexo, dentre outros.

Vale assinalar que a seleção dos envolvidos que compuseram a amostra no HUUFMA resultou, portanto, de uma avaliação de suas relevâncias e/ou representatividades sociais para efeito desta pesquisa.

Dessa forma, foram eleitos para fins de aplicação das entrevistas semi-estruturadas 25 (vinte e cinco) assistentes sociais, 30 (trinta) profissionais da Medicina, sendo cinco (05) das especialidades médicas com o maior número de profissionais independente de sexo, segundo o Setor de Recursos Humanos do HU-UFMA, a saber: Cardiologia (22), Oftalmologia (18), Cirurgia Geral (15) no HUPD, Pediatria (116), Obstetrícia (33) e Ginecologia (15) no HUMI. Destaca-se que somente entre estes profissionais da área médica foi efetuado um sorteio para realização das entrevistas.

Com o propósito de apreender mais informações acerca do objeto em questão, também foram entrevistadas a Direção Geral; a Divisão de Serviços Assistenciais; a Divisão do Serviço Social; as Chefias do Serviço Social no HUMI e

<sup>14</sup>O MEC, através da Coordenação Geral de Acompanhamento das IFES e HU's, forneceu quadros demonstrativos acerca da força de trabalho, bem como do número de HU's federais existentes no país e por regiões.

<sup>15</sup>O quantitativo de alunos ingressantes nos cursos de Serviço Social e Medicina na década eleita (1997/2007) constituiu-se informação extremamente relevante para comprovação da participação progressiva de mulheres nessas áreas. Razão pela qual tivemos que levantar informações desse porte nas duas instituições de nível superior que oferecem tais cursos em São Luís, quais sejam UFMA e UNICEUMA.

<sup>16</sup>A documentação analisada constou de relatórios, boletins informativos, periódicos, organograma e fluxograma etc.

HUPD; as Divisões dos Serviços Médicos das especialidades eleitas. O universo de entrevistados foi de 65 (sessenta e cinco) profissionais.

A seleção do grupo componente desta investigação, no que se refere aos médicos/as e assistentes sociais, foi realizada com o apoio de suas respectivas divisões. Em relação à aplicação da técnica da entrevista, a pesquisa contou ainda com o suporte de duas bolsistas-colaboradoras<sup>17</sup>, (APÊNDICE B) que trabalharam sob nossa direção, após aprovação do CEP do HUUFMA (ANEXO C) e treinamento. As mesmas realizaram conosco apenas as entrevistas com os profissionais de Serviço Social e de Medicina, cabendo a cada uma 15 entrevistas em média. As demais ficaram sob a nossa responsabilidade.

Todas as entrevistas foram previamente agendadas no próprio HUUFMA, no horário de funcionamento das unidades e das atividades profissionais dos sujeitos do estudo (manhã, tarde e noite). Antes de sua aplicação, o tema da pesquisa era apresentado, bem como o termo de consentimento esclarecido (APÊNDICE I), informando sobre o trabalho, inclusive o tratamento sigiloso dos dados e solicitando a colaboração dos profissionais para a sua efetivação, mas com a ressalva de que o referido consentimento poderia ser retirado em qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou ônus aos envolvidos.

A maioria das entrevistas foi gravada individualmente, após permissão do entrevistado, e devidamente numerada e identificada de acordo com a ocupação funcional destes (Direção/Divisão/Chefia/Assistente Social e especialidade médica), com transcrição textual posterior, como forma de assegurar o sigilo acordado com os entrevistados e com a construção ética do trabalho. As que não puderam ter esse tratamento foram redigidas pela pesquisadora<sup>18</sup>, recebendo o mesmo tratamento numérico. Ao término, tais entrevistas foram revisitadas pelo sujeito entrevistado, inclusive com a requisição de seu visto/assinatura.

---

<sup>17</sup>A aquisição das duas bolsista-colaboradoras se deu em virtude da dinâmica hospitalar (atendimento intensivo e diuturno), férias de alguns dos profissionais sorteados, engajamento de alguns destes na campanha eleitoral para Reitor, na qual o Diretor do HUUFMA configurava como candidato, e reformas em setores estratégicos na Unidade Materno Infantil (Serviço de Pronto Atendimento – SPA Obstétrico; Centro Obstétrico e Internação Obstétrica) que, em alguns momentos dificultaram o andamento das entrevistas. Muitas destas foram desmarcadas e/ou interrompidas por demandas urgentes de usuários (consultas, demora de cirurgias etc.) e compromissos dos profissionais em foco nas unidades ou fora delas (reuniões, viagens, aulas, outros plantões etc.) dificultando o cumprimento de prazos estabelecidos no cronograma previsto junto ao CEP e ao Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas.

<sup>18</sup>Apenas oito (08) das entrevistas não foram gravadas por falha do equipamento no momento da realização das mesmas.

As entrevistas tiveram a duração média de 20 a 30 minutos, obedeceram a um roteiro-guia que continham 11 questões nas que foram realizadas com a Direção do HUUFMA (APÊNDICE J) e com a Divisão de Serviços Assistenciais (APÊNDICE L); 12 questões nas realizadas com a Divisão de Serviço Social e das Especialidades Médicas eleitas (APÊNDICE J); 12 questões nas realizadas com as Chefias de Serviço Social (APÊNDICE N); 21 questões nas que foram realizadas com os profissionais do Serviço Social e com os profissionais sorteados da Medicina (APÊNDICES O e P) que desenvolvem atividades de rotina.

Os roteiros versaram sobre dados sociais, processo de trabalho no HUUFMA (formas de inserção dos trabalhadores na instituição, identificação das rotinas institucionais, a relação das profissões em foco com o conjunto das profissões no HUUFMA, avaliações e novas requisições em termos de habilidades, etc.), concepções acerca do tema, desafios e possibilidades visualizados pelos profissionais na atual conjuntura. Estratégia que nos possibilitou compreender que o modo de ser trabalhador hoje, independentemente de categoria profissional, envolve múltiplas variáveis, tais como vínculo empregatício, tempo de atuação na área, formas de organização do trabalho, dentre outras.

O diário de campo foi mais uma das estratégias adotadas para o registro de informações relevantes detectadas no decorrer das entrevistas e observações sistemáticas (APÊNDICE C)<sup>19</sup>. O uso articulado desses procedimentos possibilitou a identificação e análise das relações entre os sujeitos sociais da pesquisa e a feminização do trabalho no contexto da saúde pública, mais precisamente, num hospital-escola.

Em seguida, as informações coletadas passaram por um momento de organização, classificação e crítica, para que se pudesse proceder à análise final das mesmas e às condições necessárias para a socialização das conclusões expostas ao longo da tese.

A análise e a interpretação dos dados obtidos desenvolveram-se numa relação de complementaridade, num esforço de apropriação teórica, mediado por uma abordagem de cunho qualitativo sob orientação dialética, mas que não se absteve de dados quantitativos, pautado no entendimento da indissociabilidade entre

---

<sup>19</sup>As observações foram feitas basicamente só pela pesquisadora responsável, com base num roteiro em que se procurou contemplar questões cruciais que possibilitasse captar o movimento das unidades e dos profissionais eleitos, objetivando identificar as demandas institucionais, a dinâmica dos atendimentos realizados, dentre outros. Tarefa que demandou da pesquisadora atenção e discrição.

mundo objetivo e subjetivo de profissionais que interpretam e atribuem significados aos processos que vivenciam no mundo do qual fazem parte. Opção que também se fundamentou pelas possibilidades que esse encaminhamento propicia à construção de novas abordagens, revisão e/ou criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2006, p. 57).

Os depoimentos que compuseram a análise seguiram a técnica básica da análise do discurso, caracterizada pela interpretação das falas dos sujeitos entrevistados, momento em que se procurou compreender e interpretar o que foi exposto como mais relevante pelo grupo estudado para fins dessa tese. Relevância esta apreendida através de uma reflexão sucessiva com vistas à articulação entre a elaboração teórica e a evidência dos dados de campo.

Desse modo, os relatos foram agrupados de acordo com suas semelhanças e freqüências, a partir de recortes e extração das idéias que consideramos importantes em relação ao objeto em estudo. Esta estratégia nos permitiu agrupar as respostas que expressam as posições tomadas pelos sujeitos pesquisados diante das perguntas contidas nos formulários de entrevistas em três grupos. O primeiro constituído pelos perfis profissionais e dinâmicas de trabalho que envolve as duas profissões eleitas (quem e quantos são, níveis de qualificação, tempo de serviço, formas de inserção, modalidade contratual predominante, jornada de trabalho, etc.). O segundo, por elementos configurativos do processo de feminização do trabalho no atual contexto da instituição expressos pelos sujeitos investigados (quantificação, média de rendimentos mensais entre homens e mulheres da mesma profissão e concentração das profissionais do sexo feminino no Serviço Social e na Medicina). E o terceiro, pelos avanços e desafios visualizados pelos profissionais das duas profissões na presente conjuntura.

Ainda em relação à análise, cabe destacar que embora as narrativas dos sujeitos tenham sido aprofundadas numa parte específica da tese, algumas das falas foram utilizadas no decorrer de todos os capítulos para ilustrar aspectos importantes.

Esclarecemos que em relação à identificação e distinção entre profissionais entrevistados do Serviço Social e da Medicina que não estão em cargos de comando (desempenham ações de rotina), inscrevemos após citação da narrativa as iniciais AS para os Assistentes Sociais (majoritariamente feminino na instituição), MM para profissionais da área médica do sexo masculino e MF para os

do sexo feminino, seguido de suas correspondentes especialidades (obstetras, pediatras, ginecologistas etc.) e de um ordenamento seqüencial numérico para cada categoria/especialidade (1, 2, 3, 4, 5).

Os demais sujeitos (profissionais em cargos de direção, divisão e/ou chefias) foram designados apenas pela sigla correspondente aos seus postos de ocupações, exceto as Divisões Médicas que, além da sigla DV, tiveram acrescentadas as designações das especialidades representadas (Pediatria; Ginecologia/Obstetrícia; Cardiologia; Oftalmologia; Cirurgia Geral). Desse modo, a Direção Geral foi representada pela sigla DG; a Divisão de Serviços Assistenciais pela sigla DIASA; a Divisão de Serviço Social pela sigla DVSS; as Chefias do Serviço Social pela sigla CSS, acrescentada da unidade hospitalar correspondente: HUMI para a unidade Materno Infantil ou HUPD para a unidade Presidente Dutra e a sigla CM para as Chefias de Medicina, igualmente acrescentada da especialidade médica e da unidade hospitalar correspondente. Esse movimento metodológico possibilitou a articulação entre o empírico e o teórico, permitindo extrair e apreender elementos significativos (concepções, contradições, imprecisões, dentre outros) presentes no processo de feminização do trabalho no contexto da saúde pública, mais precisamente do HUUFMA.

A tese está dividida em três capítulos e uma parte conclusiva. Nestes, buscamos construir as bases explicativas das análises desenvolvidas. No decorrer desta introdução, procuramos delinear o nosso objeto de estudo, destacando o referencial metodológico adotado, bem como os procedimentos utilizados na pesquisa empírica. No primeiro capítulo, caracterizamos a divisão sexual do trabalho e a funcionalidade da feminização do trabalho na atual produção capitalista, condição necessária para a compreensão do debate acerca dos elementos que configuram o processo de feminização e o real fenômeno que ele encobre numa conjuntura determinada pela reestruturação do capital, principalmente num país que não contou com um Estado de Bem-Estar Social como o Brasil. Destacamos que a nossa preocupação central aqui foi apreender o processo de construção de algumas abordagens conceituais, tais como as concepções de divisão sexual do trabalho e da feminização do trabalho, procurando apreender a relação existente entre ambas, o que tem sido funcional ao capitalismo na atualidade.

No segundo capítulo, discutimos a Saúde Pública no contexto da reestruturação produtiva e da feminização do trabalho, na perspectiva de apreender

os seus rebatimentos no Serviço Social e na Medicina, profissões que há muito se fazem presentes na área e que absorvem um contingente considerável de mulheres. Momento em que procuramos identificar como as questões de gênero e as transformações operacionalizadas pela reforma do Estado rebatem na saúde pública, trazendo sérias implicações para o conjunto dos trabalhadores do setor, em sua maioria mulheres.

No terceiro capítulo, a partir de uma leitura da realidade, fazemos uma análise sobre o Serviço Social e a Medicina no contexto da feminização do trabalho no HUUFMA. Através de referenciais teóricos e da análise dos dados da pesquisa empírica, buscamos identificar como os rebatimentos da feminização do trabalho no bojo da reestruturação produtiva se fazem presente nas profissões em foco imprimindo avanços e desafios.

Por último, tecemos as conclusões finais deste estudo, tendo em conta ser esta uma investigação que, em momento algum, teve a pretensão de esgotar a complexidade da temática ora exposta. Mas, de contribuir com mais um olhar em condições de direcionar pesquisas futuras, ampliando o debate acerca das novas configurações que a feminização do trabalho pode estar adquirindo na área da saúde pública em São Luís.

## **2 DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E A FUNCIONALIDADE DA FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATUAL PRODUÇÃO CAPITALISTA**

A discussão que envolve a divisão sexual do trabalho se faz imprescindível para o entendimento da feminização que ora se esboça. Entretanto, convém discutir antes, ainda que brevemente, a razão pela qual o debate sobre o trabalho também é relevante para este estudo. Ressaltamos que o pressuposto que norteará este subitem tem como eixo o trabalho como condição da existência humana.

### **2.1 Trabalho: a condição da existência social humana**

Desde o mundo antigo e sua filosofia, conforme nos orienta Antunes (2005), que o trabalho vem assumindo conotações múltiplas e diferenciadas nas sociedades humanas, sendo compreendido de inúmeras formas, comportando uma dimensão dúplice e dialética que congrega vida e degradação, atividade vital e escravidão. Ou seja, ora é ocultado em seu lado positivo e ora, acentuado em seu traço negativo, seja este produtivo ou reprodutivo.

Marx (1988, p. 142), ao se referir ao trabalho, demonstrou, tendo por base sua investigação materialista da história, que ele é o resultado de:

[...] um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio.

Ao se reportar à categoria trabalho, Marx nos fornece elementos que permitem compreender que a história humana é o desenvolvimento das sociedades mais simples às formações sociais mais complexas, algo que se efetiva pelo trabalho (embora as sociedades não se limitem a este), pois é quem origina a relação entre os seres humanos. Suas investigações auxiliaram no entendimento acerca da dinâmica que o envolve, especialmente quando situado historicamente num determinado modo de produção.

O trabalho é entendido pelo autor em seu sentido ontológico, visto como um *modo de vida* determinado, atividade concreta e objetiva que agrega ação e pensamento e que distingue os seres humanos de outros animais, considerando que, “ao produzirem seus meios de existência, os homens produzem indiretamente sua própria vida material” (MARX; ENGELS, 1998, p. 11).

Com Marx (1988), o trabalho recebe uma síntese que irá convertê-lo num fato histórico, em necessidade imprescindível para manutenção do metabolismo social entre humanidade e natureza, relevante no processo de efetivação das relações sociais com vistas à produção social e à reprodução da humanidade. O trabalho passa a ocupar posição estratégica no desenvolvimento dos sujeitos, apreendidos no seu processo de domínio da realidade objetiva (o ser social é resultado da sua própria práxis) e das sociedades, pois é através desta interação (ser humano/mundo) que essa atividade vital cria valores de uso para a satisfação das necessidades humanas, que os sujeitos transformam a consciência humana e, que as sociedades se humanizam.

O trabalho é uma primeira forma do agir humano<sup>20</sup>. Por sua via um ser consciente se capacita. Através dele, uma nova objetividade é construída, a reprodução da vida humana se torna mais variada, considerando que em sua atividade residem as condições de fazer emergir no indivíduo não só novas necessidades, mas igualmente novas capacidades de satisfazê-las. Reside a possibilidade de melhoria das condições de sobrevivência e de aprimoramento da capacidade humana em transformar a realidade, considerando que, a partir dele, se desenvolvem as forças produtivas, seus modos de organização social, a divisão de novas tarefas, em suma, que a sociedade se complexifica de forma articulada, mas também contraditória (MARX, 1988).

Marx (1988) também nos faz entender que, na sociedade capitalista, o trabalho adquire forma histórica típica desse modo de produção (produtor de mercadoria) e de trabalho concreto socialmente útil, se converte em trabalho abstrato, ao mero dispêndio de força de trabalho humana, se fetichiza, passa a ser mercantil na base do valor de troca e do dinheiro. No contexto do capital, alteram-se as funções vitais da reprodução individual e societal (valores de uso, valores éticos, relações humanas, sentimentos). De acordo com Lowy (1999), tudo foi subordinado

---

<sup>20</sup>Não se constitui objeto deste estudo uma análise mais aprofundada do trabalho como “protoforma” do agir humano, ou seja, como ação teleológica. Maiores detalhes da questão poderão ser encontrados em: Marx (1976); Antunes (1999) e Lukács (1976).

aos imperativos da valorização e reprodução do capital, independente das reais necessidades da humanidade: “o ter substituiu o ser” .

Sob a égide do capital, o trabalho sofre profundas transformações, tanto nas formas de materialidade quanto na esfera da subjetividade (ANTUNES, 1999), esvai daquele sentido humano, socialmente útil, torna obrigação compulsória (obrigatoriedade da venda da força de trabalho imposta pelo não acesso à propriedade/patrimônio), o que não significa deixar de ter relevância social. Passa a ser exterior ao trabalhador, à medida que deixa de ser a expressão das necessidades deste, ou seja, deixa de expressar sua prévia ideação, para expressar as necessidades de acumulação de riqueza da classe detentora do poder econômico, a prévia ideação do patrão.

Transformação que provoca uma ruptura no interior do trabalho, uma vez que o ato que o conformava e que, antes evidenciava do início ao fim uma dada necessidade movida por determinada escolha de um indivíduo igualmente determinado, passa a ser a expressão de uma escolha feita por um indivíduo e executado por outro, com finalidade de lucro a quem delegou o ato e não a quem o executou.

Nesse sentido, a reprodução passa a ser baseada na exploração de um ser humano por outro, enquanto o trabalhador se converte em instrumento para a execução das necessidades de outrem, passando a ser visto dentro do processo produtivo como mera força de trabalho.

Ainda que essa transformação não decorra unicamente da divisão social do trabalho, entendemos que por seu intermédio se processa a expressão maior da subordinação do indivíduo à subordinação do trabalho alienado, a uma determinada atividade que lhe é imposta. Cabe ressaltar que a divisão social do trabalho aqui denominada é compreendida como uma estrutura de mando vertical, divisão hierárquica, que legitima e consolida a propriedade privada. Uma divisão social do trabalho bem distinta daquela organização e divisão do trabalho existente nas sociedades anteriores em que o valor de uso e a necessidade possuíam uma função reguladora básica<sup>21</sup> (MARX; ENGELS, 1998).

---

<sup>21</sup>Segundo os autores, o interesse comum é que prevalecia nessas sociedades. Estas se organizavam tendo por base a família enquanto célula-mater de uma economia de subsistência, regida por leis em que os laços de parentesco eram vitais para a sobrevivência harmoniosa e segura. Portanto, sem a necessidade de produção de excedentes com o conseqüente acúmulo de riquezas, estruturados a partir da sociedade moderna. Mais detalhes em Marx e Engels (1998).

No contexto capitalista, estrutura-se uma divisão que não é única e nem universal, mas que promove a distinção entre os sujeitos: proprietários de não proprietários dos meios de produção, entre produção e consumo, destinados a indivíduos diferentes tais como entre ricos e pobres, brancos e negros, jovens e velhos, homens e mulheres, homossexuais e heterossexuais etc., tendo em vista que a divisão do trabalho remete a uma série de relações sociais, dentre as quais destacamos as relações sociais sexuadas e a divisão sexual do trabalho, expressões indissociáveis e constitutivas de um sistema social.

Desse modo, a atividade vital se metamorfoseia e, o que era finalidade central do ser social, converte-se em simples meio de subsistência para a maioria, se configura como trabalho alienado<sup>22</sup>, abstrato, fundado na propriedade privada do capital e do dinheiro, uma vez que o desenvolvimento das forças produtivas amplia também a capacidade dos homens produzirem desumanidades.

Conforme pode ser evidenciado acima, observamos que tal divisão não consiste apenas numa simples divisão entre mundo da produção e mundo da reprodução, mas e antes de tudo, repousa na divisão material do trabalho, da família<sup>23</sup> e na separação da sociedade em famílias isoladas, opostas umas das outras. Repousa, enfim, numa relação social pautada no valor<sup>24</sup>, cujo resultado é uma hierarquia social, a fragmentação do trabalho, é a desigual distribuição de seu resultado (produto), tanto em termos de qualidade como em termos de quantidade. Algo que na visão de Marx e Engels é imprescindível na existência histórica desse modo de produção, pois favorece o estabelecimento de hierarquias estruturais de dominação e subordinação que, por sua vez, são essenciais para a expansão de seu valor de troca (MARX; ENGELS, 1998).

Nessa lógica, o trabalhador é resumido a uma mercadoria e, o que deveria ser fonte de realização, passa a ser elemento de estranhamento de homens

---

<sup>22</sup>A palavra *alienação* se origina do termo *entfremdung* e, muito foi utilizado nos escritos de Marx, para designar a produção pelos homens no seu processo de reprodução, a sua própria desumanidade, sua própria negação enquanto ser humano. No capital, a alienação simboliza sua luta pelo poder, para sua sobrevivência da qual prescinde a luta cotidiana e diversificada para subordinar o trabalho.

<sup>23</sup>A família, em suas diferentes modalidades de vida em sociedade, se apresenta como o grande “palco” da história, é o princípio ativo desta, pois ela é produto do sistema social, reflexo de cultura vigente deste. Foi na família que se manifestou a primeira forma de propriedade, na medida em que mulheres e filhos tornam-se escravos do marido, patriarca deste núcleo. Foi nesta que se deu ao mesmo tempo e, com efeito, conforme evidenciado em Marx e Engels (1998), “a distribuição desigual tanto quantitativa como qualitativa do trabalho e de seus produtos”.

<sup>24</sup>Destacamos que o termo “valor” referente ao trabalho que aqui é empregado refere-se também ao sentido antropológico e ético, e não só no sentido econômico.

e mulheres que trabalham. No capitalismo “o trabalhador freqüentemente não se satisfaz no trabalho, mas se degrada; não se reconhece, mas, muitas vezes recusa e se desumaniza no trabalho” (ANTUNES, 2004, p. 9).

Assim, através da concepção materialista discutida por Marx (1988), apreendemos que a dimensão dúplice do trabalho também possui contradições, pois não podemos perder de vista que todos os conflitos da história têm sua origem na contradição, à medida que as relações entre forças produtivas e o modo de troca comporta tensões que se evidenciam entres os grupos sociais, dentro dos próprios grupos e dos indivíduos. Estabelecem relações em que interesses particulares se contrapõem aos interesses comuns.

Nessa perspectiva, a atividade vital que possibilita a sobrevivência, a dignidade, felicidade social, se converte, sobretudo com a expansão e crises vivenciadas pelo capital, num grande esforço, fazendo com que o trabalhador se torne, cada vez mais, estranho frente a si mesmo, não se reconhecendo nem no produto de seu trabalho e nem mesmo no próprio ato da produção da vida material.

Fato redimensionado com a nova configuração que a classe trabalhadora adquire na conjuntura de crise mundial do capital, bem como de suas respostas, dentre as quais o neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível.

Trata-se de uma conjuntura em que se presencia a diversificação, sobretudo em termos de emprego, de qualificação, de modalidades diferenciadas de gestão da mão-de-obra, da divisão sexual dos postos, das ocupações e das profissões, dos movimentos sociais, das reivindicações e conflitos, da explosão do desemprego, que apontam para as complexas relações que emergem no mundo laborativo (tentativas de incrementar o trabalho morto com objetivo de intensificar as formas de extração do sobretrabalho/mais valia em tempo cada vez menor) e para o desafio de se compreender o que Antunes (2005, p.13) vem denominando de *nova morfologia* ou *nova polissemia do trabalho*<sup>25</sup>.

Nesse movimento, contradições se fazem presentes e nos permitem compreender que o trabalho não se constitui somente na dialética da dominação

---

<sup>25</sup>Na visão de Antunes (2005, p. 17), a nova morfologia do trabalho se configura pela ampliação do contingente de trabalhadores no capitalismo que, além dos assalariados urbanos e rurais que compreende o operariado industrial, rural e de serviços, passa a incorporar também um grande número de homens e mulheres tercerizados, subcontratados, *part-time*, que exercem trabalhos temporários, entre tantas outras formas assemelhadas de informalização do trabalho em vigência mundo a fora.

que, freqüentemente, resume a vida humana, num esforço alienante que aprisiona os indivíduos de modo unilateral.

Uma dessas contradições pode ser visualizada no contexto em que o trabalho feminino se eleva: demarcado, por um lado, pela amplitude do processo de reestruturação produtiva, que deteriora as condições gerais do emprego, provocando maior flexibilização do mercado de trabalho e o aumento da ocupação por conta própria e da informalidade, geralmente à margem dos benefícios da legislação trabalhista, que atrai muito mais a elas do que a eles em razão, sobretudo, das características atuais da divisão do trabalho por sexo, quais sejam, emprego em atividades que permitem compatibilizar o trabalho doméstico com o remunerado, em tempo parcial.

Por outro lado, pelo empenho constante das mulheres em termos de escolarização, da elevação do número médio de horas em sua jornada de trabalho, enquanto ocorre o inverso com os homens, além de outras razões não econômicas, de natureza mais sociológica, relacionadas à busca de autonomia e igualdade, mudanças nos arranjos familiares com mais famílias chefiadas por mulheres, dentre outras (LAVINAS, 2005).

Não se pode perder de vista que no trabalho reside o desenvolvimento das potencialidades humanas. Existe em seu processo uma relação sujeito-objeto, bem como o ponto de vista do sujeito que age, consciência que emerge como produto do trabalho e das relações sociais e, com estas, as possibilidades de lutas e transgressões, considerando que o processo de assimilação dos sujeitos em relação à dominação não se faz sem conflitos e resistências (o indivíduo é um ser que responde). Logo, entendemos que no trabalho também está a via da desalienação que consiste na incessante revolta da atividade do ser contra a sua condição estranhada e, da emancipação.

Desse modo, o desvendamento crítico dessa dimensão dúplice e dialética presente no trabalho pelo conhecimento, torna indispensável para a construção de uma lógica que se volte para as necessidades humo-sociais, pois no entender de Antunes (2005, p. 12),

Essa dimensão dúplice e mesmo contraditória presente no mundo do trabalho que cria, mas também subordina, humaniza e degrada, libera e escraviza, emancipa e aliena, manteve o trabalho humano como questão nodal em nossa vida. E, neste conturbado limiar do século XXI, um desafio crucial é dar sentido ao trabalho, tornando também a vida *fora* dele dotada de sentido.

Nesses termos, torna-se imperativo, como assinala Mézaros (2002), irmos além do capital como controle do metabolismo social e atentarmos para as formulações correntes no pensamento contemporâneo<sup>26</sup> e que apontam para a desapareção do trabalho como valor; para a perda da validade analítica da noção de classe social; para o fim da divisão do trabalho,<sup>27</sup> de uma emancipação humana fundada no trabalho sob a alegação do surgimento de um novo paradigma de organização e de desenvolvimento industrial.

Estes são questionáveis, como bem mostram os estudos de Antunes (1998, p. 13) e Hirata (2002, p. 222), sobretudo no momento em que a divisão sexual do trabalho se insere como uma dimensão primordial de análise, considerando que a sociedade não é só dividida em classes sociais, mas igualmente, por ela atravessada pelas contradições de gênero, raça e etnia. Fato que evidencia que o trabalho, em sua totalidade, permanece central, tanto para a manutenção da vida humana, como para a manutenção do capital.

O trabalho permanece como pilar do capital, ainda que numa condição de dependência estrutural (MESZÁROS, 2002). Muitas são as interconexões e transversalidades que comprovam esta evidência, tal como a destruição ambiental e a questão feminina (ANTUNES, 2005).

A premissa das novas e positivas dimensões de organização societal, a exemplo da sociedade democrática, que teria enfim conseguido desmercantilizar a vida social, conciliar os papéis entre homens e mulheres através da constituição da igualdade necessária das chances para ambos, sobretudo na área profissional, numa possível recomposição e uma nova divisão de papéis, vastamente utilizada pelos teóricos neoliberais como um dos sustentáculos que comprovaria o suposto fim do trabalho ou a substituição definitiva do trabalho vivo pelo trabalho morto, no caso brasileiro, como se supõe em outros países capitalistas, está bem distante de ser efetivada na estrutura global da reprodução social atual (ANTUNES, 1998).

Nesses termos, a vigência de interesses comuns ou gerais em uma sociedade perpassada por clivagens de gênero, raça/etnia e classes sociais, como a que está em referência na visão de Saffioti (1997) é uma ficção, considerando que o próprio Estado também se apresenta com tais características que por sua vez, são

---

<sup>26</sup>Entre os autores que discutem a “desaparição do trabalho” se destacam (GORZ, 1982; HABERMAS, 1991; OFFE, 1989).

<sup>27</sup>Não se tem neste estudo a pretensão de aprofundar o debate que aborda o fim do trabalho. O nosso propósito é apenas demonstrar como o trabalho permanece central na vida humana. Maiores detalhes dessa questão poderão ser encontradas em Antunes (1999, 2005) e em Hirata (2002).

propiciadoras de desigualdades, dominação e, conseqüentemente, de hierarquias. No Brasil vigora o direito consagrado nas leis para alguns em detrimento do direito de outros. Embora a legislação proíba, não é difícil, de acordo com a autora, constatar no país a discriminação, sobretudo tendo por base a raça e o sexo.

Ao contrário do propagado pela mídia oficial, Pochmann (2005) alerta que tal processo não vem produzindo um mundo mais homogêneo, com melhor repartição de riqueza, produção, trabalho e poder, mas um considerável movimento de concentração de pobreza, intensificando as desigualdades no acesso aos postos de trabalho existentes, elevando os critérios de seletividade patronal diante do avanço do referido excedente estrutural de força de trabalho, sobretudo nos países de economias não-desenvolvidas, que se transformam em uma grande feira mundial de concorrência pelos menores custos de trabalho possíveis.

É preciso que se perceba que discursos dessa ordem, que anunciam o fim do trabalho ou sua centralidade, respondem a numerosos desafios políticos e teóricos, nos quais as mulheres estão diretamente implicadas, tendo em vista que remete às relações sociais de sexo. Atendem a uma necessidade de acumulação e expansão do capital, uma vez que a emancipação econômico-social das condições humanas nos moldes propostos só será possível, conforme atesta Antunes (2005), pela superação desse tipo de sociedade, pois a divisão do trabalho só pode ser suprimida se for suprimida a propriedade privada e o próprio trabalho nas condições instituídas pelo capital.

O trabalho, no sentido de atividade, continua a ocupar uma posição estratégica na vida dos indivíduos. “Para questionar essa centralidade seria necessário que uma outra atividade pudesse pretender ocupar o lugar que o trabalho profissional ocupa” (HIRATA, 1998, p. 55).

Trata-se, portanto, de mais uma estratégia para a recomposição orgânica deste, voltada, unicamente, para a sua dinâmica com o mercado e que procura escamotear e mistificar os reais processos de transformação social em que a ofensiva neoliberal provoca o esvaziamento de conquistas sociais e trabalhistas históricas.

Proposições que têm concorrido, dentre outras coisas, para a intensificação em termos de ritmos e processos da exploração dos que estão empregados, elevando, cada vez mais, a exigência de níveis de qualificação na composição e perfil da força de trabalho sem as devidas condições para aquisição

das novas competências exigidas pelo mercado, contribuindo assim para a exclusão de milhões do mundo laboral (ANTUNES, 1999).

Ainda segundo Antunes (2004, p. 131),

Nessa fase do capital, caracterizada pelo *desemprego estrutural* (destaque do autor), pela redução e precarização das condições de trabalho, evidencia-se a existência de uma materialidade adversa aos trabalhadores, um solo social que *constrange* ainda mais o afloramento de uma subjetividade autêntica. Múltiplas fetichizações e reificações poluem e permeiam o mundo do trabalho, com repercussões enormes na vida *fora do trabalho*, na esfera da reprodução societal [...] Um exemplo ainda mais forte é dado pela necessidade crescente de *qualificar-se melhor e preparar-se* mais para conseguir trabalho. Parte importante do ‘tempo livre’ dos trabalhadores está crescentemente voltada para adquirir ‘empregabilidade’, palavra que o capital usa para transferir aos trabalhadores as necessidades de sua qualificação, que, anteriormente, eram em grande parte realizadas pelo capital.

Nesses termos, ao invés de se ter o fim ou redução da relevância do trabalho, o que há, neste contexto da reestruturação produtiva, aliado ao processo de globalização contemporâneo e demais mudanças culturais e tecnológicas<sup>28</sup>, é uma qualitativa alteração desta categoria que sofre mutações e se metamorfoseia para dar conta de seus múltiplos sentidos.

Mutações que se configuram pela destruição, precarização e eliminação de postos de trabalho e de algumas profissões, conforme já descritos, resultando em trabalhos atípicos que se expressam em inúmeras formas de prestação de serviços com a falta ou insuficiência de tutela contratual, em um explosivo desemprego estrutural, prerrogativa central de políticas estabilizadoras e exitosas.

Alterações que atingem o tempo e o espaço do trabalho e que acarretam uma crescente redução do trabalho vivo (o capital e sua lei de valor exigem menos trabalho estável), mas não a sua substituição efetiva. Segundo Antunes (2005, p. 62) “Um processo de retroalimentação que necessita cada vez mais de uma força de trabalho ainda mais complexa, multifuncional que deve ser explorada de maneira mais intensa e sofisticada”, preferencialmente nos moldes diversificados, nas formas de trabalho parcial ou *part-time*, terceirizado.

Forma que torna possível ampliar a extração do trabalho em menor tempo e que na atualidade se articulam à aquisição do trabalho qualificado, dotado de

---

<sup>28</sup>As atuais mudanças no mundo do trabalho são decorrentes de processos que se imbricam. Assim, temos ao lado das medidas reestruturantes, a globalização que reduziu as barreiras do conhecimento, proporcionando um amplo intercâmbio social e cultural e os avanços tecnológicos que aumentaram as possibilidades humanas em várias áreas. Contudo, trata-se de mudanças que também são permeadas de contradições pois, ao mesmo tempo em que apresentam benefícios, gerando oportunidades de inclusão, impõem limites que restringem o acesso ao mercado de trabalho, expressos na exclusão que ameaça parte considerável da população mundial.

maior dimensão intelectual, que gera o trabalho abstrato e se encontra em expansão tanto nas atividades industriais como no setor de serviços e de comunicação, em esferas não diretamente produtivas, mas que desenvolvem atividades imbricadas com o trabalho produtivo, para a consecução de ciclo reprodutivo do capital num mundo onde a competitividade é a garantia de sobrevivência das empresas capitalistas (ANTUNES, 2004, p. 120).

Tantas mudanças fazem com que a questão do trabalho seja recolocada, não extinta. Dessa forma, o aumento da flexibilidade da mão-de-obra, o desemprego em massa, globalização do trabalho, trabalho imaterial, informatização e automação dos processos laborais conduziram à revisão, com a correspondente ampliação do conceito de trabalho (HIRATA, 2002).

Numa conjuntura em que o trabalho sofre mutações, se metamorfoseia de forma significativa, tendo por eixo o discurso neoliberal e por base a precarização, considerando que o sistema de metabolismo social do capital passa a requerer cada vez menos trabalho estável e cada vez mais trabalho parcial em ritmos e condições distintas, convém atentar para os meandros dessa lógica e de seu processo de acumulação e valorização que, ao mesmo tempo em que absorve, descarta uma grande parcela da força humana, provocando enormes conseqüências no mundo do trabalho. O aumento significativo do trabalho feminino é apenas uma dessas conseqüências<sup>29</sup>. Uma expansão que exacerba as contradições do capitalismo e que sugere a inversão da emancipação para a precarização quando se trata da temática salarial, dos direitos e condições de trabalho, momento em que a desigualdade, a dominação e exploração nos remetem à necessidade de compreensão da divisão sexual do trabalho, operada pelo capitalismo dentro e fora do espaço laboral.

## **2.2 Divisão sexual do trabalho: a complexidade da exploração capitalista expressa na desigualdade entre os sexos**

De acordo com os estudos de Hirata (2002, p. 279), existem várias abordagens sobre a divisão sexual do trabalho. Porém, embora amplamente

---

<sup>29</sup>De acordo com Antunes (2005), têm-se aqui ainda a crescente redução do proletariado fabril estável, que se desenvolveu na vigência do taylorismo/fordismo; um incremento do proletariado representado pelos “terceirizados”, subcontratados, *part-time* que se expandem mundo afora; o incremento dos assalariados médios e de serviços; a exclusão de jovens e idosos do mercado de trabalho; a inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho, dentre outros.

utilizado, o termo divisão sexual do trabalho remete a diversas lógicas, cujo inventário ainda está por ser feito. Desse modo, no entendimento de Hirata e Kergoat (2003, p. 111), nenhum princípio de coerência teórica, a priori, pode ser eleito como princípio de explicação universal.

Sem a pretensão de nos atermos aos meandros que permeiam esses embates teóricos e longe de querer esgotar questões complexas, procuramos desenvolver a nossa reflexão num esforço de explicitar a noção de divisão sexual do trabalho como um dos traços das relações sociais de gênero e como uma das bases da organização econômica da sociedade capitalista. Condução que nos permitiu conhecer alguns dos elementos que favoreceram a invisibilidade da atividade econômica feminina na esfera pública, possibilitando o entendimento de como diferenças anatômicas sexuais se transformaram ou contribuíram para as desigualdades sociais, passando, inclusive, a condicionar a participação de homens e mulheres no mercado de trabalho.

De acordo com Kergoat (1996), tal divisão se configura como uma disputa de poder das relações sociais de sexo (o sexo é um elemento central), mediada pelo valor do trabalho, pela assimetria das posições e da hierarquia. Constitui-se num dos principais aspectos da divisão social do trabalho que, por sua vez, contém de forma bastante expressiva a dimensão opressão/dominação entre duas categorias de sexo socialmente construídas, tendo em vista que remetem à relação social entre homens e mulheres. Uma explicação que também considera o caráter multidimensional do trabalho, excluindo assim o risco de eliminar o trabalho doméstico e sua imbricação (objetiva e subjetiva, individual e coletiva) com o trabalho assalariado<sup>30</sup> (KERGOAT, 1996).

Segundo Hirata e Kergoat (2003, p. 113):

A divisão do trabalho entre homens e mulheres é em primeiro lugar a imputação aos homens do trabalho produtivo – e a dispensa do trabalho doméstico – e a atribuição do trabalho doméstico às mulheres, ao passo que são cada vez mais numerosas na nossa sociedade salarial as mulheres a querer entrar e se manter no mercado de trabalho.

Cabe destacar que a divisão sexual do trabalho não é exclusividade das sociedades capitalistas, tendo em vista que etnólogos, historiadores e sociólogos demonstram que tal divisão se encontra em todas as sociedades humanas, qualquer que seja o período considerado. Remonta aos séculos que antecedem a Era Cristã.

---

<sup>30</sup>Nessa perspectiva há um esforço de definição mais ampla do trabalho, abrangendo tanto o trabalho assalariado como o trabalho doméstico, providenciando sua saída do simples domínio das relações mercantis (HIRATA, 2002).

Entretanto, Kergoat (1996) chama atenção para o fato de que isso não significa dizer que as modalidades dessa divisão sejam fixas ou únicas, pois estas variam em termos de forma, dimensão espacial, geográfica, periodização das práticas sociais etc.

Porém, apesar de se inscrever em várias dinâmicas, variar no espaço e no tempo, ser modulada histórica e socialmente, de acordo com Hirata e Kergoat (2003), a divisão sexual do trabalho parece preservar em todas as culturas o princípio hierárquico em que o trabalho masculino tem valor superior ao trabalho feminino. Ou seja, a divisão sexual do trabalho preserva a assimetria nas relações de trabalho de homens e mulheres, designando a eles a esfera produtiva e a elas a esfera reprodutiva, bem como a captação destes primeiros (os homens) das funções que agregam um forte valor social e a destinação às mulheres do trabalho doméstico, que inclui as tarefas do cuidado (alimentação, higiene) e da reprodução da vida, como sendo algo natural.

[...] por toda parte e sempre, o 'valor' distingue o trabalho masculino do trabalho feminino: produção 'vale' mais que reprodução, produção masculina 'vale' mais que produção feminina (mesmo quando uma e outra são idênticas). Esse problema do 'valor' do trabalho [...] induz a uma hierarquia social, sob aparências múltiplas, permanecem imutáveis: o trabalho de um homem pesa mais do que o trabalho de uma mulher. E quem diz hierarquia, diz relação social (HIRATA; KERGOAT, 2003, p. 113).

Embora a divisão sexual do trabalho não tenha se originado com o capitalismo, Hirata (2002, p. 334), revela que, de um ponto de vista histórico, é com esse modo de produção que se efetiva a sua atual estruturação: trabalho assalariado/trabalho doméstico, fábrica/escritório/família. No capitalismo, esta se torna devastadora, sobretudo no que diz respeito à separação entre espaço público e espaço privado, mundo da produção e mundo da reprodução. A partir de sua estruturação, novas formas de extração de valor foram desenvolvidas, e a divisão sexual do trabalho foi o ponto de partida para a associação dos homens ao mundo da produção, da esfera pública e das mulheres ao mundo da reprodução, espaço privado, conferindo à primeira uma origem na cultura e à segunda, como sendo de origem da natureza.

Cabe destacar que, de acordo com Engels (1986, p. 2-3), a produção e a reprodução da vida imediata são fatores decisivos na história. Ou seja, qualquer que seja a ordem social em que vivem os homens de determinada época ou país, estará condicionada por essas duas espécies de produção que se expressam, fundamentalmente, pelo grau de desenvolvimento do trabalho. Logo, ambas são

imprescindíveis para a existência humana, pois,

[...] produzir a vida, tanto pela sua própria vida pelo trabalho, quanto a dos outros pela procriação, nos aparece portanto, a partir de agora como uma dupla relação: por um lado como uma relação natural, por outro como uma relação social – social no sentido que em que se estende com isso a ação conjugada de vários indivíduos, sejam quais forem suas condições, forma e objetivos. Disto decorre que um modo de produção ou um estágio industrial determinado estão constantemente ligados a um modo de cooperação ou a um estágio determinados, e que esse modo de cooperação é, ele próprio, uma *força produtiva* (MARX; ENGELS, 1998, p. 23-24).

Ocorre que a produção capitalista opera uma divisão social do trabalho que separa essas duas dimensões, corte que se efetiva tendo por eixo uma construção social sexuada, em que cada sexo passa a ter uma atividade exclusiva e determinada que lhe é imposta (MARX; ENGELS, 1998, p. 29). Fixação de atividade social que consolida o próprio produto pessoal em uma força objetiva que domina, contrariando expectativas e reduzindo possibilidades, ocasionando contradições entre interesses particulares e coletivos. Interesses que são, acima de tudo, de classes já condicionadas pela divisão do trabalho, bem como pelas diferenças perceptíveis entre os sexos.

Dessa forma, a produção e a reprodução que condicionavam a vida imediata se alteram e, a sociedade antiga, baseada em uniões gentílicas, se esvai de sentido com o advento do capitalismo (ENGELS, 1986), originando conflitos entre as classes, acirrados pela distribuição de papéis de gênero desiguais e assimétricos a homens e mulheres.

Nesse contexto, a vida social passa a ser estruturada a partir de dimensões em que a exploração e opressão se destacam. O trabalho doméstico, aquele através do qual a tarefa do cuidado e da reprodução da vida se realiza passa a ser um elemento fundante do capitalismo, sobretudo porque a relação assalariada instaurou, e com bastante precisão, conforme demonstrado acima, a separação espaço/tempo entre trabalho produtivo e reprodutivo, ao mesmo tempo em que produziu também um princípio de separação de trabalho de homens e de mulheres, dando a tal princípio uma conotação hierárquica (KERGOAT, 1998).

Para o capital, o tempo detentor de valor é aquele que é empregado na produção de mercadoria, gerador de mais valia, considerada a base da acumulação do capital. Assim sendo, só é considerado trabalho aquilo que resulta em um produto, mais precisamente em mercadoria, pois é quem serve diretamente ao

capital como instrumento de sua autovalorização, como meio de produção de mais valia (ANTUNES, 2004, p. 155-156).

Nesse sentido, o tempo aplicado no trabalho doméstico, nas ações do cuidado com a reprodução da vida dos indivíduos, se configura como algo isento de conotação valorativa no contexto da relação produção X reprodução. Ou seja, embora se constitua num elemento central, o trabalho reprodutivo realizado no espaço doméstico não é levado em conta, pois não é rentável, não gera lucro, conforme demonstra Ávila (2007, p. 43) quando diz:

Os custos da reprodução da força de trabalho são contados, apenas, a partir do consumo dos produtos necessários à manutenção e reprodução dos trabalhadores e trabalhadoras, mas todo trabalho investido no cuidado, na produção da alimentação, na organização e manutenção do espaço de convivência familiar está fora da conta que configura a mais valia e, conseqüentemente, que mede o grau de acumulação na exploração capitalista.

Motivo que talvez justifique a ausência de referência e/ou escassez de relatos e de história sobre a condição feminina no mundo do trabalho. Cabe destacar que, embora nem sempre tenham sido visualizadas, quantificadas e/ou reconhecidas, as mulheres, sobretudo as das classes de baixa renda, procuraram se fazer presentes no universo do trabalho nas fábricas, nos estabelecimentos comerciais familiares ou em atividades informais.

Ao longo da história, elas exerceram inúmeras profissões (lavradoras, amas-de-leite, costureiras, benzedadeiras etc.), trabalharam exaustivamente para sobreviver, sustentar sua prole, ainda que, por muito tempo, sua situação fosse de forçada submissão, o que não significa ausência de resistência. Muitas mulheres realizaram greves e mobilizações contra a exploração do trabalho na fábrica e pela conquista e ampliação do espaço laboral. As barreiras enfrentadas por elas rumam à conquista do espaço laboral, espaço naturalmente masculino, vão da variação salarial, à intimidação física, à desqualificação intelectual e o assédio sexual.

A relação estabelecida entre a mulher no trabalho e a moral social configura-se, desse modo, num espaço em que o trabalho feminino representava uma ameaça a sua honra e a destruição da família. De acordo com Gonçalves (2003), tratam-se de estratégias de ocultação da participação feminina e que têm servido para ampliar o fosso entre os seres humanos, fragmentar as lutas, dificultar a igualdade social entre os sexos nas esferas públicas e privadas.

Nogueira (2004, p. 3) nos mostra que, na Antiguidade, os recenseamentos omitiam informações sobre elas, exceto quando ocupavam o papel de herdeiras. Somente a partir do século III d. C. é que estas passaram, de acordo com a autora, a serem recenseadas. Duby e Perrot (1994) acrescentam que, na Idade Média, apesar da escassez de dados, o trabalho desenvolvido pelas mulheres se pautava numa divisão por categorias. As solteiras eram responsáveis por lavar e tecer; as mães se ocupavam dos cuidados relativos às crianças; e as mulheres de meia idade cuidavam das tarefas relativas aos adolescentes, com os afazeres da cozinha etc.

Na Idade Moderna, segundo Scott (1994), o número de mulheres com atividades profissionais se amplia. Com o advento da grande indústria no século XIX, o caminho da produção social se abre mais para elas, assim como para o contingente proletário. De acordo com Engels (1986), essa abertura se faz de modo excludente para as mulheres. Restritas aos seus deveres familiares, ficavam excluídas do trabalho social e da condição de assalariamento.

Por outro lado, ainda era comum a recusa de mulheres nas fábricas pelos homens em virtude do preconceito, considerando que, via de regra, eles dispensavam a elas um tratamento de não sujeitos, desvalorizavam as funções por elas exercidas. Assim, mulheres que trabalhavam fora eram alvos de difamação. Fato que certamente concorreu para que seus trabalhos fossem mal remunerados, não contabilizados, não reconhecidos e até mesmo ignorados. Um exemplo nítido de como a dimensão de classe se articula com a dimensão gênero quando retrata a exploração do trabalho pelo capital (NOGUEIRA, 2004).

Em conformidade com Saffioti (1997), as representações que as mulheres têm de si mesmas e de suas atividades muitas vezes ainda caminham nessa direção, fazendo com que percebam os seus trabalhos como, biscoite, “ajuda” prestada ao companheiro, mesmo que a renda auferida seja praticamente igual à dos homens ou até mesmo determinante para a sobrevivência familiar. Realidade constatada por nossa pesquisa empírica junto as profissionais de Serviço Social e Medicina no HUUFMA: *A mulher saiu mais de dentro de casa, até mesmo porque ela precisa ajudar o marido. Além de ser dona do lar, mãe e esposa, ela precisa buscar mais para dar qualidade de vida à família* (MF Pediatra 2).

Assim, as atribuições do trabalho doméstico, particularidade designada como sendo feminina e que remete à privação das mulheres à esfera pública,

passam a ser funcionais e integradas ao modo de produção capitalista que se expandia, tendo em vista que a sustentabilidade da vida humana prescinde de sua efetivação, na medida em que nele reside a garantia do atendimento de necessidades imprescindíveis para a estabilidade física e emocional das pessoas.

O trabalho doméstico é o responsável pela produção de valores de uso para o consumo familiar, vital para a reprodução da força de trabalho, ainda que seja, estrategicamente, tratado como algo distinto da produção de mercadoria, sendo muitas vezes subestimado, isolado, invisibilizado, não sendo visto como trabalho<sup>31</sup>.

Depreciá-lo é uma das formas de perpetuação dos discursos que reforçam as desigualdades nas relações sociais sexuais, na permanência da assimetria e submissão do feminino ao masculino. Entretanto, Hirata e Kergoat (2003, p. 114) afirmam:

[...] suprima-se a imputação do trabalho doméstico ao grupo social das mulheres e são as relações sociais que desmoronam, junto com as relações de força, a dominação, a violência real ou simbólica, o antagonismo que elas carregam. A divisão sexual do trabalho está no âmago do poder que os homens exercem sobre as mulheres.

Para Kergoat (1996, p. 19), a articulação entre as relações sociais produzidas no âmbito do capitalismo com a divisão sexual do trabalho é imprescindível para o entendimento de que os papéis sociais de homens e mulheres não são produtos de um destino biológico, mas, antes de tudo, construções sociais que possuem uma base material que, por sua vez, favorece a divisão social do trabalho.

Segundo a autora citada acima, só por essa via se pode compreender que as separações entre os seres humanos não decorrem de um simples sistema pautado em índices de exploração ou uma divisão desigual do público em detrimento do privado (ambos compõem uma realidade única e indivisível), mas de um tratamento contraditório da variável sexo nas atividades e práticas sociais, fruto da simbiose contraditória do sistema e da lógica de exploração/dominação pautada no patriarcado-racismo-capitalismo, conforme assinala Saffioti (1987).

Através, sobretudo da disseminação da ideologia, o social vai sendo convertido em biológico, em natural, ou seja, a situação de homens e mulheres

---

<sup>31</sup>No capitalismo, somente o tempo mercantilizado, aquele que pode ser convertido em dinheiro, passa a ser reconhecido, ficando o tempo restante, mais precisamente aquele gerador da reprodução e que inclui o cuidado e a administração doméstica, à margem da economia do tempo dominante. Ou seja, sem reconhecimento.

passa a ser vista como decorrente da cultura, no caso deles, e do destino biológico, no caso delas (LOURO, 1997). Um mecanismo coercitivo que institui diferenças sociais e culturais desde o nascimento do ser humano, reproduzindo práticas concretas e representações de modelos prescritos pela ideologia dominante de assimetria sexual: *mulher frágil, homem forte*. Tudo isso em nome de uma natureza inquestionável – das relações de poder entre os sexos, reproduzidos em algumas profissões e postos de trabalho, criando um círculo vicioso que precisa ser rompido, a fim de que a realidade social possa ser transformada (SAFFIOTI, 1987).

Ressaltamos que a ideologia aqui discutida não consiste num mero sistema de idéias, compreendendo uma série de práticas materiais diárias extensivas aos hábitos, costumes, ao modo de vida humana. É algo que perpassa os diversos níveis da atividade individual e coletiva, reforçando e reproduzindo a estrutura social.

Um mecanismo que, sutilmente, faz com que os sujeitos insiram em suas atividades rotineiras a reprodução do sistema de dominação/exploração também nas suas dimensões de gênero, raça e etnia, reafirmando, assim, o projeto político de organização da sociedade do qual fazem parte, segundo os interesses de quem o elabora (CHAUÍ, 1984). Ou o seu contrário, possibilita a inversão dos fenômenos, considerando que uma sociedade igualitária também prescindir de ideologias, embora, como revela Saffioti (2000, p. 74), as sociedades clivadas por desigualdades sociais dificilmente o farão.

É assim que, na ordem capitalista, legitima-se uma relação de subordinação das mulheres em relação aos homens; reforça-se uma construção social com forte conotação hierárquica, que concorre para a desvalorização da participação destas, principalmente no mercado de trabalho, e que há muito vem contribuindo para a conformação de uma desigualdade social que afeta ambos os sexos, em prejuízo do feminino, auxiliando na ocultação dos mecanismos de exploração e de dominação dos homens sobre as mulheres no meio social e que fazem da esfera do mundo doméstico o seu verdadeiro universo.

Fato que favorece uma fragmentação que oculta ainda a diferenciação entre a biologia e a história, privilegiando a configuração das mulheres na reprodução, no mundo privado como algo dado, de ordem da natureza, em detrimento da sua intervenção no mundo social. Uma elaboração produzida sobre corpos sexuais, sustentada por estruturas material e simbólica, manifestas nas

relações sociais entre homens e mulheres, e de acordo também com sua inserção de classe, preservando o valor e o princípio de hierarquia (relação social), em que o trabalho masculino pesa mais do que o trabalho feminino (HIRATA; KERGOAT, 2003).

Nesses termos devemos ter claro, tal como nos orienta Kergoat (1996), que as situações vivenciadas pelo masculino e pelo feminino não são unicamente produto de um destino biológico, mas, e antes de tudo, construções sociais, tendo em vista que homens e mulheres são muito mais do que um agrupamento de indivíduos biologicamente distintos. Eles conformam dois grupos sociais que também estão engajados em uma relação social específica: as relações sociais de sexo.

Uma construção social que, de acordo com Louro (1997), é sustentada por diferentes discursos, representações, valores e práticas que se encontram em relação dialética com a sociedade e que têm uma ligação direta com o modo de estruturação das desigualdades (figuradas sob as diferenças) entre os seres humanos no meio social. Tais elementos operam como princípios reguladores das práticas sociais, definindo regras e tipificando obrigações e responsabilidades de cada sexo, e, dessa forma, assegurando o poder masculino regido pelos interesses do mercado (do capital) e mantendo a exploração/opressão das mulheres como um fato natural, ao mesmo tempo em que convergem para a construção de lugares sociais dos seres humanos como algo singular, fixo, imutável, num esforço de instituir e generalizar o que, supostamente, seria o feminino e o masculino em uma dada sociedade e momento histórico.

Processo que dificulta a percepção de que estas construções são plurais, múltiplas, dinâmicas, contraditórias e não finalizadas. No capitalismo, as modalidades da divisão do trabalho entre os sexos, tanto no que concerne ao trabalho assalariado quanto ao trabalho doméstico, evoluem, como assegura Hirata (2002, p. 234), “[...] de maneira concomitante às relações de produção”.

Trata-se, portanto, de um processo sócio-cultural e, sobretudo, de politização do corpo, que em quase todas as formações sociais, dentre elas a capitalista, mostra-se numa perspectiva androcêntrica, arbitrária, em que diferenças anatômicas observáveis transformaram-se em representações que sustentam e justificam a hierarquização entre os humanos, prevalecendo a suposta superioridade masculina. É como se a aparência genital e as ações de hormônios e cromossomos

fossem, sozinhos, decisivos para todas as diferenças estabelecidas no campo sexual, social e psicológico (TOLEDO, 2001).

Um alto investimento é feito na naturalização de processos socioculturais com essas características e vai reforçar a discriminação secularmente sofrida não somente pelas mulheres, mas também por outras categorias sociais, a exemplo dos negros, índios, homossexuais etc., que também são alijadas de poder e de valor e igualmente vítimas da opressão sexista cotidiana, bem como da questão étnico-racial.

De acordo com Hirata (2002), é fato que os sujeitos se constroem tanto a partir da ordem biológica (o gênero constitui-se com ou sobre corpos sexuados), como do contato com o social (o ser humano só se constrói em relação com os outros, com o mundo objetivo), embora esse processo não se efetive da mesma forma em homens e mulheres, o que significa dizer que o debate natureza/cultura não é vivenciado existencialmente do mesmo modo por ambos os sexos. Ou seja, ainda que se faça parte do mesmo lugar na estrutura de classes ou se participe de uma mesma categoria ocupacional, homens e mulheres vivenciam um cotidiano bastante diferente. A experiência de gênero no trabalho adquire uma conotação distinta.

Assim, não seria por acaso que, na divisão sexual do trabalho as atribuições femininas, configuradas no trabalho reprodutivo, que viabilizam a manutenção da casa, a alimentação, os cuidados com o vestuário, com as crianças, idosos e doentes, foram se constituindo ao longo dos tempos como de responsabilidade das mulheres, tendo em vista que essa divisão trabalho produtivo/trabalho reprodutivo continua sendo fundamental para manter a acumulação do capital e, como bem enfatiza Saffioti (1979), para manutenção da ordem patriarcal que garante aos homens a hegemonia do poder sobre o Estado, nas instituições, favorecendo a reprodução das desigualdades nas estruturas material e simbólica e, sobretudo, na vida cotidiana.

Para Hirata (2002), muito embora a divisão sexual do trabalho tenha seu fundamento no trabalho doméstico, as relações sociais que envolvem homens e mulheres no capitalismo estão bem além da mera divisão entre as atividades produtivas como sendo tipicamente masculinas e as atividades reprodutivas como sendo tipicamente femininas, uma vez que, conforme adverte Nogueira (2006), remete às especificidades de gênero já delineadas e que são amplamente utilizadas

pelo capitalismo para controlar a hierarquização do modo de produção e reprodução do capital.

Desse modo, a inscrição das mulheres como força de trabalho não deve se restringir a essa polarização entre os dois sexos (as relações de gênero não resultam da existência de machos e fêmeas), pois dimensões muito complexas agem, conforme evidencia Saffioti (1976, p.36), como obstáculos e mecanismos reguladores à emancipação feminina.

Motivo pelo qual Joan Scott (1995) aponta para a necessidade da desconstrução de tal idéia dicotômica (homem x mulher), visto que tal pensamento aponta para um lugar “natural” e fixo para cada gênero, além de conformar outros pares de conceitos (público-privado; produção-reprodução; razão-sentimento; natureza-cultura, anatomia-destino etc.) de forma simplista e desagregada de suas bases materiais, inviabilizando a percepção dos processos e das condições que se estabelecem em termos dessas polaridades, em que um pólo é dominante e o outro dominado, como sendo este o único e permanente meio de relacionar os dois elementos em questão: masculino e o feminino. A dicotomia marca ainda a superioridade do primeiro elemento do qual o outro supostamente se deriva e nos induz a agir e pensar dentro dessa lógica, o que dificulta o seu abandono.

Lauretis (1986) alerta que, pela via da desconstrução, reside possibilidade de visualização de que o poder que aí se insere é exercido em várias direções, pois os sujeitos constituintes dessa dicotomia não são apenas homens e mulheres inertes, passivos, mas homens e mulheres que diferem entre si pela classe, raça, idade.

Para Louro (1997, p. 32-33), a desconstrução sugere que se busquem os processos e as condições que estabelecem os termos dessa polaridade, pois requer a historicização desta e a hierarquia nela implícita. Perspectiva que permite questionar essa idéia de relação de mão-única e observar que o poder se exerce em várias direções e, principalmente, que os grupos dominados são capazes de transformar os espaços da opressão em lugares de resistência e de exercício do poder, pois, apesar da eficácia da ideologia que naturaliza a desigualdade sexual e oculta às próprias mulheres o caráter político das relações entre os sexos, a assimetria que aí reside, por ser um produto social, tem comportado resistências das mulheres.

De acordo com Fonseca (1992), é no contexto da história que deve ser buscado o caminho para construção das possibilidades de superação dessa realidade. Contexto em que não podemos desmerecer o protagonismo do feminismo, aqui entendido como um movimento social amplo, múltiplo em termos de manifestações, objetivos e pretensões, que ganha visibilidade no mundo ocidental a partir do século XIX<sup>32</sup>, período em que as bases materiais e simbólicas da divisão sexual se consolidam e em que se amplia alonga e árdua luta para dar visibilidade às mulheres (LOURO, 1997).

Através de sua vanguarda no limiar do século XX, mais precisamente a partir dos anos de 1970, segundo C. Nogueira (2006), que um grande passo foi dado rumo ao processo de conscientização da luta pela emancipação das mulheres também aqui no Brasil<sup>33</sup>.

No Maranhão, assim como em vários estados do Nordeste brasileiro, esse marco se dá na década de 1980<sup>34</sup>. Momento que propiciou as discussões das chamadas “lutas específicas”, introduzindo temáticas da mulher no seio do movimento partidário e sindical, favoreceu o questionamento acerca da precarização do trabalho feminino, indicando que a reivindicação por uma independência econômica e social era necessária e inadiável.

Processo que oportunizou ainda a ampliação das manifestações e das reivindicações para as construções teóricas, engendrando e problematizando, dentre outras coisas, o conceito de gênero, cujo ingresso nos estudos do feminino e do masculino é bastante recente, reporta aos anos 1980 revolucionando todo o campo

---

<sup>32</sup>Vale ressaltar que desde os primórdios da Revolução Francesa, ainda no século XVIII, que é possível identificar a luta das mulheres por direito à cidadania. Contudo, é na segunda metade do século XIX que as lutas e manifestações esparsas cedem lugar a uma campanha mais orgânica por direitos políticos, sobretudo a partir do movimento sufragista que agrupou milhares de mulheres em várias partes do mundo dispostas a lutar pelo direito de votar. Ver detalhes em Pinto (2003).

<sup>33</sup>É importante considerar a relevância da primeira fase do feminismo brasileiro no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, cujo foco foi a luta das mulheres por direitos políticos, mediante a participação eleitoral, como candidatas e eleitoras (direito este assegurado em 1932 através do Código Eleitoral Provisório). Luta esta muito associada ao nome de Bertha Lutz nos anos 1920. Entretanto, a década de 1970 se destaca por ter a marca da resistência em relação ao regime ditatorial instaurado desde 1964, a crise do milagre econômico e a emergência de movimentos sociais, dentre estes o movimento feminista que se organiza em torno da luta pelo reconhecimento de que ser mulher no país, tanto no espaço público como no privado, acarreta consequências definitivas para a vida, conduzindo à necessidade de luta pela transformação das desigualdades sociais que envolvia não só as mulheres, mas também negros, índios, pobres.

<sup>34</sup>O Grupo de Mulheres da Ilha foi o pioneiro nesse processo no Maranhão (outubro de 1980). Formado inicialmente por professoras e estudantes universitárias, profissionais liberais, microempresárias. Sua constituição se apresenta como um marco que fomentará a organização de outros grupos, tais como a União de Mulheres, Espaço Mulher, Viva Maria, Grupo de Mulheres Negras Mãe Andresa, etc. Mais detalhes em: Ferreira (1998, p. 26-38).

conceitual em que se situava a questão do feminismo. A própria concepção de “feminino” ou de “feminilidade” passou por uma radical revisão no sentido, principalmente, de superar e erradicar os referenciais biológico-sexuais que envolviam a temática feminista.

Cabe destacar que a década de 1980 se inicia no Brasil com duas grandes e importantes vitórias das forças opositoras da ditadura militar: a anistia política e o retorno ao voto, com as eleições em 1982. Momento em que as sementes plantadas pelas feministas repercutiram em mudanças significativas na legislação, especialmente na área da família e que foram incorporadas à Constituição de 1988. Ao mesmo tempo, o período também marca a consolidação da hegemonia dos Estados Unidos e da retórica neoliberal.

Contudo, é fato que a partir do conceito de gênero procurou-se investigar os diversos caminhos da cultura, da sociedade e da história que mediam as relações entre mulheres e homens, vistos como sujeitos historicamente situados, que, sem descartar as bases biológicas das diferenças entre os sexos, visam chamar atenção para a construção social que se dá articulada a essas bases, sem que se privilegie como fundamento da opressão feminina uma única causalidade. Desde sua disseminação nos estudos feministas, sua aplicação tem oportunizado um intenso debate por incidir sobre a produção de conhecimentos, bem como sobre a criação de mecanismos de intervenção na sociedade. Trata-se de um conceito complexo e que tem adquirido visibilidade e heterogeneidade de significados.

Não resta dúvida de que sua difusão nos estudos e movimentos de mulheres possibilitou avanços em termos teóricos e críticos em torno, principalmente, das questões que remetiam à divisão sexual do trabalho. Um feito que consideramos fundamental para o entendimento do enfoque histórico e material da problemática que envolve as mulheres, sobretudo para a compreensão dentro de parâmetros científicos acerca do lugar e das relações (desiguais) estabelecidas entre homens e mulheres em determinada sociedade e momento histórico.

O avanço dos estudos e construções teóricas dessa ordem (particularmente na sua vertente socialista), foi fundamental para que se tivesse dimensão não somente das condições de vida e trabalho das mulheres em diferentes instâncias e espaços laborais, mas também da ausência de dados estatísticos referentes ao trabalho feminino em registros oficiais e, principalmente, de que a divisão sexual se fazia presente nas empresas e na sociedade.

Fortemente impregnada de uma dimensão política, tanto em termos de sua origem como de seu propósito, a contribuição trazida pelas reflexões de cunho teórico e pelo movimento social de mulheres possibilitou ainda a percepção, conforme já evidenciado anteriormente, de que o gênero se inscreve nas várias dinâmicas sociais e se constitui num pensamento plural, múltiplo, dinâmico, onde homens e mulheres não diferem apenas em termos sexuais ou de localizações temporais e espaciais, como também no interior de uma dada sociedade.

Nos estudos de Maranhão (2000), o gênero se configura como parte constituinte e igualmente constitutiva dos sujeitos. Explicação que favorece o processo de ruptura com a visão naturalista e determinista de papéis preestabelecidos biologicamente e o entendimento de que espaços “generificados” no meio social se produzem e/ou se engendram a partir das relações estabelecidas entre as classes, raças, etnias, idades, religiões etc.

Para Kergoat (1996), o conceito de gênero imprimiu uma visão sexuada dos fundamentos e da organização da sociedade, ancorada materialmente na divisão sexual do trabalho, constitutiva do desenvolvimento capitalista. A partir deste, ficou patente que qualquer sistema sexo-gênero mantém íntima relação com fatores políticos e econômicos de cada sociedade (LAURETIS, 1994).

A construção de novas análises aliada às transformações processadas em torno do mercado de trabalho permitiu ao movimento refletir sobre a relação das mulheres e do trabalho, questionando inclusive, o uso do conceito “trabalho” nas ciências sociais, ligados exclusivamente às atividades da produção, deixando de fora todo o trabalho reprodutivo realizado no âmbito doméstico. Permitiu ainda o reconhecimento das distintas formas com que o capital dialoga com o masculino e com o feminino em termos de ocupação de postos de trabalho e sexualização de tais ocupações.

Nesses termos, podemos dizer que a vanguarda do feminismo, enquanto movimento social, foi vital para a construção de políticas públicas com vistas à melhoria das condições de vida das mulheres, para ampliação dos espaços políticos e dos debates. Favoreceu ainda a percepção de que muitas das mulheres responsáveis pelo trabalho doméstico, também eram trabalhadoras assalariadas, ainda que historicamente negadas como parte da classe trabalhadora, fazendo emergir na teoria feminista, a partir da socialização das dificuldades enfrentadas na vida cotidiana e dilemas pessoais, a concepção de “dupla”, por vezes “tripla jornada”

de trabalho e o debate entre as mulheres sobre os problemas daí decorrentes, dadas a exigência e a necessidade das duas esferas, o que oportunizou desvelar o conteúdo sexual de uma categoria que até então se apresentava como aparentemente neutra, a saber, o trabalho realizado no mundo doméstico.

Porém, décadas depois de o movimento feminista ter fincado raízes irreversíveis no que diz respeito aos avanços teóricos nos estudos sobre as mulheres e das lutas em prol de uma maior equidade nos espaços produtivos e reprodutivos, uma divisão sexual do trabalho mais justa nesses espaços ainda se encontra em fase embrionária<sup>35</sup>. A evolução da condição feminina, tanto na esfera pública quanto privada, é inegável.

As mulheres ainda enfrentam situações paradoxais que comportam avanços técnicos e atrasos sociais. Avanços que, consoante com Hirata e Kergoat (2003), se expressam na elevação progressiva de mulheres no mercado de trabalho, na absorção da tecnologia que possibilita fazer mais coisas num espaço cada vez menor de tempo; e atrasos que se configuram no trabalho precário e na sua sobrecarga de trabalho.

De acordo com Hirata (2002), só mudanças dessa ordem não têm sido suficientes para a extinção dos obstáculos que lhes atingem, pois estas não são rupturas definitivas. As desigualdades se minimizaram, mas não foram eliminadas, uma vez que as mudanças empreendidas não estão sendo acompanhadas pelas necessárias alterações institucionais, jurídicas e de valores, sobretudo no âmbito da divisão sexual do trabalho, como pode ser percebido nas falas dos nossos entrevistados:

*As mulheres não estão em pé de igualdade com os homens. Elas têm se colocado como protagonistas delas mesmas, têm buscado se qualificar cada vez*

---

<sup>35</sup>A luta das mulheres em alguns momentos avançou no sentido de pressionar o Estado no que concerne à implementação de políticas públicas, leis e organismos para tratar das questões das mulheres em conformidade com a perspectiva do movimento. Dentre os avanços destacamos a criação dos conselhos nacional, estaduais e municipais da Condição Feminina, as delegacias especializadas no atendimento à mulher, criação de leis, a exemplo da Lei nº 9.100/95 que garante cotas de 20% de participação das mulheres nas eleições, a licença maternidade de 120 dias (Art.7º, inciso XVIII da CF de 1988), etc. Em outros, sua força e persistência ainda não alcançaram o êxito necessário para reversão do quadro de desigualdades presentes no cotidiano feminino. Como exemplo, citamos a sua dificuldade em pressionar o governo na efetivação de programas, como o de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), indispensável para garantia da saúde reprodutiva das mulheres, a consolidação da Lei que garante o aborto legal, etc. O que, certamente, não compromete o seu grande propósito em dar visibilidade à problemática das mulheres e a necessidade de criação e implementação de políticas públicas para revertê-la.

*mais. Mas, ainda se percebe diferenças entre os sexos sim, principalmente na área da saúde (AS 5).*

*Quando eu fazia residência médica em São Paulo eu percebia uma certa dificuldade para as mulheres. Para elas terem acesso a determinados conhecimentos, as mesmas tinham que mudar suas posturas ou, em determinados momentos, se masculinizar para serem aceitas (MM Obstetrícia 4).*

*Nós mulheres ainda precisamos brigar muito pelo nosso espaço (MF Ginecologista 5).*

Adentrar o mercado de trabalho abre espaços, mas igualmente coloca as mulheres no conjunto de contradições que regem esse mercado, tal como as assinaladas pelas recentes reformas neoliberais no contexto da reestruturação produtiva em curso até os nossos dias e que, dentre outras coisas, apontam como alternativa para saída da crise do capital a vigência e expansão de um novo padrão de acumulação flexível, conduzindo a uma outra maneira de pensar a divisão do trabalho, para a complexificação e fragmentação da classe trabalhadora. Mutações que alteram de forma significativa a condição do trabalho, principalmente das mulheres, ampliando suas oportunidades de inserção no mercado, mas de forma bastante precarizada. Na pesquisa, alguns desafios foram expressos:

*É uma luta. Estar no mercado não é uma coisa garantida e nem proporcional. Só acontece por determinação dela em permanecer trabalhando, apesar das reclamações dos plantões, dos cansaços, das queixas do marido, por exemplo. Às vezes ela precisa ficar trabalhando até tarde, acumulando o serviço de casa, sem nem mesmo o reconhecimento do parceiro (AS 6).*

*A gente vive esse processo de ter que demarcar espaço até sem perceber. Demarcar espaço, provar competência, cada uma tem suas estratégias. A minha gerente por exemplo, parece que o tempo todo tem essa necessidade de dizer o que ela é. Ela acumula dois cargos de alta complexidade, um na nefrologia e outro na cardiologia (AS 13).*

*Há muita desigualdade. A jornada de trabalho é a mesma pra todos, mas, os homens ficam menos tempo no setor do que as mulheres (AS 16).*

Cabe destacar que a flexibilidade é uma noção altamente polissêmica, com múltiplas significações, que, tanto faz menção às mudanças na organização do trabalho e da produção (fábrica flexível), ao mercado de trabalho (flexibilidade do

emprego), como ao tempo de trabalho (trabalho em tempo parcial, política de redução das horas trabalhadas, introdução de horários ditos 'atípicos' etc.).

Segundo Hirata (2001, p. 1):

A palavra flexibilidade tem uma conotação ideológica, mascarando sob um termo neutro ou mesmo com uma conotação positiva (adaptabilidade, maleabilidade repartição mais adequada) práticas de gestão da mão de obra em que flexibilidade e precariedade andam freqüentemente juntas no terreno do mercado de trabalho. A degradação importante das condições de trabalho, de salários e da proteção social seria, assim, disfarçada por um termo positivo.

Sua proposição, inicialmente no Japão entre os anos 1960 e 1970<sup>36</sup>, implicava inovações organizacionais que preconizavam mão-de-obra bastante qualificada, polivalente e multifuncional, que pudesse responder, positivamente, à variabilidade e à complexidade crescente da demanda, que favorecesse a oposição da "rigidez" da legislação do trabalho.

Pré-requisitos de suma importância para possibilitar às empresas administrarem melhor os imprevistos da produção, mas que, igualmente, prescindem de vastos investimentos em formação de mão-de-obra para a qualificação do posto de trabalho. Qualificação que, por sua vez, se opõe à competência singular do indivíduo na sua espessura cognitiva, social e pessoal, distinguindo experiência (formação e aprendizagem em face das exigências de uma nova organização do trabalho) da formação escolar<sup>37</sup> (ZARIFAN, 1997). Entretanto, a difusão dessa estratégia flexível não vem se dando de forma homogênea nem mesmo nos países industriais avançados, variando, veementemente, de um setor para outro, em função do modo de inserção deste na economia mundial. Contudo, tal qual assinala Hirata (1997, p. 23), "guardadas as devidas proporções e contemplada a situação historicamente desigual na divisão internacional do trabalho", pode-se perceber a

---

<sup>36</sup>Com a crise econômica este país vê se estruturar trabalhos precários e sem proteção social, o que fez da flexibilidade uma estratégia de suma importância para a organização do trabalho nas empresas japonesas, sobretudo em termos de divisão social e sexual, onde as diferentes modalidades de atividades precárias, realizadas em tempo parcial e sem maiores responsabilidades ficaram a cargo das assalariadas do sexo feminino. Estratégia que também foi adotada em outros países como a França, Inglaterra, Holanda. Mais detalhes em Hirata (2001).

<sup>37</sup>De acordo com Hirata (1998), o modelo de competência que vem sendo veiculado não considera o ponto de vista das diferenças homens/mulheres e, muito menos, as diferenças entre países ditos "desenvolvidos" e os "em vias de desenvolvimento". Não considerar essa realidade, na visão da autora, pode conduzir ao uso do conceito de competência como se ele fosse universal e relativo a todas as categorias de trabalhadores e, conseqüentemente, a uma análise deturpada. Sob a ótica das diferenças homens/mulheres, ressalta, o que fica patente é que o modelo de competência vigente implica um processo de aprendizagem que exclui, de forma tendenciosa, as mulheres do mundo da produção.

existência de algumas similaridades, especialmente no tocante ao crescimento de desemprego, instabilidade do emprego e críticas ao Estado de Bem-Estar.

Interessante enfatizar que a lógica da acumulação flexível, instaurada no bojo de tais mutações, conduz a um “novo” tipo de sociedade salarial, a uma heterogeneidade de práticas laborais, de emprego (este coexiste com grandes índices de desemprego e de subemprego) e, conseqüentemente, à diversificação na exploração da força de trabalho que se efetiva, principalmente, via introdução de novos mecanismos de apropriação dessa força de trabalho; desmonte do setor produtivo estatal com privatização de serviços públicos, de regulação de trabalho com perdas trabalhistas conquistadas na luta, originando uma segmentação jurídica que restringe, ao invés de ampliar as garantias de um contrato de trabalho regular, submetendo a sua lógica à racionalidade instrumental do mercado; terceirização, expansão do trabalho informal, dentre outras que expressam as múltiplas faces da precarização.

Essa diversificação possui conseqüências negativas e diferenciadas segundo os sexos, as raças, as idades, etc., ainda que os estudos que abordem a questão não levem em conta a dimensão do sexo, ou do gênero, conforme atesta Hirata (2002, p. 229), quando diz que,

Essa construção teórica da especialização flexível baseia-se no trabalhador homem como figura universal e mostra que as novas tendências na divisão do trabalho vão no sentido do surgimento de uma fábrica flexível, cuja figura emblemática seria o operário muito qualificado e politizado.

Afirmativa que revela que a própria noção de flexibilidade ou de especialização flexível foi construída ignorando qualquer abordagem em termos de relações construídas social, cultural e historicamente entre homens e mulheres, mantendo intocável a divisão sexual do emprego, considerando que tal divisão sexual funciona como pré-condição para a vigência da flexibilidade do trabalho. Entretanto, adverte a autora, considerando a relevância da divisão sexual do trabalho, pode-se dizer, a partir do processo da feminização do trabalho por exemplo, que a “flexibilidade é sexuada”, tendo em vista que as trabalhadoras do sexo feminino são suas principais protagonistas (HIRATA, 2001, p.5-8), ainda que a chamada flexibilidade interna<sup>38</sup>, que se refere à polivalência, rotação, integração de tarefas e trabalho em equipe, remeta fundamentalmente à mão-de-obra masculina.

---

<sup>38</sup>Kergoat (1992) identifica a existência de duas formas de flexibilidade: uma que se volta para a formação qualificante e polivalente para os homens (flexibilidade interna) e, outra caracterizada

São estratégias que se redimensionam, inclusive ocultando a relação diferencial dos homens e mulheres no âmbito da divisão sexual do trabalho, no bojo da atual reestruturação capitalista e que levam Nogueira (2004, p. 36) a estabelecer um estreito vínculo entre a lógica da flexibilização e o crescimento do trabalho feminino em diversos países capitalistas ocidentais. Este aumento, em conformidade com a autora, já representa cerca de 40% ou mais da força de trabalho, expressando a clara articulação entre relações de classe e de gênero, aqui entendidas como estruturantes e sexuadas, que vem favorecendo as mulheres.

Associação que parece apontar ainda para uma inter-relação do processo de feminização esboçado nas atuais mudanças societárias com a dupla exploração das mulheres, tendo em vista que a divisão sexual do trabalho não se alterou de forma substancial, a ponto de promover relações equânimes nas esferas laborais (NOGUEIRA, C., 2004). Desse modo, Saffioti (1987, p. 50) diz:

[...] ainda que a mulher trabalhe fora em troca de um salário, cabe-lhe realizar todas as tarefas domésticas. Como, de acordo como o modelo, os afazeres domésticos são considerados 'coisas de mulher', o homem raramente se dispõe a colaborar para tornar menos dura à vida de sua companheira.

Muitas das proposições que se fazem presentes nesta lógica, tais como o trabalho de tempo parcial, horários flexíveis, contratos temporários, pagamento por hora de trabalho, por atividade, trabalho a domicílio etc., parecem atrair mais as mulheres, pelas possibilidades que oferecem especialmente por garantir uma jornada de trabalho em regimes excepcionais. No entanto, essas inovações, geralmente se caracterizam pela ausência de estatuto de emprego e de qualquer proteção social e pela impossibilidade de conciliar o trabalho produtivo com o trabalho doméstico.

Nesse espaço, historicamente, os contratantes não costumam pagar os benefícios sociais e direitos vinculados ao trabalho e a força de trabalho das mulheres soma-se "as habilidades" por elas desenvolvidas nas atividades reprodutivas (atenção, organização, zelo, cuidado, paciência etc.), vinculadas, portanto, às tarefas domésticas, o que certamente, concorre para agravar as desigualdades que lhes cercam em relação aos homens no mercado de trabalho, elevar suas jornadas e acentuar suas históricas formas de exploração.

---

pelos formas de empregos ditos 'atípicos' para as mulheres (flexibilidade externa), expressa, sobretudo, por empregos precários.

Conforme pode ser constatado na afirmação de Nogueira (2004, p. 36) que diz:

[...] quando o trabalho produtivo é realizado no espaço doméstico, o capital, ao explorar a mulher como força de trabalho, apropria-se com maior intensidade dos seus “atributos” desenvolvidos nas atividades reprodutivas, vinculados às tarefas oriundas de seu trabalho reprodutivo. Dessa forma, além de o capital intensificar a desigualdade de gênero na relação de trabalho, ele acentua a dimensão dúplice da sua exploração [...]

No Brasil, as transformações advindas da reestruturação produtiva possuem alguns traços particulares e singulares, em virtude de seu desenvolvimento tardio, uma vez que a acumulação industrial só ganha impulso no país a partir do getulismo, na década de 1930; de seu Produto Interno Bruto (PIB) per capita ter estancado em níveis muito baixos (cerca de cinco mil dólares anuais por habitante) em relação aos países desenvolvidos, onde este é cinco vezes maior, atingindo até 25 mil dólares; e de uma distribuição de renda altamente desigual e concentrada nas mãos daqueles que já têm maior renda (BALTAR, 2000).

O período que vai do pós-guerra até o final da década de 1970, momento da industrialização da economia brasileira, também foi marcado pelo crescimento do emprego na indústria de transformação e no setor terciário, que, dentre outras coisas, ampliou as oportunidades de trabalho das mulheres. Contudo, tal crescimento foi paralisado na década seguinte (1980), quando a economia brasileira sofreu um processo de estagnação e conviveu com uma hiperinflação<sup>39</sup>, e, principalmente, com a chegada da década de 1990, considerando que a mesma veio acompanhada de grandes transformações para a classe que vive do trabalho, em termos de mutações sociotécnicas no processo produtivo e na organização do controle social do trabalho.

Momento em que a implantação de medidas flexibilizantes tornou-se estratégica, pelo menos no âmbito dos discursos políticos, para o suposto reencontro com o progresso econômico; a via para o combate ao desemprego, para o saneamento das finanças públicas após a estagnação da economia na década de 1980. Dessa forma, a crise vivenciada pelos países latino-americanos foi interpretada como sendo uma crise fiscal do Estado, conduzindo de forma voluntária ou involuntária à adoção de medidas restritivas que submeteram o Estado nacional

---

<sup>39</sup>Os anos de 1968 a 1973 demarcam no país os anos do chamado “milagre econômico” que impulsionaram a economia brasileira com o correspondente crescimento de postos de trabalho. Nos anos de 1980 essa fase de crescimento econômico é interrompida, ocasionando altas taxas de desempregos, elevados índices inflacionários, originando a concepção de que esta fora uma década perdida.

aos ditames do capital estrangeiro, tal como preconizado pelo FMI e pelo Banco Mundial. Desse modo, diretrizes econômicas e políticas de ajustes pautadas em princípios do neoliberalismo foram adotadas provocando sérias implicações, conforme demonstra Antunes (2006, p. 22),

[...] como consequência desse processo, presenciou-se uma significativa redução dos postos de trabalho, que oscilava em decorrência dos movimentos do mercado, além da reorganização produtiva, por meio da implantação de células de produção, introduzindo o denominado trabalho 'polivalente' ou 'multifuncional', que na verdade mais se assemelha a um mecanismo responsável por níveis mais acentuados de intensificação e exploração da força de trabalho.

Trata-se, portanto, de uma crise que se mescla com a destruição de instituições e serviços públicos e que reacende uma antiga discussão que questiona a relação entre Estado e economia. Nestes termos, a direção é que se promova a desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira, privatização das empresas públicas, reforma liberal do Estado, flexibilização do mercado de trabalho e estabilização monetária, de modo que o Estado, principal empregador formal das mulheres no Brasil, possa ser retirado do cenário econômico.

Uma crise que reatualiza elementos persistentes na tradição capitalista, em que o mercado reina soberano (passa a ser mediador e provedor de todas as necessidades), produzindo um novo tipo de exclusão social, em que a integração a este se faz sob a ótica da precarização, mas, com o título da “modernidade”.

Para Kergoat (1998), a estrutura da divisão sexual permanece inalterada e encobrindo as relações de poder nesse contexto de flexibilização, mesmo com a elevação progressiva das mulheres no espaço público laboral, considerando que a idéia da naturalidade da distinção entre as atividades que cabe aos homens e às mulheres na vida social, por exemplo, continua prevalente no século XXI, independente ou não delas estarem inseridas no mercado de trabalho. Em assim sendo, embora as fronteiras entre o masculino e o feminino se desloquem, a hierarquia social que confere superioridade a este primeiro não foi superada, o que faz com que a divisão do trabalho se mantenha (HIRATA; KERGOAT, 2003, p. 20), uma vez que a chamada “conciliação” entre vida profissional e vida familiar continua sendo realizada, quase que exclusivamente pelas mulheres. Isso porque a realização de tais atribuições permanece associada à força de trabalho feminina.

Razão pela qual é preciso atentarmos para as mudanças em curso, primeiro para não se perder de vista o conjunto de elementos existentes nas

especificidades de gênero e que são amplamente utilizados pelo capitalismo para controlar a hierarquização do modo de produção e de reprodução do capital (NOGUEIRA, 2006, p. 28). Segundo, para apreendermos em que medida o processo, ora denominado de feminização do trabalho, não estaria sendo funcional para expansão do capital via intensificação, dentre outras, da exploração da força de trabalho das mulheres. Configurando uma nova forma de reprodução e acumulação do capital que estaria se delineando também através da reatualização/reificação da cultura conservadora (reservando para as mulheres espaços específicos, em geral caracterizados pela inferioridade hierárquica, baixos salários e por atividades consoantes as suas supostas capacidades inatas), reduzindo a problemática da mulher trabalhadora a uma relação polarizada entre homens e mulheres, subordinando e, em alguns casos, até mesmo desconsiderando as complexas relações entre as dimensões de gênero e de classe.

### **2.3 Feminização do trabalho em tempos de reestruturação do capital: elementos para debate**

A reflexão acerca da feminização do trabalho como categoria teórica de análise é algo recente<sup>40</sup>, ainda que a luta das mulheres em prol de seus direitos e reconhecimento como cidadã e trabalhadora legal já tenha algumas décadas conforme fora demonstrado anteriormente. Trata-se, portanto de uma categoria em movimento, em processo de construção.

O foco do debate está centrado na elevada proporção de mulheres em processos capitalistas contemporâneos com o propósito de entender as razões que têm levado a ampla requisição da força de trabalho feminina pelo mercado de trabalho. Neste debate, recorreremos aos estudos de várias autoras, tais como Lavinias (2005); Hirata (2002), C.Nogueira (2004; 2006); Bruschini (1982; 1998), Saffioti (1997), dentre outras que, preservam as suas particularidades, mas, em muitos aspectos favorecem a complementação da análise de um processo inconcluso.

---

<sup>40</sup>No Brasil, em conformidade com Araújo (2002), só se começa a falar em feminização do mercado de trabalho em estudos e pesquisas, a partir de 1990. Momento em que mudanças significativas no emprego da força de trabalho das mulheres começam a ser fortemente observadas.

Das leituras efetivadas procuramos extrair não uma definição semântica do processo<sup>41</sup>, mas, fatores, elementos, hipóteses explicativas que pudessem auxiliar no entendimento das formas (diversificadas) de incorporação e de concentração das mulheres no universo do trabalho<sup>42</sup>. Apreensão para além do enfoque quantitativo, o que não significa que dados numéricos tenham ficado ausentes do estudo, tendo em vista que esta progressão tem aumentado, conforme evidenciado em Lavinias (2005) e Hirata (2002), de forma linear e praticamente alheia às flutuações da atividade econômica. Ou seja, tal elevação não é decorrente, apenas, da conjuntura do mercado de trabalho, muito menos fruto exclusivo, das mudanças no processo de organização do trabalho.

O propósito é refletir em que medida tais elementos estariam, concretamente, redefinindo a posição feminina na esfera da produção e/ou se configurando como mais uma estratégia para a recomposição orgânica do capital, através da constituição de uma nova modalidade de exploração dessa força de trabalho tendo em vista o paradoxo que media o processo de feminização do trabalho no atual contexto da reestruturação capitalista, particularmente da flexibilização do trabalho.

Conforme já aludido na introdução desta tese, o processo de feminização do trabalho se apresenta como um fenômeno complexo, e não se constitui, de modo algum, uma particularidade brasileira, uma vez que o mesmo vem sendo visualizado em escala nacional e internacional. Um processo que tem se intensificado nas últimas décadas, especialmente no período em que se inicia a crise do taylorismo/fordismo, bem como a era da acumulação flexível e o advento do neoliberalismo (NOGUEIRA, C., 2004).

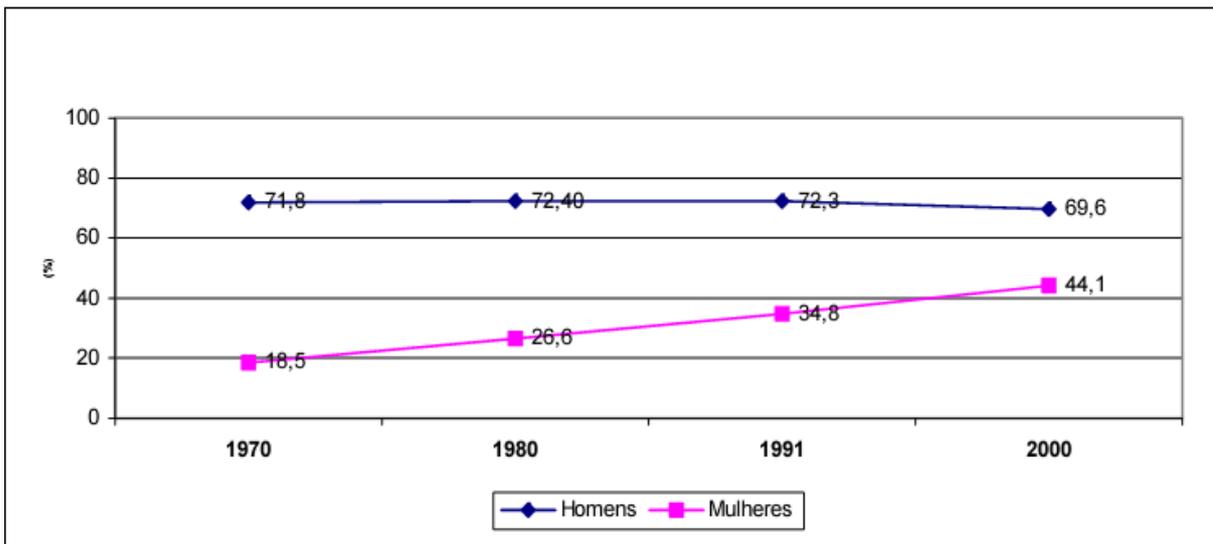
O gráfico 1, elaborado por Guedes e Alves (2004), tendo por base os resultados dos últimos quatro censos demográficos realizados pelo IBGE, nos anos de 1970, 1980, 1991 e 2000, permite visualizar com mais precisão a ascensão da força de trabalho das mulheres no Brasil. Fica patente que tal elevação, além de constante, também tem sido intensa, enquanto a taxa referente ao grupo masculino

---

<sup>41</sup>Semanticamente a palavra feminização é um substantivo (de feminizar+ação), que vem sendo utilizada para designar ato ou efeito de feminizar; dar feição feminina a algum aspecto da vida social. Mais detalhes em: Feminização (2008).

<sup>42</sup>A eleição do mundo do trabalho para a reflexão do processo da feminização se justifica por ser este um espaço social que bem reflete as mudanças estruturais, comportamentais e o delineamento de novos papéis sociais de homens e mulheres em nossa sociedade.

se apresenta praticamente linear, com pequenas variações ao longo do período. Fato justificado pela perda do dinamismo da indústria de transformação e de sua reestruturação produtiva na década de 1990, setor econômico em que predominam trabalhadores do sexo masculino, acarretando perda de postos e redução de salários penalizando muito mais a eles e, de certa forma, forçando a ida de muitas mulheres para o mercado de trabalho.



Fonte: Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Gráfico 1 – Taxa total de participação de homens e mulheres no mercado de trabalho brasileiro

Ressalta-se que os indicadores (taxas de atividade, porcentagens na PEA e entre os empregados) que têm servido como referência para revelar a importância crescente da força de trabalho feminina em relação à masculina vão variar conforme a raça ou cor, as grandes regiões brasileiras e as unidades da federação. Em conformidade com Bruschini e Lombardi (2007), é na região Sul onde se verifica a maior taxa de atividade feminina (e masculina também) e o recorde nacional de participação feminina entre os empregados.

De acordo com Gonçalves (2003), Lavinias (2005), Nogueira (2006), Hirata (2002) e Mourão (2006), o referido processo de feminização é marcado por um movimento composto por várias dimensões que estariam, conforme explicitado acima, para além da necessidade econômica e oportunidades oferecidas pelo mercado em conjunturas específicas. Seja em fases de recessão ou nos ciclos de expansão da economia essa participação continua crescente.

Percebe-se então que este processo vem sendo impulsionado por mudanças estruturais e culturais que estão ocorrendo no mundo todo e afetando não somente as mulheres, mas igualmente as famílias brasileiras, sobretudo no que tange ao modelo dual que atribui ao homem o papel principal de provedor da família e à mulher, as responsabilidades reprodutivas. Contudo, não de forma satisfatória para todas no tocante a condições salariais, garantias trabalhistas e ocupações de postos de trabalho compatíveis com sua formação profissional e/ou nível de escolarização (GONÇALVES, 2003).

O processo de feminização do trabalho seria resultante de dois movimentos igualmente importantes: por um lado, pode estar se configurando por essa crescente presença do feminino, pois não há como negar a ampliação do leque profissional das mulheres nos últimos 30 anos, principalmente no interior do trabalho precarizado, numa combinação de fatores que se redimensionam no atual processo de reestruturação produtiva (GONÇALVES, 2003); por outro lado, pode ser em decorrência das significativas transformações nos padrões culturais da mulher (LAVINAS, 2005).

Transformações que têm concorrido também para uma nova visão do papel social das mulheres na sociedade, fomentadas pelos movimentos feministas, sobretudo a partir dos anos 1970 e pela presença cada vez mais ativa destas nos espaços públicos.

Segundo Bruschini e Lombardi (2003), somam-se a essas razões as alterações nos arranjos familiares, em muitos das quais as mulheres configuram-se como única provedora no sustento da família. Em 1998, 26% do total das famílias do país passaram a ser chefiadas por mulheres, percentuais mais elevados nas regiões Norte com 28%, no Nordeste, com 27%, segundo o IBGE, 2000)<sup>43</sup>. Em outros casos, elas têm que contribuir ao lado de seus pares no aumento da renda familiar, passando de 37,6% no início dos anos 1990, para 51,3%, em 1998, considerando-se as crises econômicas e seus impactos negativos sobre os rendimentos dos trabalhadores.

Aumento da escolaridade feminina, em particular no ensino superior lhes possibilitando elevar suas credenciais para melhores ocupações (55,1% dos

---

<sup>43</sup>Bruschini e Lombardi, (2003) com base nas pesquisas divulgadas pelo IBGE em 1998, destacam que as famílias chefiadas por mulheres estariam mais representadas nos estratos mais pobres da população. Dos 45% das chefes de famílias brasileiras eram pretas e pardas e, nesse mesmo período, 14% tinham rendimentos inferiores a um salário mínimo. Mais detalhes em Bruschini e Lombardi (2003).

ingressantes no ensino superior em 1998 eram do sexo feminino); queda da taxa de fecundidade que as têm deixado com maior disponibilidade para o exercício profissional (esta caiu de 5,8 filhos, em 1970, para 2,3 filhos em 1999); aumento da expectativa média de vida do brasileiro (de 33,6 para 68,6 anos, sendo maior para as mulheres: 72,6 anos, de acordo com o IBGE (2000).

Nos anos recentes, os dados da PNAD/IBGE (2005) continuam confirmando essa tendência quando revelam que, de 2004 para 2005, a população ocupada aumentou em 2,5 milhões pessoas, sendo que 52% destas eram mulheres. O nível da ocupação feminina subiu no período de 45,6% para 46,4%, enquanto o da masculina não subiu de modo significativo, passando de 68,2% para 68,3%. Resultados que indicam a continuidade do forte ingresso feminino no mercado de trabalho (IBGE, 2000).

Para Lavinias (2005), esse crescimento quantitativo de mulheres no mercado de trabalho tem se efetivado, sobretudo porque elas vêm se mostrando mais adequadas ou hábeis aos novos postos de trabalho do que os homens. Postos em que, geralmente, predominam ocupações precárias na qual se incluem o trabalho doméstico, o informal, o não remunerado e o executado para consumo próprio ou da unidade familiar e ausência de garantias trabalhistas.

Modalidades que não só oportunizam às mulheres uma possibilidade concreta de inserção no mercado, como vão sendo consideradas adequadas para estas, por permitir a conciliação do trabalho produtivo com o reprodutivo, sustentado pelo pressuposto de que este último é de responsabilidade exclusiva do sexo feminino.

Um outro dado que chama atenção se refere à alocação dessa força de trabalho. De acordo com o censo realizado pelo IBGE em 2000, para o grosso do contingente feminino no mercado, as chances de trabalhar são maiores em determinados setores econômicos, como o de prestação de serviços e em grupos de ocupações em que sua presença já é tradicional, como professoras, pessoal de enfermagem, secretárias e recepcionistas. Ainda que tais dados sinalizem um movimento de mudança de inserção de mulheres entre os chefes, gerentes e administradores e algumas profissões técnicas e científicas de prestígio.

Vale lembrar que o tempo de trabalho das mulheres na esfera reprodutiva é algo imprescindível para o processo de valorização do capital, uma vez que a

realização de seu ciclo produtivo seria inviável sem o trabalho feminino realizado na esfera reprodutiva.

Acrescenta-se a tudo isso a conotação de que o trabalho e o salário femininos são complementares, no que tange às necessidades de subsistência familiar. Embora saibamos que hoje, para algumas famílias, essa premissa não é mais verdadeira, pois o valor “complementar” do salário feminino é freqüentemente imprescindível para o equilíbrio do orçamento familiar, especialmente no universo da classe trabalhadora.

Desse modo, percebemos que os atuais requisitos femininos estariam assim, para além de questões das demandas do mercado de trabalho por uma força de trabalho mais vulnerável. Estariam articulados a características e atributos advindos do velho padrão da divisão sexual do trabalho e que, na atualidade, teriam sido convertidos em supostas “vantagens” profissionais, com o redimensionamento tanto do processo de produção como do processo de trabalho, de forma mais enxuta e sistêmica, expresso na requisição de qualidades que estão acima da qualificação formal e que no caso das mulheres, em sua grande maioria, são adquiridas informalmente e fora do sistema produtivo por meio de treinamento no trabalho doméstico (HIRATA, 2002, p. 46).

Sob a ótica do compromisso, da auto-afirmação, da abnegação, da sensibilidade e da responsabilidade, qualidades pretensamente femininas vão sendo potencializadas, re-atualizadas nessas relações. O que, no nosso ponto de vista, implica o redimensionamento do trabalho das mulheres sob duas vertentes: uma de natureza sócio-econômica, caracterizada pela diversificação da exploração da força de trabalho, e outra, de natureza sócio-política, expressa pela busca de emancipação, de autonomia e igualdade das mulheres no mercado de trabalho em termos de salários, jornadas e postos de trabalho, dentre outros.

Contudo, cabe assinalar que, apesar da intensa absorção da força de trabalho feminina por parte do mercado, Lavinhas (2005) ainda nos lembra que a crescente demanda das mulheres por novos postos de trabalho não vem se dando na mesma proporção da oferta, ou seja, esta ainda é bem inferior àquela.

Situação que se agrava com as medidas flexibilizantes e o correspondente declínio dos empregos formais e aumento do desemprego, que, na década de 1990, chega a patamares jamais registrados no país. Em conformidade com a Pesquisa de Empregos e Desemprego (PED) para as regiões mais

importantes do país, apresentada por Bruschini e Lombardi (2003), alcança uma média de 15% em 1994 e de 20% em 1999, sendo as mulheres trabalhadoras as mais atingidas. Nesses termos, no decorrer dessa década, o desemprego feminino, que até então era similar às taxas masculinas, tornou-se mais acentuado.

Realidade constatada também pelo PNAD (2005), quando revela que mais da metade das mulheres estão fora do circuito do mercado; que a taxa de desocupação aumentou no país, passando de 8,9%, em 2004, para 9,3%, em 2005. É certo que houve elevação nos dois gêneros, entretanto, a taxa de desocupação feminina (12,2%) permaneceu com percentual maior que a masculina (7,1%), indicando forte pressão das mulheres sobre o mercado de trabalho.

Uma hipótese levantada por Lavinias (2005) para explicar esse aumento do desemprego das mulheres em relação aos homens estaria relacionada com a corrida do contingente de trabalhadores do sexo masculino, dispensados das indústrias após o início do processo de reestruturação produtiva, para os postos abertos com o crescimento do setor de serviços, tradicional reduto feminino. Nesse contexto de sucessivas instabilidades econômicas e de acirrada competição internacional proporcionada pela abertura da economia brasileira a partir de 1990, o setor se amplia e diversifica com mecanismos como a terceirização. Fato que possibilita uma “vantagem comparativa”, em certa medida perversa, e que coloca a força de trabalho masculina em situação semelhante à feminina em termos de desemprego.

Assim, se antes a vigência de um novo e expansivo padrão de acumulação flexível do mercado favorecia as mulheres, mesmo que em postos de trabalhos mais precários, nessa conjuntura, seus ganhos se reduzem com a perda de tais postos para os homens.

Segundo Bruschini e Lombardi (2003), a ocupação masculina nesse setor vem sendo registrada de forma gradual, mas crescente e há cerca de três décadas. Teria passado de 5%, em 1970, para 12%, no final dos anos de 1990, estando os homens mais presentes nos serviços administrativos, de turismo, serventia, segurança e saúde.

Diante do exposto, fica patente que o processo da feminização do trabalho não decorre de um motivo isolado. O que estaria transformando a vida das mulheres e se expressando não só no crescimento da atividade feminina, mas

também no perfil da força de trabalho desse sexo, e sem sinais de reversão, vem sendo fomentado, conforme evidenciado nas autoras eleitas, por uma série de fatores, dentre os quais se destaca:

- a) crescente urbanização do país, que implicou a ampliação de oportunidades em termos de mercado de trabalho, mão-de-obra especializada, inclusive de mulheres pertencentes à massa urbana empobrecida que adentraram as fábricas, ainda que permeadas pelas desigualdades salariais, nichos de trabalhos femininos e jornadas mais longas;
- b) impulso poderoso promovido pelas mulheres e por movimentos feministas multifacetados;
- c) crescente reivindicação por igualdade cívica e política, resultando na legislação sobre igualdade entre os sexos, sobretudo no tocante a igualdade de oportunidades no acesso aos postos de trabalho e combate as formas de discriminação no mercado de trabalho;
- d) melhor controle reprodutivo feminino, devido principalmente ao uso de métodos contraceptivos, levando ao controle e/ou adiamento da maternidade e a um menor número de filhos. De acordo com o IBGE (2000), atualmente a média de filhos por mulheres é de 2,86;
- e) generalização de materiais eletrodomésticos favorecendo a otimização do tempo gasto com os afazeres domésticos;
- f) transformações nos padrões culturais e nos valores relativos ao papel social da mulher;
- g) elevação do nível educacional das mulheres<sup>44</sup>;
- h) mudanças nos arranjos familiares e conjugais, com destaque para as famílias mono parentais chefiadas por mulheres;
- i) busca de autonomia financeira e de emancipação feminina em prol de reconhecimento profissional, para suprir a ausência ou redução dos rendimentos devido o crescimento da pobreza;
- j) alterações no perfil das mulheres trabalhadoras que de jovens, solteiras e sem filhos (predominante em 1970), passaram a ser mais velhas, casadas e mães a partir dos anos de 1980;

---

<sup>44</sup>A escolarização possui uma relação direta com a participação laboral do contingente feminino. Assim, quanto mais elevada à escolaridade, mais expressiva é a participação das mulheres no mercado de trabalho.

- k) construção de espaços de participação política e social, como os conselhos municipais, estaduais e nacionais dos direitos da mulher, canais fomentadores de discussão e de lutas pela institucionalização das demandas femininas em políticas públicas, defesa de direitos civis iguais para ambos os sexos<sup>45</sup>;
- l) secretaria com status de ministério – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) para tratar especificamente de assuntos relacionados à mulher<sup>46</sup>;
- m) significativo processo de reestruturação produtiva em escala global;
- n) flexibilização acentuada do mercado de trabalho;
- o) expansão da economia de serviços.

Fatores que também se somam à ampliação que o conceito de trabalho sofre a partir de 1992 pelo IBGE<sup>47</sup>, quando estatísticas oficiais passam a incluir nessa categoria atividades voltadas para o autoconsumo, a produção familiar, entre outras, que, até então, não tinham este estatuto. Como em sua maioria essas atividades estas são desenvolvidas por mulheres, isso fez com que o efeito da metodologia incidisse mais sobre elas, sobretudo a partir de 1993, período em que as taxas masculinas mantiveram-se inalteradas, segundo Bruschini e Lombardi (2003, p. 325). Contudo, as autoras em referência ressaltam que essa nova metodologia ainda não avançou o suficiente a ponto de incluir as atividades domésticas realizadas pelas donas-de-casa (não remuneradas), que permanecem computadas como inatividade econômica.

---

<sup>45</sup>O resultado das ações desses espaços podem ser visualizados no atual Código Civil que garante autonomia feminina na tomada de decisões relativas ao lar, eliminando a supremacia masculina nas questões familiares; na liberdade para declarar separadamente o Imposto de Renda e ter seus filhos como dependentes para dedução do referido imposto; igualdade de direitos para filhos de relações extraconjugais em relação aos gerados no matrimônio; institucionalização da violência sexual como crime contra os direitos humanos em oposição ao crime moral; expansão dos direitos trabalhistas e previdenciários para os empregados domésticos, dentre outros.

<sup>46</sup>A criação dessa Secretaria não deixa de ser um grande avanço do movimento feminista na sua luta pelo fim da desigualdade de gênero, além de também representar o aparente compromisso do governo para com esse fato, pois requer orçamento para implementação de políticas e, principalmente, a garantia de que estas tenham a transversalidade de gênero como fundamento central.

<sup>47</sup>De acordo com Bruschini e Lombardi (2003) o novo conceito de trabalho inclui: a) ocupações remuneradas em dinheiro, mercadorias ou benefícios na produção de bens ou serviços; b) ocupações remuneradas em dinheiro ou benefícios no serviço doméstico; c) ocupações sem remuneração na produção de bens e serviços desenvolvidos durante pelo menos uma hora na semana seja na condição de ajuda a membro da unidade domiciliar, por conta própria ou empregador; em ajuda a instituição religiosa, beneficente ou de cooperativismo; como aprendiz ou estagiário; d) ocupações desenvolvidas pelo menos uma hora por semana na produção de bens e na construção de edificações e benfeitorias para uso próprio ou de pelo menos um membro da unidade domiciliar.

Por outro lado, é preciso atentar para as contradições que também fazem parte desse processo, uma vez que não se pode perder de vista que, sobretudo na contemporaneidade, a prosperidade do emprego feminino vem se efetivando, mas, sob a ameaça do desemprego e subemprego (GONÇALVES, 2003); com uma clara concentração de mulheres em alguns postos ocupacionais, em geral menos qualificados e menos valorizados, comumente relacionados ao cuidar (NOGUEIRA, 2004); para persistência da cultura patriarcal que tende a acentuar a desigualdade entre os sexos, bem como em relação aos valores médios pagos para os trabalhos realizados conforme o sexo (HIRATA, 2002); para a sub-representação de mulheres em cargos de comando (MOURÃO, 2006), além de uma flexibilização acentuada do mercado de trabalho que se faz associada a elementos que evidenciam a precarização das relações de trabalho que atinge toda classe trabalhadora (LAVINAS, 2005).

De acordo Gonçalves (2003), a presença feminina tem sido visualizada, principalmente, em alguns setores de atividades específicos, como o de prestação de serviços e o social. Em postos de trabalho, em sua maioria, demarcados pelas funções da reprodução (educação e saúde), da conservação de empresas e escritórios (limpeza, hotelaria e funções de secretariado), da relação (vendedoras, caixas). Ou seja, em categorias ocupacionais comumente vistas como nichos profissionais que se formam segundo o sexo dos trabalhadores e que, no caso específico das mulheres, são constituídos, primordialmente, por atividades demarcadas pelo tradicional lugar feminino na esfera do lar sem que houvesse uma ruptura com a velha divisão do trabalho e com a hierarquia dos papéis que definiam os sexos no universo familiar.

No entendimento de Bruschini e Lombardi (2003, p. 347), a estrutura ocupacional feminina se caracteriza, de modo geral, por dois segmentos distintos em termos de qualificação, prestígio e remuneração. Assim, de um lado se encontram as ocupações com menor nível de qualificação, de menor prestígio e, conseqüentemente, menor remuneração e que comportam atividades exercidas quase que exclusivamente por mulheres, exemplificadas pelas ocupações em serviços administrativos e de turismo, higiene e beleza e auxílio à saúde, que juntas, representam cerca de 50% dos empregos formais femininos. De outro, estão às ocupações de nível superior, caracterizando uma força de trabalho mais qualificada, de maior prestígio e remuneração visualizada nas áreas do ensino, das

leis e das artes, que, juntas respondem pela oferta de 18% dos empregos femininos nesse nível.

As autoras ressaltam que, dentre as profissões tidas como qualificadas, a área do ensino foi quem se caracterizou, através do tempo, como uma das poucas reconhecidamente de atuação feminina. Dado também sinalizado por Louro (1997). Entretanto, esta última autora ressalta que o magistério só se tornou uma atividade “indicada” para as mulheres após passar por um amplo processo de ressignificação, ou seja, após muitas polêmicas e a disseminação de argumentos favoráveis à necessidade de professoras, especialmente das crianças, com destaque para o que enfoca a relação de afeto (ligada à relação das mães com seus filhos) como componente indispensável ao desenvolvimento físico e emocional das crianças.

Desse modo, o magistério passa a tomar de empréstimo atributos que são tradicionalmente associados às mulheres, como o amor, a sensibilidade, o cuidado, etc, para que pudesse ser reconhecido como uma profissão admissível ou conveniente. As professoras passam então a ser representadas como mães espirituosas e cada aluno/a como seu filho/a. Assim,

Em que pesem as profundas modificações nas condições de trabalho e na remuneração dos docentes brasileiros nas últimas décadas, o que tem conduzido a uma desvalorização da função de ensinar por parte dos próprios professores e da sociedade (ou talvez por isso mesmo), a categoria continua eminentemente feminina: em 1998, 95% dos professores da educação infantil eram mulheres, assim como 88% dos professores do ensino especial, 87% dos professores do ensino fundamental, 72% dos do ensino médio, 72% dos professores de língua e literatura do ensino superior, uma década antes os índices já se aproximavam bastante dessa proporção. (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2003, p. 349).

Mas as autoras supracitadas também ressaltam que as mulheres têm, ainda que em pequena significação numérica no conjunto dos empregos de ambos os sexos, adentrado em algumas áreas profissionais de prestígio, culturalmente reservadas aos homens até bem pouco tempo atrás, um deslocamento de fronteira prodigioso. Exemplo que pode ser visualizado nas áreas Jurídicas, de Engenharia, Arquitetura e Medicina, o que denota a ampliação das possibilidades de uma inserção qualificada no mercado de trabalho nesses nichos, pelo menos para as mais escolarizadas.

Ingresso este que vem se dando pela convergência de vários fatores, com destaque para a intensa transformação cultural ocorrida no limiar dos anos de 1960, impulsionando as mulheres para o ensino superior, bem como para as

transformações pelas quais passaram tais profissões, em termos de especialização e de remuneração, em detrimento da antiga autonomia profissional.

Fatores que repercutiram diretamente no nível de prestígio atribuído a tais profissionais e favoreceram a abertura de outros espaços para a inserção feminina. Entretanto, as autoras fazem uma importante observação a esse respeito:

[...] mesmo que essas mulheres estejam ocupando novos e promissores espaços de trabalho, nos quais as características da sua inserção são bastante similares às dos homens, elas permanecem submetidas a uma desigualdade de gênero presente em todos os escalões do mercado de trabalho no que tange aos rendimentos: ganham menos do que seus colegas de profissão do sexo masculino. (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2003, p. 350).

Para Nogueira (2004), ao se analisar a força de trabalho das mulheres no Brasil nas últimas décadas, é mister que o primeiro ponto a se destacar é, sem sombra de dúvida, o acentuado crescimento do trabalho feminino, denominado pela literatura como *feminização do trabalho*. Entretanto, apesar de esse representar um ganho significativo e real para as mulheres, além de um enorme passo rumo ao seu processo de emancipação, não se pode desconsiderar as disparidades que lhes atingem, sobretudo quando o assunto é remuneração.

Nesse sentido, a autora nos mostra que as mulheres ainda estão predominantemente nas faixas de rendimentos mais baixos quando comparadas aos homens (NOGUEIRA, 2004, p. 70-71). Mesmo que ambos se encontrem sob os mesmos níveis de qualificação, vínculos de trabalhos, setores de atividades e jornadas de trabalho semanal, suas faixas salariais são distintas (esta se aproxima, mas não se iguala), o que aponta para a desigualdade em relação aos valores médios pagos para os trabalhos realizados conforme o sexo. Desigualdade em que a divisão sexual do trabalho ocupa lugar central, considerando que esta é reforçada pela representação do trabalho masculino como sendo de valor superior ao do trabalho e das “qualidades” femininas.

Questão também pontuada por Hirata e Lê Doaré (1999, p. 17-18), quando discutem tal fato:

As desigualdades de salário – compreendidas em trabalho igual – são constatadas por toda parte do mundo, até em países que assinaram as convenções da OIT, que as proíbem [...]. No setor industrial dos países desenvolvidos, o salário médio das mulheres representa três quartos do salário masculino, devido, em parte, a uma menor qualificação do posto, mas também a uma repartição desigual entre os ramos econômicos e os postos ocupados.

Dados apresentados pelas pesquisadoras Bruschini e Lombardi (2003, p. 350), tendo por base as estatísticas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) para o período de 1991-1996, revelam que o rendimento médio recebido pelas mulheres não agrícolas no Brasil, independente de níveis de escolarização, correspondia a 72% do recebido pelos homens; na França, este ganho correspondia a 81%; e no Japão, a 62%. Dados estes que tendem a ser mais dramáticos quando a questão do gênero no país, considera-se também a dimensão raça/cor, conforme explicitam as pesquisadoras:

[...] a discriminação de raça é mais intensa que a de gênero, uma vez que os homens brancos são os que ganham mais e ocupam as melhores posições no mercado de trabalho, seguidos pelas brancas, pelos negros e, no nível mais baixo, pelas negras. [...] Em qualquer situação, porém, as mulheres negras são as que mais sofrem, sob o peso da dupla discriminação. (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2003, p. 328).

Segundo o Departamento Intersindical de Estudos Sócio-Econômicos (2004),

A crescente entrada da mulher na força de trabalho é marcada pela desigualdade de inserção, de remuneração e de oportunidades, com conseqüências diretas sobre a qualidade de vida das famílias, sejam elas chefes ou não.

Nesses termos, percebemos que a intensa afluência das mulheres ao mercado de trabalho e ao processo de escolarização na atual conjuntura não tem sido suficiente para reduzir as desigualdades profissionais existentes entre homens e mulheres. Desse modo, embora as mulheres com nível universitário, por exemplo, estejam bem mais presentes no mundo do trabalho do que em tempos atrás (presença esta favorecida porque elas podem ter uma infra-estrutura doméstica melhor que supra a sua ausência do lar), parece não existir ainda uma equivalência em termos de participação no mercado e remuneração, mesmo que o mercado exija um maior nível de instrução e que as mulheres respondam melhor a esse pré-requisito por terem níveis mais elevados do que os homens. Em 1999, a PEA feminina tinha 6,8 anos de estudo enquanto a masculina tinha 5,9<sup>48</sup>, o que nos leva a inferir que os avanços da escolaridade feminina e de sua maior inserção na esfera da produção, apesar de relevantes, não têm sido suficientes para modificar de forma

---

<sup>48</sup>As mulheres têm obtido melhores resultados escolares do que os homens por várias razões, dentre estas estariam a sua baixa incidência de evasão e repetência; a própria cultura escolar vigente em sociedades patriarcais como a nossa, exigindo muito mais delas atitudes de dedicação aos estudos, obediência, bom comportamento, favoráveis à permanência e prosseguimento nos estudos, pressões sociais e econômicas que provocariam o ingresso mais precoce dos homens no mercado e em atividades que inviabilizam a continuidade dos estudos. Mais detalhes em Rosemberg (1989, p. 39-54).

substantial a desigualdade sócio-econômica que as cercam, conforme pode ser visualizado no quadro 1.

VARIÁVEL SALÁRIO MÍNIMO/HORA POR SEXO (BRASIL – 2000) - (EM %)			
Estratos de escolaridade	Homens	Mulheres	Proporção
0 a 3 anos (nenhum curso)	0,012	0,009	0,82
4 a 7 anos (Ensino Fundamental)	0,017	0,012	0,68
8 a 10 anos (Ensino Fundamental)	0,023	0,015	0,67
11 a 14 anos (Ensino Médio)	0,041	0,027	0,65
15 a 17 anos (Ensino Superior)	0,121	0,072	0,59

Quadro 1 – Variável salário mínimo/hora por sexo

Fonte: Censo Demográfico 2000 (IBGE, 2000)

Os dados do quadro 1 revelam que os diferenciais de rendimentos entre homens e mulheres parecem diminuir muito pouco com a elevação da escolaridade. Fato que conduz a Secretaria Especial de Políticas Públicas para Mulheres (2005) a afirmar que apenas uma pequena melhora salarial é o que a elevação do nível educacional propicia. O que sugere a coexistência de outros fatores (resquícios da cultura patriarcal) que permanecem operando para a manutenção dos diferenciais de renda entre os sexos, inerentes à divisão sexual do trabalho, com forte tendência à desvalorização do trabalho realizado pelas mulheres.

Situação essa que se complexifica ainda mais quando a esses diferenciais de remunerações entre homens e mulheres se acrescentam os setores econômicos, os grupos de horas trabalhadas, a posição na ocupação e os anos de estudo. Referindo-se aos outros setores econômicos, Bruschini e Lombardi (2003, p. 352) nos mostram que:

[...] nas indústrias, onde as relações de trabalho são mais formalizadas, enquanto 37% dos ocupados recebiam até 2 SM, entre as ocupadas 49% se situavam na mesma faixa de renda. Na prestação de serviços, o setor que mais emprega mulheres, 76% delas e apenas 41% dos ocupados ganhavam até 2 SM; no setor social, outro nicho ocupacional feminino, no qual se incluem as atividades de ensino e de auxílio à saúde, 41% das

mulheres que ali trabalham e 26% dos homens situavam-se naquele patamar de rendimentos. A situação subordinada da mulher no mercado de trabalho se revela também pela expressiva proporção das trabalhadoras na agricultura que não auferem rendimentos.

No tocante ao grupo de horas trabalhadas, Nogueira (2004, p. 74) observa, através de dados divulgados pela FIBGE, PNAD em 1995, que quanto menor é o tempo de trabalho, maior é a presença feminina. O quadro 2 revela alguns dados que comprovam tal tendência do mercado de trabalho.

No aludido quadro, fica patente que a jornada de trabalho de 40 a 44 horas de trabalho semanais se faz presente em 7.760.331 milhões de mulheres. Em contrapartida, para a mesma quantidade de horas, a presença de homens trabalhadores é quase o dobro, alcançando a cifra de 10.645.768 milhões. As exceções ficam por conta da presença majoritária das mulheres nos trabalhos de até 14 horas semanais e nos de 15 a 39 horas, uma vez que os dados expostos revelam que são 3.414.902 milhões de mulheres, contra 6.546.326 milhões de homens, respectivamente. De acordo com a autora, este é um dado que também sugere a maior precarização da força de trabalho feminina, considerando que, na maioria das vezes, são exatamente estes trabalhos de pequenas jornadas que têm uma menor remuneração.

RENDIMENTOS DOS OCUPADOS E OCUPADAS*, POR HORAS SEMANAIS TRABALHADAS – BRASIL, 1995	
Grupos de horas semanais trabalhadas no trabalho principal	Total (milhões) %
<b>Homens</b>	<b>41.863.309</b>
Até 14	1.001.056
15 a 39	6.546.326
40 a 44	14.882.407
45 a 48	8.774.228
49 ou mais	10.645.768
<b>Mulheres</b>	<b>27.765.299</b>
Até 14	3.414.902
15 a 39	9.620.116
40 a 44	7.760.331
45 a 48	3.273.359
49 ou mais	3.689.793

\*Excluídos casos de “sem declaração” nos totais das categorias.

Quadro 2 – Rendimentos dos ocupados e ocupadas, por horas semanais trabalhadas – Brasil, 1995

Fonte: Nogueira (2004)

Para Bruschini e Lombardi (2003), mesmo que as mulheres trabalhem o mesmo número de horas que os homens, elas ganham menos. Uma realidade recorrente não só no Brasil, mas, em todo o mundo. No que tange a esse grupo específico de horas trabalhadas, as autoras revelam que,

Considerando a jornada em tempo integral – de 40 a 44 horas semanais, por exemplo, temos 44% das mulheres e 38% dos homens ganhando até 2 SM. Comparativamente a 1993, porém, o ano de 1998 mostra uma melhora na distribuição dos rendimentos para os trabalhadores e as trabalhadoras em período integral, pois em 1993 48% dos ocupados e 56% das ocupadas recebiam até 2 SM pelo seu trabalho por aquela jornada semanal (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2003, p. 352).

O comportamento dos rendimentos auferidos por sexo aponta para duas tendências que, em conformidade com as autoras supracitadas, parecem se consolidar nos anos 1990, contexto da reestruturação produtiva. A primeira delas diz

respeito ao conjunto dos trabalhadores brasileiros, independente de sexo, e evidencia um decréscimo da parcela de homens e mulheres que recebem os rendimentos mais baixos, ou até dois salários mínimos, pelo seu trabalho.

Já a segunda tendência refere-se à desigualdade da remuneração entre os sexos no mercado de trabalho, decorrente da valorização diversa atribuída ao trabalho dos homens e das mulheres. Fato que leva Bruschini e Lombardi (2003, p. 354) a afirmarem que

[...] nos anos 1990 as mulheres continuaram a ganhar menos que os homens independentemente do setor de atividade econômica em que trabalhassem – da duração da sua jornada de trabalho, do número de anos de estudo, da sua posição na ocupação.

Realidade que conduz Gonçalves (2003, p. 130) a classificar as transformações ocorridas em relação ao trabalho feminino, ainda que sem negar a validação destas, como ambíguas, produtoras de efeitos perversos, uma vez que tendem a gerar novas formas de discriminação entre homens e mulheres no mundo do trabalho e acabam por acirrar o fosso entre os seres humanos. Fosso esse que, claramente, possui uma clivagem de gênero, já que esse movimento, que favorece o processo de feminização do trabalho não vem sendo acompanhado por mudanças significativas na eliminação das desigualdades existentes na divisão sexual do trabalho.

Diante do que foi exposto até aqui, fica patente que a feminização que ora se apresenta no mundo do trabalho se caracteriza por dois movimentos que se negam numa relação dialética e contraditória, expressa numa realidade paradoxal, que, no entendimento de Nogueira (2004), oscila entre a precarização e as possibilidades de emancipação feminina.

Assim, por um lado vivencia-se a dinâmica de um processo que permite que as mulheres avancem (ainda que de forma lenta e pontual) rumo ao seu difícil, mas não impossível, processo de emancipação, ampliando as oportunidades e expansão de postos de trabalho para elas (o que de certa forma representa uma conquista).

Por outro, se levarmos em conta as dificuldades históricas que o público feminino tem enfrentado para se inserir na esfera laboral e acrescentarmos a estas o contexto conjuntural adverso em que a feminização se intensifica, demarcado pela instauração de relações de trabalho flexíveis que atinge toda a classe trabalhadora, mas particularmente as mulheres, percebemos que tal dinâmica possui forte

funcionalidade com o atual processo de reestruturação do capital. Este tem em vista o fortalecimento de sua hegemonia, à medida que oferece possibilidades de inserção da força de trabalho feminina, mas, conjuntamente com a reversão dos direitos de cidadania, do trabalho formal, de políticas sociais e assistenciais universais e de qualidade asseguradas pelo Estado.

Sem que haja um debate mais profundo, a progressão das mulheres no mundo do trabalho favorece uma interpretação baseada no discurso igualitário, negador das diferenças de gênero, sugestivo de uma “nova” divisão sexual com vistas à supressão das diferenças entre homens e mulheres no mercado de trabalho, sem que tenha de fato havido uma redefinição concreta entre mulheres e homens em termos salariais, de divisão sexual do trabalho, dentre outras premissas promotoras de igualdade de gênero. Muito pelo contrário, sinaliza para a persistência dos já explicitados padrões diferenciais de inserção feminina e masculina no mundo do trabalho, acentuando sua exploração.

Em assim sendo, a feminização que ora se esboça pode estar desenvolvendo um papel ideológico bastante funcional ao capital no processo de reestruturação produtiva, encobrindo e, quem sabe, até desarticulando o real. Razão pela qual urge a necessidade de se apreender como se dá sua expressão numa área como a saúde pública e em profissões como o Serviço Social e a Medicina.

### **3 A SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E DA FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO: REBATIMENTOS NO SERVIÇO SOCIAL E NA MEDICINA**

Procuramos neste capítulo discutir o serviço público de saúde brasileiro, sob duas óticas, a dos impactos sofridos pelo setor a partir da reestruturação produtiva e suas correspondentes medidas reformistas, a saber, a restrição da ação e gastos do Estado em termos de investimentos públicos na área e maior flexibilização do mercado com suas correspondentes alterações no mundo do trabalho, especialmente na desregulamentação das condições sociais que garantem a reprodução da força de trabalho; e a da questão de gênero (papéis sociais), somada à da divisão sexual do trabalho, que mediam a feminização na saúde. Dessa forma, procuramos identificar em que medida estas se entrecruzam e precarizam a feminização do trabalho na área, mais precisamente as profissões de Serviço Social e na Medicina.

Cabe destacar que não se tem a pretensão nesse estudo de efetuar uma demonstração cabal de como as mulheres se inscrevem nas profissões em foco. Mas, apenas de pontuar alguns elementos que demarcaram suas trajetórias e que nos auxiliaram na compreensão de seus significados na história social e política da sociedade brasileira.

#### **3.1 A reestruturação produtiva na saúde pública: impactos nos HU's**

A adoção das políticas de ajuste neoliberal no país se dá, conforme já descrito no item que trata da divisão sexual do trabalho, a partir dos anos 1990, tendo continuidade nos anos subseqüentes, monitorada e incentivada pelas agências internacionais de crédito e financiamento, como o FMI e outras, levando o país a adotar um conjunto de medidas que extrapolam a simples modernização do Estado e de sua administração e que abalaram direitos sociais duramente conquistados no passado (DEDECA, 2003).

Vale ressaltar que no Brasil, assim como em toda América Latina, as diretrizes para as redefinições políticas e econômicas foram orientadas pelo Consenso de Washington, posteriormente chamado de “programa de estabilização e

reforma econômica”, e apontavam para a flexibilização dos mercados nacional e internacional, das relações de trabalho, da produção, do investimento financeiro, do afastamento do Estado das suas responsabilidades sociais e da regulação social entre capital e trabalho (MONTAÑO, 2002).

Diretrizes que conformaram o plano de ajuste das economias periféricas composto por três fases:

- a) a primeira dirigida à *estabilização macroeconômica* cujo eixo foi a reestruturação (desmonte) do sistema previdenciário;
- b) a segunda, dedicada às *reformas estruturais* que levou à desregulamentação dos mercados e privatização das empresas estatais;
- c) a terceira, definida como *retomada dos investimentos* e do crescimento econômico (MONTAÑO, 2002).

Um plano, vale lembrar, com forte ofensiva contra o trabalho e que leva o capitalista a acirrar sua sede de exploração de mais valia, com o claro propósito de redução dos empecilhos à acumulação através de medidas que restringem a ação sindical, o emprego formal, conduz à precarização do trabalho com a correspondente degradação das condições de seu exercício e estatuto, afetando as relações de contratação e formas de gestão, bem como a própria prestação de serviços públicos à população, conforme atesta Montaño (2002, p. 27),

[...] quanto a *ameaça que pesa sobre o trabalhador* (grifos do autor), de desemprego, de queda de seu padrão de vida, é de tal ordem que ele, individualmente, tende a se preocupar mais por manter, em algum nível, os direitos adquiridos (conquistados historicamente) do que por lutar por um projeto alternativo ou trabalhista, o que o fragiliza na luta/negociação com o capital.

Registre-se que os anos de 1988/1990 correspondem ao período em que o Brasil viveu um movimento significativo também na saúde coletiva e que resultou em uma nova carta constitucional que, dentre outras coisas, preconizou direitos sociais, num esforço de correção das iniquidades num país com graves índices de desigualdades sociais, a partir da consolidação da concepção de Seguridade Social<sup>49</sup> destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social aos trabalhadores. Um marco na legislação e na experiência

---

<sup>49</sup>A partir da Constituição Federal de 1988 a Seguridade brasileira recebeu uma conotação mais ampla, ao reunir ações distributivas com a tradicional prática contributiva previdenciária adotada pelo Estado desde os anos de 1930. Unificando num mesmo Sistema de Seguridade Social três políticas em torno de dois eixos diferenciados: um contributivo, representado pela previdência e, outro, distributivo, representado pela saúde e pela assistência social.

nacional de proteção pública e que modifica radicalmente o padrão centralizado de produção de políticas até então vigente, especialmente nas áreas sociais.

À saúde couberam cinco artigos na CF (Art. 196 a 200), que ampliaram seu conceito e que a colocaram no patamar dos direitos de todos e dever do Estado. Inscrevendo-a entre os direitos tidos como irrevogáveis, irrenunciáveis e indisponíveis, cuja efetivação se daria através de um Sistema Único de Saúde (SUS), promotor de atendimento universal, equânime, de forma regionalizada e hierárquica. Uma grande conquista, resultante da força política do movimento da Reforma Sanitária, regulamentado pelas leis nº 8080/90 e nº 8142/90 – Lei Orgânica de Saúde (LOS)<sup>50</sup>.

Ressaltamos que o Projeto da Reforma Sanitária, como bem enfatiza Bravo (2007), foi fruto de amplas lutas e mobilizações de diversos setores da sociedade iniciado no país em meados dos anos de 1970, com a distensão política, sendo ampliado na década de 1980. Projeto este que, na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, delineou os princípios norteadores do que viria a ser um Sistema de Saúde pautado em concepções coletivas e universais, tendo o Estado atuando em função da sociedade, responsabilizando-se pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela de saúde.

Mudanças que prescindiam de novas relações intragovernamentais para além dos conflitos e interesses de barganha federativa e da competitividade eleitoral democrática até então vigentes, o que revela a complexidade e os desafios que marcam a efetivação da descentralização da saúde e que também ocorrem num momento em que os princípios de competição e eficiência que configuram a base da ofensiva neoliberal no mundo começam a se disseminar na América Latina (VASCONCELOS, 2007) e, em que muitos outros países (Estados Unidos, França, Canadá) já haviam iniciado a implantação de um novo ciclo de reformas de seus sistemas de saúde (CAMPOS, 2006).

Para P. Neto (1990), esse contexto de transformações e crises permite a identificação no Brasil de dois grandes projetos societários e antagônicos, em conexão com a dinâmica sociopolítica e econômica internacional: um sustentado em uma *democracia restrita*, que restringe direitos sociais e políticos, e outro que se

---

<sup>50</sup>A LOS é constituída por duas leis porque na versão original houve diversos vetos do executivo, quase todos referentes ao financiamento e ao controle social. Desse modo, a lei nº 8.142/90 foi instituída para suprimir as lacunas da primeira lei nº 8080/90. Mais detalhes em Bravo e Matos (2001).

funda na *democracia de massas*, com requisição de ampla participação social de instituições parlamentares, sistema partidários, sindicatos, organizações profissionais, movimentos sociais urbanos e rurais.

Dois grandes projetos societários que não só criam espaços para que novos interesses se façam presentes nas formulações de políticas estatais, mas que vão ter repercussões nas diversas áreas das políticas sociais. O projeto de *democracia restrita* segue em direção a um Estado mínimo, ou seja, máximo para o capital e mínimo para as questões sociais. Nessa perspectiva, o enxugamento do aparelho estatal é sua grande meta, bem como a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas. Como contrapartida, o projeto *democracia de massas* prescinde de um Estado democrático, de direito e responsável pelas questões sociais (P. NETO, 1990).

No âmbito da saúde, a ofensiva neoliberal, representada pelo projeto de *democracia restrita*, do qual o projeto de saúde articulado ao mercado se origina, confronta-se com o projeto da Reforma Sanitária, bem como com os preceitos constitucionais que a evocam, gerando contradições, defendendo a privatização de serviços essenciais, expressa por medidas que defendem a mercantilização da Saúde e da Previdência, além da ampliação do assistencialismo, impondo desafios fundamentais aos elementos inovadores que privilegiam direitos sociais que se vinculam à justiça social.

Desse modo, questionamentos surgem, sobretudo no que se refere à conciliação, numa realidade político-conjuntural adversa, de duas proposições tão distintas: uma que pressupõe um Estado participativo, que atue em função da sociedade, mediado por uma concepção de Estado democrático e de direito, formulador de políticas sociais equânimes, universais e não discriminatórias como as defendidas pelos defensores da Reforma Sanitária e, outra, que se pauta num Estado mínimo, ladeado por uma política de ajuste cujas tendências apontam para a contenção de gastos; racionalização da oferta de programas de corte social e para uma descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, como a defendida pelo projeto de saúde articulado ao mercado, denominado também de projeto privatista (BRAVO; MATOS, 2004).

Dada a sua proposta inovadora, promissora de uma relação diferenciada do Estado com a sociedade, incentivadora da presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, via mecanismos como conselhos e conferências de

saúde, o projeto da Reforma Sanitária constituiu-se, na contemporaneidade brasileira, uma proposta contra-hegemônica frente aos interesses mercadológicos preconizados pelo projeto privatista. A tensão e resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado, centram-se, principalmente, na universalidade do direito, fundamento primeiro do SUS.

Para Bravo e Matos (2001), a reforma administrativa iniciada em 1995, ainda em curso no atual governo, é um bom exemplo que explicita as proposições da concepção privatista hegemônica, cujo eixo se pauta na crítica aos modelos patrimonialistas e burocráticos de organização do aparelho estatal e na proposição de um modelo gerencial para dar conta das exigências de efetividade e eficiência, incluindo-se a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedece às leis do mercado.

Os autores em referência destacam que as reformas para a área da saúde possuem características de uma contra-reforma, que aponta para concepções individualistas e fragmentadas da realidade em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico (BRAVO; MATOS, 2001, p. 200). Propostas com *caráter focalizado* para atender as populações vulneráveis através de um pacote básico para a saúde; para a *ampliação do estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local*, dentre outras provocadoras de dicotomias entre ações curativas e preventivas; entre os que podem e os que não podem pagar por direitos básicos (pobres x consumidores).

Propostas que rompem com a concepção de integralidade e que dividem o SUS em dois subsistemas: um subsistema de entrada e controle, construído pelo atendimento básico, de responsabilidade do Estado, atendimento este que não é de interesse do setor privado, pois não gera lucro, e, um subsistema de referência ambulatorial e especializado, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformados em organizações sociais. Assim, aposta-se nessa lógica em programas focais, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para baratear os custos das ações básicas e estimular o seguro privado de saúde (BRAVO; MATOS, 2001, p. 200).

A partir do exposto, entendemos que o movimento impresso pelo neoliberalismo, através das mutações instituídas com vistas à flexibilização do mercado de trabalho, em particular à reforma administrativa, se reflete duplamente

na saúde pública: na sua conformação enquanto política social pública com sérios rebatimentos nos serviços prestados<sup>51</sup> (materialização da referida política) e no conjunto de seus trabalhadores, servidores públicos, considerando que não se trata de simples mudanças administrativas ou meras alterações nas relações de trabalho.

Enquanto política social pública, pode-se dizer, a partir dos referenciais teóricos eleitos (BRAVO; MATOS, 2001; CAMPOS, 2006; VASCONCELOS, 2007), que os fatores que tornaram essa política possível, não foram suficientes para assegurar o grau de democratização necessário para a efetivação de um modelo universal, integral e equânime, bem como a organização de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços.

De acordo com P. Neto (1993), consumir o previsto na CF equivaleria, no plano econômico, à redução de taxas de exploração e, no plano político, à construção de reais mecanismos democráticos de controle social. Mecanismos inovadores, em condições de estabelecer parâmetros concretos de interesses públicos para o governo, de exigir democratização de informações e transparência em todas as ações desenvolvidas pelos governos. Algo que não se efetivou, segundo Bravo (2007, p. 94-97), devido aos limites estruturais, provocando fragilidade das medidas reformadoras, ineficácia do setor público, redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos, perda de espaço na coalizão governamental e no interior dos aparelhos institucionais, reorganização das forças da contra-reforma, com o ajuste da política de saúde e a reforma do Estado.

Para Campos (2006, p. 136-137), “imaginou-se um sistema que procurasse se sobrepor à racionalidade do mercado”, mas, sem condições suficientes para superar as transformações em curso que, segundo Vasconcelos (2007), conduziam a uma reestruturação organizacional provocadora, dentre outras coisas, de alterações substantivas nas políticas sociais que passam a ter feição residual ou assistencial pautada na racionalização e informatização dos processos produtivos, com a adoção de novas técnicas gerenciais e de organização da produção. Com forte influência nos contratos de trabalho, cargos e carreiras, no papel dos órgãos no processo de entrada neste serviço. Transformações que apontavam para a progressiva desconstrução do Estado, de sua capacidade de intervenção social em todos os aspectos, conforme já fora anteriormente ressaltado.

---

<sup>51</sup>Segundo Marx (1991), serviço é o efeito útil de um valor de uso, seja este mercadoria ou trabalho.

Proposições que desvirtuam completamente tanto o que vem sendo proposto em termos de políticas sociais públicas, como o que foi concebido pelo Projeto da Reforma Sanitária, e assegurado pela própria Constituição Federal de 1988, na medida em que sugerem novas formas de gestão que levem a uma maior racionalidade econômica em termos de custos e de efetividade que dificultam a efetivação de ambos no país. Além disso, oportunizam na saúde, a rearticulação de dois subsetores bem distintos entre si, criando um sistema dual regulado pelo MS e Agência Nacional de Saúde (ANS) com distintas formas de acesso, financiamento, produção de serviços e atuação governamental: o estatal/público de acesso universal, gratuito e igualitário, fruto de uma construção democrática, e o privado, com acesso vinculado ao poder de compra ou da inserção privilegiada no mercado de trabalho, aliado a promoção de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde (COHN; ELIAS, 2003, p. 8).

Proposições que também revelam como a área da saúde no Brasil vem sendo marcada por avanços e retrocessos. Sua evolução histórica como política social é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos que comporta interesses de diferentes agentes. Revela que esta nunca ocupou papel de destaque no cenário político nacional. Por muito tempo sua história se confundiu com a da Previdência Social, sobretudo no tocante às formas de financiamento com tendência a privilégio de determinadas regiões do país economicamente mais importantes em detrimento de grupos sociais dispersos e sem efetiva organização. Fato decorrente do modo como o Estado vem implementando as ações no setor, divididas, historicamente em uma política híbrida em dois segmentos: a saúde pública, inicialmente marcada por campanhas focalizadas, e assistência médica privada, conduzida pela medicina curativa, vendendo quase sempre aquela que é mais interessante para o capitalismo (BRAVO, 2001).

Este quadro interfere, de forma negativa na política de saúde no Brasil, em todos os níveis de complexidade, à medida que a redução de investimentos na área vai refletir na falta de recursos humanos, na reposição de materiais, na manutenção de equipamentos, construção de novas unidades de saúde, repercutindo, enfim, sobre o próprio trabalho das equipes de saúde como um todo e, conseqüentemente, na prestação de serviços junto à população (VASCONCELOS, 2007).

No bojo das proposições feitas na saúde, Bravo (2001) afirma que se caminha rumo à ampliação não somente da privatização, mas igualmente da restrição dos direitos sociais conquistados, da precarização dos recursos humanos, ao invés da universalização das ações, do financiamento efetivo, de uma Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e Saúde do Trabalhador. Ou seja, recuperando premissas que, segundo a autora, fundamentaram a ação do poder burguês no período ditatorial e que não só rebatem nas ações e serviços de saúde, como impõem grandes desafios aos profissionais que aí se inserem, sobretudo aqueles que possuem um compromisso com a construção de uma esfera pública democrática.

Era de se esperar que nos anos de 1990 a gestão do SUS passasse a regular as relações de trabalho de acordo com as normas constitucionais recém-promulgadas, organizando o regime de trabalho dos servidores da saúde, suas carreiras e os processos de ingresso por concurso. Contudo, o que se presenciou logo depois, durante o governo Collor, foi um processo tumultuado de desconstrução da capacidade administrativa e reguladora do Estado, realizado sob o pressuposto de que os serviços públicos padeciam de um excesso de funcionários e que havia uma elite que desfrutava de salários abusivos. Com seus planos de demissão de pessoal e suas medidas de diminuição do tamanho da máquina estatal, o governo Collor instaurou em todo o país um clima político e ideológico desfavorável à valorização e expansão da força de trabalho na administração pública, o que seria uma condição indispensável ao cumprimento da missão do SUS nas esferas estaduais e municipais (NOGUEIRA R., 2006, p. 148).

Segundo Montañó (2002), muitas das transformações vivenciadas no país possuem uma relação direta com algumas de suas particularidades em relação à implantação e desenvolvimento do capitalismo, motivo pelo qual o autor chama a atenção para a necessidade de se atentar para algumas delas, até mesmo para que se possa apreender uma leitura mais efetiva do real, sobretudo no tocante à vigência do neoliberalismo no país.

Tais particularidades, na visão deste autor, devem-se, por um lado à implantação de um modelo de capitalismo oligárquico-dependente, baseado no latifúndio tradicional e constituído inicialmente como um sistema “desindustrializado”, em que o país muitas vezes *cede seu poder econômico para manter o poder político*. Por outro, a construção tardia e inacabada de um Estado social intervencionista que aqui se fez sob a égide, sobretudo, de um regime autoritário (1945-1955)<sup>52</sup>. Somente após o esgotamento/crise desse padrão de intervenção social estatal (de 1985 até 1988), é que importantes modificações foram

<sup>52</sup>Período varguista que “consolidou” as leis do trabalho e desenvolveu certo “Estado social”, por meio de um tipo de “pacto antioligárquico” e “industrialista”. Mais detalhes em Antunes (2006).

determinadas nas políticas sociais e econômicas, a exemplo do advento do governo da Nova República que, movido pela pressão de movimentos sociais, partidos políticos trabalhistas de massa, sindicatos operários, entre outros, consagra em 1988 um novo pacto social.

Pacto este, como já mostramos, que foi solapado pelos governos subseqüentes de Collor e Cardoso, pois, diferentemente do que ocorrera nos países centrais, que há muito já contemplavam um Estado de Bem-Estar, o Estado protecionista demandou do neoliberalismo um processo aliancista que resultou num “pacto social-liberal” efetivado na década de 1990, configurando uma hegemonia neoliberal mais branda nesses países. No Brasil, dadas as suas particularidades históricas, o processo que ocorre é inverso, uma vez que já é a hegemonia neoliberal que substitui o pacto social-democrático instituído nos anos 1980 (MONTAÑO, 2002).

Os dados apresentados por Montaño (2002) revelam o caráter tardio do novo pacto social conformado pelos setores democráticos, no pós-ditadura, expresso pela Constituição de 1988 e que vem à tona no momento em que internacionalmente já ocorriam processos que punham em questão a intervenção do Estado no social. Constatação também feita por Campos (2006), quando afirma que a reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia por essa mesma razão, declínio das concepções socialistas ou de estado de bem-estar em todo o mundo. Ou seja, num momento em que o discurso neoliberal já evocava a redefinição do papel do Estado, sobretudo no tocante ao financiamento dos programas sociais.

De forma lenta e gradual, o processo de ajuste se estrutura no país, juntamente com a idéia de reformar o Estado (proposta concretizada na gestão governamental de 1999-2002), eliminando aspectos trabalhistas e sociais advindos do período varguista e, principalmente, esvaziando as conquistas sociais, a exemplo da saúde, contidas na atual Carta Magna que, nesse momento, passa a ser responsabilizada por uma suposta crise de governança<sup>53</sup> (MONTAÑO, 2002).

Ainda de acordo com Montaño (2002), a reforma brasileira não se orienta, como sugere seu mentor Bresser Pereira, para o desenvolvimento da democracia e cidadania rumo a um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma

---

<sup>53</sup>A crise de governança foi referida por Luís Carlos Bresser Pereira, titular do novo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare) no governo Cardoso, e “remete à incapacidade financeira e administrativa de um governo, mesmo legitimado e com plena ‘governabilidade’ (ou seja, existindo pactos e alianças políticas e sociais), realizar suas decisões e implementar políticas” (MONTAÑO, 2002, p. 40).

administração gerencial e eficiente (BRAVO; MATOS, 2001), mas, como “dever de casa”, proposto pelo Consenso de Washington, seguindo, portanto, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado resultante dessa tarefa.

Segundo Pereira e Grau (1999), a reforma do Estado se configura como sendo a “reconstrução do Estado”, como condição necessária para a promoção do ajuste fiscal, para o redimensionamento da atividade produtiva do Estado e a abertura comercial. Razão pela qual a mesma foi composta por três dimensões: a *institucional-legal*, considerada a dimensão primordial, baseada na criação de instituições normativas e organizacionais, como agências executivas e organizações sociais que constituem unidades descentralizadas de gestão; uma *dimensão cultural*, pautada na mudança dos valores burocráticos para os gerenciais; e uma *dimensão-gestão*, para pôr em prática as inovações gerenciais, oferecendo à população serviços públicos propagados como sendo de melhor qualidade ao cliente-cidadão e a um custo menor.

A referida reforma foi sendo implementada, conforme os autores, através de duas gerações: a primeira iniciada nos anos de 1980, promotora do ajuste estrutural macroeconômico via medidas de ajustes fiscais, liberalização comercial e de preços e, primeiras privatizações; nos anos de 1990, a segunda geração voltada para a reforma administrativa do Estado, a reconstituição da poupança pública, a reforma da Previdência Social e a reforma política (PEREIRA; GRAU, 1999), sem que, em momento algum, a crise orgânica do capitalismo fosse mencionada. “A crise passa a ser centrada como se fosse apenas de um modelo de Estado, que, caso mude – e conseqüentemente a sua forma de administração –, irá resolver a situação da crise instalada” (BRAVO; MATOS, 2001, p. 206).

Porém, da forma como vem sendo implementada, a reforma administrativa do Estado iniciada em 1995, procede a uma firme desconstrução do Estado, inaugurando um processo de ampliação dos problemas estruturais brasileiros, com sérias conseqüências para o mundo do trabalho, especialmente os servidores públicos, supostos detentores de privilégios (PEREIRA; GRAU, 1999), bem como para a sociedade; preconiza a eliminação de direitos e conquistas sociais dos trabalhadores do setor público (a maior parte constituído por mulheres) nas três esferas administrativas; extingue vários órgãos públicos, eliminando fração significativa de empregos formais; e transforma a natureza jurídica de vários órgãos públicos em Organizações Públicas Não-Estatais (OPNES) ou Organizações Sociais

(OS), o que se faz associado a privatizações de empresas estatais (sistema de telefonia, Companhia Siderúrgica Nacional, Vale do Rio Doce), cortes no orçamento das áreas sociais, complementado com a instituição de planos de demissão voluntária dos servidores públicos, semeando novas relações de trabalho, sobretudo nas formas de contratação e de gestão.

Assim, a proposta define que serviços de saúde, educação, pesquisa e meio ambiente não sejam privatizados, mas também não permaneçam sob a responsabilidade do Estado, que já mostrou sua ineficiência nesse papel. Razão pela qual devem ser transformados em OPNES, ou seja, sociedades de direito privado, sem fins lucrativos, que administram com subvenções dos cofres públicos (BRAVO; MATOS, 2001, p. 207), o que pressupõe reforma constitucional e do SUS com abertura de possibilidades para a expansão da iniciativa privada.

A reforma aprofunda o desmonte do serviço público em áreas essenciais à população, à medida que a saúde, assim como as demais políticas sociais, passa a ter o seu caráter público reinterpretado<sup>54</sup>. Desse modo, o governo assume a perspectiva de mercado para tais políticas.

Trata-se de um contexto em que vem prevalecendo a lógica da política econômica em detrimento das políticas sociais, na qual recursos públicos subsidiam, cada vez mais, a reprodução ampliada do capital, em detrimento da reprodução do trabalho. Iniciativas que favorecem o setor privado de saúde, que se reorganiza na busca de novos mercados, e que invertem os rumos da política de saúde no país, não só na contrariedade dos direitos fundamentais, mas, e principalmente, conduzindo-a aos padrões espúrios da tercerização e/ou subcontratação (BRAVO, 2001).

No tocante aos trabalhadores do setor público, destacamos os impactos trazidos pela Emenda Constitucional 19/98, também conhecida como Emenda da Reforma Administrativa, publicada no Diário Oficial da União, de 05/06/1998. A medida alterou dispositivos da Constituição Federal de 1988, referentes à Administração Pública e ao servidor público, o regime administrativo do Estado brasileiro, seus princípios e normas, além de propor o controle das despesas e finanças públicas.

---

<sup>54</sup>A tese do Estado mínimo, que implica a redução da ação deste, rebate na prestação de serviços demandados pela maioria da população, privatizando-os ou terceirizando-os.

No bojo da supracitada emenda, figuram importantes mudanças, com significativas conseqüências na Administração Pública, que vão desde a extinção do chamado Regime Jurídico Único (RJU) até a modificação das regras sobre *estabilidade*, passando pela criação de *subsídios*, em substituição a *vencimentos*, e a descentralização das funções das entidades administrativas.

Segundo Alves (2005), o avanço neoliberal no Brasil aponta para um novo período de influências diferenciadas na correlação de forças que segue rumo a um modelo de organização estatal que subentende não só a minimização do Estado, mas igualmente o esgotamento de seus serviços, impactando diretamente no contrato e funcionamento do trabalho dos trabalhadores dos serviços públicos.

Mudanças que se efetivam por meio, principalmente, de medidas provisórias e que atingem os servidores públicos indistintamente (tanto trabalhadores estatais quanto trabalhadores do serviço público) e que inviabilizam o Estado a realizar reformas de bases fundamentais para um desenvolvimento econômico e social mais pleno, tais como a agrária, urbana, educacional, da saúde pública, da divisão de renda etc. Reformas estas que exigem rupturas com a ordem capitalista (FMI, sistema político, financeiro e administração pública).

Alves (2005) pontua 10 grandes alterações que atingem os trabalhadores do serviço público. Assim, temos:

- a) fim do RJU, o que significa que os trabalhadores do serviço público podem ser contratados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), por meio de contratos provisórios e outros meios, até então periféricos. Diversidade que dificulta acordos coletivos e organização sindical;
- b) fim da isonomia salarial, cuja conseqüência é a possibilidade de reajustes diferenciados com privilégios de alguns setores considerados exclusivos, sem qualquer vinculação com o conjunto dos servidores;
- c) fim da estabilidade, o que significa que o trabalhador do serviço público pode ser demitido por avaliações insuficientes de desempenho e produtividade. Podendo ser ainda demitido por medidas de contenção de gastos, caso os estados e municípios ultrapassem 60%, e a União, 50% de suas receitas. Ou seja, elementos financeiros são colocados acima dos interesses do Estado e da sociedade;
- d) alteração dos concursos públicos, permitindo que estes sejam diferenciados em razão da natureza dos cargos, de modo que, em

cada em caso, sejam fixados requisitos específicos para a contratação, o que na visão do autor poderá criar situações de favorecimentos e prejuízos a candidatos, de difícil reversão;

- e) contrato de gestão pautado em metas. Dessa forma, os salários dos empregados e servidores poderão ser fixados, aumentando a flexibilidade e chamando o movimento à divisão por órgão. Tendência que poderá fragmentar a política pública em cada contrato, uma vez que se faz prevalecer uma “cultura gerencial privada na Administração Pública”;
- f) desvinculação entre civis e militares para efeito de reajustes. Assim, o governo poderá oferecer reajustes para os militares sem que seja necessário o repasse para os trabalhadores civis;
- g) fim do reajuste anual, o que implica o fim da data-base, apostando-se agora nas gratificações, substituindo os reajustes que são incorporados aos salários. Tais gratificações podem ser concedidas ou retiradas. Com isso, aumenta-se a instabilidade e diminui-se o compromisso com as funções fins do Estado;
- h) disponibilidade com remuneração proporcional, o que significa que o servidor poderá ter seu cargo extinto ou se tornar desnecessário para a administração pública. Isso ocorrerá com redução salarial, podendo ser por tempo indeterminado até que seja aproveitado em outro local de trabalho;
- i) alteração na previdência, iniciando-se com aumento da taxa dos ativos e taxando ainda os inativos;
- j) revisão dos estatutos por parte das entidades da Administração indireta, após dois anos da mudança constitucional, o que, segundo o autor, se refletirá na alteração de muitos contratos para empregos públicos, além de uma larga entrada da terceirização, dentre outras.

Desse modo, ao invés de se combater a precarização que assola as relações de trabalho, o que se percebe é a propagação de propostas de flexibilização acompanhadas de uma tendência que dissemina também a terceirização, claramente observadas a partir do declínio do emprego formal e da ampliação dos contratos ‘atípicos’ (por tempo determinado, por prestação de serviços, estágios etc.) e da informalidade que daí deriva. Da forma como tais

propostas vêm sendo pensadas, dá a impressão, num primeiro momento, de beneficiar os trabalhadores, quando na verdade fortalecem o poder de quem já o detém: o empregador. É ele quem passa a ditar as regras, num cenário de alto desemprego em que o trabalhador não tem alternativas de escolhas.

Informações divulgadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e destacadas por Araújo e Porto (2004) apontam alguns aspectos da terceirização, enquanto estratégia que, no Brasil, vem sendo adotada para gerar maior produtividade com competitividade, ou melhor, modernidade com flexibilização. A partir desta, são introduzidos novos métodos de organização, muitas vezes sem os investimentos em tecnologia de que esta prescinde. Assim, temos o destaque de aspectos positivos para o empregador e de aspectos negativos para os trabalhadores. No primeiro caso, predomina a adoção de uma política em que vigora o menor preço, num contexto de desemprego e ampla oferta da força de trabalho, na qual a qualificação do trabalhador atua como prevenção espontânea de acidentes, reduzindo o gasto com equipamentos de segurança e treinamentos. Contexto em que tarefas especializadas são executadas de forma ocasional e conduzidas por uma firma externa, sem nenhuma responsabilidade para com os direitos sociais.

Enquanto que, no segundo caso, vigora para o empregado a ausência de proteção social; uma política de gestão de pessoal diferenciada quando o assunto é trabalhadores fixos, temporários e prestadores de serviços; baixo nível de remuneração; concessões de poucos benefícios, enfim, uma sub-contratação, na qual a relação de dominação se dá em dois níveis: econômico e formas de sujeição técnica.

Assim, ao lado da terceirização, estão a precarização e a degradação do trabalhador, considerando que nas condições vigentes em que imperam a instabilidade e escassez de vagas é preciso estar disposto a tudo, abdicar de lazer e família, se assim for necessário, pois numa conjuntura de desemprego, essa disponibilidade tem que ser total. Como efeito dessa prática tem-se a composição de uma equipe com alguma experiência profissional e a escolha de trabalhadores produtivos e submissos, apesar das condições adversas (ARAÚJO; PORTO, 2004).

Aspectos que passaram a se fazer presentes no serviço público, bem como na saúde a partir da reforma administrativa do Estado, trazendo sérias implicações para o conjunto dos trabalhadores deste serviço. Gerando problemas que se somam às diversas normatizações propostas para a área da saúde,

influenciando diretamente na vida das mulheres trabalhadoras que têm, não só na saúde, como no serviço público, uma via para inserção num emprego formal com alguma proteção social.

Esse conjunto de medidas também já se faz presente nos HU's. Cabe destacar que dos seis mil hospitais que integram hoje o SUS, 154 são reconhecidos pelo MEC e pelo Ministério da Saúde como entidades de ensino ou auxiliares de ensino. São os denominados hospitais escola ou universitários, cuja função centra-se na formação de todos os estudantes da área de saúde de nível superior, de boa parte dos profissionais que cursam residência no país, além de sediar muitos cursos de pós-graduação em senso estrito e amplo na área. Sendo responsável também pela realização de pesquisas, além do atendimento à população (BRASIL, 2006).

Por suas funções, instalações e recursos humanos e materiais, esses hospitais também oferecem estrutura e concentram o atendimento e tratamento de casos de alta complexidade, inserindo-se no sistema de saúde no chamado nível terciário-quaternário, relativo ao oferecimento de serviços mais complexos e diversos. Os serviços oferecidos e as atividades exercidas por esses hospitais lhes conferem as três principais funções das universidades, a saber: o ensino, a pesquisa e a extensão (BRASIL, 2006).

Dos 154 hospitais universitários existentes, 45 são pertencentes a 30 IFES (hospitais que foram certificados pela Portaria Interministerial n° 1.000/2004)<sup>55</sup>, localizados em 21 estados da união e no Distrito Federal (BRASIL, 2006). Estes têm como objetivos:

- a) formação acadêmico-profissional nas diversas áreas (graduação, mestrados, doutorados e outros projetos);
- b) assistência à saúde, incluindo prevenção, ações curativas e de reabilitação, tendo o processo pedagógico aliado ao trabalho profissional;
- c) inter-relação acadêmica com a prestação de serviços à população, visando ao aprimoramento do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, colocados à disposição da rede do SUS.

---

<sup>55</sup>Um dos critérios a serem observados para a certificação pela Portaria Interministerial n° 1000/04, é a extinção de leitos privados nos HU's (estes deverão ser eliminados até 2008), para que se tornem hospitais 100% públicos (SUS).

Os HU's federais ligados ao MEC são classificados de acordo com seus níveis de atenção à saúde e de complexidade (BRASIL, 2006). O primeiro caso inclui hospitais que concentram o atendimento de especialidades tais como Pediatria, Neurologia, Psiquiatria, Doenças Infecciosas, Ginecologia, Doenças do Tórax, em especial tuberculose; por *maternidade* com atendimento ginecológico, obstetra e neonatal e, atenção *geral* que envolve atendimento em várias especialidades no mesmo hospital, incluindo pronto-atendimento, urgências e emergências. No segundo caso, atenção por complexidade<sup>56</sup>, encontram-se os hospitais que possuem a Alta geral; Média geral e Baixa geral.

Mesmo sendo um número pequeno diante dos 6.188 hospitais brasileiros, estas instituições são consideradas estratégicas para o SUS, desempenhando papel preponderante junto à comunidade, tanto em relação à assistência hospitalar, quanto no desenvolvimento de ensino e pesquisa (CARVALHO, 2005).

Segundo a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), os hospitais universitários foram responsáveis, em 2001, por 9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS. No mesmo período, realizaram 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes, 50% das neurocirurgias e 48,12% do total nacional de internações de alta complexidade (ABRAHUE, 2003).

Entretanto, a reforma promovida no âmbito do governo federal no país lançou os HU's numa profunda crise, acarretando-lhes uma série de desafios, com redução de verbas, extinção de postos de trabalhos sem a perspectiva de reposição, dentre outros (BRASIL, 2006).

Desafios que implicam o comprometimento da assistência de alta complexidade que, por sua vez, prescinde de financiamento público para pesquisas, aquisição de tecnologia avançada, contratação de pessoal capacitado para articular e desenvolver estudos e programas preventivos para diversas doenças, principalmente as crônico-degenerativas, de forma integrada às unidades acadêmicas e aos níveis de atenção à saúde (primária, secundária, terciária), evitando, desse modo, um ensino excessivamente especializado e hospitalocêntrico.

---

<sup>56</sup>O conceito de complexidade foi estabelecido pelo MEC, e tem por base uma pontuação equivalente a cada nível atribuída por um grupo de especialistas da área de saúde a procedimentos de alta complexidade para os quais o hospital é credenciado pelo SUS (alta > 50 pontos, se com maternidade > 10; média > 30 pontos, se com maternidade > 5 e baixa < 30 pontos). Esta consideração não se aplica aos hospitais de especialidades, por não serem comparáveis entre si.

De acordo com Chioro (2004), os HU's federais possuem uma dívida estimada em torno de R\$ 300 milhões. Débitos esses acumulados por meio de suas fundações de apoio, sendo que boa parte desse endividamento se deve, sobretudo, ao fato da suspensão de contratações no período de 1994 a 2002<sup>57</sup>, momento em que os serviços aumentaram com a universalização do acesso promovida pelo SUS, sem a contrapartida em termos de reposição do pessoal que se aposentou, faleceu, aderiu à demissão voluntária, etc. Com isso, registrou-se um déficit de 22 mil funcionários, compensado pela contratação de pessoal terceirizado via fundações, com recursos do SUS.

Ainda, segundo o autor, muitos hospitais chegaram a comprometer mais de 50% do que recebiam do SUS com pessoal (CHIORO, 2004). Recurso este destinado apenas para o custeio dos hospitais, o que acabou impossibilitando a manutenção dos custos destes. Consoante com José Amâncio Carvalho, presidente da ABRAHUE, em 2001, os HU's federais já contabilizavam 20 mil funcionários terceirizados, representando uma despesa de R\$ 190 milhões, situação que foi agravada pela instabilidade econômica de 2002, o aumento da inflação e a variação do dólar (CARVALHO, 2005).

Assim, a terceirização e o trabalho precarizado vão se fazendo presentes no âmbito dos HU's federais. Atualmente, serviços como vigilância, alimentação, limpeza, coleta e transporte e tratamento de resíduos hospitalares, manutenção preventiva e corretiva de equipamento médico-hospitalar obedecem a essa modalidade contratual.

Informações divulgadas por Carvalho, a partir de dados fornecidos pelo MEC, revelam que os 45 hospitais universitários federais têm atualmente mais de 18.000 funcionários tercerizados, ou seja, contratados através das suas respectivas fundações de apoio, cooperativas ou ainda, como prestadores de serviços (sob regime da CLT ou não), entre os quais, mais de 11.000 exercendo funções típicas de atividade-fim, como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de saúde, etc., acarretando uma despesa de mais de R\$ 210 milhões em 2004 (CARVALHO, 2005).

Uma realidade que, apesar de questionada no plano legal pelo Ministério Público Federal e pelo Tribunal de Contas da União, por ser caracterizada como irregular, inconstitucional, segundo a atual CF, tem sido justificada pelos diretores

---

<sup>57</sup>A política do governo Fernando Henrique Cardoso era de não permitir a ampliação do quadro de pessoal do governo federal. Dessa forma, concursos públicos para contratação de novos funcionários quase não foram realizados.

dos HU's como única alternativa para suprir o déficit de trabalhadores, considerando que o número de vagas oferecidas pelos concursos públicos realizados entre 2002 e 2004 não foram suficientes para uma redução significativa do total de terceirizados, foi inferior a 4.000, caindo de 22.000 para os atuais 18.000. Em julho de 2006, um novo levantamento feito junto a esses hospitais revelou a necessidade de mais de 13 mil vagas de nível superior e médio (CARVALHO, 2005).

Ainda assim, várias IFES têm sido instruídas a demitir o pessoal terceirizado, posto que a Constituição prevê o concurso público oficial e investidura pública, como obrigatórios para os profissionais que trabalham em atividades-fim em instituições públicas.

Segundo Carvalho (2005), o crescimento da dívida contraída vem gerando não só a dificuldade de negociá-la, como o abastecimento dos hospitais com insumos fundamentais, tais como medicamentos e alimentação, obrigando-os a garantir somente as condições mínimas necessárias ao ensino, à pesquisa e ao atendimento à população.

Por outro lado, a tabela adotada pelo SUS, que estipula pagamento por procedimento, ou seja, pela realização de consultas, transplantes, internações etc., vem sendo objeto de reavaliação sistemática pelo Ministério da Saúde, além de não permitir a cobertura integral dos custos de um hospital como o de ensino. Situação que tem levado, freqüentemente, alguns hospitais escolas, a adotarem como alternativas o atendimento de pacientes privados e de convênios, a fim de obterem recursos adicionais para custeio de suas despesas (ABRAHUE, 2003). Uma fonte de renda complementar, mas que limita o número de leitos, a realização de cirurgias de alta complexidade e exames, dos mais simples aos sofisticados, para os usuários do SUS, em sua maioria, constituídos por quem não pode pagar.

Para Carvalho (2005), se forem mantidas as atuais formas de financiamento pautadas em pagamentos por procedimentos tendo por base uma tabela defasada em relação aos valores de mercado, a tendência é que também os hospitais das universidades estaduais adotem o mesmo caminho das federais, uma vez que o aumento da demanda pelos serviços desses hospitais não vem sendo acompanhado por uma reelaboração de seu modelo de financiamento.

Como tentativa de solucionar a crise que assola os HU' federais, os Ministérios da Educação e da Saúde têm destinado verbas complementares, que amenizam os problemas em curto prazo, mas que não modificam de forma decisiva o

atual quadro. Uma outra via foi a adoção do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC no âmbito do SUS, em portaria interministerial nº. 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004, com o objetivo de implementar uma nova política, segundo o governo federal, que os torne efetivamente centros hospitalares de referências, otimizando suas relações com o SUS e garantindo uma melhor formação aos profissionais da saúde. Com esse programa, o Ministério da Saúde muda também a forma de financiamento destes hospitais. Ou seja, as unidades passariam a receber o referido financiamento de duas formas: por procedimentos de alta complexidade e, de acordo com o cumprimento de metas, incluindo as assistenciais de média complexidade, firmadas com o gestor (de ensino, pesquisas e assistência municipal ou estadual) e não mais pela produção de serviços (CHIORO, 2004).

A mudança na forma de financiamento implica o estabelecimento de metas pactuadas para que as ações sejam planejadas consoantes o montante a ser recebido (90% fixos e 10%, no mínimo, liberados de acordo com o alcance das metas). No tocante à atenção básica, a idéia é de que estes hospitais não concentrem esforços nesse tipo de atendimento, uma vez que a população já conta com as unidades do SUS, específicas para esse fim, sob a responsabilidade dos municípios, ainda que de forma deficiente. Segundo Melo (2006), tal mudança revela a política de aumento do capital, a redução do aporte de recursos, a restrição de concursos públicos para a reposição do quadro de pessoal, a implementação do projeto de privatização interna dos hospitais de ensino.

A implantação de medidas dessa ordem contraria as deliberações que pretendiam tornar os HU's em totalmente públicos e pautados pelos princípios do SUS (Portaria Interministerial nº 1.000/04) e se soma a outras, tais como o encaminhamento ao Congresso Nacional pelo governo federal do Projeto de Lei nº 01/2007, que limita a despesa com pessoal, bem como do Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, instituindo a fundação estatal – fundação de direito público ou privado (nos moldes das OS) – para gerir os hospitais universitários. Estas iniciativas poderão fazer com que os hospitais passem efetivamente a vender serviços para convênios, seguros-saúde, como forma de ampliação das suas receitas.

Os projetos estão prestes a serem votados pelo Congresso Nacional e implicam a redução dos espaços de atendimento gratuito à população e o declínio

do sistema federal de ensino, além da extinção/privatização dos HU's, enquanto unidades de ensino, pesquisa e extensão que possuem todas as especialidades médicas de alta complexidade (MELO, 2006).

A imposição da administração dos HU's públicos pelas fundações estatais significa ainda mudar o perfil daqueles, à medida que estas se espelham na lógica privada, cuja base é a auto-regulação do mercado, com necessidade de lucro para sua sobrevivência. Isso compromete a qualidade de formação dos profissionais da área, intensificando a privatização da saúde no país e aprofundando a crise financeira por eles vivenciada, pois, leva à redução de recursos do Orçamento da União e inviabiliza as contratações por concursos públicos para reposição do quadro de pessoal, dentre outros. Além de se tratar de uma lógica que conduz à mercantilização do corpo das pessoas, dado o seu perfil privilegiado de atenção e concepção, ligado ao modelo assistencial, individualizado, curativo e especialista.

A portaria interministerial nº 1000, editada em abril/04, vem assim sendo revista, no sentido de flexibilizar e liberar até 25% dos leitos e procedimentos para convênios privados. Um ato que reforça a dualidade que há muito persiste na saúde e que fora alvo de repúdio do movimento da reforma sanitária (MELO, 2006).

É dessa forma que o conjunto de reformas em curso não somente complexifica essa situação, sobretudo com a minimização do Estado e a política de privatização, como ameaça áreas essenciais como a saúde pública, instaurando um contexto em que passam a prevalecer a instabilidade e a vulnerabilidade; demonstra a conivência com que o projeto neoliberal caminha na direção oposta ao defendido pelo SUS. Faz emergir uma classe de trabalhadores subempregados e mal pagos, afetando ainda mais aqueles que, historicamente, já têm suas oportunidades de emprego restritas como as mulheres trabalhadoras, aumentando os problemas de discriminação por sexo, raça, idade e contra os deficientes.

Assim,

A pretensa agilidade de gestão com a qual o governo propagandeia sua fundação estatal está longe de garantir aquilo que já se conquistou em relação à autonomia universitária e aos direitos sociais incorporados e protegidos pelo SUS (PACHECO, 2007, p. 1).

A instauração desse conjunto de reformas revigora o individualismo, cujo efeito recai na desregulamentação das políticas de proteção social com sérios impactos, principalmente para as trabalhadoras, pois a limitação para com os custos da reprodução social implica redução de escolas de tempo integral, creches, licença

maternidade, etc., que, embora restritivos, beneficiam as mulheres, uma vez que reduzem a sobrecarga das suas atribuições no âmbito da reprodução.

São questões que apontam ainda para o acirramento das desigualdades de um modo geral e que tendem a se somar, no caso das mulheres trabalhadoras, à vigência da estrutura patriarcal, explicitada na divisão sexual do trabalho, especialmente em países que, como o Brasil, nunca contaram efetivamente com políticas públicas destinadas ao atendimento de suas especificidades (apenas a inclusão no mercado de trabalho não garante equidade). Fatores que levam Hirata (2002) a destacar que as mudanças coexistem com as continuidades, levando-nos a tentar compreender como duas das profissões atuantes na saúde pública reagem a essa conjuntura de mudanças, a saber, o Serviço Social e a Medicina.

### **3.2 A feminização do trabalho na saúde pública**

Historicamente, o trabalho feminino sempre se fez presente no meio social, embora tenha sido pouco discutido e valorizado. Com avanços e retrocessos as mulheres têm buscado também pela via do trabalho o reconhecimento como sujeito de direito, se efetivando tanto na esfera produtiva – através do trabalho remunerado em atividades formais ou informais – quanto no espaço da reprodução – através do trabalho voluntário no interior dos domicílios ou em seus arredores, com tarefas que garantam a manutenção da casa e os cuidados com as pessoas que nela residem.

Mas, segundo Nogueira (2004), foi com o advento da maquinaria e da grande indústria no final do século XIX e início do século XX que seus horizontes se ampliaram, dada a necessidade de aceleração econômica e social instituída pelo capitalismo industrial baseado em outras formas de produção pautado em fluxos lógicos de processos e pela disciplina da mecanização, que, dentre outras coisas, permitiu o emprego de trabalhadores sem força muscular ou com o desenvolvimento físico incompleto, a exemplo de mulheres e crianças, nas fábricas, setores comerciais e de serviços.

Uma forma de aumentar o número de assalariados e o lucro. Fato que possibilitou aos capitalistas o fomento da competição entre os trabalhadores em decorrência do ingresso da força de trabalho feminina e, como consequência, o

rebaixamento dos salários destes, sendo elas as mais atingidas pelos rendimentos reduzidos (MARX, 1988).

Percebe-se desse modo o quanto a própria organização da sociedade em moldes capitalista é contraditória, pois ao mesmo tempo em que cria oportunidades de inserção das mulheres no mundo do trabalho, vai criando também obstáculos e barreiras à sua plena emancipação por essa via.

Barreiras que se deram em termos de raça, classe e de gênero, reguladas pelas necessidades da ordem imperante na sociedade competitiva e não pelas necessidades que estas porventura tenham de se realizar através do trabalho. Consoante Saffioti, “as oportunidades sociais oferecidas aos contingentes femininos variam em função da fase de desenvolvimento do tipo social em questão ou, em outros termos, do estágio de desenvolvimento atingido por suas forças produtivas” (SAFFIOTI, 1976, p. 35-36).

Fato que conduz a autora a demonstrar o modo pelo qual as desvantagens sociais que atingiam as mulheres foram de suma importância para que o capitalismo nascente extraísse o “máximo de mais-valia absoluta através, simultaneamente, da intensificação do trabalho, da extensão da jornada de trabalho e de salários mais baixos que os masculinos” (SAFFIOTI, 1976, p. 36). Ainda que os empregos da maquinaria e da tecnologia já tivessem proporcionado a elevação da produtividade humana e da rentabilidade da classe patronal.

Segundo Scott (1994, p. 451-2), a partir de então, alguns setores das empresas públicas também passaram a ter como preferência o emprego da força de trabalho das mulheres, sobretudo para o desenvolvimento de funções específicas, consideradas mais adaptáveis às suas capacidades físicas e aos seus níveis inatos de produtividade, tais como a de vendedoras de selo nos correios, de operadora nos telégrafos e nas telefônicas, de enfermeiras nos hospitais e de professoras nas escolas.

Assim, não seria por acaso que a saúde pública, onde predominam as ações do cuidado e o trabalho formal e assalariado, correntemente tem sido apontada pelas estatísticas oficiais, a exemplo do IBGE, como um dos espaços do serviço público que aglutina um dos maiores contingentes da força de trabalho feminina, seja nas esferas federal, estadual ou municipal. (FREIRE, 2004).

Cabe mencionar que a inserção das mulheres no serviço público de um modo geral foi uma conquista que se efetivou em 1917, após várias lutas destas,

pressionando pela ampliação da inserção formal na esfera pública, que lhes permitisse adentrar no mercado de trabalho em melhores condições.

Conquista posteriormente regulamentada pela Organização das Nações Unidas (ONU), a partir de 1942; pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), a partir de 1946, e pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, no pós 1948. Esta última em muito colaborou para a formalização de uma série de convenções que passaram a ser traduzidas para as constituições nacionais.

Ressaltamos que muitas destas convenções também foram impulsionadas e instrumentalizadas pelos movimentos feministas organizados nacional e/ou internacionalmente, com vistas ao combate à discriminação, como forma de alcançar a igualdade de oportunidade e de tratamento entre homens e mulheres, inclusive no âmbito da divisão do trabalho (SABÓIA, 2006).

Na contemporaneidade, o serviço público constitui-se o lócus preferencial para as mulheres, dadas as possibilidades que elas têm de disputarem de forma mais equilibrada um posto de trabalho, pois o ingresso ocorre mediante concurso de provas e títulos. Também é nesse espaço que o Estado provê serviços, tipo previdência, assistência social, serviços médicos e paramédicos e educacionais, que geralmente as atraem pela proximidade com os serviços que tradicionalmente desenvolvem no âmbito familiar (MOURÃO, 2006).

No que concerne à saúde pública, o caráter sexuado da força de trabalho se expressa pela grande concentração de mulheres, considerando que de um total de 1.038.379 servidores e servidoras, incluindo profissionais de nível superior e médio nas ciências da saúde e afins, 339.758 são homens e 698.621, mulheres (IBGE, 2000), como também pelo vasto número de profissões demarcadas pela particularidade feminina, a saber a Enfermagem, Nutrição, Serviço Social e, recentemente, também a Medicina e Odontologia.

Entretanto, apesar de historicamente o trabalho da área da saúde concentrar um grande contingente da força de trabalho feminina, ainda são poucos os estudos que enfatizam tal temática como problema de pesquisa. Em geral quando o fazem, tomam como referência somente o trabalho feminino realizado na área da Enfermagem, talvez pelo fato de esta área ter se constituído, no limiar dos anos 1930, no bojo de uma sociedade brasileira patriarcal, como um importante vetor de transição histórica e cultural, evidenciada pela paulatina ruptura da imagem feminina tradicional e pelo surgimento de uma “nova” mulher, sobretudo de classe

média, em busca de emancipação econômica e social<sup>58</sup>. Associado a isso está o fato de o setor conter significativo número de mulheres no conjunto das trabalhadoras da saúde – em nível superior: enfermeiras; em nível médio: técnicas e auxiliares de enfermagem –, algo em torno de 40% do total deste universo de trabalho (LABRA, 1989).

Realidade que, de certa forma, se constituiu num limite em termos de literatura e dados atualizados centrados nos quantitativos profissionais de outras categorias que permitissem aprofundar reflexões sobre aspectos complexos das dinâmicas profissionais e de mudanças ocorridas nos últimos anos na saúde.

A motivação das mulheres por um emprego na área da saúde pública decorre de vários fatores, tais como a incessante luta das mulheres através de um movimento feminista multifacetado em prol de uma emancipação humana fundada no trabalho, na autonomia, no respeito e na dignidade, sobretudo a partir dos anos de 1970, momento em que as mulheres trabalhadoras elevavam a sua participação nas lutas de classes, na organização política e sindical com reivindicações que apontavam para a igualdade de direitos no mundo do trabalho, bem como as transformações na estrutura da economia no período pós-guerra, aliada a expansão urbana e capitalista no país com forte ênfase na importância da limpeza e higiene para a saúde e bem-estar que ampliou a requisição da força de trabalho, fomentando o crescimento do mercado de trabalho nessa área e no setor de serviços, oportunizando a entrada progressiva das mulheres com remuneração neste mercado como pajem, enfermeiras, etc.

Funções que também possibilitaram a constituição de uma nova esfera pública, com estímulo a outras formas de interação social entre homens e mulheres, pautadas em modelos europeus, onde os pais começam a permitir que as filhas busquem novas profissões (professoras primárias, secretárias, etc.), seguindo o exemplo das burguesas emancipadas (RAGO, 2001).

Acrescentamos ainda, o fato já assinalado acima do serviço público, de modo geral, se constituir num dos poucos serviços que oferece possibilidades reais em termos de ingresso e com condições igualitárias para ambos os sexos através de concursos públicos; oferecendo trabalho formal com registro em carteira de trabalho

---

<sup>58</sup>A enfermagem foi a primeira profissão feminina universitária a dar sustentação aos programas de saúde pública e ao funcionamento dos serviços de saúde, garantindo-lhes um alto padrão de funcionamento, tendo também assumido um papel decisivo na institucionalização de novas profissões, a exemplo da Nutrição e do Serviço Social.

e, possibilidades de ascensão funcional, estabilidade, dentre outras. O que não significa deixar de atentar para a especificidade no que se refere a uma característica central de seus sujeitos - o gênero.

Contudo, também não se pode perder de vista que, independente do o que foi exposto, a saúde pública tem sido um espaço concreto de visibilidade e de reconhecimento do trabalho das mulheres ao longo dos tempos, dada a sua relevância, seja em termos econômicos, políticos, sociais ou culturais.

Assim, seja de um modo ou de outro, o que fica patente é que o trabalho possui centralidade na vida de humana (ANTUNES, 1999), independente de sexo, seja na provisão das necessidades, seja nas possibilidades de ascensão social que aqui se expressa pela relevância do emprego formal com garantias legais. Se constitui num elemento transformador, responsável pela reprodução humana e social, este é imperativo para a sobrevivência. Razão pela qual há muito que as mulheres lutam para preservação dessa condição de trabalhadoras.

A área da saúde vai se constituindo assim num importante vetor de emancipação econômica e social das mulheres sobretudo, de classe média, inicialmente, nas profissões de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia e Nutrição e, posteriormente na Odontologia e na Medicina. Estas últimas, de acordo com Labra (1989, p. 122-123) vêm, ao longo de suas histórias, perdendo a hegemonia masculina na sua composição e incorporando, cada vez mais, uma parcela considerável de mulheres, originando um processo de feminização nessas profissões. Fato assinalado por alguns dos sujeitos de nossa pesquisa empírica:

*Como sou professora e médica, vejo que as turmas são formadas pela maioria de mulheres. Dentro da Medicina temos áreas em que a maioria são mulheres (MF Obstetrícia 5).*

*Há um aumento de mulheres na Medicina tanto nas universidades como no mercado de trabalho. De maneira geral isso tem acontecido em outras profissões também, pois antigamente só víamos engenheiros, advogados, médicos homens. Hoje se percebe um crescimento de mulheres em muitas dessas profissões e isso se reflete na Medicina (MF Pediatria 5).*

*A proporção de mulheres tem, progressivamente aumentado na Medicina. Quando entrei pra trabalhar no HU não tínhamos nenhum profissional na oftalmologia do sexo feminino. Hoje se tem, ainda em número pequeno, mas tem. Proporcionalmente elas vêm crescendo (CM Oftalmologia; HUPD).*

Sem negar os avanços contidos nessas transformações, pois reconhecemos sua positividade rumo ao difícil processo de emancipação feminina e de minimização das formas históricas de dominação do sistema patriarcal-racista-capitalista, chamamos atenção para os elementos contraditórios que aí se fazem presentes, uma vez que, de acordo com o que já fora pontuado por Hirata (2002), a divisão sexual ora esboçada não vem redefinindo a contento as desigualdades nas relações de gênero que tem acompanhado as mulheres no mercado de trabalho, a ponto de suprimir as diferenças entre homens e mulheres no mercado de trabalho e oportunizar condições sociais equânimes para ambos os sexos no exercício das funções. As citações abaixo, resultantes da nossa pesquisa empírica corroboram com a afirmação de autora:

*Penso que está inserida no mercado de trabalho já é um avanço. Agora, isso não se dá para ela sem dificuldade, pois, além de ter que trabalhar fora como professora, ela ainda permanece com atribuições de cuidar da casa, filhos, ser esposa. Tiro isso pela minha mulher que é médica. A jornada de trabalho dela termina sendo mais extensiva do que a minha que trabalho em mais frentes de trabalho (MM Ginecologista e Obstetrícia 2).*

*A mulher tem pago um preço muito alto. Assumimos o trabalho fora e o de casa não foi dividido com ninguém. A jornada de trabalho dobrou (AS 4).*

*Não é fácil. A gente acaba tendo que se desdobrar muito, sem poder deixar nada pra segundo plano. É uma constante batalha na busca do equilíbrio. Tempo pra gente mesmo acaba faltando. Vive-se muito essa busca de não deixar nenhuma área carente (AS 13).*

As mulheres vêm reagindo, elevando de seus níveis de escolaridades e adentrando em profissões mais competitivas e de prestígio com competência, porém em num contexto como o vigente na sociedade capitalista que resguarda uma dinâmica sexista. Conforme Gonçalves (2003, p. 130), este “se reproduz, produzindo e reproduzindo, ‘diferenças’ que, no fundo reforçam preconceitos, inclusive de gênero”. Para um dos sujeitos da pesquisa empírica no HUUFMA:

*É notório o aumento de mulheres na saúde sim, e isso se deve a capacidade de dedicação ao próximo que a mulher oferece. A abertura do mercado se alia a satisfação profissional (MM Oftalmologista 2).*

Razão pela qual é necessário problematizar e/ou discutir os lugares que esses sujeitos estão ocupando na hierarquia profissional, considerando que as

relações de gênero ainda são de dominação e exploração, o que denota o movimento contraditório na lógica do capital.

Considerações como as expostas, demonstram como o processo evolutivo das mulheres no mercado não se dá sem as clivagens e desigualdades institucionalizadas para as trabalhadoras de forma geral. Ou seja, mostram a dificuldade de se construir a igualdade e um convívio pacífico entre os sexos nesses novos lugares de inserção das mulheres, sem que haja a predominância de um modelo masculino ou feminino na organização do trabalho (FAHMY, 1992). Nestes novos lugares, ou são instauradas outras diferenças ou as já existentes são neutralizadas pela manutenção de desigualdades herdadas da ordem antiga (BAUDELOT, 2003). Realidade que também fora expressa pelas entrevistadas:

*Quando eu operava sempre surgiam brincadeiras para que os pacientes tivessem cuidado comigo porque eu era mulher. Mesmo sabendo que era brincadeira, sabia que no fundo, havia uma discriminação conosco, não só na Medicina, mas em outras profissões também (MF Ginecologista 1).*

*Existe sempre a questão de querer e ter que mostrar que a mulher desempenha bem tanto a vida profissional como a doméstica. Ela ta sempre preocupada em ter que mostrar seu desempenho (AS 13).*

*A luta é acirrada. Eles, os homens, reconhecem o destaque das mulheres, mas não aceitam bem. Ainda há muito preconceito em relação ao trabalho feminino. Na cardiologia, a gerente enfrenta muitos obstáculos, piadas, resistências por estar coordenando o serviço, sobretudo por parte dos profissionais mais antigos. Eles têm um preconceito com o destaque das mulheres. Neste setor, os homens parecem ser melhor remunerados do que as mulheres, mesmo estando no mesmo exercício da função (AS 3).*

Bruschini e Lombardi (2007), tomando por eixo a pesquisa realizada pelo IBGE em 2000, afirmam que os padrões gerais de localização dos trabalhadores e das trabalhadoras no mercado de trabalho, quando tomados de forma agregada, pouco se modificaram entre 1970 e 2002. O que significa dizer que nos últimos 32 anos, as mulheres continuam sendo expressivamente absorvidas na prestação de serviços, enquanto os homens, por sua vez, encontram maiores oportunidades de colocação, pela ordem, na indústria, nos serviços e nas atividades agropecuárias.

Fato constatado também por Lavinias, Amaral e Barros (2000) quando relatam que, a crescente inserção produtiva das mulheres na economia de serviços,

quase não tem alterado o grau de “mixidade” intrasetorial, dado o perfil de segregação ocupacional por gênero evidenciado, tendo em vista que no setor de serviços, as mulheres permanecem majoritárias nas atividades de saúde e de ensino, sejam estas públicas ou privadas (mais de 70%); na administração pública e nos serviços de pessoais. Enfim, as autoras demonstram que, apesar do leque de ocupações nesta área estarem se ampliando, a estruturação sexual dos trabalhadores que aí se insere não se vem se modificando de forma significativa.

O que significa dizer que, a segregação ocupacional sofrida pelas mulheres permanece no mercado de trabalho, considerando que muitas delas continuam, em sua maioria, ocupando funções e realizando atividades moldadas pelo tradicional lugar feminino na esfera da reprodução, favorecendo a persistência de “guetos” femininos, isto é, ocupações com elevada concentração de mulheres, geralmente demarcadas pelas desigualdades salariais entre os trabalhadores de ambos os sexos. Uma desigualdade em termos de diferenciais salariais em relação aos homens que, de acordo com Bruschini (2003), não tem se modificado de forma expressiva nem mesmo com a elevação da escolarização das mulheres e, nem nos denominados “bons empregos”.

A constituição de tais “guetos” femininos se estrutura, conforme salienta Bruschini (2003, p. 333), ainda no processo de escolarização. Momento em que as escolhas das mulheres tendem a ser, principalmente, pelas áreas de conhecimentos que lhes propiciem maiores credenciais para os seus ingressos e permanências no mercado de trabalho, algo visualizado tanto no ensino técnico e profissional, quanto no nível superior. Neste último a autora revela que os percentuais femininos mais elevados se encontram nas áreas de lingüística, letras e artes (83%), nas ciências humanas (82%), nas ciências biológicas (74%) e nas ciências da saúde (67,6%), sendo constatado nestas duas últimas, um aumento expressivo de participação feminina no decorrer da década de 1990.

Diante do exposto, Sabóia (2006) lembra que é muito provável que, a adoção de certas políticas familiares, também exerça influência em decisões desse porte, tendo em vista que, estas não são neutras, apresentam-se, freqüentemente, sexuadas e, na prática, muitas visavam conciliar a vida profissional com a vida familiar, de maneira sexuada. Medidas que certamente colaboram para a persistência das desigualdades sexuais no mercado de trabalho, bem como para a feminização do trabalho doméstico, do cuidado com crianças e idosos, etc.

Observações desse porte permitem Bruschini (2003, p. 334) a levantar a hipótese de que, “[...] a sexualização das ocupações é um processo que se forma ainda nos bancos escolares, com efeitos perversos sobre a inserção feminina posterior no mercado de trabalho”. Hipótese que conduz a assertiva de que a ruptura de tais guetos pelas mulheres no sistema educacional seria pois uma primeira alternativa para a conformação de uma realidade mais benéfica para elas, inclusive em termos profissionais.

Labra (1989) nos lembra que, a alocação da força de trabalho de acordo com o sexo na saúde, assim como em outras áreas, é decorrente, principalmente, da divisão social do trabalho nos moldes capitalista que, conforme Kergoat (1996), não só promove a distinção entre os seres humanos em termos de gênero, classe, raça/etnia, como remete a uma série de relações sociais sexuadas que reduzem práticas sociais a papéis sociais sexuados com destaque à divisão sexual.

Cabe explicitar que a divisão sexual do trabalho que se expressa nos postos de trabalho, nas ocupações e nas profissões, preservando e reforçando a segregação e a assimetria nas relações de trabalho de homens e mulheres e que designa funções e remunerações diferenciadas para ambos os sexos (cada sexo passa a ter uma atividade específica que lhe é imposta), oculta as desigualdades, a dominação, a subordinação e a hierarquia. Elementos que são indispensáveis para exploração da força de trabalho, para a extração e acumulação de mais valia e, conseqüentemente, para a valorização do capital.

Uma divisão sexual do trabalho com fortes resquícios patriarcais, conforme detalhado no capítulo que enfocou a divisão sexual do trabalho, provocando uma cisão entre esferas da produção e da reprodução e que se faz presente em todos os setores da produção como bem nos mostra Lopes (1996), atribuindo determinado tipos de atividades para as mulheres e outras para os homens, sendo que, historicamente, as atividades compreendidas como femininas, além de serem como assinalado acima, demarcado pelo tradicional lugar do feminino no âmbito da reprodução, são ainda consideradas secundárias, menos valorizadas tanto sociais como economicamente. Ou seja, no mundo da produção, o trabalho masculino tende a valer mais do que o trabalho feminino, considerando que as ações destinadas ao cuidado, à reprodução da vida dos indivíduos, se configuram como algo isento de conotação valorativa no contexto da relação produção x reprodução (HIRATA; KERGOAT, 2003).

Dessa forma, quanto mais se desce na hierarquia organizacional, mas essa desvalorização se acentua. Nesta hierarquia, as competências das mulheres não são reconhecidas como tais e sim substituídas por certos “atributos naturais” que estas possuem (HIRATA, 2002). Conforme evidenciado também pela nossa pesquisa:

*As mulheres são mais detalhistas, mais cuidadosas, caligrafia mais legível, faz tudo com mais clareza (AS 12).*

*Na família, a mulher tem o papel de cuidadora assim como no hospital, independente de ser casada ou não (AS 6).*

No caso específico das mulheres trabalhadoras da saúde, em geral, as funções que lhes tem sido reservadas se articulam com a suas responsabilizações para com o cuidado sanitário, com a saúde física e a higiene. Atribuições naturalizadas femininas e que coexistem com o cuidado doméstico junto às crianças, aos doentes e velhos, associado à figura da mulher-mãe, provedora dos cuidados na vida privada que se estende ao mundo do trabalho, se configurando num potente mecanismo que permite a hierarquização das profissões. De acordo com as AS do HUUFMA:

*A mulher conquistou sua posição no mercado de trabalho, mesmo que com dupla ou tripla jornada de trabalho. No hospital, as ações são de natureza voltada para o cuidado e, a mulher, pela própria cultura, personalidade feminina a favorece. O cuidado é uma de suas atribuições e ela o faz bem (AS 1).*

*A mulher se interessa mais pela saúde, tanto a sua como de sua família. Na saúde, ela ta buscando algo que ta dentro dela, no seu íntimo (AS 13).*

As informações fornecidas pelo Setor de Recursos Humanos do HUUFMA para fins deste trabalho, mostraram que mulheres permanecem majoritárias no Serviço Social (100% feminino) e nas especialidades médicas que também guardam estreita relação com o tradicional papel ocupado pelas mulheres na reprodução. Assim, nossa pesquisa mostrou que elas têm sido predominante na pediatria e ginecologia

*O setor de neonatologia é praticamente feminino. São pouquíssimos os profissionais masculinos nessa área. Aqui somos praticamente só mulheres, cerca de mais de 30, enquanto homens têm apenas 03. O fato de trabalhar com bebês e a questão do instinto maternal nos levam a essa escolha. É preciso saber lidar com as mães (MF Pediatria 1).*

*Com relação à saúde da mulher, esta é uma causa que abracei na ginecologia e nunca tive dificuldade de trabalhar e, acho que tem que ser assim (MF Ginecologia 2).*

Realidade que tende a se somar com a falta de infra-estrutura dos serviços, aos salários insuficientes, a escassez de pessoal e as cargas excessivas de trabalho que determinam condições de trabalho desfavoráveis e que tem sido corrente na saúde pública, devido os problemas pontuados anteriormente. Condições adversas que chegam a atentar contra a própria saúde humana. Isso sem deixar de mencionar a sobrecarga física e psicológica da dupla jornada de trabalho, muitas vezes resultante no *stress* laboral ou em outras manifestações de danos biopsicossocial comumente salientado por numerosas trabalhadoras de saúde<sup>59</sup>, (HIRATA, 2002).

Para algumas das entrevistadas:

*O preço é alto, com repercussões na saúde das mulheres profissionais. A missão de educar os filhos ainda ta voltada só pra elas. Com toda essa jornada que assume, elas acabam adoecendo com stress em decorrência de tantas responsabilidades (AS 15).*

*Quanto mais a mulher trabalha, mais a gente ver o reflexo na educação dos filhos, nos casamentos. Porque o que se nota é que a maioria das mulheres que trabalham na área médica é separada, não consegue dar assistência necessária à própria família por conta das exigências do dia-a-dia. Não tem tempo nem pro próprio lazer (MF Pediatria 3).*

Desse modo, as desigualdades entre os sexos vão sendo legitimadas através da naturalização de suas competências femininas e que são socialmente apreendidas no mundo doméstico e, consideradas pelo mercado de trabalho como dons inatos, habilidade natural do feminino e não como qualificações que fora adquirida durante anos escolares, razão pela qual Bruschini (200) chama atenção para o fato de que as desigualdades de gênero no capitalismo não devem ser vista

---

<sup>59</sup>As novas configurações do trabalho pautadas na exclusão, segregação ocupacional, informalização, jornada de trabalho mais longa e ausência de proteção social, traduzem uma realidade ladeada por pressões cognitivas, mentais e tensões psicológicas que não só aumentam a exploração da mulher, como potencializa os riscos de acidentes e de doenças do trabalho. Agravos decorrentes de doenças invisíveis tais como as disfunções psíquicas, nos relacionamentos sociais e familiares; LER/DORT tem acometido quantitativamente esse segmento da população. Agravos cujos sintomas nem sempre são valorizados pelos trabalhadores, com forte impacto para o sistema de previdência pública e, conseqüentemente, para a sociedade. Maiores detalhes em (CÂNDIDO; NEVES, 1997; NAVARRO et al., 2001; SALIM, 2000).

como mera herança de um passado pré-moderno, uma vez que estas radicam esse sistema.

As disparidades, antes operada no privado, passam a ser explicitadas na esfera do trabalho (assalariado), reforçando a dupla exploração das mulheres no momento em que lhes reserva atribuições laborais compatíveis com suas supostas vocações naturais, traduzidas, por um lado pelos setores de atividades tipicamente femininas e funções menos especializadas (atividades que tendem a se somar com as suas responsabilidades domésticas) e, por outro, quando não reconhece o valor real destas, designando níveis salariais em consonância com o sexo.

Nesse sentido, convém ressaltar que, apesar das construções das relações sociais entre os sexos serem móveis e variarem no tempo e no espaço, estas também se expressam no mercado de trabalho e nas políticas públicas, inclusive nas que se propõe a promover a “igualdade” de gênero (SABÓIA, 2006).

O processo de institucionalização do trabalho na saúde, especialmente no que concerne à seletividade das práticas de cuidado à saúde, decorre da necessidade de manutenção da discriminação e da desigualdade instituída pelo sistema patriarcado-racismo-capitalismo, vital ao processo de exploração capitalista. Dessa forma, as mulheres leigas foram vistas como adequadas ao novo perfil exigido e ideal do ponto de vista das qualidades de sexo (maiores habilidades para os cuidados, neste caso para com a saúde/doença).

Assim, embora no Brasil tal prática tenha suas raízes em costumes indígenas e populares, a responsabilização, sobretudo pelo cuidado para com a saúde dos enfermos, até então masculinas (pajés, clérigos, etc.), foi substituída por um tipo específico de cuidadora, naturalizando a coerência e os argumentos que articulam atributos do cuidado com as qualidades inerentes ao sexo, no caso, o feminino (LOPES, 1996).

Uma construção social que concorre para que a noção de cuidado da saúde seja vista e aceita como sendo uma ação característica das mulheres, produto das “qualidades naturais” destas, mas que, conforme evidenciado por Hirata e Kergoat (2003), repousa em uma base material e que concorre para a desvalorização da participação das mulheres principalmente no mercado de trabalho, motivo pelo qual não podemos perder de vista que as profissionais do sexo feminino da saúde por exemplo, não são meramente cuidadoras e, em sua maioria mulheres, por um acaso da história. Assim como a situação das mulheres num

sentido mais amplo, estas são produtos da definição de ser e das relações sociais entre os sexos.

Vieira et al. (2004) mostra que, historicamente, o trabalho feminino na saúde vem se embasando neste sistema de qualidades ditas naturais, que, de certa forma, favorecem tanto a inserção quanto a desvalorização do trabalho das mulheres nesse meio (cuidado associado ao não trabalho), reforçando a divisão sexual do trabalho, envolvendo segregação e hierarquia. Atributos reforçados pela cultura dominante tais como a meiguice, passividade, o amor ao próximo e a devoção no cuidado intensivo para com a saúde física e higiene, ainda permeiam essa inserção.

Segundo Fonseca (1996, p. 71):

Seja na cultura, como nas mentes dos agentes sociais – homens e mulheres –, é alimentada à idéia de que o lugar ideal e natural da mulher é o lar, a família, o privado e a reprodução. A vida de trabalho, que se desenvolve na esfera pública, mostra-se impregnada por essa crença que, do lado da gestão, pode assumir feições de justificativa à divisão social e técnica do trabalho (trabalho homem x mulher), aos níveis de remuneração, bem como às escassas oportunidades de qualificação e de carreira concedidas às mulheres que são percebidas como recursos humanos cuja tendência é sempre a de voltar para casa e sobre os quais não compensa maiores investimentos. Do lado das trabalhadoras, tal crença parece assumir a força de um desígnio moral capaz de promover a culpa pela ambição desviante do que ‘deveriam desejar ser’: mãe, esposa, dona de casa. Assim, dentro dessa conflitiva, as mulheres trabalhadoras se consolidam como tal.

O ambiente institucionalizado hospitalar é um exemplo preciso desse fato. Nesse espaço laboral, em consonância com os estudos de Lopes (1996), 85% do trabalho global é realizado por mulheres em cargos e/ou setores menos valorizados ou tidos como de menor responsabilidade. Setores como de higienização ambiental, hotelaria, alimentação, assistência social, terapia ocupacional, cozinha e enfermagem são quase exclusivamente ocupados por mulheres. Trabalhos cuja execução remete a uma suposta “vocação feminina”, como constatado pela pesquisa empírica no HUUFMA:

*Avalio que algumas profissões da área da saúde são predominantemente femininas, em especial a Enfermagem e o Serviço Social, talvez porque o cuidar seja considerado uma prática eminentemente feminina, dada as raízes sócio-culturais que estão por trás desta questão. No que tange especificamente ao Serviço Social este aqui é predominantemente exercido por mulheres, devido a gênese da profissão (AS 19).*

Além do mais, a saúde no ambiente hospitalar, conforme assinala a autora em referência, é um espaço onde se reproduzem hierarquias, o gênero se constitui uma especificidade que demarca prestígios aos funcionários da área biomédica, conforme fora enfatizado pelos sujeitos de nossa pesquisa:

*Em termos de área de saúde, a medicina é o carro chefe, a ciência médica em si. Considero que todas as ciências denominadas paramédicas são complementares a essa assistência (MM Obstetrícia 3).*

*A medicina continua a ser o carro-chefe no hospital. As outras profissões, eu diria que “gravitam”, sobre esta ciência., mas isto não quer dizer que são menos importantes, muito pelo contrário, a medicina só consegue desenvolver o seu trabalho bem, com qualidade se as demais profissões estiverem ao lado, juntas da medicina (MM Obstetrícia 5).*

*A medicina é a especialidade mais importante deste lugar (MM Cardiologista 3).*

*Parece que a medicina é mais importante e as outras profissões são articuladas para dar suporte ao trabalho médico (MF Ginecologia 5).*

Profissionais se expressam pelas qualidades, condições e aptidões. Tendência que conduz a uma desqualificação, quase que imediata, da força de trabalho das mulheres e das tarefas que lhe cabem, dado o seu encaminhamento seletivo para determinados setores e/ou profissões, naturalizadas como femininas, culminando para a sub-valorização social do trabalho que desempenham, para baixa auto-estima, falta de estímulos e de oportunidades para o seu desenvolvimento técnico e pessoal (LOPES, 1996). A fala da AS 19 é bastante ilustrativa nesse aspecto:

*Na área da saúde constata-se a subalternidade da profissão de Serviço Social, seja nas relações hierárquicas, seja nas desigualdades salariais. [...] no HUUFMA existem profissões que gozam de maiores poderes hierárquicos e prestígios do que outras. O Serviço Social não se constitui em uma dessas profissões. Ao contrário, trava diariamente uma luta para alcançar seus objetivos. [...] É portanto uma profissão desvalorizada tanto social quanto economicamente, tendo que cumprir uma jornada de trabalho superior a de profissões elitizadas como a Medicina e com uma remuneração inferior (AS 19).*

Desse modo, ainda que pese a considerável expansão dos horizontes de atuação femininos, a segmentação quanto às áreas de atuação profissional de

homens e mulheres na saúde parece persistir. De acordo com Lopes (1996, p.76-77), as mulheres trabalhadoras da saúde continuam sendo encaminhadas para lugares considerados de menor prestígio social, no qual o trabalho de cuidar (como se o cuidar não tivesse qualquer significação social ou político) e não o científico é considerado relevante.

Concepção que conduz ainda a uma oposição entre o tratar, relativo ao saber e fazer da medicina e, o cuidar, servir, assistir, relativo ao saber e fazer da enfermagem, da psicologia, do serviço social, etc., que de certa forma, parece naturalizado na saúde, inclusive entre as próprias trabalhadoras das áreas que, tendem a reafirmar que tais atividades são mais apropriadas para as mulheres (LOPES, 1996) e, até subestimar a utilidade e o conteúdo de suas práticas, mesmo que, cada vez mais, em todos os níveis de complexidade, se constate a relevância e a necessidade de suas ações e de suas participações na composição das equipes dos serviços públicos de saúde (HORÁCIO, 2006). É como se houvesse, principalmente no contexto hospitalar, uma concordância geral, aparentemente sustentada por critérios técnicos, de que o trabalho na área é determinado pelo médico.

Uma oposição que dificulta o trabalho interdisciplinar, coletivo, inerente à prática em saúde (este não consiste apenas numa divisão técnica, mas também social do trabalho), entre equipes multiprofissionais, criando um antagonismo entre saberes e fazeres tanto entre profissionais como entre os sexos o que inviabiliza, dentre outras coisas, a possibilidade de se somar os saberes em prol de alternativas promissoras que favoreça um diagnóstico, por exemplo. Uma oposição que conduz ao reforço da vaidade, do corporativismo, a falta de humildade (MELO FILHO et al., 1992).

Dificuldade ressaltada pelos sujeitos desta pesquisa:

*Existe uma intencionalidade de um trabalho interdisciplinar aqui. E este não está no mesmo nível de amadurecimento em todos os setores do hospital. É uma política da instituição, uma meta da direção. O trabalho interdisciplinar é imperativo para a prática da assistência à saúde. Hoje, no HU este é um processo em construção (DIASA).*

*Nós trabalhamos em conjunto só entre médicos, então não consigo fazer essa avaliação com as outras profissões. Temos outros profissionais e cada um tem desempenhado o seu trabalho (MF Ginecologia 5).*

*Trabalhamos com os outros profissionais mas com muita dificuldade. Há muita requisição da profissão e um singelo reconhecimento da categoria (AS 3).*

Vale salientar que este processo de hierarquização e desigualdades em relação às trabalhadoras não se dá, no interior do hospital, apenas entre profissões diferenciadas, mas igualmente entre membros de uma mesma profissão, tal como nas especialidades médicas onde, segundo Melo Filho, a de cirurgia tem mais status do que a clínica, o mesmo ocorrendo com a cardiologia em relação à dermatologia, o que aumenta ainda mais a fragmentação do trabalho em saúde (MELO FILHO et al., 1992).

Seja em que ocupação profissional for, a vigência de mecanismos dessa ordem dificultam a percepção de que estes são construções sociais, plurais, múltiplos, dinâmicos, contraditórios e não finalizados, mas que favorecem a hierarquia, dominação e as desigualdades reproduzidas com base no gênero nestas relações, sobretudo em termos de *status* e de remuneração, onde as atividades profissionais da área biomédica, geralmente, se encontram num patamar mais elevado do que as que pertencentes à área de humanas. Fato que, certamente, influencia ainda na ocupação dos cargos mais elevados e de prestígio tanto na hierarquia profissional, como nas instituições prestadoras de serviços médicos e entidades representativas, em sua grande maioria, por homens.

Uma realidade que não é particularidade da área da saúde, pois, de acordo com a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), apesar da participação das mulheres no mercado de trabalho ser expressiva, na maioria das instituições públicas brasileiras ainda são raras as que exercem altos postos de comando. O número de mulheres em postos de gerência no serviço público é inversamente proporcional ao nível decisório associado a estes postos. O que denota que os níveis mais elevados dos Cargos de Direção e Assessoramento Superior (DAS) estão, em sua maioria, sob o comando masculino (ENAP, 1998).

Dado confirmado também pela Secretária Especial de Políticas para as Mulheres através dos estudos de Freire quando trata da participação feminina nas áreas de decisão, momento em que, o que se percebe, é um profundo desequilíbrio, revelado pela segregação ocupacional e distribuição dos cargos de direção e assessoramento superior (DAS), onde as mulheres representam 47% das pessoas ocupando o DAS-1, correspondente ao mais baixo, e apenas 17,5% das que ocupam o DAS-6, o mais elevado na hierarquia (FREIRE, 2004).

A feminização de determinadas profissões e suas subseqüentes desvalorizações, resistências sociais a maternidade e a desigualdade na divisão das tarefas domésticas se constituem em algumas das várias as barreiras que contribuem para a exclusão das mulheres fora dos cargos mais qualificados e mais bem remunerados no serviço público de modo geral.

Segundo Abramo (2002), a idéia de que é mais caro contratar uma mulher do que um homem devido, sobretudo, aos custos indiretos associados à maternidade e aos cuidados infantis, possui forte presença no imaginário empresarial e muito tem servido como justificativa para manutenção das desigualdades salariais existentes entre homens e mulheres.

Porém, disposta a desmistificar que tais justificativas não se sustentam diante das evidências estatísticas, a autora cita resultados de uma pesquisa realizada em 2002 pela OIT em cinco países da América Latina, dentre estes o Brasil, que mostra os custos indiretos associados à maternidade e aos cuidados infantis. Em conformidade com a pesquisa, estes são muito reduzidos, algo em torno de 2% da remuneração bruta mensal das mulheres. No caso do Brasil, representam 1,2%. Baixos custos explicados em decorrência de vários fatores: baixa incidência, entre as trabalhadoras assalariadas, das licenças-maternidades e de outros benefícios a elas associados, como creches e o direito a interromper a jornada de trabalho para a amamentação, bem como pelo sistema de financiamento dos benefícios médicos (atenção à gravidez e ao parto) e monetários (salário-maternidade). O que sugere outras causas para esta discriminação (ABRAMO, 2002).

Entretanto Labra (1989, p. 122-123) ressalta que, embora sempre tenha havido restrição quanto à participação das mulheres no conjunto dos empregos formais, inclusive na atualidade onde se assiste uma drástica redução dos postos de trabalho<sup>60</sup>, a saúde ainda vive um franco processo de feminização do contingente de trabalhadores, uma participação que, consoante com Bruschini e Lombardi (2007), vem crescendo de forma lenta, mas persistente, particularmente a partir da década

---

<sup>60</sup>Segundo Bruschini e Lombardi (2007), o processo de enxugamento de postos de trabalho formalizados se intensificou nos anos 90, tendo afetado em maior medida mais os homens do que as mulheres: no período 88/92, dados do Ministério do Trabalho indicavam uma variação negativa de 8,6% nos empregos masculinos e de apenas 0,3% nos femininos. Nos períodos subseqüentes, parece ter havido uma retomada da formalização dos empregos para ambos os sexos e, particularmente para o feminino. Nos últimos 10 anos, entre 1992 e 2002, as empresas informaram a abertura de 2. 968, 779 novos postos de trabalho para homens e de 3. 423, 024 para mulheres.

de 1990, inclusive em carreiras tidas como sendo de médio e alto prestígio social como as já citadas Odontologia e a Medicina.

No geral, as autoras acima constataram ainda que os empregos femininos no serviço público, em regime estatutário, duplicaram nos últimos 17 anos, evidenciando a persistência da importância desse setor na absorção da força de trabalho feminina, principalmente nas áreas da educação e da saúde. Assim, se em 1985, 16% dos empregos femininos eram contratados sob aquele regime, em 2002, passa-se a 32%. Neste mesmo ano, apenas 16% dos empregos masculinos eram na administração pública. Ressalvada essa diferença de gênero, deve-se notar que nesse longo período de tempo, a importância do setor público na absorção dos homens também duplicou (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2007).

Na visão de Labra (1989), a crescente progressão de mulheres na saúde pública se deve, principalmente, às disposições ideológicas aí existente e que fazem desse tipo de trabalho, uma prática social sexuada (mulheres estão mais qualificadas, mas conforme sua natureza), mas que também se expressa, sobretudo, na já sinalizada distribuição desigual de funções, tarefas e responsabilidades que se traduzem, por um lado, na alocação feminina em setores de atividades tipicamente femininos e, por outro, nos níveis salariais desiguais de acordo com o sexo. Uma desigualdade que se mantém até mesmo nos denominados setores predominantemente femininos.

Informação confirmada pelo IBGE (2000) quando revela que, a desigualdade dos rendimentos femininos frente aos masculinos persiste no país durante os últimos 26 anos, seja qual for o ângulo sob o qual se analise a questão. As mulheres ganham menos que os homens independentemente do setor de atividade econômica em que trabalhem. Assim, no ramo da educação, saúde e serviços pessoais, espaço de trabalho tradicionalmente feminizado, o IBGE demonstra uma maior proporção de homens (30% versus 15% de mulheres) com rendimentos superiores a 5 salários mínimos;

No quadro 3, podemos ter uma melhor visualização dessa realidade. Neste, a desigualdade salarial é mostrada pelo Ministério do Trabalho a partir da seleção de algumas famílias ocupacionais dentro de quatro faixas de participação feminina nos empregos, a saber: nos empregos considerados de alta participação (mais de 70%); de média (entre 50 e 90%); de baixa (entre 30 a 49%) e muito baixa participação (menos de 30%). Os dados evidenciam a vigência das diferenças

salariais entre homens e mulheres tanto entre famílias ocupacionais, como no interior de uma mesma profissão, independente do percentual feminino existente. Diferenças que, tal como assinala Bruschini (2003), são reflexos das discriminações históricas ainda muito presentes no mercado de trabalho ainda muito presentes no mercado de trabalho.

MÉDIA DOS RENDIMENTOS MENSAIS POR SEXO EM FAMÍLIAS OCUPACIONAIS SELECIONADAS NO MERCADO FORMAL DE TRABALHO – BRASIL, 2002 (*)				
CBO	Famílias Ocupacionais	Média dos rendimentos mensais (em SM – salário mínimo)		
		2002		
		Total	Homens	Mulheres
Mais de 70% dos empregos são femininos				
073	Assistentes Sociais	6,74	5,28	6,88
321	Secretários	3,95	5,1	3,76
141	Professores do ensino médio	5,58	5,58	5,58
Entre 50 e 69% dos empregos são femininos				
063	Dentistas – cirurgiões dentistas	7,65	7,89	7,48
159	Jornalistas, Outros – escritório jornal, redação, locução e trabalhos assemelhados	7,90	8,24	7,62
Entre 30 e 49% dos empregos são femininos				
214	Funcionário Público com nível superior	12,56	14,19	10,90
121	Advogados	15,34	15,84	14,70
061	Médicos	10,58	10,97	9,95
Menos de 30% dos empregos são femininos				
065	Médicos Veterinários e trabalhos assemelhados	9,54	10,17	8,02
021	Engenheiros civis e arquitetos	15,51	16,21	13,12

(\*) Adaptada pela pesquisadora para destacar somente as famílias ocupacionais com as profissões de nível superior.

Quadro 3 – Média dos rendimentos mensais por sexo em famílias ocupacionais selecionadas no mercado formal de trabalho

Fonte: Bruschini e Lombardi (2007)

O IBGE explicita que os patamares de rendimento feminino são menores, independentemente também da jornada semanal de trabalho adotada pelo trabalhador. Em 2002, entre aqueles que trabalhavam em período integral (de 40 a 44 horas semanais), por exemplo, ganhavam até dois salários mínimos, 57% das ocupadas e 51% dos ocupados; na outra ponta, ganhando mais de cinco ou mais

salários mínimos, estavam 16% dos homens e apenas 13% das mulheres (IBGE, 2000).

Ainda de acordo com o IBGE (2000), nem mesmo a elevação do nível de escolaridade entre homens e mulheres tem resultado num crescimento de salários menos desigual (atualmente, 31% delas possuem grau médio e universitário de ensino em relação a 28% deles), dado inúmeros fatores, sobretudo de ordem cultural, muito presentes e arraigados na vida social e que resultam na concentração dos postos de poder em mãos masculinas.

Nestes termos, utilizamos os estudos realizados por Bruschini (1998) para exemplificar um caso específico que ocorre na Enfermagem, profissão predominantemente, mas onde a balança também pende a favor dos homens. Segundo a autora, 29% deles ganham até dois salários mínimos, em comparação a 45% das mulheres ali ocupadas.

Um outro estudo, realizado por Lopes e Leal (2005), com base nas diferenças de renda e salários de enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família (PSF), atesta que estas duas categorias profissionais, apesar de submetidas às mesmas condições de assalariamento, têm rendimentos diferenciados. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, revelam que, em nível nacional, os médicos têm uma renda, em média, de 2.229 dólares, enquanto que para o enfermeiro/a, a média é de 1.123 dólares. As autoras acrescentam ainda que a própria expectativa de ascensão salarial é comparativamente mais elevada para os médicos.

A nossa pesquisa também constatou a diferença de rendimentos entre os profissionais da área médica no HUUFMA. Na especialidade de Oftalmologia, por exemplo, verificamos uma clara distinção salarial entre os que possuíam a mesma formação, exerciam a mesma função, tinham o mesmo nível de responsabilidade e mesma jornada de trabalho, sem que nos fosse possível identificar o porquê de tal divergência.

Assim, entre os cinco entrevistados (quatro homens e uma mulher) foi declarado que a média salarial variava de três a oito salários mínimos. Cabe destacar que todos eram contratados por tempo determinado pela FJM, sendo quatro (os do sexo masculino) inseridos no patamar que variava de quatro a oito salários e um (a do sexo feminino), com a média salarial mais baixa (três salários).

Desse modo, fica patente que o fato de as trabalhadoras disporem de credenciais de escolaridade superiores ou similares aos seus colegas de trabalho não implica ganhos salariais semelhantes, pois os dados deixam claro que homens e mulheres com igual escolaridade obtêm rendimentos diferentes. As relações de gênero seguem assim como determinantes para a demarcação das fronteiras no mercado de trabalho para as mulheres, influenciando no pagamento de valores distintos entre profissionais. E se maiores patamares de escolaridade está associado a maiores chances de obter rendimentos melhores, isso parece se aplicar mais aos homens do que às mulheres. Observando os rendimentos dos que atingiram os mais altos níveis de escolarização, 15 anos e mais, ou os que cursaram uma faculdade, estudos de Bruschini e Lombardi revelam que se têm aí 42% dos homens e apenas 18% das mulheres com rendimentos superiores a 10 salários mínimos (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2007).

Razão pela qual é preciso que se tenha clareza de que a divisão sexual do trabalho não se resume à mera alocação de homens e mulheres em estruturas ocupacionais, perfis de qualificação e tipos de postos de trabalho pré-definidos. Enquanto base material do sistema sexo-gênero é através também desse mecanismo que ideologias e representações sociais, como as de gênero, se concretizam e legitimam.

### **3.3 As trabalhadoras do Serviço Social e da Medicina na saúde pública**

O Serviço Social constitui-se como profissão no Brasil nos anos de 1930, tendo como características embrionárias um expressivo número de mulheres<sup>61</sup> e um conteúdo assistencial e paternalista (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986).

Seu surgimento se constitui em uma estratégia conjunta da Igreja, do Estado e da classe burguesa em face do agravamento da questão social<sup>62</sup> no país no período acima descrito, sofrendo as influências sócio-históricas da época, fortemente demarcada pela expansão da produção e das relações sociais

---

<sup>61</sup>Atualmente o Serviço Social já conta com a participação masculina em seu interior. Entretanto, em comparação com a presença feminina, permanece bem pequena.

<sup>62</sup>A questão social aqui referida é entendida como a mobilização política dos trabalhadores industriais para reivindicações por melhorias nas suas condições de vida e trabalho, dada a pauperização massiva da população em decorrência da contradição explicitada pelo aumento da produção de riqueza social.

capitalistas. Momento em que a luta dos trabalhadores por direitos invade o cenário político, exigindo respostas do Estado.

As mulheres que conformaram o pioneirismo do Serviço Social eram oriundas das famílias das classes dominantes e camadas abastadas da sociedade. Em geral, jovens ligadas ao apostolado leigo da Igreja católica, formadas nos estabelecimentos religiosos de ensino, numa conjuntura que preconizava o trabalho especializado para o atendimento das necessidades advindas do desenvolvimento capitalista industrial e da expansão urbana, em detrimento das ações caritativas tradicionais da Igreja na dinâmica dos antagonismos de classe na sociedade.

Assim, os agentes benévolos, com formação doutrinária, foram substituídos por um apostolado social com qualificação técnica e um profundo sentimento de justiça social e de caridade cristã, numa conjuntura em que as classes dominantes que compunham o Estado buscam recuperar o poder local em São Paulo, e nacional dos quais haviam sido alijados no início dos anos de 1930, propondo para tanto uma nova racionalidade no atendimento da questão social, tendo nas mulheres um potente elemento de humanização da exploração. De acordo com Iamamoto e Carvalho,

O enquadramento dos hábitos de saúde, alimentação, habitação, comportamento, etc., são assim elementos essenciais no instituir-se, como natural (e universal), uma ordem que é fundamentalmente particular. O estímulo à cooperação de classes, o ajustamento *psicossocial* do trabalhador, são, entre outros, elementos básicos na ação de impor a aceitação e interiorização das relações sociais vigentes, a aceitação da hegemonia social do capital (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986, p. 314).

A institucionalização do Serviço Social enquanto campo de atuação profissional essencialmente feminino está ligado, também, ao papel social colocado à mulher na preservação da moral familiar, difusão de hábitos e costumes, devido a sua suposta vocação inata para tarefas educativas, caridosas e de ocupar-se dos fracos, crianças e doentes e às exigências da classe burguesa, sobretudo do Estado. Objetiva principalmente conter os avanços do movimento operário na perspectiva de construção de um consenso favorável ao funcionamento da sociedade no enfrentamento da questão social (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986).

De acordo com Iamamoto (1998, p.64), o Serviço Social enquanto profissão é atravessado por relações de gênero, dada a sua composição social predominantemente feminina, o que ainda hoje afeta a sua imagem na sociedade e as perspectivas sociais vigentes diante da mesma. Para a autora, esse recorte de gênero explicará, em parte, os traços de subalternidade que uma profissão

majoritariamente feminina carrega diante de outras de maior prestígio e reconhecimento social e acadêmico.

Não podemos perder de vista que historicamente a inserção de mulheres no mercado de trabalho foi ladeada por dificuldades, sobretudo por conta da persistência de uma ideologia que produz a desvalorização da participação feminina na esfera laboral. Uma estratégia fundamental, explicitada pela divisão sexual do trabalho enquanto divisão hierárquica, que se efetiva em termos de classe, gênero, raça e etnia para manter a exploração/opressão das mulheres como parte da ordem natural das coisas (ÁVILA, 2007).

A demanda por essa formação técnica especializada aos poucos foi se distanciando das ações decorrentes de iniciativas particulares da Igreja e das moças devotas do apostolado social e das camadas mais abastadas da sociedade, provocando uma significativa mudança no perfil socioeconômico da profissão, havendo um rebaixamento paulatino do poder aquisitivo dos ingressantes. Progressivamente, o Estado foi criando instituições assistenciais com requisições para profissionais como Assistentes Sociais, ampliando as possibilidades para o emergente Serviço Social.

Assim, a profissão foi se transformando num componente da força de trabalho, tendo no Estado, mais precisamente nos serviços sociais públicos, o seu setor mais dinâmico, que, por sua vez, passou a incentivá-la e a regulamentá-la como uma profissão legitimada dentro da divisão social-técnica do trabalho (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986).

Desse modo, como tantas outras profissões, o Serviço Social passa a se inscrever na sociedade capitalista como trabalho formal e assalariado, localizando-se na estrutura sócio-ocupacional como atividade auxiliar e subsidiária no espaço das mediações entre as classes e o Estado, o que, de certa forma, também favorece o caráter subalterno e funcional da profissão. De acordo com Iamamoto (1992, p.175),

O Serviço Social não se afirma como necessário na sociedade como um ramo de saber, no quadro da divisão de trabalho entre as ciências. [...] Surge sim, como um tipo de especialização do trabalho na sociedade que carrega em si um suposto de explicação da vida social como base para a ação, para a intervenção no processo social.

A inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho se encontra profundamente ligada à forma como a sociedade brasileira e as entidades empregadoras da profissão apreendem as necessidades dos sujeitos. Logo, a

profissão se encontra submetida às regras que qualificam o trabalho assalariado no capitalismo e ao modo como os objetivos institucionais se voltam à intervenção das necessidades apresentadas pelos sujeitos (ABESS, 1996).

A composição feminina do Serviço Social sempre foi bem visível na área da saúde, espaço onde a profissão se inseriu também na conjuntura dos anos 1930 no denominado Serviço Social médico, com iniciativas embrionárias, restritas inicialmente à puericultura e à profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias, caracterizadas por medidas higiênicas, assistenciais e normativas voltadas quase que exclusivamente para as famílias operárias (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986).

Nesse espaço, por muito tempo, a profissão foi considerada, ao lado de muitas outras com exercício profissional na saúde, como “paramédica”. Situação decorrente da divisão social do trabalho na sociedade capitalista, referendada pela posição subalterna que tais profissões ocupavam na hierarquia organizacional num ambiente cujo principal protagonista é o médico.

A propagação do processo de industrialização no país e a crescente urbanização em muito contribuíram para o agravamento da questão social, objeto central da ação do Serviço Social, pois provocaram a pauperização massiva da população urbana; o aumento da exploração, com a incorporação de mulheres e crianças no mercado de trabalho industrial em péssimas condições de higiene e insalubridade reinante nas indústrias e nos bairros operários que se estruturaram, favorecendo o aparecimento de doenças (IAMAMOTO, 1998).

Momento em que o número de Assistentes Sociais na área da saúde se eleva, principalmente a partir de 1945, transformando a saúde na área de maior absorção profissional. Fato decorrente, como exposto acima, das necessidades da ampliação do capitalismo que exigia maior qualificação técnica de profissionais para atuar no social, bem como em virtude da nova concepção de saúde elaborada pela Organização Mundial de Saúde em 1948, relacionando-a com as condições de vida dos indivíduos, ao bem-estar físico, social e mental. Uma concepção que passa igualmente a requerer novos profissionais para atuarem em equipes multidisciplinares, estratégia racionalizadora adotada para remediar a falta de profissionais da área médica, através da utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis (BRAVO; MATOS, 2004).

Em decorrência da grande demanda, assim como da urgência de consolidação da Política Nacional de Saúde estruturada nos anos de 1930, o

Serviço Social é chamada para desenvolver, sobretudo, uma prática educativa e normativa voltada para a manutenção do *status quo*, e atuar em programas, que prescindem de um caráter seletivo da população usuária, uma vez que tais programas se restringiam a determinados segmentos (pobres, operários etc.) dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social (BRAVO; MATOS, 2004).

Nesse contexto, desenvolvem suas ações junto aos departamentos médicos, hospitais e ambulatórios, com orientações no que concerne aos aspectos sociais da doença, na educação social, enfocando os princípios básicos de higiene, puericultura e readaptação à vida familiar, com vistas à reintegração ao mercado de trabalho. Ações pautadas em triagens, elaboração de fichas de cadastro dos usuários, distribuição de ajuda financeira para locomoção, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do usuário, cuidados com os fatores psicológicos e emocionais do tratamento e a adequação do usuário às normas e rotinas institucionais, além de visitas domiciliares, encaminhamentos e educação moral e doméstica, realizada através de círculos e cursos (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986).

Em São Luís, a origem da profissão é atribuída também à iniciativa da Igreja Católica e do Estado, por meio do apoio da Legião Brasileira de Assistência (LBA) e do Departamento de Assistência à Criança na década de 1950<sup>63</sup>, que originou a Escola de Assistência Social, atendendo a uma orientação nacional devido à necessidade de técnicos especializados para o desempenho de atividades assistenciais nesta localidade.

Como nas demais escolas de Serviço Social existentes no país, na capital maranhense a presença feminina também é majoritária. Os quadros 4 e 5 abaixo são ilustrativos dessa constatação, pois mostram que nas duas Instituições de Ensino Superior que oferecem graduação em Serviço Social a proporção de mulheres ainda hoje é bem maior do que a de homens. O percentual deles em relação ao delas é muito pequeno, ficando em torno de 2,5%.

---

<sup>63</sup>O atual curso de Serviço Social da Universidade Federal do Maranhão tem início somente em 1953, por iniciativa da Arquidiocese de São Luís, à época dirigida pelo Arcebispo Metropolitano D. José Medeiros Delgado, que criou a Escola Maranhense de Serviço Social, anexa à Faculdade de Filosofia, através do Decreto Episcopal nº. 5, de fevereiro daquele ano. Entretanto, reconhece-se a Escola de Assistência Social como sendo a primeira iniciativa de formação de profissionais para atuar como assistentes sociais no Maranhão.

NÚMERO DE ALUNOS MATRICULADOS NO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL DA UFMA NO PERÍODO DE 1997/2007			
Ano	Homens	Mulheres	total
1997.1	04	361	365
1997.2	02	357	359
1998.1	03	358	361
1998.2	04	351	355
1999.1	03	365	368
1999.2	04	379	383
2000.1	03	396	399
2000.2	06	375	381
2001.1	05	391	396
2001.2	07	386	393
2002.1	05	378	383
2002.2	05	380	385
2003.1	06	387	393
2003.2	05	369	374
2004.1	05	370	375
2004.2	06	362	368
2005.1	06	345	351
2005.2	07	312	319
2006.1	10	313	323
2006.2	10	293	303
2007.1	07	303	310

Quadro 4 – Número de alunos matriculados no Curso de Serviço Social da UFMA no período de 1997/2007

Fonte: Coordenação Geral do Núcleo de Tecnologia da Informação da UFMA

NÚMERO DE ALUNOS INGRESSANTES NO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL DO UNICEUMA NO PERÍODO DE 2007 <sup>64</sup>			
Ano	Homens	Mulheres	total
2007.1	02	90	92

Quadro 5 – Número de alunos ingressantes no Curso de Serviço Social do UNICEUMA no período de 2007

Fonte: Coordenação do Curso de Serviço Social do Centro Universitário do Maranhão (UNICEUMA)

<sup>64</sup>O curso de Serviço Social do UNICEUMA teve início no ano de 2007.1, e foi composto por duas turmas.

Em relação à inscrição profissional do assistente social na saúde em São Luís, Guilhon e Sousa (1999) mostram que esta se processa no contexto dos anos de 1950/1960 demarcado por um quadro nosológico caracterizado não somente pela diversidade de enfermidades, assemelhado ao de tantas outras cidades brasileiras no tocante às doenças infecto-contagiosas e carenciais que tendem a se associar às metabólicas e degenerativas, mas, e principalmente, pela agudeza da sua manifestação e óbitos que atingem, sobretudo grupos vulneráveis como o materno-infantil, o idoso.

Contexto que também expressa uma política oficial caracterizada pelo privilegiamento dos atos de cura (diagnóstico e terapia) ao invés de atos promocionais, preventivos e de reabilitação, que ora congrega profissionais no espaço ambulatorial e ora no espaço hospitalar; por desconhecimento das alternativas construídas pelos movimentos populares e, por uma demanda institucional, extremamente individualizada, restrita a serviços e programas assistenciais (GUILHON; SOUSA, 1999).

No decorrer de sua história, o Serviço Social vivencia vários momentos consoantes com as mudanças impressas no papel do Estado em diferentes conjunturas e seus rebatimentos na sociedade, sob o comando do grande capital, que interferiram na sua conformação em dois níveis: o da prática e o da formação profissional.

Em seu processo de formação profissional o Serviço Social evoluiu, ultrapassando a caridade e passando a respaldar-se em conhecimentos científicos, dados à intensidade e a complexidade dos problemas sociais presentes e aos embates teóricos e metodológicos travados. Redimensiona-se com a influência americana substituindo a européia, alterando a formação e a prática profissional no país, que passa a adotar uma análise de cunho psicológico explicitado nos serviços sociais de caso e de grupo em substituição ao julgamento moral em relação à população-cliente. Ao mesmo tempo vivencia um alargamento de suas funções, em direção ao exercício de atividades como de coordenação e planejamento, evidenciando uma evolução do status técnico da profissão (IAMAMOTO; CARVALHO, 1986).

Nos anos de 1960, o debate em torno do Movimento de Reconceituação<sup>65</sup> do Serviço Social na América Latina inicia um processo de questionamento em torno da vigência do conservadorismo profissional e da importação de conhecimentos de países desenvolvidos para os países latino-americanos como o Brasil. Contudo, o Golpe Militar de 1964 promove uma neutralização das vertentes progressistas de ruptura, restringindo o aprofundamento crítico da profissão e favorecendo a difusão da vertente denominada *modernização conservadora*, num esforço de adequar a profissão aos processos sóciopolíticos emergentes.

Vale mencionar que a influência da modernização conservadora se pautava num Estado autoritário, racionalizado para gerar o desenvolvimento em proveito dos monopólios, com elaboração de políticas setoriais requerendo profissionais especializados no manejo da burocracia. Para os Assistentes Sociais, isto significou a adoção de novas estratégias de ação, com práticas assistencialistas e ajustadoras e em condições de responder à eficiência e eficácia exigidas pelo mercado de trabalho (BRAVO, 2007). O aspecto educativo da profissão se destaca nas várias funções terapêuticas realizadas com vistas, principalmente ao controle do trabalhador, sem nenhuma articulação com os determinantes da questão social advindos do conflito capital x trabalho.

A profissão nessa conjuntura, segundo Bravo (2007), ampliou-se de forma substancial na saúde em decorrência do surgimento do complexo previdenciário de assistência médica, da estruturação do Instituto Nacional de Previdência social – INPS, criação da Secretaria de Bem-Estar e também da luta das mulheres por direitos, respeito e maiores oportunidades na esfera laboral. Ampliação esta que se deu em termos de inserção no mercado de trabalho e de legitimidade profissional junto às instâncias de poder institucional, uma vez que, de acordo com a autora, “não representava ameaça no trato da questão social, que era absorvida sem crítica” (BRAVO, 2007, p. 105).

Ainda segundo Bravo (2007), processo de crítica inaugurado pelo Movimento de Reconceituação teve pouca repercussão na área da saúde. Ficando restrita aos ambulatórios e hospitais na sedimentação de um padrão técnico para atender às necessidades da assistência médica, ao estímulo às abordagens grupais e

---

<sup>65</sup>Não se constitui objeto desse estudo aprofundar o debate sobre o Movimento de Reconceituação do Serviço Social. Para tanto recomendamos consultar: (PALMA, 1975; P. NETO, 1981).

comunitária, sinalizando para o enfoque em saúde pública na proteção, prevenção e recuperação da saúde.

Contudo, a autora destaca que esse movimento foi determinante no confronto com o desenvolvimentismo, bem como no processo de renovação do Serviço Social, pois resultou em questionamentos das direções teóricas que se faziam presentes na profissão, por sua vez, decorrentes das tendências e divergências político-ideológicas existentes na sociedade brasileira, a saber: a vertente *modernizadora*, em refluxo desde meados dos anos de 1970; a *reatualização do conservadorismo*, que por sua vez recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se auto-intitula nova; e a *intenção de ruptura*, que possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao desempenho profissional e aos seus suportes teóricos, metodológicos, ideológicos, manifestando a pretensão de rompimento com o pensamento conservador. Para tanto, recorre progressivamente à tradição marxista (BRAVO, 2007).

A conjuntura política de organização do movimento social e adensamento das tendências democráticas possibilitou ao Serviço Social prosseguir no processo de renovação durante a década de 1970. Assim, após muitos embates e reformulações, a vertente *intenção de ruptura* adquire, ao longo dos anos 1980, maturidade intelectual e teórica, agora respaldada na fonte “clássica” da tradição marxiana, para a compreensão profissional do Serviço Social, extrapolando as fronteiras universitárias e adentrando no conjunto da categoria profissional. O que não significa dizer que as vertentes *modernizadora* e *reatualização do conservadorismo* tenham sido extintas nas áreas de ação dos assistentes sociais. Estas perderam espaços, mas não foram de todo banidas.

No que se refere à prática profissional em geral, tal processo de crítica foi decisivo para os avanços construídos. Dentre estes, destaca-se a orientação da perspectiva dialética respaldada em autores como Gramsci e Marx, o que possibilitou à profissão ampliar a concepção de política; de instituição enquanto espaço que reflete antagonismo e contradição da sociedade; algumas diretrizes elaboradas para rever a prática profissional a partir das demandas e interesses das classes trabalhadoras, a visualização dos serviços sociais como direitos do usuário na instituição, dentre outros (BRAVO, 2007, p. 120).

Em síntese, ao longo de seu processo interventivo, o Serviço Social na saúde tem se voltado ao atendimento, sobretudo das demandas institucionais junto aos segmentos mais empobrecidos e subalternizados da sociedade, em tentativas que visam à superação de problemas concretos que se expressam pela variedade de enfermidades; por uma demanda essencialmente individualizada da população nos espaços oficiais de assistência médico-hospitalar (GUILHON; SOUSA, 1999, p.2-3).

Com a universalização do acesso promovida pela constituição do SUS, setores se subdividiram, exigências de atendimento humanizado foram feitas, novas demandas, principalmente em termos de conhecimento, bem como novas formas de interação com a equipe de trabalho, usuários e familiares, conforme pode ser visualizado na fala de uma das entrevistadas:

*Foram colocadas para o Serviço Social muita atribuição, mas sem que nos fossem dadas as condições para atendê-las, o que acaba comprometendo até a vida da gente. Não se tem tido qualificação e nem estímulos para isso. Nem todas podem participar de encontros, se qualificarem, ver coisas novas, pois o serviço exige que se fique (AS 20).*

À medida que novas situações se apresentam para a profissão, o Serviço Social é obrigado a atualizar-se, redefinir suas estratégias e procedimentos para atender as demandas, a exemplo de programas e de ações que exigem compreensão do trabalho interdisciplinar e humanizado, de políticas públicas, além de capacitação em outras áreas de conhecimento como a jurídica e a de informática. Como podemos observar a partir de alguns depoimentos das assistentes sociais quando falam de sua rotina diante das demandas:

*É preciso muita leitura pra acompanhar as mudanças nos programas e nas tecnologias. Ou seja, é preciso capacitação constante. Existe hoje até uma meta do setor em que todas as Assistentes Sociais tem que ter especialização. Algumas especializações até vem sendo oportunizadas pela instituição. Recentemente teve um sorteio onde tivemos três colegas contempladas com bolsa de estudo integral para especialização (AS 15).*

*É preciso conhecimento do próprio SUS, da rede para poder orientar de forma correta os usuários acerca dos benefícios e programas. Conhecimentos que chegam ir além até dos serviços que o Serviço Social presta na instituição (AS 13).*

*O próprio Serviço Social tem tido necessidade de apreender o trabalho em equipe, pois a própria profissão precisa evoluir para se situar nessa realidade. Qual o novo discurso o Serviço Social nesse contexto? (AS 11).*

Na saúde, as Assistentes Sociais se organizam em conformidade com a rotina instituída pelo hospital no tocante ao atendimento à população usuária, com predominância do plantão e dos programas e composição de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, procurando manter diálogo constante com os usuários na perspectiva de estimulá-los a participar de forma consciente e ativa na condução do processo social de conquista de seus direitos, fundamental em uma época que descaracterizou a cidadania, associando-a ao consumo e a mercadoria.

Nas suas diversas formas de intervenção, as assistentes sociais têm sido identificadas como agentes de socialização, como profissionais que dispõem de conhecimentos específicos, em condições de atuar na viabilização do acesso da população aos direitos e meios de exercê-los. Ou seja, na mediação entre a família/hospital/médico (a) com vistas ao atendimento de necessidades e interesses dos sujeitos, objeto de sua intervenção, contribuindo na minimização das deficiências do Sistema Público de Saúde, considerando que a crise que assola o setor se reflete na carência de leitos hospitalares e equipamentos de atendimento imediato, carência de pessoal qualificado, etc.

*Pro usuário, a Assistente Social é a sua advogada. É quem defende seus direitos. Não há aqui preocupação só com a doença, mas com as questões sociais. A atuação da Assistente Social se faz necessária até mesmo pela dificuldade que os outros profissionais têm em ter contato corpo-a-corpo com os usuários. Isso põe as Assistentes Sociais em relevância (AS 15).*

*Na saúde, o Serviço Social é um mediador entre usuários e equipe. É quem orienta sobre os direitos sociais, trabalhistas, previdenciários, inserindo os usuários nas políticas públicas (AS 19).*

As Assistentes Sociais desenvolvem projetos interprofissionais que possam responder a dois eixos contraditórios, tensionados, representados por um lado pelas demandas do capital e, de outro pelas demandas do trabalho, dos usuários, em sua maioria oriunda dos setores populares. Com estes, a profissão assumiu um compromisso, através de seu atual projeto ético-político para com a garantia de seus direitos civis, sociais e político, na defesa da qualidade dos serviços prestados, em contraposição à herança conservadora do passado. Por

outro lado, o seu compromisso atinge as demandas institucionais, atualmente orientadas por propostas neoliberalizantes e que defendem a minimização do Estado no meio social, a desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais (GUILHON; SOUSA, 1999, p.2-3). Para uma de nossas entrevistadas eis aí um grande desafio para as Assistentes Sociais:

*Acredito que hoje, a principal requisição que o Serviço Social tem é acompanhar as mudanças ocorridas na sociedade, tanto a nível estrutural quanto conjuntural, de modo a identificar as diversas expressões da questão social e o motor propulsor das mesmas. Esse entendimento é essencial para que se possa construir estratégias interventivas mais combativas para o enfrentamento da realidade. É também o maior desafio para as Assistentes Sociais que pretendem atuar nessa perspectiva (AS 19).*

O cotidiano profissional é perpassado hoje por inúmeras exigências. Contudo, em muitas vezes não se tem clareza de quais sejam as atribuições e especificidades do trabalho do assistente social na saúde:

*Quando ninguém resolve a demanda do usuário, encaminha-se para o Serviço Social. Muitas vezes com problemas que não são nem nossos. Os outros profissionais não são acostumados com a escuta (AS 1).*

*Tudo se manda falar com o Serviço Social, da reclamação do porteiro ao atestado médico, ausência de leitos... (AS 6).*

*Os setores que requisitam o Serviço Social ainda têm uma visão limitada do que seja sua atribuição. Aproveitamos esses espaços para construir uma visão mais condizente com o nosso projeto ético- político e social. No hospital, o Serviço Social ainda é visto como aquele profissional que vai resolver tudo. Este possui uma atuação funcional. Atribuição que não é de ninguém, possa ser do Serviço Social, é esta a compreensão de alguns profissionais na instituição (CSS HUMI).*

No que se refere à Medicina, apesar de ser configurada historicamente como uma profissão masculina, sua prática primitiva revela-se como sendo essencialmente feminina. No período considerado embrionário das abordagens médicas, de origens mágicas onde as causas das doenças eram tidas como sobrenaturais, a Medicina primitiva surge igualmente com as mulheres primitivas, que utilizavam as plantas para o tratamento de doenças.

Eram elas que detinham o conhecimento sobre o corpo feminino e dominavam a arte do parto. Suas atividades constituíram-se num esboço da

terapêutica, da ginecologia e da obstetrícia atuais. De acordo com Santucci (2005), na história da Medicina há muitos detalhes sobre o cotidiano das médicas.

Mulheres que foram veneradas na Itália, França e Espanha antigas. Especialistas que vão da *ornatrix* (espécie de esteticista que evoluiu para a dermatologista) à *obstetrix* ou parteira, que praticaram a Medicina de alto nível e com o mesmo sucesso dos homens (SANTUCCI, 2005, p.36-37).

Entretanto, com Hipócrates se rompe com a crença divina a respeito da Medicina e lançam-se as bases para a sistematização dos conhecimentos médicos adquiridos anteriormente, fundados em um método baseado nas leis da natureza e na observação individual. Tudo isso acompanhado de um real humanismo em relação ao paciente, esboçando o que se constituiria na atual Medicina clínica (SANTUCCI, 2005).

À medida que o homem foi se apropriando da prática médica, as mulheres foram sendo afastadas, seus conhecimentos contestados, o que fez das faculdades médicas um espaço exclusivamente masculino por aproximadamente sete séculos, exceto na Itália, onde as universidades permaneceram abertas para elas (SANTUCCI, 2005).

No período colonial, esta realidade já se faz bastante conhecida, conforme revela Del Priore (2001, p. 81),

Além de investir em conceitos que subestimavam o corpo feminino, a ciência médica passou a perseguir as mulheres que possuíam conhecimentos sobre como tratar do próprio corpo. Esse saber informal, transmitido de mãe para filha, era necessário para a sobrevivência dos costumes e das tradições femininas. Conjurando os espíritos, curandeiras e benzedoras, com suas palavras e ervas mágicas, suas orações e adivinhações para afastar entidades malévolas, substituíam a falta de médicos e cirurgiões. Era a crença na origem sobrenatural da doença que levava tais mulheres a recorrer a expedientes sobrenaturais; mas essa atitude acabou deixando-as na mira da Igreja, que as via como feiticeiras capazes de detectar e debelar as manifestações do Satã nos corpos adoentados. Isso mesmo quando elas estavam substituindo os médicos, que não alcançavam os longínquos rincões da colônia.

A proibição da presença feminina nas escolas médicas foi apenas o começo de uma longa e injusta exclusão que inviabilizou as mulheres a prosseguirem no tratamento com os enfermos. As que se aventuraram burlar as novas regras foram condenadas. Durante todo o período hipocrático elas não puderam freqüentar nenhum curso, o que não significou o abandono da profissão. A Medicina exercida pelas mulheres se enfraquece do final da Idade Média até a Revolução Francesa, contudo, não morre.

A Medicina, passa a se caracterizar então como uma profissão tradicional masculina, restrita à cidade e aos abastados, uma vez que trata-se de uma profissão cara, o que acabou também inviabilizando o acesso, não só de mulheres, mas, igualmente de negros na profissão. Tendo a seu favor a tradição e uma imagem profissional moldada ao longo dos séculos que lhe conferiram uma função nobre e de reconhecida importância. A maioria delas restou o canto, o recital, a caridade e a clandestinidade para aquelas que se aventuravam o emprego de seus talentos médicos na sociedade.

Consoante com Santucci (2005, p. 46-47), embora proibidas de freqüentar as universidades, assim como os negros e os judeus, algumas mulheres ignoraram essa determinação, prosseguindo na instrução solitária para além da curiosidade. Instalam-se num contexto misógino e que renega a Antiguidade como a Idade Média e praticam uma Medicina marginal apreendida por meio de estágios junto a médicos formados. Desse modo, permaneceram sendo mestras, ainda que anônimas, na Obstetrícia, por exemplo, pois conheciam melhor do que os homens médicos a intimidade das pacientes, cujo pudor impedia que se deixassem examinar por eles.

Mudanças na sociedade, progresso na educação, nascimento do hospital moderno implicaram na elevação do prestígio da Medicina, deixando as mulheres, a priori de fora. Um boletim divulgado pela Sociedade de Antropologia em 1875, conclui que o crânio da mulher é inferior ao do homem. Informação que vem reforçar a suas desvantagens em relação aos estudos. Assim, estudar para elas provoca de histeria, amenorréia, olheiras, cansaço, doenças do estômago, pulmões, dentre outros malefícios para a saúde feminina. Se estes estudos fossem relativos a Medicina, o dano seria maior, pois as mulheres são tidas como seres frágeis, incapazes de suportar o espetáculo do sofrimento e do sangue e, muito menos intervir, com eficácia em tal situação (SANTUCCI, 2005, p. 95-97).

O hospital moderno vai se constituir num campo fecundo de várias experiências, passando a ser local privilegiado para o ensino e a pesquisa de diferentes disciplinas vinculadas à prática médica. Desse modo, transcende o propósito deste de cuidar, pois a cura deixa de ser direcionada para a doença propriamente dita passa a ser dirigida ao que circunda a doença: o meio social.

O hospital deixa então de ser um espaço que simplesmente acolhe os que estavam prestes a morrer para fazer parte de um fato médico-hospitalar, assumindo uma nova missão: a de incorporar tecnologias que favoreçam a cura de

enfermidades. Uma instituição que também propicia acúmulo e difusão de informações e saberes (SILVA, 2002).

De acordo com Silva (2002), a partir desse momento em que o espaço em questão foi percebido como um instrumento de cura e a sua distribuição e organização geográfica como um instrumento terapêutico, o médico torna-se referência, responsável por sua organização, passando a simbolizá-lo, o que materializou seu poder nesse ambiente.

No entanto, as conseqüentes mudanças decorrentes do processo de industrialização, impuseram uma nova dinâmica nos serviços de saúde e nos hospitais modernos, demandando outras formas de intervenção na prática médica, transformando-as em campos de práticas coletivas, fazendo emergir a valorização de novas profissões, que trabalham no campo da saúde, tais como enfermeiros, nutricionistas psicólogos, assistentes sociais e outros técnicos e auxiliares, conformando as equipes multiprofissionais. Sendo que as atividades mais complexas permaneceram sob a responsabilidade médica ou de outros profissionais de nível superior.

As médicas renascem de forma legal no meio social no final do século XIX, depois de sete séculos de exclusão e luta para reconquistar o direito oficial de curar. Hoje, elas estão em toda parte, se fazem cada vez mais presentes, necessárias e recebem cumprimentos e agradecimentos por isso. Mas, será que a igualdade das oportunidades entre ambos os sexos já foi conquistada nessa profissão?

No Brasil, os primeiros médicos – de fato, todos eram do sexo masculino – foram formados em universidades européias. Somente no ano de 1832 é que surgem as primeiras faculdades médicas brasileiras, a saber, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Faculdade de Medicina da Bahia. Entretanto, com o acesso das mulheres ao nível superior, estas adentram com mais força na profissão, sobretudo a partir dos anos de 1970, após a reforma universitária, que não só possibilitou a estratos sociais mais baixos da população chegar à Universidade, como também favoreceu a proliferação de inúmeras instituições no país, aumentando o número de vagas e de oportunidades de inserção para ambos os sexos.

No Maranhão, a primeira faculdade médica foi fundada em 1955, a Faculdade de Ciências Médicas, pela Sociedade Maranhense de Cultura Superior

(SOMAS), vinculada à Arquidiocese de São Luís, numa parceria entre clérigos e médicos. A sua implementação deu-se num quadro regional problemático de falta de assistência médica, transportes e escassez de profissionais da área (NUNES, 2000).

Até meados da década de 1960, a Medicina brasileira era quase que totalmente artesanal. Contava com poucos equipamentos e técnicas cirúrgicas para o tratamento de doenças. Efetuava um corte entre prevenção, promoção, reabilitação e a prática da cura, com privilégio deste último. Sua atuação limitava-se ao atendimento domiciliar, nas Santas Casas de Misericórdia e alguns hospitais públicos e privados, sempre com poucos investimentos e tecnologias.

Com a expansão do modelo hospitalocêntrico de cura e a crescente necessidade de profissionais habilitados no tratamento de doenças, epidemias principalmente que dificultavam o desenvolvimento econômico, a profissão de médico torna-se, cada vez mais necessária e valorizada, conferindo-lhe um crescente prestígio e apresentando grandes possibilidades de lucros, razão pela qual os homens se recusavam a dividir o espaço com as mulheres. “Quando a profissão de médico mostra prosperidade, considera-se que ela não é feita para mulheres” (SANTUCCI, 2005, p. 105). A prática médica que antes estava localizada no espaço extra-hospitalar, transforma-se e vai ter no hospital o seu campo privilegiado.

Ao lado desta nova configuração dos serviços de saúde, verifica-se o aumento do número de faculdades de Medicina, o que, ao longo do tempo, ocasionou também a massificação da formação de médico, a divisão em especialidades e subespecialidades que contribuíram, em parte, para o desgaste da profissão e da categoria médica nos últimos anos.

De meados do século XX até o seu final, o financiamento das ações de saúde também sofreu profundas alterações com a implementação do SUS, que passou a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade e democratização do sistema, imprimindo outras características ao modelo de gestão e atenção, pautado por novas modalidades de cooperação e, implicando em mudanças nos processos de trabalho, afetando tanto a cooperação entre as diversas atividades, como o conteúdo de algumas ações, especializações e habilitações (COSTA, 2006).

Por outro lado, as dificuldades sofridas por esse sistema, dadas a persistência de situações que historicamente fazem parte da área da saúde (seu corte curativo em detrimento de uma concepção preventiva e coletiva que considere a saúde como resultante da qualidade de vida da população) e a emergência de novas problemáticas que derivam da atual reestruturação (precariedade de recursos, demanda reprimida/exclusão, etc.) acirram contradições. Ao mesmo tempo favorecem a ampliação da assistência à saúde por convênios médicos (seguros-saúde, cooperativas médicas, medicina de grupo e auto-gestão), além da fragmentação e subordinação das políticas sociais à lógica econômica, seguidas de cortes orçamentários e da desarticulação da Política de Saúde com as de Assistência e Previdência Social, fazendo emergir dois projetos em disputa: o da reforma sanitária versus o projeto privatista, fomentado pelo neoliberalismo.

Assim, os anos recentes imprimem novas mudanças à prática institucional das profissionais do Serviço Social e da Medicina. São mudanças que independem de suas trajetórias históricas e que se efetivam numa arena tensionada na saúde por dois projetos com interesses bastante distintos, em que impera o crescimento da pobreza de amplos segmentos da população, usuários dos serviços assistenciais e médicos, o desmonte dos direitos sociais assegurados na constituição de 1988. Contexto ladeado por políticas de natureza totalmente diferenciadas da concepção universalista da Seguridade Social brasileira e que conduzem à mercantilização da saúde pública, à refilantropização da questão social, ao aumento do desemprego, à terceirização, à precarização do trabalho e do sistema de proteção social (BRAVO; MATOS, 2004).

No caso específico do Serviço Social, Bravo e Matos (2004, p. 36) apontam que a confluência de projetos distintos imprime divergências que se dão, tanto em termos de requisições como de necessidades. Exigências que se processam num contexto que já imprimia dificuldades para implementar ações práticas do Serviço Social que viabilizassem a consolidação do projeto profissional, cuja direção é da defesa intransigente dos direitos sociais.

O projeto privatista, por exemplo, apresenta para o profissional dessa área demandas conservadoras, benemerentes, tais como ações de caráter individual, fiscalizatório, seleção socioeconômica dos usuários, assistencialismo, através da ideologia do favor que remete ao indivíduo isolado uma responsabilidade que é pública e do Estado. O projeto da Reforma Sanitária requer dos assistentes

sociais empenho para com a defesa dos direitos de cidadania consubstanciados em políticas sociais universais, no sentido de viabilizar a democratização do acesso às unidades, em abordagens coletivas, atendimento humanizado, em estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade e estímulo à participação cidadã. A dinâmica contraditória impressa e agravada pelo capital em crise, ressalta alternativas/ estratégias que se pautam em ações que o Serviço Social vem tentando romper já algum tempo tais como a filantropia, focalização e ações voluntárias.

Por outro lado, as mudanças ocorridas no mercado de trabalho vêm exigindo do profissional do Serviço Social uma atuação polivalente, de alta produtividade, flexibilidade, espírito cooperativo, dinamicidade dentre outras requisições. Para uma de nossas entrevistadas:

*As novas requisições precarizam ainda mais as condições de trabalho do Assistente Social, pois representam uma sobrecarga de trabalho, e ainda obriga o profissional a buscar outras atividades econômicas para garantir de forma digna a sua subsistência (AS 19).*

Já para a prática médica, as mudanças vêm alterando o significado e o status social da profissão, porém mantendo o caráter de classe entre seus egressos. Assim, de clínico autônomo, médico de família, os profissionais da medicina passam para a categoria de empregados ou subempregados na medicina hospitalar, a medicina de grupo e, à custa de esforços escolares complementares como múltiplas residências, especializações, dentre outras; de profissionais liberais para profissionais assalariados; da independência na realização da prática profissional para a dependência de ação; do trabalho isolado para o trabalho em equipe. Porém, permanecendo suas prerrogativas de diagnosticar e prescrever e, implicitamente de coordenar as ações em saúde.

Os fatores acima citados rebatem negativamente também na formação destes profissionais, reproduzindo a dicotomia teoria-prática, levando à reprodução de uma prática profissional aparentemente humanizada, e que legitima práticas tradicionais e conservadoras, paliativas e burocratizadas, desarticuladas dos interesses e necessidades dos usuários, estimulando práticas individualizantes e que dificultam a busca de novos parâmetros e rumos do fazer profissional.

Por outro lado, trata-se de carreiras profissionais que exigem investimentos, tanto em termos financeiros, como em relação ao tempo necessário

para atualização. Investimentos em que a remuneração salarial paga pelos serviços públicos na estrutura atual tem se configurado como insuficiente para garantia de um bom atendimento, de forma crítica e em condições de estimular a participação dos usuários no controle social, na luta pela reivindicação de direitos. Realidade que, muitas vezes, tem levado os profissionais das duas áreas a buscarem vários locais de trabalho, dada a urgência econômica para manter o status profissional e/ou para complementar a renda mensal e garantir a sobrevivência, bem como para aprimorar seu nível de qualificação, aumentando significativamente sua carga horária diária de trabalho (muita vezes em empregos terceirizados) e, conseqüentemente, deteriorando as suas condições de vida.

Para Labra (1989), as mudanças acima delineadas são, em parte, responsáveis pelo aumento do contingente de mulheres na Medicina, pois não se pode negar a relevância da elevação da educação feminina nesse contexto e das lutas constantes das mulheres para ascender no mundo profissional. Hoje, elas vêm progressivamente aumentando tanto na saúde pública como na saúde privada porque as possibilidades de competitividade nessa área também aumentaram no mercado de trabalho, conforme revelado em nossa pesquisa:

*Surgiu mais oportunidade e a mulher cresceu profissionalmente. Dentro da Medicina ela vem, cada vez mais se dedicando, buscando mais informações, orientação (MF Ginecologia 5).*

*Acredito que a conquista da mulher se deve a evolução do processo educativo, à medida que ela deixou de trabalhar apenas em serviços domésticos. Hoje em dia, poucas querem trabalhar apenas no lar. Elas conquistaram mais espaços através da educação, pois esta abre portas para concursos públicos. Com educação elas conseguem aumentar o nível de relacionamento com outras pessoas (MM Obstetra 3).*

*A Medicina vem sendo procurada pelas mulheres porque é ainda uma área fácil de se encontrar um emprego ou vários, o que possibilita aumentar a renda (MF Pediatria 3).*

No entanto, apesar de atualmente as mulheres se constituírem maioria entre os estudantes dos primeiros anos dos cursos de medicina, o seu percentual ainda é reduzido em relação às especializações mais complexas na área da medicina, como demonstra o depoimento abaixo:

*O número de mulheres na saúde aumentou bastante, mas em áreas específicas. Na clínica cirúrgica, onde desenvolvi as minhas atribuições há oito anos atrás, ainda é maior o número de homens, tanto entre os médicos como entre os residentes (AS 12).*

A progressão de mulheres nos cursos de medicina também foi constatada pela nossa pesquisa empírica. Ressaltamos que tais informações foram fornecidas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e pelo Centro Universitário do Maranhão (UNICEUMA), únicas Instituições de Ensino Superior (IES) que oferecem os cursos de Medicina e de Serviço Social em São Luís<sup>66</sup>. Nestas, observa-se que o Curso de Medicina vem apresentando uma elevação progressiva de mulheres no período de 1997 a 2007 (recorte temporal desse estudo), seja no conjunto dos matriculados, conforme constatado nos dados fornecidos pela UFMA; seja no número de alunos ingressantes no primeiro período do Curso, como revelam as informações do UNICEUMA, conforme pode ser evidenciado nos quadros 6 e 7.

---

<sup>66</sup>Destacamos que nas duas IES, o ano escolar letivo corresponde a dois períodos, realizados durante o primeiro e segundo semestre com pequena pausa (em média 30dias) intercalando estes.

NÚMERO DE ALUNOS MATRICULADOS NO CURSO DE MEDICINA DA UFMA NO PERÍODO DE 1997/2007			
Ano	Homens	Mulheres	Total
1997.1	248	166	414
1997.2	248	147	395
1998.1	251	150	401
1998.2	259	148	407
1999.1	250	159	409
1999.2	243	163	406
2000.1	250	158	408
2000.2	257	149	406
2001.1	265	162	427
2001.2	258	174	432
2002.1	268	183	451
2002.2	265	200	465
2003.1	257	207	464
2003.2	264	213	477
2004.1	477	256	477
2004.2	258	231	489
2005.1	266	226	492
2005.2	287	230	517
2006.1	281	239	520
2006.2	284	247	531
2007.1	292	242	534

Quadro 6 – Número de alunos matriculados no Curso de Medicina da UFMA no período de 1997/2007

Fonte: Coordenação Geral do Núcleo de Tecnologia da Informação da UFMA

NÚMERO DE ALUNOS INGRESSANTES NO CURSO DE MEDICINA DO UNICEUMA NO PERÍODO DE 2004/2007 <sup>67</sup>			
Ano	Homens	Mulheres	Total
2004.1	23	28	51
2004.2	26	28	54
2005.1	25	29	54
2005.2	26	34	60
2006.1	24	35	59
2006.2	29	30	59
2007.1	26	33	59

Quadro 7 – Número de alunos ingressantes no Curso de Medicina do UNICEUMA no período de 2004/2007

Fonte: Coordenação Geral da Área de Saúde do Centro Universitário do Maranhão (UNICEUMA)

Os dados expostos em relação à profissão de Medicina conduzem à sugestão de que uma nova divisão sexual do trabalho estaria em curso. É certo que o fato de as mulheres estarem penetrando em setores anteriormente fechados, masculinos, com requisição de alta qualificação, configura-se, sem sombra de dúvida, como uma grande transformação em relação ao trabalho feminino, que abre, inclusive, um leque de perspectivas otimistas, mas igualmente muitos desafios, sobretudo para adentrar nos cargos de comando da profissão e em algumas especialidades, a exemplo da Cardiologia e a Nefrologia.

Desafios que se somam às dificuldades para compatibilizar carreira e vida privada, a redução de concursos públicos, atividades profissionais exercidas em tempo parcial, ausência de seguridade e de outros auxílios protetivos imprescindíveis à sobrevivência da classe trabalhadora, diferença salariais em relação aos seus pares, dentre outros que caracterizam o mundo do trabalho em tempos neoliberais.

<sup>67</sup>O curso de Medicina do UNICEUMA teve início no primeiro semestre do ano de 2004.

#### **4 O SERVIÇO SOCIAL E A MEDICINA NO CONTEXTO DA FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO: AVANÇOS E DESAFIOS A PARTIR DOS SUJEITOS INVESTIGADOS NO HUUFMA**

O propósito deste capítulo não é estabelecer comparações entre o Serviço Social e a Medicina no mundo do trabalho da saúde pública do HUUFMA, Mas, de se tentar homogeneizar o grupo em termos salariais, de autonomia até mesmo em relação a carga de trabalho das mulheres trabalhadoras dessas duas profissões na área da saúde em tempos de reestruturação do capital. O que não significa dizer que desconhecamos as diferenciações entre estas, sobretudo em termos de classe<sup>68</sup>.

No início desse trabalho partimos do pressuposto de que a projeção da feminização na realidade brasileira, precisamente a partir do processo de reestruturação produtiva, possuía rebatimentos na saúde pública. Consideramos ainda que esta não tinha como fator determinante apenas as condições internas que caracterizam a saúde como espaço típico de profissões femininas, como se a força de trabalho das mulheres fosse “sexualmente segregada”, mas, múltiplas variáveis que foram histórica e culturalmente construídas e que se explicitam, sobretudo, nas desigualdades que se dão entre os seres humanos em termos de trabalho, classe e gênero (SILVA, 2005) e, em diferentes aspectos da vida social.

Desigualdades que estariam sendo acirradas nessa conjuntura de mudanças com o processo de reestruturação produtiva que expressam, dentre outras questões, a ampliação do número de mulheres também na área da saúde, mas que igualmente contribui para elevar os desafios femininos na disputa por postos de trabalho, considerando que ainda não houve uma redefinição substantiva na divisão sexual do trabalho tanto no espaço produtivo quanto no espaço reprodutivo.

Para melhor constatação desse pressuposto, julgamos necessário primeiro caracterizar o HUUFMA, lócus privilegiado dessa investigação para, em seguida, adentrarmos com mais detalhes na pesquisa empírica, explorando as informações obtidas através das entrevistas semi-estruturadas com questões

---

<sup>68</sup> Em termos de classe, a corporação médica, apesar da paulatina perda de status frente a precarização do mundo do trabalho, ainda se destaca pela inserção de seus egressos oriundos, em sua maioria, por pessoas ligadas as classes com maior poder aquisitivo, sendo o contrário evidenciado pelo Serviço Social, onde esta inserção se destaca pela predominância de profissionais ligadas aos do setores populares.

abertas junto aos sujeitos investigados: Assistentes Sociais e Médicos (as). Momento em que procuramos interpretar o que o grupo estudado apresentou de mais relevante para fins dessa tese.

Vale lembrar que os relatos obtidos foram organizados em três grupos, sendo o primeiro constituído pelos perfis das profissões eleitas e dinâmica de trabalho que as envolve no HUUFMA. O segundo, por elementos configurativos do processo de feminização do trabalho no atual contexto da instituição expressos pelos sujeitos investigados, e o terceiro, pelos avanços e desafios visualizados pelos profissionais das duas profissões na presente conjuntura.

O HUUFMA é o único hospital de saúde pública federal existente não somente em São Luís, mas em todo estado maranhense, razão pela qual, apesar da insuficiência de recursos de toda ordem e da crise econômica que assola a saúde no país e, em particular os HU's, este assume um papel relevante. Como integrante do SUS, presta assistência de forma universalizada e gratuita em várias especialidades (angiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, hematologia, infectologia, oftalmologia, nefrologia, dentre outras).

Cabe mencionar que o Maranhão que abriga o HUUFMA é um dos estados mais pobre e populoso da região Nordeste. Composto por 217 municípios, possui 6.103.327 habitantes e uma precariedade que se expressa na ausência de infra-estrutura básica. Realidade que aponta para um grave quadro social, acirrado, sobretudo, pela concentração fundiária aliada à desaceleração das atividades econômicas, migrações constantes, dentre outros.

Nesse Estado, de acordo com o PNAD (2005), somente 30,4% da população recebe até um salário mínimo como renda mensal familiar, enquanto apenas 7,6% auferem mais de 5 salários mínimos e, 5,1% de famílias não possuem rendimento algum; mantém um índice de analfabetismo alto (34,6% da população de 7 anos ou mais de idade no meio rural e 16,6%, na da zona urbana); elevada concentração de renda e um quadro epidemiológico agravado pelas desigualdades sociais.

São Luís, sua capital e maior centro urbano, vivencia desde meados da década de 1970, sérios problemas de infra-estrutura impulsionados, principalmente, pelo grande fluxo migratório do campo-cidade, decorrente das transformações ocorridas nas relações de trabalho e produção no campo e do aumento da

concentração fundiária citada acima, o que tem trazido também sérias conseqüências que interferem na qualidade de vida da população.

Atualmente a cidade conta com uma população crescente, estimada em 978.824 (em 2002, 837.548 pessoas residiam na área urbana e 32.444 na área rural), dado que confere à capital maranhense, desde julho de 2005, a posição de 16ª metrópole brasileira (PNAD, 2005), e que faz com que aumentem as demandas e reivindicações em torno de ações públicas que respondam às necessidades impostas pela dinâmica da urbanização, como trabalho, educação, moradia, saúde, saneamento básico etc. (IBGE, 2000).

Os órgãos públicos, representados pela Prefeitura Municipal de São Luís, Governo do Estado e Federal, figuram como os maiores empregadores da cidade, inclusive das mulheres. Estas correspondem a quase 60% do total da força de trabalho (PNAD, 2005)<sup>69</sup>. Entre as formas de inserção nestas ocupações destacam-se os concursos e contratos para prestação de serviços, este último em geral viabilizado por meio de relações de amizade, parentesco com lideranças políticas e funcionários do alto escalão.

No tocante a saúde, destacamos que a cidade de São Luís se apresenta como referência de uma macro região de mais de cem municípios. Sua rede é composta por unidades de saúde estaduais, municipais, filantrópicas, privadas e federal.

De acordo com o Sistema de Processamento de Dados do SUS (DATASUS), até o ano de 2003, São Luís possuía um total de 172 estabelecimentos de saúde, sendo que apenas 84 destes prestavam serviços ao SUS. Entretanto, somente 39 dos estabelecimentos credenciados possuíam capacidade de internação, sendo 18 na rede pública e 21 na rede privada. O número de leitos disponíveis contabilizava no período 3.244, entre os quais, somente 2.702 se encontravam à disposição do SUS. Fato que evidencia o número limitado de instituições com leitos disponíveis em face da demanda por serviços públicos, gerando insuficiência e precariedade no atendimento e insatisfação e dificuldades por parte da população e, ao mesmo tempo, sobrecarga de trabalho aos profissionais (em sua maioria mulheres), visto que a cidade não atende só a

---

<sup>69</sup>As mulheres, segundo o PNAD (2005), são predominantes nas atividades relativas aos serviços domésticos, educação, saúde e serviços sociais, e alojamento e alimentação, com 95,2%, 73,5% e 54,9%, respectivamente. Ou seja, em atividades próximas aos serviços que tradicionalmente desenvolvem no âmbito família, confirmando o que já fora identificado no item que trata da divisão sexual do trabalho.

demanda local, mas igualmente as oriundas de outros municípios do Maranhão e estados vizinhos (MARANHÃO, 2003).

É nesse contexto que o HUUFMA se configura como unidade de referência estadual para os procedimentos de alta complexidade, ocupando a 16ª posição nessa categoria no conjunto dos HU's federais, embora ofereça suporte técnico necessário para procedimentos de média complexidade, também realizados pela rede estadual, dada a grande demanda por estes serviços.

Trata-se de um complexo hospitalar situado em São Luís, constituído por duas unidades: Presidente Dutra (criado em 1952) e Materno-Infantil (criado em 1985), que foram cedidas pelo Ministério da Saúde à Universidade Federal do Maranhão em 17 de janeiro de 1991 (resolução nº. 02/91-CA), para atuar nas áreas de ensino, pesquisa e assistência médica especializada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) no Maranhão, tendo a UFMA como mantenedora. Passando desde então a se estruturar o Hospital Universitário.

No âmbito da graduação, o HUUFMA oferece campo de estágio e treinamento para os cursos de Medicina, Farmácia, Odontologia, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social. No que se refere à pós-graduação na modalidade residência oferece em Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia/Obstetrícia, Nefrologia, Neonatologia, Ortopedia/Traumatologia, Urologia, Enfermagem em Terapia Intensiva e Multiprofissional em Saúde. No que diz respeito à pós-graduação "stricto sensu", oferece mestrados de Saúde e Meio Ambiente e em Ciências da Saúde, (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 1999).

Com uma área física construída de 18.222,48 m, a unidade Presidente Dutra possui 262 leitos e atende a população de modo geral (da criança ao idoso), oferecendo atendimento especializado diuturno (caracterizado por plantões de 6; 12 e de 24hs) de alta e média complexidade nas áreas de Cardiologia, Clínica Cirúrgica (cirurgia geral), Clínica Médica, Radiologia/Imagemologia, Oftalmologia, Hemoterapia, Otorrinolaringologia, Neurologia, Nefrologia, Terapia Intensiva, além de oferecer Serviço de Pronto Atendimento (SPA) adulto; Unidade de Terapia Intensiva para adultos, transplantes renal, córnea e de válvula cardíaca; possuir um Banco de Olhos, uma Comissão Intra-hospitalar para doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), com busca ativa de órgãos, laboratório de hemodinâmica e eletrofisiologia e ouvidoria (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2000).

Enquanto que a Unidade Materno Infantil possui uma área física construída de 15.103,45m, conta com 244 leitos, atendimento também diuturno caracterizado por plantões de 6, 12 e de 24hs de crianças, adolescentes e mulheres, oferecendo atendimento integral e especializado na Pediatria, ginecologia e Obstetrícia, com ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, ensino e pesquisa.

Dentre os seus serviços destacam-se o Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente (NASA); o ambulatório especializado de gravidez de alto risco, hoje referência terciária no Maranhão, atendendo a grávidas diabéticas, hipertensas, cardiopatas, gestação molar, antecedentes com aborto espontâneo de repetição, dentre outras; o atendimento humanizado ao recém-nascido, considerado o mais completo do Estado por dispor de Alojamento Conjunto (ALCON), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, método canguru, assistência em sala de parto e ambulatório de segmento; Unidade de Terapia Intensiva pediátrica; Banco de Leite Humano; Serviço de Pronto Atendimento (SPA) para crianças e gestantes, além de serviços laboratoriais, de imagem, ouvidoria e cartório.

O HUMI figura atualmente como Hospital Amigo da Criança, título concedido pelo UNICEF, devido ao amplo incentivo à prática do aleitamento materno e como referência também de imunobiológicos especiais (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2000).

Conforme pode ser constatado acima, o HUUFMA desenvolve procedimentos tanto na atenção básica, através de consultas médicas e outros procedimentos ambulatoriais nas áreas de Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Clínica Médica, como procedimentos na Média (clínicas médicas e cirúrgicas especializadas) e Alta Complexidade (Hemodinâmica, Neurocirurgia, Traumo-Ortopedia, Transplantes e Angioplastia).

Possui ainda o Núcleo de Gestão de Qualidade; Posto Médico da UFMA (HUzinho) e o Serviço de Verificação de Óbito, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde.

Para tanto, conta um corpo funcional que no ano de 2000, totalizava 2.062 profissionais de várias áreas, tais como Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia Bioquímica, Serviço Sociais, Psicologia, dentre outras profissões de nível superior e pessoal administrativo, técnico, de apoio e funcionários da área operacional. Profissionais oriundos do quadro da UFMA, MS (ex - INAMPS), cedidos

pela Secretaria Estadual de Saúde e contratados por tempo determinado pela Fundação Josué Montelo (FJM), não sendo possível identificar os percentuais por sexo nesse quantitativo junto ao Setor de Recursos Humanos, que, no momento da pesquisa empírica, estava passando por um processo de reorganização e informatização dos dados, de forma que estes ainda não estavam totalmente contabilizados e disponíveis. O quadro 8 apresenta um demonstrativo da força de trabalho no HUUFMA no ano de 2000, segundo o grupo operacional e vínculos empregatícios.

SERVIDORES EM ATIVIDADE NO HUUFMA EM 2000				
Grupo Operacional	UFMA	MS	FJM	Total
Superior	370	110	17	497
Intermediário	898	117	222	1.237
Apoio	22	26	280	328
Total	1.290	253	519	2.062

Quadro 8 – Servidores em atividade no HUUFMA em 2000

Fonte: Universidade Federal do Maranhão (2000)

Em 2007, o processo de reestruturação produtiva levou a necessária redução do trabalho vivo no país, fazendo diminuir o contingente de trabalhadores brasileiros inseridos no mercado formal de trabalho. No HUUFMA o total de profissionais também foi reduzido, apesar do mesmo ter passado a contar com 156 profissionais cedidos pela Secretaria de Estado da Saúde (97 no HUPD e 59 no HUMI). De acordo com o Setor de Recursos Humanos deste complexo hospitalar. Ainda assim o total de servidores caiu de 2.062, em 2000, para 2019 (1.113 no HUPD e 906 no HUMI), devido ao grande número dos que se aposentaram, aderiram ao Programa de Demissão Voluntária instituído pelo governo federal, falecimentos, exonerações, dentre outros. A redução mais expressiva se deu no Grupo Operacional de Apoio, que, de 328 em 2000, passou para 67 (40 no HUPD e 27 no HUMI) e no intermediário, passando de 1.237 para 1.192 (653 no HUPD e 539 no HUMI).

No quadro 9, podemos ter uma dimensão da redução do número de pessoal no HUUFMA no período de 1991 a 2000

DEMONSTRATIVO DA PERDA DA FORÇA DE TRABALHO NO HUUFMA NO PERÍODO DE 1991 A 2000						
Categoria	Remoção/ Devolução/ Disposição	Aposentado	Plano de Demissão Voluntária	Exonerado	Falecido	Total
Médico	40	63	01	03	04	111
Enfermeiro	10	27	01	01	-	39
Odontólogo	01	08	-	-	-	09
Assist. Social	03	10	-	-	-	13
Farmacêutico	-	11	-	-	-	11
Nutricionista	02	01	-	-	-	03
Ag. Administrativo	41	83	05	05	05	139
Aux. Enfermagem	13	117	-	05	05	139
Téc. Radiologia	08	03	-	01	-	12
Ag. Portaria	13	09	02	02	-	26
Ag. vigilância	12	01	01	01	01	16
Téc. Laboratório	-	-	-	01	-	01
A.O.S.D	21	59	08	11	08	107
Telefonista	01	-	-	-	-	01
Outros	19	14	02	04	01	40
Total	184	406	20	34	25	669

Quadro 9 – Demonstrativo da perda da força de trabalho no HUUFMA no período de 1991 a 2000  
 Fonte: Universidade Federal do Maranhão (2000)

Cabe destacar que, em conformidade com o Relatório de Gestão (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2000, p. 96), no Grupo Operacional de Nível Superior, ao invés de decréscimo, obteve-se um acréscimo devido a exigência do aumento da produtividade, passando de 497, em 2000, para 760 profissionais em 2007 (420 lotados no HUPD e 340 no HUMI). Acréscimo constatado principalmente nas áreas de Enfermagem, que absorve 40% da força total de trabalho do HUUFMA, em sua grande maioria mulheres (esta passou de 112 para

211 profissionais); Farmacêutico-Bioquímico (de 14 para 17); Medicina (de 315 para 437) e Serviço Social (de 11 para 18).

Como forma de resolver o déficit de 669 profissionais, o HUUFMA adotou estratégias diversificadas, na tentativa de minimizar a situação e não restringir ou paralisar setores vitais.

Nesses termos, o HUUFMA, assim como outros HU's federais, vem lançando mão do *desvio de função*, prática que se efetiva com o exercício de profissionais que possuem graduação em determinada área, embora tenham sido oficialmente admitidos para outras funções de níveis de apoio e intermediário e permanecerem remuneradas como tais; da contratação por tempo determinado ou da terceirização de alguns de seus serviços, a exemplo dos serviços de alimentação, lavanderia, segurança, anestesia, exames hemodinâmicos etc., por intermédio de sua fundação. Modalidades contratuais que precarizam ainda mais as condições de trabalho, fragilizam as relações trabalhistas, exacerbam a competitividade, reduzem as ofertas de emprego e concorrem para o rebaixamento dos níveis salariais. Geralmente, as contratações temporárias e as terceirizadas não incluem benefícios e garantias trabalhistas tais como 13º salário, FGTS, adicional de férias, auxílio transporte e alimentação etc.

*O número de vagas aberto pelo MEC não supre as necessidades do HU, este se vê obrigado a contratar mais profissionais pela Fundação, porque as aposentadorias e as licenças não são cobertas pelo Ministério da Saúde e nem pelo da Educação. Por exemplo, os funcionários aposentados não foram repostos. Nós aqui continuamos com o mesmo número de leitos e de pacientes, trabalhando com mais complexidade (CM Cardiologia, HUPD).*

A FJM, entidade de direito privado, sem fins lucrativos, é administradora dos recursos provenientes da prestação de serviços do SUS para contratar, em caráter temporário, o pessoal mínimo indispensável nas várias categorias profissionais e/ou serviços, equipamentos e materiais que se fizerem necessários para a manutenção, expansão e melhoria da assistência médico-hospitalar, bem como do ensino médico e correlato.

Algo que vem se efetivando, no caso da contratação de pessoal, inclusive nas áreas afins a exemplo da Medicina e da Enfermagem. Em 2000, conforme pode ser evidenciada no quadro 09, a FJM já havia contratado temporariamente 519 profissionais. Destes, 19 eram profissionais de nível superior, dentre os quais, 09

enfermeiros e 02 médicos, de acordo com o Relatório de Gestão divulgado em 2000 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2000, p. 96). Contratações estas que contrariam, conforme já apresentado anteriormente, as decisões do Ministério Público Federal e do Tribunal de Contas da União que consideram irregular a terceirização de pessoal por parte dos HU's federais. Motivo pelo qual foram proibidos de efetuar novas contratações e intimado a demitir todos os contratados por esse processo, seja por cooperativas ou outras modalidades, dado o grande impacto financeiro provocado (CARVALHO, 2005).

Para a direção geral do HUUFMA, em exercício da função desde o ano de 1997 devido à reeleição, o debate em torno do financiamento da saúde, em particular para os hospitais públicos, indicam a necessidade de definição de novos mecanismos legais que assegurem recursos para o setor, tendo em vista que os atuais, tal como a Lei de Responsabilidade Fiscal que estabelece regras de financiamento dos HU's, não tem conseguido sanar o quadro de dificuldades reinante. Nestes termos, o Projeto Fundação Estatal, destinada aos hospitais públicos, e que os dota de autonomia gerencial, orçamentária e financeira, regida por regras de direito privado, à semelhança do formato de empresa estatal precisa ser mais discutido para que se possa enfrentar a falta de recursos financeiros, sempre escassos em relação às reais necessidades do hospital. O déficit financeiro acaba por gerar redução dos empregos conforme expressa o depoimento abaixo:

*O HUUFMA é um hospital público e como tal não tem autonomia para criar cargos, abrir concursos e admitir pessoal. Neste aspecto, dependemos do Ministério da Educação. O HUUFMA tinha o apoio da Fundação Josué Montello para a contratação de profissionais especializados para atender a demanda dos serviços daqueles que foram ampliados, visto que o HUUFMA no SUS é referência em procedimentos de alta complexidade. Mas, ainda há déficit de pessoal (DG).*

Vale lembrar que a transformação dos HU's em fundações estatais (Projeto de Lei Complementar 92/2007) contraria as deliberações que pretendiam torna-los totalmente públicos e pautados pelos princípios do SUS (Portaria Interministerial nº 1.000/04). Proposições dessa ordem concorrem para que os hospitais passem efetivamente a vender serviços para convênios, seguros-saúde, como forma de ampliação das suas receitas, excluindo do atendimento um grande contingente de pessoas que não podem pagar; intensifica a privatização na saúde pública, findando e/ou restringindo a contratação de pessoal por concursos públicos,

dentre outras que acirram as desigualdades, a instabilidade e a vulnerabilidades dos trabalhadores aí inscritos.

#### **4.1 Serviço Social e Medicina: perfil profissional e dinâmica de trabalho no HUUFMA**

Serviço Social e a Medicina são profissões que se fazem presentes no HUUFMA desde sua constituição. A primeira recentemente teve a reafirmação do assistente social, juntamente com outras categorias de nível superior, como profissional da área pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. O que denota que, ainda que o Serviço Social não seja exclusivo da saúde, seus profissionais estão qualificados para atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive as de saúde.

No HUUFMA os objetivos do Serviço Social encontram-se alicerçados no projeto ético-político da profissão e em bases teórico-metodológicas, priorizando o conhecimento, a análise e a intervenção na realidade social apresentados pelos usuários, face aos processos saúde-doença vivenciados. Têm como um de seus eixos a intervenção dentro de uma linha sócio-educativa, de forma a contribuir para a formação de uma visão crítico-reflexiva dos usuários, visando fortalecer sua participação na sociedade enquanto cidadão e sujeito de sua própria história.

A meta prioritária estabelecida pelo hospital para ambas as profissões ancora-se na sua missão institucional, que é “oferecer aos usuários do SUS atenção de nível terciário e quaternário, referenciado, de forma humanizada, integrada ao ensino e à pesquisa na área da saúde com responsabilidade social”. Para tanto, prescinde do trabalho multidisciplinar.

Assim como os profissionais da Medicina, as assistentes sociais desenvolvem ações em várias frentes de trabalho, prestando atendimento tanto a nível hospitalar quanto ambulatorial, consoantes com os programas existentes em cada unidade. Ambas as profissões se fazem presentes em ambulatórios, clínicas cirúrgicas e médicas, internações pediátricas e obstétricas, UTI's neonatal, pediátrica e de adultos, Banco de Leite Humano, NASA, nefrologia, hemoterapia, Serviços de Pronto Atendimento, dentre outros.

As ações dos profissionais da Medicina no HUUFMA estão mais voltadas para o usuário, enquanto as do Serviço Social, para os usuários e seus familiares, na perspectiva de contribuir para que estes tenham acesso a todos os serviços e recursos oferecidos pelo hospital.

As ações da Medicina se efetivam através de visitas diárias aos leitos para prescrição e altas, atendimentos em ambulatórios, procedimentos cirúrgicos, exames clínicos e físicos, estudos de casos, acompanhamentos de alunos acadêmicos e residentes. Já o Serviço Social também realiza visitas diárias aos leitos, a instituições, entrevistas sociais, atendimentos individuais e coletivos, ações sócio-educativas, encaminhamentos, emissão de parecer social, relatórios, supervisão de estágio de alunas de graduação de Serviço Social etc.

De acordo com informações obtidas junto ao Setor de Recursos Humanos o HU-UFMA possui oficialmente em seu quadro funcional, 437 profissionais da área médica e 18 Assistentes Sociais, vinculados a Diretoria Adjunta de Serviços Assistenciais (DIASA), distribuídos conforme mostram os quadros 10 e 11 a seguir.

QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DE MEDICINA NO HUUFMA POR VÍNCULO EMPREGATÍCIO EM 2007				
MS	MEC	FJM	SES	Total
235	147	-	55	437

Quadro 10 – Quantitativo de profissionais de Medicina no HUUFMA por vínculo empregatício em 2007

QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL NO HUUFMA POR VÍNCULO EMPREGATÍCIO EM 2007				
MS	MEC	FJM	SES	Total
08	06	-	04	18

Quadro 11 – Quantitativo de profissionais de Serviço Social no HUUFMA por vínculo empregatício em 2007

Os quadros acima revelam que o vínculo empregatício correspondente ao MS é o que mais aglutina os profissionais das duas áreas. Trata-se de profissionais do ex-INAMPS (remanescentes de um concurso de vinte anos atrás), atualmente ligados ao Ministério da Saúde e que foram cedidos para o HUUFMA, muitos dos quais já se encontram próximos da aposentadoria. Informações suplementares

fornechas pelo setor de Recursos Humanos (relação nominal dos profissionais da Medicina por vínculo) nos permitiram observar que a maioria das mulheres médicas do supracitado vínculo se encontra no HUMI. Nesta unidade, elas correspondem a 52% em relação a 48% dos homens. No HUPD, a prevalência foi deles, 78% em relação a 22% delas.

O vínculo oficial deste complexo hospitalar é o MEC, somando-se os percentuais por sexo nas duas unidades, tem-se vinculado a este: 58% de mulheres e 42% de homens na Medicina, o que também ilustra a elevação feminina nesta área no HUUFMA.

No que se refere à composição por sexo no Serviço Social, constatamos que este é majoritariamente do sexo feminino e constituído na atualidade por 27 profissionais, posto que os profissionais contratados e em desvio de função não foram contabilizados no quadro 11. Destas, 51% desempenham suas atividades no HUMI e 49%, no HUPD.

Na Medicina dos 437 profissionais explicitados no quadro 10, 61% são homens e 39%, mulheres. No HUPD, observou-se uma predominância de homens, enquanto no HUMI, foi constatada a prevalência de mulheres. Ou seja, o HUPD, onde se concentram as ações de maior complexidade, apresenta uma clara concentração da força de trabalho masculina (77% homens e 23% mulheres), enquanto no HUMI, onde residem as ações que priorizam a saúde materno-infantil, tem-se uma explícita concentração da força de trabalho feminina (63% mulheres e 37% homens). Nos quadros 12 e 13, podemos visualizar melhor essa distribuição entre os sexos na Medicina, mas, somente a partir das especialidades eleitas para fins deste estudo e por unidade hospitalar:

QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS POR ESPECIALIDADE E SEXO EM 2007 – HUMI			
ESPECIALIDADE	HOMEM	MULHER	TOTAL
Ginecologia	6	9	15
Obstetrícia	24	9	33
Pediatria	23	93	116
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>111</b>	<b>164</b>

Quadro 12 – Quantitativo de profissionais por especialidade e sexo em 2007 – HUMI

QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS POR ESPECIALIDADE E SEXO EM 2007 – HUPD			
ESPECIALIDADE	HOMEM	MULHER	TOTAL
Cardiologia	19	3	22
Cirurgia Geral	15	0	15
Oftalmologia	16	2	18
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>5</b>	<b>55</b>

Quadro 13 – Quantitativo de profissionais por especialidade e sexo em 2007 – HUPD

Ressaltamos que tal realidade não é exclusiva do HUUFMA, pois constatação semelhante foi divulgada por Baudelot (2003). Para a autora, a segregação das mulheres nas especialidades materno-infantil possui estreita ligação com o histórico papel a elas destinado na esfera da reprodução. Assim, apesar das relações de gênero terem mudado significativamente em matéria de emprego nos últimos tempos, na Medicina as mulheres que conseguem diplomar-se ainda se encontram mais nas funções ligadas à reprodução, em geral na Pediatria e na Ginecologia, como explicitado no quadro 12. Essa é uma questão que merece estudos mais aprofundados, uma vez que as mulheres médicas, talvez premidas pelo peso da dupla jornada de trabalho e pelo compromisso assumido junto aos afazeres domésticos, principalmente a criação dos filhos, se abstenham de disputar com seus pares posições de maior responsabilidade e que são melhor remuneradas; ou, por outro lado, pode ser que optem em investir em carreiras mais estáveis e onde possuem mais chances de empregabilidade.

Para fins desta análise entre as profissões de Serviço Social e da Medicina, priorizamos 30 profissionais da área médica e 25 assistentes sociais. No Serviço Social, conforme já pontuado acima, a predominância foi do sexo feminino, enquanto entre os da Medicina, 57% eram do sexo masculino e 43% do sexo feminino<sup>70</sup>. Em ambas as profissões, identificamos o predomínio dos que se declararam pardos (63%), seguidos dos brancos (25%) e dos negros (12%). Nestes percentuais, as diferenças nas taxas de atividade entre brancos e negros nas duas profissões foram contundentes. A participação maior estava entre os homens pardos e brancos, seguido das mulheres também pardas e brancas, das mulheres negras e por último dos homens negros. Cabe ressaltar que essa denominação étnico-racial foi utilizada pelos sujeitos entrevistados.

<sup>70</sup>Vale lembrar que a eleição dos sujeitos da Medicina se deu através de sorteio entre as especialidades com maior número de profissionais independente de sexo.

De acordo com Bruschini e Lombardi (2003), as dificuldades enfrentadas pela população negra para adentrar o mercado de trabalho constituem uma realidade que pode ser constatada em todas as regiões do país. Os percentuais de empregados dessa raça/cor são sempre pequenos nas pesquisas relativas ao mercado de trabalho, se comparadas aos brancos e pardos.

Os mecanismos de exclusão existentes reduzem as chances de ingressos dos negros em cursos competitivos como a Medicina por exemplo, pois é um curso que exige dedicação em tempo integral e possui um alto custo de manutenção. São fatores que certamente influenciam na escolha destes em carreiras mais acessíveis como as existentes nas Ciências Humanas.

A faixa etária dos sujeitos situava-se entre 26 e 56 anos. No tocante ao estado civil, o índice mais elevado foi de casados (75%); seguido de solteiros (15%) e divorciados (10%). O crescimento, sobretudo das mulheres casadas, sugere que as responsabilidades femininas não estariam mais se constituindo um fator impeditivo ao trabalho das mulheres na contemporaneidade.

De fato alguns estudos, tais como o de Lavinias (2005) e Bruschini e Lombardi (2003), evidenciam mudanças graduais, mas significativas na elevação da força de trabalho das mulheres e que apontam para o esforço de emancipação delas pela via do trabalho, em busca de mais visibilidade e de minimização das desigualdades entre os seres humanos. No entanto, estes mesmos estudos deixam antever continuidades, especialmente no que concerne às atribuições domésticas e aos cuidados familiares, que permanecem sob responsabilidade delas (enfocado no item que trata da divisão sexual do trabalho), o que concorre para a sobrecarga laboral e ampliação de sua carga horária para além do previsto para a classe trabalhadora no mercado. Uma realidade que também fora constatada pela nossa pesquisa empírica e que remete para a necessidade de ampliação do debate sobre as desigualdades presentes na realização das atribuições domésticas:

*A mulher tem pago um preço muito alto. Assumimos o trabalho fora e o de casa não foi dividido com ninguém. A jornada de trabalho dobrou (AS 4).*

Ainda em relação a essa questão, uma outra Assistente Social pontuou:

*Não é fácil. A gente acaba tendo que se desdobrar muito, sem poder deixar nada pra segundo plano. É uma constante batalha na busca do equilíbrio. Tempo pra gente mesmo acaba faltando. Vive-se muito essa busca de não deixar nenhuma área carente (AS 13).*

No que se refere à religião, constatamos um predomínio da religião católica (42%), seguida da espírita (35%), evangélica (15%). Os que se declararam ateus ou sem religião foram 8%.

Em relação à formação profissional todos os entrevistados possuíam graduação completa e 85% pós-graduação, com o predomínio das especializações (65%) em áreas como Saúde da Família, Educação em Saúde Pública, Gestão Pública e Residências Médicas; seguidas de mestrado (15%) e doutorado (5%).

Vale lembrar que a reestruturação produtiva levou também a uma reestruturação do mercado de trabalho, o que aumentou a exigência por qualificação profissional, que, na presente conjuntura, virou sinônimo de competência. Hoje a relação entre educação e participação laboral é direta, principalmente para o contingente feminino. Novos conhecimentos, envolvimento, participação, criatividade, domínio de novas linguagens, espírito de liderança, fazem parte de um conjunto de capacidades que os trabalhadores contemporâneos precisam ter para enfrentarem a complexa e a imprevisibilidade do atual mundo do trabalho.

Hoje, é preciso que os trabalhadores sejam polivalentes ou multifuncionais, o que no fundo significa intensificar os ritmos, os tempos e os movimentos do trabalho no mundo produtivo (ANTUNES, 1999).

É preciso ter disposição para 'aprender a aprender' em temporalidade contínua e ao longo da vida. Porém, isso não se dá sem desafios, nem para eles e, principalmente para elas, conforme explicitado no depoimento a seguir:

*Especializações e demais cursos são cada vez mais necessários no mercado de trabalho. Mas, para as mulheres fazerem um curso de mestrado ou de doutorado, se sacrificam bastante, pois, além de serem mães, esposas e donas de casa, outras atividades também se somam à sua vida. Elas não deixam as suas atividades do dia-a-dia de lado, pelo contrário acrescentam mais uma (MF Pediatria 3).*

Assim, no contexto de transformações o processo produtivo vai influenciando a conformação das trajetórias ocupacionais. Contexto em que a lógica é a permanente disputa pelo reconhecimento social. No HUUFMA, a denominada educação continuada também tem sido imprescindível para quem deseja manter-se atualizado e ativo no mercado de trabalho. Exigência que muitas vezes vai além das competências obtidas pela formação profissional. Nesse espaço verificamos a necessidade de atualização permanente, seja através de teleconferências,

congressos, jornadas e cursos específicos ou de programas de pós-graduação para o acompanhamento das mudanças promovidas pelas inovações tecnológicas para todos os envolvidos nessa pesquisa.

De acordo com os nossos entrevistados, o ambiente de trabalho se complexificou, o que exige apreensão de novas habilidades e conhecimentos, que por vezes, vão além dos serviços que as profissões em foco desenvolvem no hospital, a exemplo da visão de gerenciamento e de projetos, domínio de outros idiomas. Em contrapartida, os salários permaneceram congelados. Parece não haver aqui uma escala de progressão para todos os servidores que articule qualificação e salário (só os concursados do MEC possuem uma pontuação salarial de acordo com a elevação de suas qualificações), o que acaba sendo desestimulante para a maioria dos profissionais:

Vejamos o que dizem as Assistentes Sociais a esse respeito:

*Não se conhece o plano de cargos, carreiras e salários. Isso foi um dos fatores que me desestimulou a fazer mestrado e doutorado. Pesou muito fazer qualificação e financeiramente não alterar nada (AS 15).*

*O ideal seria que houvesse uma escala de progressão para a gente estudasse. Estudamos porque é preciso, mas não existe nenhum incentivo na parte financeira (AS 4).*

Um dos profissionais da Medicina complementou afirmando:

*Há necessidade constante de atualização. Mas também há necessidade da melhoria salarial e de maior incentivo ao trabalho em equipe também (MF Cardiologia 4).*

A necessidade de busca pela informação e aperfeiçoamento revela-se mais onerosa para elas do que para eles, devido às suas já pontuadas responsabilidades domésticas e familiares. Ademais, num espaço em que o saber e o poder masculino parecem prevalentes, as mulheres precisam se mostrar mais capacitadas para poder se equiparar aos colegas homens. Nesse sentido uma das Pediatras declarou:

*A carga de trabalho é muito grande. Temos que estar sempre atualizadas, por isso é preciso fazer cursos de aperfeiçoamento e atualização. É a chamada educação continuada. A maioria se especializa cada vez mais (MF Pediatra 2).*

A Assistente Social 7 complementou:

*Para alcançar um posto maior é preciso que ela se empenhe mais, obtenha destaque no seu fazer profissional. Ela precisa batalhar bastante (AS 7).*

E a AS 11 ainda lembra que:

*Ela sempre tem que provar mais.*

A mudança na produção redimensionou o processo de trabalho, e os reflexos deste movimento podem ser visualizados também na saúde pública do HU-UFMA, através da institucionalização de metas a serem cumpridas; da avaliação e acompanhamento do desempenho das ações desenvolvidas através de boletins de produtividade, estatísticas mensais, relatórios; expansão dos serviços com oferta de novas especialidades médicas e profissionais; de novos projetos e programas de média e alta complexidade; implantação de tecnologias modernas; criações de novos setores.

Essas mudanças tornaram as relações entre os trabalhadores mais competitivas e a rotina laborativa mais dinâmica, mas igualmente aumentou a carga de atribuições dos profissionais, uma vez que não houve o correspondente aumento de pessoal e de salário, este último dependente de uma política governamental, conforme explicitado conforme explicitado no depoimento da AS 1 em seguida:

*No que diz respeito ao salário, vive-se um processo crescente da perda do poder aquisitivo. A infra-estrutura do hospital melhorou bastante. Mas, em relação ao local onde se trabalha continua precário. A nossa própria sala não entrou nesse processo de modernização. Vários setores foram reformados, mais o nosso não. Continua-se sem telefone direto, computador, ar condicionado. As péssimas condições acabam influenciando no atendimento do usuário. Às vezes, se tem que dizer não pro usuário. Por precisarmos fazer o serviço do administrativo por ausência desse profissional (AS 1).*

A AS 6 complementa:

*A estrutura do serviço melhorou, setores foram subdivididos (pediatria em neonatologia etc.). Também houve um movimento em termo de mudanças no atendimento (humanização do atendimento ao RN baixo peso e sua família). Mudanças na rotina favorecendo mais a participação do usuário, ampliação para membros da família. O trabalho aumentou (AS 6).*

Nessa mesma direção também seguiram os depoimentos de uma das médicas da Cardiologia:

*Há uma sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento do trabalho individual com valorização do profissional na instituição HUUFMA (MF Cardiologia 1).*

E da Obstetrícia:

*Os novos saberes são muito importantes pra medicina e quando você percebe isso, novos horizontes se abrem. Os salários são insatisfatórios, se eu pudesse não trabalharia com o sistema público, porque as condições são muito precárias (MF Obstetrícia 5).*

Para alguns profissionais, as mudanças processadas no mercado de trabalho permanecem imperceptíveis, ainda que destaquem a exigência por maiores qualificações:

*Não sei descrever mudanças, pois trabalho no HU há 06 anos e neste tempo não houve mudanças. Há um aumento de requisição por qualificação, atualização constante (MF Cardiologista 5).*

No que diz respeito à forma de inserção, a pesquisa revelou que ao lado dos concursos públicos que se oficializam com vínculos no MS e no MEC já citados anteriormente, estão também as contratações temporárias. Cabe destacar que tais contratações são realizadas junto aos profissionais das duas áreas como pessoa física ou via cooperativas para prestação de serviços através da FJM, responsável pela administração dos recursos financeiros do HUUFMA e com autonomia para tal procedimento<sup>71</sup>.

De acordo com os diálogos travados com as chefias e diretorias adjuntas do Serviço Social e da Medicina, foi constatado que atualmente existem 60 médicos de especialidades diversas em regime de contratação temporária e um assistente social que, no caso, acumula dois vínculos, sendo um com a Secretaria de Estado da Saúde e outro com a referida fundação. O acúmulo de vínculos também é uma constante nas duas unidades hospitalares. Sendo maior entre as mulheres, principalmente as assistentes sociais, do que entre os homens. Realidade que traduz a insatisfação dos trabalhadores com as condições salariais vigentes.

---

<sup>71</sup>Informações constantes no Termo de Convênio entre a FJM e o Município de São Luís com a intermediação do HUUFMA para execução de serviços de assistência médico-hospitalar. Mais detalhes em Universidade Federal do Maranhão (1996).

Os baixos níveis de ganho da população ocupada como um todo e das mulheres em particular têm sido uma constante em todo o país. Algo que foi apontado por 98% dos entrevistados, inclusive pela Diretora Adjunta de Serviços Assistenciais:

*Os salários estão defasados tanto para os profissionais concursados do MEC quanto do MS. As mudanças não repercutiram nos salários do corpo funcional da saúde. Tá todo mundo mal remunerado (DIASA).*

Um dos Obstetras declarou:

*[...] há tempos que salários de médicos e de professores não sofrem um reajuste digno. Até o pagamento feito em consultório particular está precário. Hoje estes são dominados pelos planos de saúde que também paga mal (MM Obstetrícia 4).*

Já a Chefia Médica da Ginecologia fez o seguinte comentário:

*Não gosto muito de discutir sobre a questão salarial porque parto da premissa de que salário é fruto do seu esforço. Sou funcionária pública como todos daqui e os nossos governantes não vêem que nós precisamos sobreviver? [...] o que vai adiantar o meu grito, mesmo que este se junte com um monte? Sou muito tranqüila nesse sentido, porque dá pra eu sobreviver, quando vem aumento eu fico feliz da vida (CM Ginecologia e Obstetrícia, HUMI).*

No decorrer desta análise, ficou patente que a busca por complementação salarial tem sido um dos principais responsáveis pelos múltiplos empregos acumulados pelos profissionais inquiridos. Destes, 87% declararam ter mais de um emprego em faculdades privadas, outros hospitais públicos e privados e consultórios particulares, dentre os quais, 53% eram mulheres. Houve momentos em que algumas das entrevistadas que tinham no HUUFMA sua única fonte de renda nos perguntaram se não sabíamos de outros locais em que as mesmas pudessem buscar outro vínculo. Nas suas falas observamos o grande número de atribuições laborais que realizam e as privações que isso implica: A Pediatra 03 revela em seu depoimento:

*Tenho uma rotina de 60 horas semanais. De 8 às 14h e das 14 às 18h, só aí já se vão 40 horas semanais de rotina. Faço mais 20 horas de plantões noturnos e de final de semana. Acredito que as mulheres correm mais atrás do que elas querem do que os homens que, em alguns momentos, se acomodam com um ou dois empregos. Aqui mesmo nós temos colegas que não querem acumular trabalho*

*por acharem que o que já tem é suficiente. A mulher não. Por ser mais versátil, ousada dinâmica, acredita que pode acumular muito mais trabalho (MF Pediatria 3).*

A Pediatra 01 também assinala essa realidade:

*Além de trabalhar aqui, também sou coordenadora da UTI neonatal da Clínica São Marcos e neonatologista da Maternidade Benedito Leite. Gostar do que faz e um bom salário ajuda muito. O ideal seria trabalhar num lugar só, mas os baixos salários exige que se busque mais (MF Pediatria 1).*

Diante de tantas atribuições, falta tempo até para o lazer, como revela a Chefia Médica da Pediatria:

*Nós temos uma carga de trabalho muito grande e pouco lazer. Você vê Enfermeira, Médica correndo o tempo todo de um hospital para o outro por conta dos baixos salários (CM Pediatria HUMI).*

Cabe explicitar que estudos como os de Vieira (2004) relatam que a questão do multiemprego na área da saúde representa uma importante variável na compreensão das causas do sofrimento psíquico, principalmente quando associado à intensidade das atividades desenvolvidas, às condições do trabalho e à vida extralaboral. Mas, a necessidade de sobrevivência exige que se busque outras vias para complementação salarial:

*Se houvesse uma regulação entre carga horária de trabalho com bons salários, haveria mais dedicação dos profissionais a somente uma instituição, o que evitaria tantos transtornos como os que costumam a ocorrer, tais como negligência médica, falta de comunicação entre médico e paciente, prescrição incorreta por falta de tempo e outras atribuições (MF Pediatria 3).*

Uma informação relevante que os dados fornecidos pelo setor de Recursos Humanos não nos permitiu visualizar, mas que foi ressaltado pelos inquiridos, relaciona-se ao desvio de funções em ambas as profissões. Na Medicina, não foi possível identificar o quantitativo dos profissionais nessa condição, apenas sua existência revelada por uma das entrevistadas:

*Sou médica pediatra, neonatologista. O cargo oficial que exerço dentro da Universidade é o de técnico administrativo, mas, o que realmente exerço é a função de pediatra neonatologista no serviço de neonatologia dentro do HU (MF Pediatra 05).*

Em contrapartida no Serviço Social, onde mais informações nos foram disponibilizadas, atualmente existem oito profissionais que se encontram nessa

situação. Estas desenvolvem suas atribuições nos ambulatórios de Ginecologia/Obstetrícia, de Pediatria, internações, Banco de Leite, UTI neonatal e pediátrica, Serviço de Hemoterapia e programas de Planejamento Familiar e de Obesidade. Trata-se, conforme já pontuado, de profissionais que exercem a função de assistentes sociais por possuírem graduação na área, embora tenham sido oficialmente admitidas para funções de níveis de apoio e/ou intermediário. No caso, um como auxiliar operacional de Serviços Diversos (AOSD); dois como agentes administrativos e quatro como auxiliares de Enfermagem. Prática esta que, como também já foi dito, não se constitui particularidade do HUUFMA. Isso também ocorre em outras instituições de saúde, segundo estudos feitos por Vasconcelos (2007) no município do Rio de Janeiro.

O setor de Serviço Social foi um dos últimos a acatar tal deliberação que, há muito já se fazia presente em outros serviços como nos de Medicina, Enfermagem, Farmácia. Em contrapartida, para uma das entrevistadas:

*O desvio de função, no caso das Assistentes Sociais, também favorece a instituição, à medida que minimiza a carência de profissionais. Mas, por outro lado, inviabiliza concursos, precariza as relações de trabalho das profissionais que se encontram nesta situação (AS 19).*

Dos 52 profissionais entrevistados no Serviço Social e na Medicina, a pesquisa constatou que nove se encontravam em desvio de função; nove eram contratados temporariamente pela FJM, 22 eram concursados do MEC ou do MS e dois eram cedidos de outros órgãos públicos.

Destacamos que a diversificação acima pontuada não se processa apenas em termos de inserções ou de desvio de funções, mas igualmente de remunerações. Durante a análise dos dados ficou patente que com o fim da isonomia salarial, da estabilidade até então preponderante no serviço público e com o declínio do emprego formal, propostas flexíveis vem se disseminando ladeada por uma variação de vínculos, remunerações e benefícios entre os profissionais com o mesmo nível de formação e titulação, jornada de trabalho, inclusive de uma mesma área.

No HUUFMA a diversificação entre os profissionais parece independe dos vínculos contratuais, pois se reflete nas divergências salariais e de gestão de força de trabalho. Fato constatado principalmente na Medicina.

Entendemos que distorções dessa ordem impulsionam os profissionais a buscarem vários locais de trabalho, aumentando significativamente não só a remuneração, mas sua carga horária diária, ultrapassando um limite seguro.

*No HUUFMA há disparidade na remuneração, benefícios e garantias, dependendo do vínculo empregatício, se MEC/UFMA, MS ou FJM (AS 19).*

De acordo com os entrevistados, a média salarial se situa em uma escala que varia de três a dez salários mínimos. Entretanto, alguns profissionais da área médica afirmaram ter proventos superiores a dez salários, porque, ao nosso ver, devem estar em fim de carreira, próximo da aposentadoria no MS, quando os salários tendem a ser mais altos. A menor remuneração foi constatada entre os profissionais contratados e terceirizados da FJM, vindo em seguida os últimos concursados pelo MEC.

No Serviço Social, observamos diferenças de rendimentos entre as profissionais, constatadas a partir do tipo de vínculo contratual estabelecido (MEC, MS, FJM e SES). Ou seja, cada vínculo obedecia a um patamar de remuneração, mas que se mantinha predominante entre suas profissionais correspondentes. Assim, entre as assistentes sociais do MS constatamos uma média que variava em termos de tempo de serviço de cinco a oito salários; entre o MEC, de três a cinco; entre a FJM de três salários e entre a SES, três a três salários e meio.

Na Medicina a situação difere, pois as divergências variam tanto em termos de vínculos, como de especialidade e de sexo como ficou patente na Oftalmologia, Cardiologia e Ginecologia. Especialidades em que as mulheres relataram os menores rendimentos, três salários no caso desta primeira e cinco salários nas demais para o exercício de uma mesma função, que requer igualmente o mesmo nível de responsabilidade e cumprimento de jornadas de trabalho similares a de seus colegas homens.

De acordo com os alguns profissionais, essa variação é decorrente do nível de qualificação, conforme consta nos depoimentos a seguir das Chefias Médicas dos serviços de Cardiologia e da Oftalmologia:

*À medida que eu percebo que a assistência respiratória é melhor feita por um fisioterapeuta, a instituição vê a necessidade de contratá-lo e à medida que o contrata você vai buscar o parâmetro do mercado de trabalho (Chefe do Serviço de Cardiologia e Nefrologia, HUPD).*

*Aqui se trata de um hospital-escola. A contratação de um profissional depende exatamente da sua qualificação profissional. Tem que ter alguma qualificação que seja útil para uma entidade que tem o propósito que tem o hospital como o HU, Ou seja, um hospital, aonde você vai ter profissionais que façam um trabalho de ponta e que possa servir de exemplo, de molde para aqueles que estão aprendendo. É fundamental a qualificação do profissional, independente do sexo (CM Oftalmologia, HUPD).*

Bem como da urgência da contratação do profissional, como declara a Chefia Médica da Cirurgia Geral:

*Uma outra via de contratação costuma ser a emergencial e ocorre por meio da Fundação Josué Montello, que passa também por um processo seletivo, mas que não é tão rigoroso quanto o do MEC, pois depende da urgência (CM Cirurgia Geral, HUPD).*

Constata-se desse modo que à medida que o leque de ocupações se amplia para as mulheres na Medicina e em especialidades de maior prestígio como a Cardiologia e a Oftalmologia, os diferenciais salariais em relação aos homens de mesmo nível educacional e desempenho de função apresentam pequena modificação. Tais diferenciais se minimizam, mas não desaparecem. Constatação que relativiza em parte a idéia de que o alto diferencial salarial por sexo entre os trabalhadores de nível superior é gerado apenas pela segregação ocupacional, uma vez que as desigualdades se mantiveram no interior da profissão em foco.

No caso específico do HUUFMA, a justificativa pautada em torno da exigência de qualificação destacada por algumas chefias médicas não nos pareceu suficiente para as divergências salariais encontradas, considerando que as mulheres que revelaram os menores salários faziam jus a contratação, à medida que afirmaram possuir pós-graduação nas especialidades para as quais foram contratadas, competência profissional e disponibilidade para o cumprimento da carga horária de trabalho exigida.

Contudo, adentrar profissões de prestígio e masculina como a Medicina apresenta um progresso indiscutível para elas. Fazem parte, como assinala Hirata (2004), de seu processo de emancipação, já que não há como negar que mudanças estruturais e culturais em curso corroboraram para a conformação de um novo perfil de mulheres no mundo profissional. É fato que cada vez mais elas se inserem e permanecem no mercado de trabalho como parte de um projeto de vida, o que tem

favorecido algumas modificações em seus lugares na economia, bem como alteração nas formas de desigualdade entre homens e mulheres. Porém, a lógica hegemônica androcêntrica parece permanecer transversal às relações de poder e aos interesses que aí se estabelecem.

A vigência de uma concepção que legitima no meio social o lugar particular e subordinado ocupado pela mulher na atividade econômica faz com que as suas condições de inserção no mercado de trabalho permaneçam desfavoráveis, pois concorre para o aumento da precariedade e da instabilidade de boa parte das mulheres, “criam e/ou reproduzem baixos salários e condições de trabalho ruins” (HIRATA, 2004, p. 18).

Um outro dado interessante identificado durante a pesquisa diz respeito à existência do trabalho profissional voluntário no hospital. Embora não tenhamos encontrado nenhuma mulher nessa condição, julgamos pertinente destacar, considerando que o trabalho voluntário na conjuntura neoliberal explicita o ápice da exploração direta ou indireta do trabalho pelo capital, uma vez que remete a sociedade/indivíduo uma demanda que é do Estado.

No HUUFMA, o exercício profissional voluntário aparece entre os homens médicos, mais precisamente no setor de Oftalmologia conforme revela o chefe desse serviço:

*Na área da Oftalmologia, temos inclusive profissionais trabalhando de maneira voluntária, porque ultimamente temos tido dificuldade em contratar novos profissionais (CM Oftalmologia, HUPD).*

Segundo a DIASA, essa é uma modalidade que prescinde da assinatura de um termo:

*Para suprir as nossas necessidades nós temos médicos contratados pela Fundação Josué Montelo, situação complicada e, trabalho voluntário de médicos também. Existe três médicos que assinaram Termos e que estão na instituição sem remuneração (DIASA).*

Supostamente pautado no prazer, na ajuda ao próximo, o trabalho voluntário num espaço que realiza contratações temporárias e terceirizações de serviços é no mínimo uma prática contraditória, sobretudo em se tratando de especialidades em que se têm dificuldades de se encontrar profissionais habilitados. Nestes termos, o trabalho voluntário desvaloriza a atividade laboral em si, ao mesmo tempo em que oculta e/ou disfarça a gravidade e o enfrentamento da questão social

na sua raiz, além de demonstrar que: “Um Estado máximo para o capital só tem como alternativa ser mínimo para o trabalho” (VASCONCELOS, 2007, p. 27).

Uma outra modalidade de remuneração prevalente no HUUFMA e que também exprime a precarização do trabalho no HUUFMA diz respeito a uma complementação salarial denominada pelos entrevistados como “extra” ou “extensão”. Trata-se de um complemento adicional financeiro pago para aqueles que possuem disponibilidade de tempo e são convidados a estender sua carga horária de trabalho por mais um turno. Remuneração que não segue um patamar fixo, pois varia de acordo com o nível (superior, técnico ou apoio) e com as profissões, sendo geralmente inferior ao salário recebido no vínculo oficial. Algo muito freqüente em todos os níveis e profissões, inclusive na Medicina e no Serviço Social.

Uma remuneração efetivada com crédito direto na conta do profissional sem que haja nenhuma formalização contratual e, presumimos, em que também não incide nenhuma garantia legal, como insalubridade, salário família, auxílio alimentação etc. E o mais interessante, parece ser algo que já foi naturalizado pelos profissionais, não sendo inclusive percebido como mais uma atribuição laboral, talvez pelo fato de se efetivar no mesmo local e setor do vínculo oficial. Quando perguntados se possuíam outros vínculos empregatícios, geralmente ouvíamos dos inseridos nessa modalidade que “não”, embora em suas falas fosse ficando evidente a extensão da jornada de trabalho.

O controle dessa modalidade é feito pelas chefias imediatas. São estas as encarregadas de realizar o acompanhamento das atribuições executadas e de encaminhar seus resumos mensais a FJM. Infelizmente, não nos foi possível apreender maiores detalhes sobre tal modalidade, dada a dificuldade de acesso à referida fundação, apesar das inúmeras tentativas feitas via ofícios, telefonemas e visitas. Não se identificou o percentual de profissionais presentes nesta modalidade na Medicina. No Serviço Social, 12% das entrevistadas confirmaram suas inserções.

Embora oficialmente a jornada de trabalho do Ministério da Saúde e da Educação seja de 40 horas, no HUUFMA predomina a jornada de 30 horas, fruto de acordo sindical com os respectivos ministérios. Contudo nos foi informada a ocorrência de jornada de 60 horas por alguns profissionais da Medicina, que, certamente, já naturalizaram as suas atribuições de médicos e de docentes pelo fato de serem desenvolvidas num mesmo espaço hospitalar.

Entre os sujeitos pesquisados a prevalência foi da escala diária com seis horas, predominante entre os que executam suas atribuições laborais sobretudo em ambulatórios, mais presente no Serviço Social; e de 12 ou 24 horas, para escala de plantões que inclui feriados e finais de semana, com maior predominância entre os profissionais da Medicina.

Um outro dado interessante e que também denota a precarização das relações de trabalho diz respeito ao plantão que foi instituído recentemente no Serviço Social, em vigor desde o início de janeiro do ano de 2007 por decisão da Divisão do Serviço Social após várias reuniões com todas as AS do HUUFMA, para tratar da questão em seu todo (ausência de formalização de contrato, condições inadequadas para o descanso obrigatório de duas horas etc.). De acordo com esta Divisão:

*Ninguém foi obrigado a participar do plantão. A demanda foi da Diretoria de Serviços Assistenciais. Sabíamos que não era ainda a situação perfeita, legalizada, que havia precarização, mais todos os profissionais concordaram em acatá-lo pelo reconhecimento da rotina e da dinâmica do HUMI. A rotina, a dinâmica fez com que isso ocorresse. Por outro lado, esse é mais um espaço que se abre com perspectiva de ampliar o número de vagas nos concursos com toda legalização para o Serviço Social. Houve uma capacitação prévia para os profissionais que participariam do plantão (DV SS).*

A proposta era para que o plantão ocorresse nas duas unidades que compõe o HUFMA. Proposta que o coletivo de AS não acatou, ficando apenas uma profissional, mas somente no HUMI nos turnos da noite, feriados e finais de semanas nos seguintes setores: Serviço de Pronto Atendimento Pediátrico, Centro Obstétrico, Internações Pediátrica e Obstétrica e UTI's Neonatal e Pediátrica.

Hoje, o plantão do Serviço Social conta com seis AS inseridas nessa modalidade, sendo que cinco destas acumulam jornadas de trabalho e remunerações: as do vínculo oficial (MS, MEC ou SES) e outro com a FJM como "extensão". O que significa dizer que elas cumprem o seu turno matutino ou vespertino de seis horas diárias e mais doze horas do plantão (ambos coincidentes na maioria das vezes), considerando que o fato de estarem inseridas nesta rotina não as exime de suas atribuições legais, algo julgamos ser proibido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que prevê períodos de descanso para qualquer tipo de trabalho contínuo cuja duração exceda seis horas (Artigo 71). Em

se tratando de trabalho noturno e executado por mulheres, a CLT institui ainda que esse intervalo seja de onze horas consecutivas, no mínimo, para tal fim (Artigo 382).

O valor recebido por mais essa atribuição é o mesmo pago a outras categorias profissionais de nível superior, com exceção dos da área médica que está acima dessa média (R\$ 2.500,00/mês). Este é de aproximadamente R\$ 1.600,00 no Serviço Social, o equivalente a R\$ 160,00 por cada plantão (a média é de 10 plantões por cada profissional). Ressaltamos que a hora técnica aqui corresponde a R\$ 16,00, enquanto o Conselho Federal de Serviço Social (Resoluções CFESS n.ºs 418/2001 e 467/2005) designa o valor de R\$ 69,76 pela mesma para prestação dos serviços de graduados em Serviço Social em qualquer vínculo empregatício.

No que concerne ao pagamento dessa atividade laboral este é efetuado, como praticamente quase todos os procedimentos da FJM junto a profissionais em “extensão”, também através de crédito individual em conta corrente, sem contracheques, consoante ao número de plantões estipulado em uma escala, cujo controle é feito pela chefia do Serviço Social da unidade.

*No caso do plantão é recebido pelas Assistentes Sociais o mesmo valor pago as enfermeiras, pagamento complementar feito de acordo como número de plantões pago pela Fundação Josué Montello (DV SS).*

Cabe destacar que das seis profissionais que estão no plantão, quatro são AS em desvio de função; uma é cedida pela SES e uma do MS. Profissionais que se submeteram a essa sobrecarga de trabalho em condições adversas por necessidade de complementação salarial:

*A remuneração extra também é relevante nas atuais condições econômicas do trabalhador. Também não podemos esquecer que o plantão não deixa de ser uma porta de pressão para novas vagas em concursos. Nos 6 meses de sua vigência já é visível a sua necessidade. Às vezes, mal se chega e, na entrada já somos requisitadas (AS 11).*

A infra-estrutura no HUMI para o plantão do Serviço Social ainda é precária. De acordo com uma de nossas entrevistadas, a sala que abriga o plantão no turno da noite é a mesma em que a chefia atende durante o dia. Logo, uma sala improvisada, situada em um corredor sem movimentação a partir das 20 horas, com colchonete no chão. Quando indagadas se tais condições eram satisfatórias,

ouvimos como resposta da AS 9:

*Sabemos que as condições físicas e estruturais não são boas. Mas a grande dificuldade é que se fica longe do usuário. Quando se chega no plantão também já se chega cansada da rotina diária de trabalho. A gente se desdobra de todo o jeito, mas, ainda assim não se consegue atender a contento (AS 09).*

A AS 7 complementa:

*É mais uma sobrecarga de trabalho, tensionado. Mesmo que se saia do plantão, a gente fica acompanhando a colega que assumiu, ligando pra ver se ela entendeu o registro deixado (AS 7).*

Estratégias que, se por um lado “favorecem” os trabalhadores com uma renda complementar, concorrem para a redução da oferta de empregos dentro dos padrões legais, por outro, também implica um aumento de sua carga de trabalho. São vantagens que se colocam, mas a partir de um quadro de precarização das condições de trabalho e que, no caso do plantão assumido pelo Serviço Social no HUUFMA, pode repercutir negativamente na qualidade das ações desenvolvidas num espaço de ações intensivas como o hospital e propiciar muitos riscos, principalmente de saúde do próprio funcionário, dado o acúmulo de atribuições simultâneas.

São estas as dimensões expressas pela reestruturação produtiva que se refletem na dinâmica da feminização que se faz presente no HUUFMA, mais precisamente nas mulheres profissionais do Serviço Social e da Medicina. Dimensões em que o reconhecimento da necessidade de suas atribuições se dá, sobretudo em decorrência das novas demandas e exigências que vem sendo postas pela acumulação flexível, favorecendo na saúde pública a racionalização governamental proposta pelo Estado mínimo.

#### **4.2 A feminização do trabalho na ótica dos sujeitos investigados**

O crescimento de mulheres na área da saúde é algo evidente e que foi ressaltado por todos os entrevistados. Para uma representante do Serviço Social:

*No serviço público é muito característico e se vê na própria formação profissional de algumas profissões. Nos encontros, cursos, a maioria é mulher. A mulher tem ocupado mais espaços no mercado de trabalho em geral, no HU, a maioria dos servidores são mulheres (AS 06).*

O referido aumento é resultante de um conjunto de elementos, alguns já pontuados no decorrer deste estudo, mais precisamente no capítulo que trata da feminização do trabalho. Assim, apreendemos a partir dos depoimentos colhidos junto aos sujeitos eleitos que, no caso do HUUFMA, essa elevação feminina se deve: à luta das mulheres; a sua determinação por ascensão e satisfação profissional; busca de auto-estima, autonomia e independência financeira; elevação de seus níveis de escolarização; abertura do mercado; e ao empobrecimento delas, que de certo modo as tem levado a adentrarem no mundo do trabalho, ainda que sob múltiplas condições, conforme pode ser visualizado nas exposições abaixo:

*A mulher de hoje busca e sabe o que quer, ela vai atrás* (MF Ginecologista 2).

Para uma outra médica ginecologista:

*Surgiu mais oportunidade e a mulher cresceu profissionalmente. A sua auto-estima melhorou muito, a mulher passou a confiar mais no seu trabalho e a ter mais estímulo para desenvolver outras ações* (MF Ginecologia 5).

Nesta mesma direção seguiu o depoimento de um médico obstetra:

*Acredito que a conquista da mulher se deve a evolução do processo de educação, à medida que a mulher deixou de trabalhar apenas em serviços domésticos. Hoje em dia poucas mulheres trabalham apenas no lar, mas elas conquistaram seu espaço através da educação. É evidente que a educação abre portas para concursos públicos, pois com processo educativo você consegue aumentar seu nível de relacionamento com outras pessoas também* (MM Obstetrícia 1).

Para a chefia médica de Obstetrícia e Ginecologia, o crescimento de mulheres empregadas é um reconhecimento de sua inteligência, o que parece se processar sem grandes desafios. Nesse sentido ela nos diz:

*O sucesso se deve ao reconhecimento da inteligência feminina. Não acho que ela teve que vencer barreira porque não vi nenhuma, pois sempre me achei uma pessoa tão competente quanto o homem, não vejo competência maior no serviço masculino em detrimento do feminino. Hoje a mulher viu que o mundo é nosso e que é tão competente quanto o homem. Submissão? Hoje a mulher está procurando é parceria* (CM Obstetrícia e Ginecologia, HUMI).

Mas a naturalização do cuidado também foi um dado ressaltado para justificar o crescimento delas na saúde. Algo explicitado tanto na entrevista junto aos

profissionais da Medicina como do Serviço social, o que legitima e reforça o papel social das mulheres no mundo da reprodução. Assim, as mulheres se inserem mais nessa área:

*Pela capacidade de dedicação ao próximo que a mulher oferece (MM Oftalmologia 2).*

*Creio que a manutenção das mulheres na Medicina e no Serviço Social são mais “apropriados” ao sexo feminino (AS 17).*

Em quase todos os relatos, ouvimos que a educação é decisiva para a integração feminina no espaço público. De fato nas funções que ocupam no HUUFMA, elas são bastante qualificadas. Para Bruschini e Lombardi (2003, p. 332), isso se deve a vários fatores tais como a cultura escolar vigente em sociedades patriarcais como a brasileira, que tende a exigir mais das meninas, e não dos meninos, atitudes de dedicação e comportamentos favoráveis à permanência escolar e ao prosseguimento nos estudos. Além disso, as autoras ainda relatam que a escola seria um espaço de sociabilidade mais agradável a elas do que a eles.

Ainda conforme as autoras, essa elevação escolar feminina tem tido efeitos expressivos no setor formal do mercado de trabalho (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2003). Segundo dados coletados no HUUFMA, a presença de mulheres em cargos de comando, como as diretorias adjuntas e de divisão ligadas à DIASA, é algo que chama a atenção. Dos 101 cargos de chefias aí existentes, 72 são ocupados por mulheres e 29 por homens. Conforme pode ser evidenciado no comentário da Chefia Médica de Oftalmologia:

*As mulheres comandam o hospital. As mulheres vêm tomando espaço, não por questão de feminização e, sim por competência (CM, Oftalmoloiga, HUPD).*

E continuou:

*Logo teremos que fazer aqui um movimento de masculinização do trabalho também (CM, Oftalmoloiga, HUPD).*

A chefia da Cirurgia Geral complementa:

*A grande parte da diretoria é formada por mulheres, boa parte do serviço é chefiado por elas. Não é todo serviço que tem chefia masculina (CM Cirurgia Geral, HUPD).*

Sem dúvida, uma grande conquista, conforme revela a Chefia Médica da Pediatria:

*O cargo que eu exerço hoje, não era exercido por mulheres antigamente. No Hospital Universitário, temos um número muito grande de mulheres ocupando cargos de chefia. A quantidade maior de profissionais nessa posição é da área médica (CM Pediatria, HUMI).*

Em contrapartida, as informações obtidas deixam antever que as implicações das relações de gênero vêm sendo subestimadas. A discussão sobre a feminização do trabalho no bojo da reestruturação produtiva e da divisão sexual do trabalho é algo que parece não se fazer presente entre as trabalhadoras pesquisadas, o que dificulta a apreensão da realidade de crise vivenciada pelo capital na contemporaneidade, bem como do fortalecimento dos mecanismos geradores de hierarquias e desigualdades que se fazem presentes no mercado de trabalho e no interior de algumas profissões. Os depoimentos a seguir ilustram o que os profissionais do HUUFMA pensam sobre essa questão:

*Eu acredito que não há diferenciação entre homem e mulher, já que a carga de trabalho e as atribuições são as mesmas (MM Obstetrícia 1).*

Para um dos obstetras as mulheres se sobressaem muito bem nas profissões, respondem positivamente as demandas que lhes são postas, sem grandes dificuldades:

*As mulheres respondem muito bem a essas questões. Não atribuo isso a questão de gênero (MM Obstetrícia 3).*

Outro obstetra considera que as desigualdades entre os sexos não fazem parte das relações de trabalho no HUUFMA:

*Eu acredito que não há diferenciação entre homem e mulher, já que a carga de trabalho e as atribuições são as mesmas (MM Obstetrícia 1).*

Percebemos nas afirmativas acima um desconhecimento, inclusive por parte das mulheres entrevistadas, da histórica luta feminina para adentrar no mundo do trabalho e conquistar alguns direitos. Desconhecimento das dificuldades sofridas, inclusive em termos de discriminação e desigualdade salarial no próprio ambiente de trabalho onde se inserem; da realidade em que essa atual participação se processa no país, com empregos atípicos, precários, de ausência de benefícios e proteção social. Ainda que se tenha clareza de que o simples conhecer não seja o bastante para fazer a diferença numa empreitada que prescinde de outras estratégias de luta,

a exemplo de políticas públicas com enfoque de gênero, este é imprescindível para se avançar na consciência crítica.

Nesse sentido, uma pediatra comentou:

*Aqui no HUUFMA não se tem diferença em relação ao ganho financeiro. Aqui as mulheres estão em maioria tanto em cargos de chefia como em cargos menores (MF Pediatria 4).*

No entendimento de alguns dos sujeitos, é como se só recentemente as mulheres tivessem percebido a existência de um espaço no mundo produtivo em que pudessem se sobressair.

*O grande avanço é que a mulher percebeu que tem um grande espaço para conquistar e assim com mais responsabilidades de mudança e melhora (MM Obstetrícia 1).*

Nessa mesma direção, a AS 1 destaca:

*A mulher passou a ser mais valorizada, decidir e participar mais da vida política. Se empenha em melhorar o mundo para as próximas gerações. Ela não é mais acomodada e nem fica à sombra do marido (AS 1).*

Percebemos certa naturalização das dificuldades, o que de certa forma restringe a problemática da divisão sexual do trabalho a uma polarização entre os sexos, mas que, ainda assim, na ótica dos inquiridos, parece não incidir na saúde pública. Quando na verdade, essa divisão se situa no centro das desigualdades de estatuto e de salário da classe trabalhadora como um todo.

*Ela se emancipa porque estuda. Aqui nós não temos isso de falar que o trabalho de um é bom porque é homem ou mulher (MM Ginecologia 5)*

O mercado de trabalho na saúde aparece como uma disputa entre iguais, sem que se pondere o sentido que a acentuada participação feminina no mundo laboral representa num contexto marcado pela precariedade das relações contratuais e laborais. De acordo com Nogueira (2004), a quantidade de mulheres que se encontra nessa condição de subempregada e mal remunerada no país é três vezes superior à masculina. O depoimento apresentado a seguir por um médico, que utiliza como parâmetro a sua profissão, é bem ilustrativo dessa concepção de igualdade de condições e de oportunidades entre homens e mulheres no mercado de trabalho, embora os dados apresentados no corpo deste estudo tenham demonstrado o contrário. Ou seja, a prevalência de mudanças que coexistem com continuidades. Em seu depoimento ele relata:

*Para a mulher o mercado de trabalho em si é uma disputa de igual para igual. A medicina dentre as outras áreas de trabalho considera-se que esta remunere o profissional sem diferenciação de gênero. Entretanto sabemos que existe tal discrepância em outras áreas, mas na área de saúde acredito que não (MM Obstetrícia 3).*

Um outro médico vai além e afirma que:

*Elas estão em pé de igualdade. Não percebo nenhum tipo de discriminação e nem empecilho para que elas não acompanhem a dinâmica de trabalho necessário (MM Obstetrícia 4)*

Diante de tais relatos fica patente que de fato existe um desconhecimento do que ocorre no mundo do trabalho e no interior da própria Medicina, como fora demonstrado anteriormente em relação às condições salariais e seus diferenciais conforme os vínculos, sexos e remuneração vigente nas especialidades médicas de Cardiologia e de Oftalmologia.

Para 87% dos entrevistados, as relações entre os sexos são harmoniosas, mutidisciplinares, como se não existisse nesse meio nenhum tipo de diferença:

*A mulher está bem integrada, não vejo nas relações tratamento desigual (MF Oftalmologia 4).*

Somente algumas Assistentes Sociais concebem a desigualdade existente nas relações sociais de sexo no contexto do HUUFMA. O depoimento de uma delas afirma o seguinte:

*Elas não estão em pé de igualdade, mais a mulher tem se colocado como protagonista. Ela mesma tem buscado se qualificar cada vez mais, mas se percebe que há uma diferença sim entre homens e mulheres, principalmente na área da saúde (AS 5).*

Enquanto o da AS 19 complementa:

*O que pode representar emancipação, gera em outra medida, a precarização. Neste sentido, se tem ocorrido aumento de mulheres na saúde pública talvez seja porque a saúde, enquanto política pública, também tem sido afetada pela ordem neoliberal que ao orquestrar a reestruturação produtiva pode demandar o trabalho feminino já que a desvalorização deste seguimento favorece as medidas requisitadas pela lógica de produção vigente.*

Quando perguntamos o que a elevação feminina no mercado de trabalho significa para mulher, ouvimos respostas que denotam que a feminização congrega uma positividade, pois permitem o enfrentamento e a reação ante os obstáculos que historicamente foram postos para as mulheres em várias instâncias da vida social. Assim, a AS 3 declarou:

*Significa uma grande vitória diante de tantos obstáculos, preconceitos que a mulher já teve no mercado de trabalho. É na superação da própria mulher (AS 03).*

Enquanto a AS 4 lembrou:

*A sociedade ganhou, a mulher ganhou. Quem perdeu um pouco foi a família. A mulher tá mais ausente, as relações entre casais também se fragilizaram. O homem não aceita que a mulher cresça. Na hora que ela começa a trabalhar, ganhar mais, ela não se submete mais a uma situação ruim. Muitos filhos não têm mais referência dos pais, ficam mais soltos.*

Permite avançar rumo ao difícil, mas não impossível processo de emancipação:

*Acho que essa coisa da elevação da auto-estima. À medida que ela se lança mais na qualificação, ela fica apta para exercitar sua inteligência, entende que a mulher não nasceu só para cuidar da casa. Aumenta o seu poder de escolha (AS 6).*

*Realização, apesar das dificuldades das condições do ambiente de trabalho, salário. Ela vem com garra, desenvolvendo bem suas atribuições (AS 16).*

Realização que não exime os desafios postos. Dessa forma, concluímos este item afirmando que os elementos da feminização do trabalho ora esboçados na área da saúde, sinalizam, por um lado, o avanço nela contido, explicitado na considerável expansão dos horizontes de atuação femininos; por outro, evidencia também um retrocesso, como atesta Nogueira (2004), tendo em vista que estas transformações vêm agravando a precarização da mulher trabalhadora, mesmo em profissões de prestígios, dada a persistência dos obstáculos que, embora tenham reduzido, não desapareceram totalmente.

Esses obstáculos ainda se fazem presentes na segmentação quanto às áreas de atuação e na distinção salarial entre homens e mulheres, dentre outros. Realidade que aponta tanto para a centralidade como para a funcionalidade que a força de trabalho feminina vem tendo para a expansão da exploração do capital, inclusive em períodos de crise.

### 4.3 Progressão feminina no HUUFMA: avanços e desafios no Serviço Social e na Medicina

O crescimento de mulheres não só na saúde pública, como em todo mercado de trabalho é ladeado por duas forças sociais contraditórias e heterogêneas, ficando difícil identificar entre ambas a mais forte. Assim, por um lado, constatamos progressos de grande magnitude com a luta das feministas rumo a difícil emancipação das mulheres, os novos empregos e deslocamentos de fronteiras impulsionados pela elevação de sua escolaridade, permitindo ampliar suas possibilidades profissionais tanto no Serviço Social como na Medicina. Por outro, a vigência de desigualdades herdadas da antiga ordem patriarcal denota que o prodigioso desenvolvimento das escolaridades femininas ainda está longe de alcançar seu pleno reconhecimento no plano das qualificações econômicas (BAUDELOT, 2003), tendo em vista que aspectos relevantes da vida delas constantemente se imbricam, a saber: o reprodutivo com o produtivo.

A feminização do trabalho explicita essa contradição, traz à tona a mistura generalizada dos sexos nas profissões como uma das características do mundo do trabalho contemporâneo, mas também revela que o alto preço pago por elas para o ingresso no espaço laboral e alcance da igualdade almejada, posto que se trata de uma feminização que implica simultaneamente uma *precarização social* e um maior grau de exploração do trabalho (NOGUEIRA, 2004).

Um olhar sobre a inscrição das mulheres profissionais da Medicina e do Serviço Social no HUUFMA nos permitiu pontuar, ainda que de forma preliminar e sem a intenção de nos aventurarmos em profecias que exacerbe um otimismo pueril em torno das conquistas alcançadas ou de um pessimismo que as negue, os avanços e os desafios que a progressão feminina enseja na saúde pública.

Nesse sentido, foi possível identificar os seguintes avanços:

- a) aumento da oferta de emprego femininos em áreas de nível superior;
- b) expansão dos serviços com ofertas de novas especialidades médicas, projetos e programas de média e alta complexidade, ampliando suas possibilidades de inserção e de competitividade;

- c) implantação da política de humanização e das Ouvidorias que por um lado impõe novas exigências para o alcance da qualidade no atendimento no trato com os usuários, mas, por outro, favorece as relações interpessoais;
- d) composição, ainda que mínimas, de equipes de trabalho integrado, numa perspectiva interdisciplinar;
- e) melhoria da qualidade do atendimento, sobretudo, a partir das capacitações buscadas pelos profissionais;
- f) reconhecimento de outros saberes, incidindo na quebra paulatina da hegemonia médica e na desconstrução desse poder;
- g) conquista, paulatina, das profissionais em cargos de comando, como as chefias e diretorias adjuntas;
- h) credibilidade pública frente ao compromisso social assumido pelo HUUFMA na sociedade;
- i) a constituição legal do SUS como reflexo da luta e intervenção multiprofissional;
- j) efetivação de algumas melhorias nas condições de trabalho e de infraestrutura;
- k) informatização de alguns serviços;
- l) incorporação de novas tecnologias ao espaço de trabalho.

No transcurso destes avanços pontuou-se, também, algumas dificuldades, quais sejam:

- a) baixa remuneração dos profissionais, considerando a demanda de trabalho e de carga horária;
- b) grande demanda de atendimento em face à insuficiência de recursos humanos, materiais e financeiros;
- c) incompatibilidade entre a exigência de atendimento humanizado e as condições reais de trabalho;
- d) número insuficiente de vagas nos concursos diante do excesso de demanda existente;
- e) falta de planejamento e de apoio aos serviços, que se expressa entre outros, na ausência de reuniões periódicas e na desintegração entre as equipes de trabalho;

- f) ausência de políticas de qualificação permanente dos profissionais da área da saúde e que abranjam todas as categorias profissionais;
- g) falta de compromisso de alguns servidores com a instituição pública;
- h) organização dual do Sistema de Saúde Pública.

Como desafios sinalizam-se:

- a) enfrentamento da naturalização do cuidado como algo eminentemente feminino;
- b) efetivação de debates sobre gênero e trabalho no HUUFMA;
- c) desestabilização da hegemonia masculina nas especialidades médicas consideradas de alta complexidade, a exemplo da Cirurgia Geral, Cardiologia e Oftalmologia;
- d) enfrentamento das disparidades salariais e de qualificação que cercam as profissionais em foco;
- e) articulação do atendimento humanizado e a demanda de usuários;
- f) ampliação do quadro de funcionários da saúde no hospital;
- g) equilíbrio entre as exigências da instituição e a autonomia de cada profissional no desenvolvimento de suas atividades profissionais;
- h) desenvolvimento das atividades profissionais pautadas no planejamento coletivo e na avaliação contínua;
- i) implementação de políticas de profissionalização e valorização dos profissionais da área de saúde que incida em qualificação permanente, melhorias salariais e condições materiais adequadas ao exercício de todas as profissões presentes no HUUFMA.

Avanços e desafios que continuam sinalizando para a persistência da luta das mulheres trabalhadoras rumo à equalização dos homens e mulheres no mercado de trabalho na saúde pública.

## 5 CONCLUSÃO

A inserção das mulheres no mercado de trabalho como um fato concreto, apresenta uma trajetória conflituosa de rupturas e continuidades. Nessa trajetória vários elementos de ordem moral, econômica, política e cultural se movimentam e permitem compreender que a feminização que ora se apresenta na saúde pública, em particular no HUUFMA, não se trata de um mero fenômeno natural, mas que se encontra articulado aos processos mais amplos mediado pela lógica capitalista, sem apresentar contudo, rupturas definitivas com as relações sociais existentes nessa lógica e com as desigualdades presentes na divisão sexual do trabalho que historicamente tem corroborado para a persistência da segmentação e da remuneração diferenciada entre homens e mulheres.

A progressão das mulheres na esfera laboral, remonta os anos de 1920, e na atualidade vem sendo divulgada no mundo todo, especialmente a partir da década de 1990, apesar das crises econômicas desse período e, se faz acompanhada de mudanças de diferentes ordens, com destaque para a luta histórica empreendida por movimentos de mulheres multifacetados, de transformações demográficas marcantes, notável crescimento da escolarização feminina que ultrapassa a masculina, sobretudo a partir do ensino médio, alterações nos postos de trabalhos em virtude da terceirização e informatização das atividades econômicas e a valorização dos seus atributos para o exercício de novas funções fortemente demandadas pela economia contemporânea (destreza manual, dedicação, responsabilidade, espírito cooperativo etc.). Atributos e habilidades femininas que foram sendo forjados no arcaico padrão da divisão social e sexual do trabalho e que ressurgem e se redimensionam na contemporaneidade com feições modernas e adequadas à expansão dos novos sistemas produtivos, evidenciando a funcionalidade da força de trabalho das mulheres na conjuntura de crise.

Nesses termos, as mudanças sinalizadas evidenciam uma modificação na composição por gênero no mercado de trabalho e favorecem uma discreta redução das desigualdades entre homens e mulheres. Contudo, não tem sido suficientes para superar os obstáculos, preconceitos e dificuldades por elas vivenciadas na esfera da produção.

Os estudos apreendidos ao longo dessa pesquisa mostraram que o trabalho remunerado das mulheres cresce de forma significativa. Mas, num contexto

em que se observa em escala nacional e internacional, a regressão/estagnação do trabalho formal, supressão de direitos trabalhistas históricos e imprescindíveis à sobrevivência da classe trabalhadora, a exemplo de pagamento de hora extra, direito de greve, etc.

Trata-se de uma realidade que denota o quanto as mulheres ainda enfrentam situações paradoxais entre avanços e continuidades. Esgotá-las requer um movimento histórico de desconstruções e reconstruções no meio social e entre os indivíduos, de novas relações não somente entre homens e mulheres, mas entre homens e homens e, mulheres e mulheres também; combate a opressão masculina sobre a feminina. Prescinde de uma divisão sexual do trabalho mais justa no espaço da reprodução, algo que ainda se encontra num estágio muito embrionário no país, bem como na saúde pública. Exige enfim, a superação da relação capital/trabalho (embora não seja específica da lógica capitalista), o desenvolvimento da consciência crítica, organização e luta dos trabalhadores em geral que se encontram na condição de oprimidos e explorados, uma vez que a manutenção da desigualdade entre trabalhadores e trabalhadoras atende aos interesses do capital.

Assim, o processo de feminização que se faz presente no movimento da flexibilização do mundo do trabalho e das políticas neoliberais, exige muita atenção, sobretudo da luta das mulheres, considerando que a ambigüidade que demarca suas inserções acentuadas no mundo do labor. Por um lado, explicitado no aumento de suas empregabilidades, permitindo-lhes avançar no seu difícil processo de emancipação e, desse modo minimizar algumas discrepâncias vivenciadas e, por outro, com dificuldades para conciliação entre a vida familiar e profissional, parca remuneração e garantias trabalhistas, predomínio de formas atípicas de trabalho e em meio a uma ampla transformação do capitalismo, cujo interesse é pelo restabelecimento da lógica de acumulação de valor do capital e não por uma igualdade substantiva entre os seres humanos.

Razão pela qual a crítica a sociedade capitalista não deve se ater à análise restrita da exploração existente no espaço produtivo, o que não significa dizer que esta não seja importante. A crítica deve procurar abranger igualmente os aspectos negativos, por vezes multifacetados que tal lógica comporta, a exemplo da compreensão da opressão latente no espaço reprodutivo, muito bem representado pela estrutura da família patriarcal ainda em vigência no Brasil e que impõe uma desigual divisão do trabalho para as mulheres.

A pesquisa realizada junto aos profissionais do Serviço Social e da Medicina no HUUFMA, nos permitiu identificar que o aumento do ingresso das mulheres na saúde pública se deve principalmente as maiores chances que elas possuem de trabalhar nesta área do que outros setores da economia, uma vez que a saúde se constitui num reduto tradicional feminino por excelência. Mas, igualmente possibilitou apreender o declínio que o emprego formal vem tendo no serviço público em decorrência da redução de despesas deste setor, da aceleração do processo de privatização de estatais, enxugamento de funções e atribuições do Estado.

Revelaram ainda, que apesar de seu crescimento significativo e em profissões tradicionais, de prestígio e masculinas como a Medicina, apesar de salutar, alterou muito pouco os já conhecidos padrões diferenciados de inserções de homens e mulheres segundo os setores e grupos de atividades econômicas. Os dados coletados apontam para a persistência de um padrão de feminização nas especialidades de pediatria e ginecologia.

Assim, se por um lado, o crescimento feminino nesses nichos, convergência de vários fatores, ampliam suas possibilidades de inserções qualificadas no mercado de trabalho, por outro, denotam a necessidade de se combater as divergências salariais existentes entre os trabalhadores e trabalhadoras que possuem a mesma formação profissional, ocupação, responsabilidade e carga horária, os desvios de funções sem que haja um posicionamento mais combativo e fiscalizatório por parte dos conselhos de classe e sindicatos. Divergências que se somam a sobrecarga de trabalho acumuladas no âmbito doméstico, assim como nos múltiplos empregos, uma necessidade cada vez mais presente em função da complementação da renda familiar e, que de certa forma concorre para a naturalização da exploração ao invés da crítica, resistência e reivindicação por melhores condições de trabalho e remuneração no serviço público. Dificulta a organização da classe trabalhadora.

Fato que favorece a manutenção da maioria delas num patamar inferior na hierarquia institucional e que também evidenciam o quanto as relações desiguais entre os sexos masculino e feminino estão longe de serem esgotadas, principalmente no trabalho e, revelam ainda que a feminização na saúde se faz marcada por uma forte precarização e individualização, bem como pela alta competição entre um número pequeno de trabalhadoras qualificadas.

Cabe ressaltar que a questão da precarização das relações de trabalho, destaca-se como elemento central da desigualdade presente, principalmente no setor de serviços, expresso na realidade atual e na dinâmica do HUUFMA com rebatimentos significativos no trabalho das mulheres.

Não se pode negar que os serviços e a demanda por atendimentos de saúde a cada dia se ampliam, tornam-se mais complexos para atender tanto os avanços científicos e tecnológicos nas áreas de ensino e pesquisas científicas, bem como às Portarias Ministeriais que demandam, cada vez mais, pela necessidade de aprimoramento e boa qualidade dos serviços públicos ofertados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2000); que os custos se elevam também em virtude do relevante papel que o HUUFMA possui no Maranhão, uma vez que, vale lembrar, é o único hospital público de referência em procedimentos de alta complexidade, o que de certa forma tem rebatimento nos profissionais e nos serviços ofertados. Contudo, terceirizar ou flexibilizar as relações contratuais é desresponsabilizar o Estado de suas obrigações, de cumprir o dever de promover ações de saúde de qualidade e em condições laborais de serem executadas, mediante políticas sociais e econômicas com vistas ao acesso universal e igualitário.

Terceirizar serviços e/ou a força de trabalho num contexto em que antes prevalecia à lógica da contratação por concurso público, provas e títulos, implica a implementação de um novo modelo produtivo cuja conseqüência é o estabelecimento do trabalho precário, pois conduz para a inobservância dos direitos sociais e trabalhistas básicos, para o fim do assalariamento clássico e do emprego permanente no serviço público, em mudanças nas modalidades de emprego, na organização do trabalho e sindical, concorre para a intensificação do trabalho, reforça as desigualdades de estatuto e de salário entre os sexos e entre profissionais (HIRATA, 1998).

Note-se que as dificuldades enfrentadas pelo setor público, têm sérias implicações e conseqüências visíveis, sobretudo para os de educação e saúde com a crescente escassez de recursos para estes segmentos e para aquisição de serviços segundo as metas e quantidades instituídas pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino.

Implicações que se refletem, no caso do HUUFMA, no desequilíbrio entre receita/despesa na execução de serviços de alta complexidade; na desmotivação dos profissionais que ai se inserem, gerada por uma política salarial restritiva; no

aumento desproporcional da demanda em relação à força de trabalho existente; nos elevados custos de serviços médicos pela introdução de equipamentos tecnológicos sofisticados e ainda, que tem conduzido este complexo hospitalar a buscar alternativas em modelos organizacionais supostamente mais modernos, estimuladores de princípios e de reconhecimento da competência de seus recursos humanos, cujo propósito é aumentar a capacidade resolutiva dos HU's (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 1999). Algo que deve ser discutido dentro e fora da universidade, a fim de que se possa entender e acompanhar as deliberações em curso e constatar em que medida estas são consoantes com os princípios do SUS, considerando o impulso dado ao processo de privatização da saúde e que se fazem presentes nas reformas apresentadas pelo governo federal para os HU's, pontuadas anteriormente.

Não podemos perder de vista que a reestruturação do trabalho no mundo contemporâneo aponta para diversas modificações nos processos organizacionais, nas formas de trabalho e de gestão conforme relatado acima, afetando tanto a vida dos trabalhadores como também a organização das empresas. Dessa forma, questionamos se as mudanças propostas no HUUFMA que, por sua vez, exigem novas posturas de profissionais e o redimensionamento dos serviços é possível num contexto em que predomina a instabilidade e a vulnerabilidade do trabalhador do setor público, de aumento na demanda por serviços de saúde, de restrição orçamentária que rebete nas políticas de corte social. Será que da forma como vem sendo efetivado não estaria esse modelo de gestão e de trabalho penalizando ainda mais a classe trabalhadora? Não se estaria conduzindo a responsabilização dos trabalhadores pela crise pela qual passa a saúde, desonerando o Estado de prover com qualidade serviços essenciais como o exposto, despolitizando o debate acerca dos impactos provocados pelo neoliberalismo no país, naturalizando valores e interesses da classe hegemônica, contribuindo para a minimização de espaços públicos e gratuitos que a população possui para terem atendidas os seus problemas de saúde?

Na saúde pública, a aplicação da política de ajustes não se propôs a resolver os problemas históricos da assistência médica brasileira (caráter compensatório, seletivo, hospitalocêntrico, curativista), muito pelo contrário, estes vêm sendo repostos num patamar de complexidade, que torna esta área mais

funcional ao capital, criando dilemas significativos para muitas profissões que aí se inserem.

No nosso ponto de vista, a flexibilização na relação capital/trabalho se expressa na saúde pública através de algumas estratégias a exemplo da drástica redução de recursos financeiros e humanos, favorecendo a vigência de formas atípicas de contrato de trabalho (como o desvio de funções) e novas formas de gerenciamento e, numa conjuntura em que se eleva a demanda por atendimentos hospitalares e assistenciais, devido a universalização do acesso promovida pelo SUS, elevação dos índices de pobreza no país; tendência de crescimento do emprego precário (sem vínculos ou com vínculos instáveis), afetando com maior intensidade a população mais pobre, com menor grau de instrução, os mais jovens e as mulheres. Flexibilização que se processa de forma diferenciada quando analisada a partir do recorte gênero por exemplo, objeto importante na análise desta tese, indicador de dados estatísticos que evidenciam como, em duas profissões de níveis superiores de um mesmo complexo hospitalar como o HUUFMA (lócus dessa investigação), a saber o Serviço Social e a Medicina, as mulheres são as principais vítimas do trabalho precarizado.

Conforme assinalado anteriormente, é preciso ter a clareza de que a luta em prol da emancipação feminina não se resume nas suas relações diretas com o capital, no espaço produtivo, pois depende e muito, da mudança do papel das mulheres também dentro do denominado espaço doméstico, o que implica em reconstrução de papéis nos diferentes espaços que compõem a vida social. Trata-se, portanto de uma relação de desconstrução/reconstrução em que novos sujeitos possam emergir numa luta que tenha como foco uma revolução cultural, moral em que novos valores possam ser imprimidos no sentido de desnaturalização das relações patriarcais, racistas e de gênero.

A implementação de políticas públicas também poderá contribuir para que as relações igualitárias ocorram na sociedade, para tanto a recuperação e o fortalecimento do papel do Estado na elaboração destas políticas se constitui numa questão central. Para que as desigualdades de gênero sejam combatidas no contexto do conjunto das desigualdades sociais, pressupõem práticas de cidadania ativa para que a justiça de gênero se concretize, sobretudo pela responsabilidade do Estado de redistribuir riqueza, poder, entre regiões, classes, raças e etnias, entre mulheres e homens etc. (Silveira, 2003, p. 20).

Neste sentido é necessário que a elaboração de tais políticas públicas se faça a partir do conhecimento da realidade enfrentada por trabalhadores e trabalhadoras. Entende-se que conhecimentos desse porte possibilitem que instituições públicas e privadas desenvolvam políticas tendo como eixo a igualdade de gênero. É preciso um olhar mais acurado sobre a diversidade e aqui podemos destacar a necessária continuidade de estudos e debates tanto em torno da questão de gênero como também da utilização de indicadores reais e concretos que tracem informações sobre os elementos que conformam a desigualdade social no contexto da feminização do trabalho na atual configuração do capitalismo.

## REFERÊNCIAS

ABESS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional**: novos subsídios para o debate. Recife: [s.n.], 1996.

ABRAHUE. **Hospitais universitários e de ensinos no Brasil**: crise nos hospitais universitários. 2003. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/universidades/uni06.shtml>>. Acesso: 15 dez 2007.

ABRAMO, L. Relações de gênero e a situação das mulheres no mercado de trabalho. In: **Diversidade**: avanço conceitual para a educação profissional e o trabalho – ensaios e reflexões. Brasília, DF: OIT, 2002.

ALVES, E. **Questões preliminares sobre o impacto do neoliberalismo no mundo do trabalho**. Disponível em: <<http://www.insrolux.org/textos/estadoservicospublicoll.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2005.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. **O caracol e sua concha**: ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

\_\_\_\_\_. (Org.). **A dialética do trabalho**: escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.

\_\_\_\_\_. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

ARAÚJO, A. J. da S.; PORTO, M. F. de S. Trabalho e vida na periferia do capitalismo: terceirizados na indústria de refino de petróleo. In: ARAÚJO, A. et al. **Cenários do trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

ARAÚJO, A. M. C. Apresentação do dossiê gênero no trabalho. **Cadernos Pagu**, Campinas, 2002.

ARAÚJO, A. M. C.; FERREIRA, V. "Sindicalismo e relações de gênero no contexto da reestruturação produtiva". In: ROCHA, M. I. B. **Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios**. São Paulo: Ed. 34, 2000.

ÁVILA, M. B. Notas sobre o trabalho doméstico. **Reflexões feministas para transformação social**, Recife, p. 38-53, dez. 2007.

BALTAR, P. E. de A. Tendências do mercado de trabalho frente a reestruturação produtiva e ajustes do setor público no Brasil. In: SILVA, M. O. S (Coord.). **Políticas públicas para o trabalho: um desafio para o Maranhão**. São Luís: Instituto do Homem; UFMA, 2000.

BARDIN, R.; ROSA, R. S. Médicos: quem somos. In: AGOSTO, F. M. et al. **Riscos da prática médica**. Porto Alegre: Dacasa, 1998.

BARROS, R. P. et al. Gender in brasilian labor markets. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 20., **Anais...** p. 63-80, 1999.

BAUER, C. **Breve história da mulher no mundo ocidental**. São Paulo: Xamã: Edições Pulsar, 2001.

BAUDELLOT, C. Nada está decidido. IN: MARUANI, M; HIRATA, H. As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: Editora SENAC, 2003, p.315-322.

BIANCHETTI, R. G. **Modelo neoliberal e políticas educacionais**. São Paulo: Cortez, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. **O acompanhamento das IFES e HU's: relatório de atividades**. Brasília, DF: Coordenação Geral de Acompanhamento das IFES e Hospitais Universitários, 2006.

\_\_\_\_\_. **Quadro demonstrativo da força de trabalho no Brasil – hospitais universitários IFES**. Brasília, DF: Coordenação Geral de Acompanhamento das IFES e Hospitais Universitários, 2006.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Texto contribuição para as conferências estaduais – documento base**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

BRAVO, M. I. S. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In:

BRAVO, M. I.; POTYARA, A. P. P (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

\_\_\_\_\_. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRUSCHINI, C. **Trabalhadoras do Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

\_\_\_\_\_. **Trabalho de mulheres no Brasil**. São Paulo: FCC, 1998.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. **Banco de dados sobre o trabalho das mulheres**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2007. (Seção Banco de Dados, Série Mulheres e Mercado Formal de Trabalho). Disponível em: <[www.fcc.org.br/servlets/mulher/series\\_historicas?pg=mmft.html](http://www.fcc.org.br/servlets/mulher/series_historicas?pg=mmft.html)>. Acesso em: 10 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. Mulheres e homens no mercado de trabalho brasileiro: um retrato dos anos 1990. In: MARUANI, M., HIRATA, H. (Org.). **As novas fronteiras das desigualdades**: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: SENAC, 2003.

\_\_\_\_\_. O trabalho da mulher brasileira nos anos da década de noventa. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ABEP, 1996.

\_\_\_\_\_. **Trabalho feminino no Brasil no final do século**: ocupações tradicionais e novas conquistas. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, [200-]. Mimeografado.

CAMPOS, G. W. de S. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 87, p.132-146, set. 2006.

CÂNDIDO, V. G.; NEVES, M. A. Gênero, trabalho e saúde: um estudo de caso de LER numa empresa do setor metalúrgico. In: LIMA, M. E.; ARAÚJO, J. N. G. **LER: dimensões ergonômicas e psicossociais**. Belo Horizonte: Health, 1997.

CARVALHO, A. P. **Carta de Londrina**. Londrina: ABRAHUE, 2005. Disponível em: <[http://www.abrahue.org.br/pdf/carta\\_londrina.pdf](http://www.abrahue.org.br/pdf/carta_londrina.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2007.

CASTELL, R. **Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado**. Tradução de Jorge Piatigorski. Buenos Aires: Paidós, 1998.

CHAUÍ, Marilena. **O que é ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CHIORO, A. Hospitais de ensino: uma resposta estrutural à crise. **Boletim ABEM**, set./out. 2004.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 2003.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

DEDECA, C. S. Anos 1990: a estabilidade com desigualdade. In: **Além da fábrica: trabalhadores e a nova questão social**. São Paulo: Boitempo, 2003.

\_\_\_\_\_. Tempo, trabalho e gênero. In: COSTA, A. A. et al. **Reconfiguração das relações de gênero no trabalho**. São Paulo: CUT Brasil, 2004.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. **A situação das mulheres em mercados de trabalhos metropolitanos**. São Paulo: DIEESE, 2004.

DUBY, G.; PERROT, M. **História das mulheres no Ocidente**. Porto: Edições Afrontamento, 1994. v. 1.

ENAP. **Diagnóstico da situação da mulher na administração pública federal: relatório interno de pesquisa, 1998**. (Texto para Discussão, n. 28).

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Lisboa: Avante, 1986.

\_\_\_\_\_. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

ESCOREL, Sara. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FAHMY, Pauline. **De la pseudo-mixité au travail in Egalite entre les sexes: mixite et democratie**. Paris: Éditions L'Harmattan, 1992.

FEMINIZAÇÃO. **Infopédia**, [S.l.], 2008.  
Disponível em: <URL:http://www.infopedia.pt/\$feminizacao>. Acesso em: 25 jan. 2008.

FERREIRA, M. M. Movimento feminista como sujeito das políticas públicas. **Cadernos de Exercícios**, São Luís, 1998.

FONSECA, R. M. G. S. Mulher, direito e saúde: repensando o nexco coesivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1, jan./jul. 1992.

FONSECA, T. M. G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. LOPES, M. J. J. M; MEYER, D. E; WALDOW, V. R. (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FREIRE, N. **Contribuição da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para as Conferências Estaduais - documento base**. Brasília, DF: Secretária Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

GONÇALVES, R. Dinâmica sexista do capital: feminização do trabalho precário. **Lutas Sociais**, São Paulo, n. 9/10, set. 2003.

GORZ, A. **Adeus ao proletariado**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

GUEDES, M. de C.; ALVES, J. E. D. Particularidades do grupo com nível universitário. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ABEP, 2004.

GUILHON, M. V.; SOUSA, S. M. P. S. **A prática do serviço social na área da saúde: determinantes, limites e perspectivas – relatório final de pesquisa**. São Luís: UFMA, 1999.

HABERMAS, Jürgen. **Técnica e ciência como ideologia**. São Paulo: Abril, 1975. (Coleção Os Pensadores).

\_\_\_\_\_. **The theory of communicative action: reason and the rationalization of Society**. Londres: Polity Press, 1991. v. 1.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. Rio de Janeiro: Loyola, 1992.

HIRATA, H. Flexibilidade, trabalho e gênero. In: DIAX, X. **Trabajo, flexibilidad y género: tensiones de um processo**. Santiago: CEM, 2001.

\_\_\_\_\_. Os mundos do trabalho: convergência e diversidade num contexto de mudança dos paradigmas produtivos. In: CASALI, A. et al. (Org.). **Empregabilidade e educação: novos caminhos no mundo do trabalho**. São Paulo: EDUCPUC, 1997.

\_\_\_\_\_. O universo do trabalho e da cidadania das mulheres – um olhar de feminismo e do sindicalismo. In: COSTA, E. M de O. et al. **Reconfiguração das relações de gênero no trabalho**. São Paulo: CUT Brasil, 2004.

\_\_\_\_\_. **Nova divisão sexual do trabalho?** São Paulo: Boitempo, 2002.

\_\_\_\_\_. Reorganização da produção e transformações do trabalho: uma perspectiva norte/sul. In: C. NETO, A. M. de; CARVALHO, R. A. de (Orgs.). **Sindicalismo e negociação coletiva nos anos 90**. Belo Horizonte: PUC-Minas Gerais, 1998.

HIRATA, H.; LE DOARÉ, H. Os paradoxos da globalização. **Cadernos Sempreviva**, São Paulo, 1999.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. A divisão sexual do trabalho revisitada. In: **As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho**. São Paulo: SENAC, 2003.

\_\_\_\_\_. Divisão sexual e psicopatologia do trabalho. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 9., 1987, Águas de São Pedro. **Anais...** Águas de São Pedro: [s.n.], 1987.

HORÁCIO, M. D. da C. O trabalho nos serviços de saúde e a Inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde**. São Paulo: OPAS/OMS, 2006.

IBGE. **Censos demográficos**. Rio de Janeiro, 2000.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez; CELATS, 1986.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo, Cortez, 1998.

KERGOAT, D. La division du travail entre lês sexes. In: KERGOAT, J. et al. **Le monde du travail**. Paris: La Découverte, 1998.

\_\_\_\_\_. Lês absentes de i'histoire, autrement. **Série Mutations**, n. 126, 1992.

\_\_\_\_\_. **Les ouvrières**. Paris: Le Sycomore, 1982.

\_\_\_\_\_. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M. J. J. M; MEYER, D. E; WALDOW, V. R. (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LABRA, M. E. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

LAVINAS, L.; AMARAL, M. R. do; BARROS, F. **Evolução do desemprego feminino nas áreas metropolitanas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (Texto para Discussão, n. 756).

LAVINAS, L. O gênero e suas particularidades. **Revista SEBRAE**. Disponível em: <<http://www.sebrae.com/revistasebrae/08/pesquisa.htmr>>. Acesso em: 6 abr. 2005.

LAURELL, A. Para o estudo da saúde na sua relação com o processo de produção. In: LAURELL, A.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURETIS, T. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, B.H. **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

\_\_\_\_\_. **Feminist studies/critical studies: issues, terms, and contexts**. Indianápolis: Indiana University Press, 1986.

LESSA, S. O processo de produção/reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: **Capacitação em serviço social e política social: módulo 02: crise contemporânea, questão social e serviço social**. Brasília, DF: CEAD, 1999.

LOBO, E. S. **A classe operária tem dois sexos**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

LOPES, M. J. M. **Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado da saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

\_\_\_\_\_. O sexo do hospital. In: LOPES, M. J. M; MEYER, D.E.; WALDOW, V. R. (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-125, jan./jun. 2005.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LOWY, M. Marx e Weber, críticos do capitalismo. **Cultura Vozes**, Rio de Janeiro, n. 2, mar./abr. 1999.

LUKÁCS, G. **Per una ontologia dell' essere sociale**. Roma: Riuniti, 1976. v. 1.

MARANHÃO, S. Programa mulher. **Brasil Revolucionário**, São Paulo, n. 26, fev. 2000.

MARANHÃO. Processamento de Dados. **Sistema único de saúde – DATASUS**, São Luís, 2003.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MARX, K. **O capital**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1991. v. 4.

\_\_\_\_\_. **O capital**. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v. 1.

MELLO FILHO, J. et al. **Psicossomática hoje**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1992.

MELO, K. Hospitais Universitários devem eliminar leitos privatizados até 2008. **Jornal ADJUFRRJ**, n. 504, 31 jul. 2006. Disponível em: <[www.andes.org.br/imprensa/ultimas/contatoview.asp?key](http://www.andes.org.br/imprensa/ultimas/contatoview.asp?key)>. Acesso em: 17 ago. 2007.

MENICUCCI, E. **A mulher, a sexualidade e o trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MESZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

MOURÃO, T. M. F. **Mulheres no topo de carreira**: flexibilidade e persistência. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

NAVARRO, V. L. et al. A violência no trabalho e a saúde do trabalhador no contexto da reestruturação produtiva no Brasil. In: LIMA, Dal. Rosso Barbosa de. (Org.). **Violência e trabalho no Brasil**. Goiânia: Ed. UFG; Brasília, DF: MNDH, 2001.

NOGUEIRA, C. M. **A feminização no mundo do trabalho**: entre a emancipação e a precarização. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

\_\_\_\_\_. **O trabalho duplicado**: a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

NOGUEIRA, L. MARTINS. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NOGUEIRA, R. Passos. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 6, p. 147-162, set./dez. 2006.

NUNES, P. M. P. **Medicina, poder e produção intelectual**: uma análise sociológica da medicina no Maranhão. São Luís: UFMA, 2000.

OFFE, Clauss. Trabalho como categoria sociológica fundamental? **Trabalho & Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 1, 1989.

OZAI, Antonio. As dimensões da relação aprender-ensinar e “estudo errado”: qual é a capital de Kubanacan? **Revista Espaço Acadêmico**, n. 25, jun. 2003.

PACHECO, N. Audiência pública no HU repudia fundação estatal. **Boletim APUFSC**, Florianópolis, jul. 2007.

PEREIRA, L. C. B.; GRAU, N. (Orgs.). **O público não-estatal**: reforma do Estado. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

P. NETO, J. **Democracia e transição socialista**: escritos de uma teoria e política. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

\_\_\_\_\_. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1993.

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

PNAD. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios, realizada pelo IBGE, 2005**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 fev. 2007.

POCHMANN, M. **O emprego na globalização**: a nova divisão do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. São Paulo: Boitempo, 2005.

RAGO, Margareth. Trabalho feminino e sexualidade. In: \_\_\_\_\_. **Historia das mulheres no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Contexto, 2001.

ROSEMBERG, F. 2º grau no Brasil: cobertura, clientela e recursos. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 68, p. 39-54, fev. 1989.

SABÓIA, V. A. **O emprego das mulheres e as políticas públicas de emprego para além do fordismo**: as experiências social-liberal na França e no Brasil entre 1995-2005. 2006. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de Paris, Paris, 2006.

SAFOTTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. de. **Violência de gênero**: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SAFFIOTI, H. I. B. **A mulher na sociedade de classes**. Rio de Janeiro: Vozes, 1976.

\_\_\_\_\_. **Emprego doméstico e capitalismo**. Rio de Janeiro: Avenir, 1979.

\_\_\_\_\_. Feminismos e seus efeitos no Brasil. In: SADER, E. (Org.). **Movimentos sociais na transição democrática**. São Paulo: Cortez, 1987.

\_\_\_\_\_. Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade. **Lutas sociais**, São Paulo, n. 2, p. 59-80, 1997.

\_\_\_\_\_. Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento? **Crítica Marxista**, São Paulo, n. 11, out. 2000.

SALIM, C. A. Trabalho, saúde e gênero: um estudo sobre as lesões por esforços repetitivos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Salvador, v. 5, ago. 2000. Suplemento.

SANTOS, T. S. dos. **Gênero e carreira profissional na medicina**. 2001. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SANTUCCI, J. Dall'Ava. **Mulheres e médicas**: as pioneiras da medicina. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

SCOTT, J. W. A mulher trabalhadora. In: FRAISSE, G.; PERROT, M. **Histórias das mulheres no Ocidente**. Porto: Edições Afrontamentos, 1994. (O século XIX, 4).

\_\_\_\_\_. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, jul./dez. 1995.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES.

**Documento base**. Disponível em:

<<http://www.mulhergoverno.gov.br/dbnews.asp?idartigo=292>>. Acesso em: 3 abr. 2005.

SILVA, A. da S. e. **Cotidiano médico**: verso e reverso da relação médico-paciente. São Luís: EDUFMA, 2002.

SILVA, D. de P. M. da. **O intercuro das imagens profissionais do médico e do assistente social sob a ótica do gênero**. Disponível em:

<<http://www.desafio.ufba.br/gt4-004.html>>. Acesso em: 11 fev. 2005.

TOLEDO, Cecília. **Mulheres**: o gênero nos une, a classe nos divide. São Paulo: Xamã, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Hospital Universitário. **Indicadores gerenciais do hospital universitário da Universidade Federal do Maranhão**. São Luís, 1996.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão 1998-1999**: perspectivas 1999. São Luís, 1999.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão 2000**. São Luís, 2000.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

VIEIRA, S. B. et al. Dimensões ocultadas no hospital: o “trabalho sentimental” e as violências presentes na relação de serviço. In: ARAÚJO, A. et al. **Cenários do trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

WAJNMAN, Q. B.; LIBERATO, V. C. O crescimento da atividade feminina nos anos noventa no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 1998, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ABEP, 1998.

ZARIFIAN, P. **Eloge de la civilité**: critique du citoyen moderne. Paris: L'Harmattan, 1997.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Requerimento encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do  
HUUFMA

Ilmo. Sr.  
Prof. Dr. Wildoberto Batista Gurgel  
Coordenador do CEP- HUUFMA  
Nesta



Marly de Jesus Sá Dias, brasileira, residente na Rua Projetada, Condomínio Arpoador, Casa 18, Cohajoli/ Vila de Vicente Fialho, nesta cidade, aluna regular do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão e também servidora do Ministério da Saúde com matrícula no SIAPE: 0551799 vêm, mui respeitosamente, solicitar de vossa senhoria, autorização, em conformidade com o disposto na Resolução 196/96, para realização de uma pesquisa para fins de tese intitulada **“FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no contexto de um Hospital Universitário”**, orientada pela Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Terezinha Moreira Lima.

Segue em anexo cópia do projeto de pesquisa, termo de consentimento livre esclarecido e roteiros de entrevistas.

N. Termos,  
Pedimos deferimento.

São Luís, 12 de março de 2007.

---

Marly de Jesus Sá Dias

APÊNDICE B – Emenda solicitando a inclusão de pesquisadores-colaboradores na pesquisa



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão

## CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

### EMENDA 01.2007

Ilmo. Sr.  
Prof. Ms. Wildoberto Batista Gurgel  
Coordenador do CEP- HUUFMA  
Nesta

Vimos por meio dessa Emenda, solicitar a inclusão dos pesquisadores-colaboradores abaixo no processo de coleta de dados que vem sendo realizada no âmbito do Hospital Universitário de São Luís, para fins de conclusão da tese intitulada **“FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no contexto de um Hospital Universitário”**, sob a responsabilidade da aluna Marly de Jesus Sá Dias e orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Terezinha Moreira Lima, ambas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão.

A justificativa para tal procedimento encontra-se na dinâmica do trabalho hospitalar (atendimento intensivo e diuturno) que, em alguns momentos, tem dificultado a coleta de informações juntos ao público-alvo eleito (médicos e assistentes sociais), requerendo assim, o recrutamento de alguns colaboradores que auxiliarão a pesquisadora na supracitada coleta, favorecendo o cumprimento de prazos estabelecidos no cronograma previsto.

- Ellen Patrícia Braga Pantoja (Advogada – OAB nº 7106) – Rua 07, Quadra 15, Casa 41 – Cohatrac IV  
Fone: (98) 3238.9664 /8137.1374;
- Maria Clara Campos Rabelo (Assistente Social - CRESS nº 733) – Avenida 02, Quadra 01, Casa 14 – Habitacional Turu. Fone: (98) 3248.1162.

Segue em anexo cópias dos Currículos Lattes para apreciação.

N. Termos,  
Pedimos deferimento.

São Luís, 19 de junho de 2007.

---

Marly de Jesus Sá Dias

## APÊNDICE C – Roteiro de observações sistemáticas em campo

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão

**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

## ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA EM CAMPO

- Dinâmica de trabalho no HUUFMA;
- Programas e Serviços que o HUUFMA oferece nas unidades Materno Infantil e Presidente Dutra;
- Demandas específicas dos profissionais em foco;
- Demandas dirigidas e atendidas pelos profissionais em foco;
- Rotina de atendimento em relação ao tempo de permanência nas unidades do HUUFMA pelos profissionais em foco;
- Condições de trabalho no tocante a infra-estrutura física, materiais e de recursos humanos no HUUFMA;
- Dinâmica da divisão sexual do trabalho no interior das unidades;
- Como vem se dando o registro da prática profissional do Serviço Social e da Medicina;
- Relação interprofissional nas unidades investigadas;
- Conhecer processo de avaliação de desempenho realizado pelo HUUFMA.

APÊNDICE D – Roteiro para pesquisa junto ao setor de Recursos Humanos do  
HUUFMA



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão

## CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

### ROTEIRO PARA PESQUISA DE CAMPO

#### Dados a serem levantados no setor de Recursos Humanos do HU-UFMA

- Número dos Recursos Humanos por sexo inscritos no HU-UFMA;
- Vínculos contratuais predominantes entre estes (UFMA/MEC; Fundação Josué Montelo; Ministério da Saúde; Secretaria Estadual de Saúde) ;
- Principais formas de inserção dos respectivos funcionários (se concurso, se serviço prestado, cessão ou outros);
- Quais os serviços/profissionais que vem sendo terceirizados no HU-UFMA;
- Número de profissionais por sexo no exercício da medicina e do serviço social no HU-UFMA (HUPD e HUMI) na década de 1997 a 2007;
- Número de profissionais por sexo da área de medicina e do serviço social que estão em cargos de comando (chefias, coordenações, direção etc.);
- Regime contratual dos profissionais da medicina e do serviço social, preferencialmente por sexo ( se Regime Jurídico Único; CLT, Contrato Temporário, outros);
- Jornada de trabalho para as duas profissões em foco (se 40, 30 ou 20hs);
- Média por sexo dos profissionais em foco conforme escala de trabalho predominante (se diarista ou plantonista);
- Média salarial de ambas as profissões;
- Trabalhos de referência por sexo nas profissões em foco realizados no HU-UFMA na década de 1997/2007;
- Especializações que tem sido mais demandas para os profissionais em foco no HU-UFMA. Ex: Medicina: obstetrícia, pediatria, etc. Serviço Social: relações interpessoais, terapia familiar, etc.;
- Quantos desses profissionais (por sexo) da medicina e do serviço social possuem pós-graduação;
- Religião predominante nas profissões em foco.

APÊNDICE E – Requerimento encaminhado a Fundação Josué Montelo

# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão



## CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Ilmo. Sr.  
Alcimar Nunes Pinheiro  
Presidente da Fundação Josué Montelo  
Nesta

Marly de Jesus Sá Dias, brasileira, residente na Rua Projetada, Condomínio Arpoador, Casa 18, Cohajoli / Vila de Vicente Fialho, nesta cidade, aluna regular do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão e também servidora do Ministério da Saúde, atualmente cedida para a Prefeitura Municipal de São Luís, onde exerce o cargo comissionado na Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento com exercício na Escola de Governo de Governo e Gestão Municipal enquanto Superintendente Técnico-Pedagógica, matrícula n.º 98925-0 vem, mui respeitosamente, solicitar de vossa senhoria autorização para realização de pesquisa de campo junto à Fundação Josué Montelo, para fins de conclusão de tese intitulada **“FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no contexto de um Hospital Universitário”**, orientada pela Profª. Drª. Terezinha Moreira Lima. A realização da pesquisa junto à Fundação Josué Montelo tem por finalidade coletar os seguintes dados:

- Vínculos contratuais predominantes entre o número de Recursos Humanos inscritos no HU-UFMA, ligados à Fundação Josué Montelo;
- Quais os serviços/profissionais que têm sido contratados pelo HU-UFMA junto a esta Fundação;
- Número de profissionais de medicina e de serviço social, preferencialmente por sexo, incluídos nessas requisições;
- Média salarial paga às profissões em foco pela Fundação Josué Montelo.

Segue em anexo cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Humana no Hospital Universitário autorizando o início da pesquisa e cronograma de execução das ações.

N. Termos,  
Pedimos deferimento.

São Luís, 21 de maio de 2007.

---

Marly de Jesus Sá Dias

APÊNDICE F – Requerimento para a Coordenação Geral do Núcleo de Tecnologia da Informação da UFMA



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão

## CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Ilma. Sr<sup>a</sup>.  
Francisca das Chagas Lima  
Coordenadora Geral do Núcleo de Tecnologia da Informação da UFMA  
Nesta

Marly de Jesus Sá Dias, brasileira, residente na Rua Projetada, Condomínio Arpoador, Casa 18, Cohajoli / Vila de Vicente Fialho, nesta cidade, aluna regular do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão e também servidora do Ministério da Saúde, atualmente cedida para a Prefeitura Municipal de São Luís, onde exerce o cargo comissionado na Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento com exercício na Escola de Governo de Governo e Gestão Municipal enquanto Superintendente Técnico-Pedagógica, matrícula n.º 98925-0 vem, mui respeitosamente, solicitar de vossa senhoria, autorização para realização de pesquisa de campo, no âmbito da Área de Saúde do Centro Universitário do Maranhão – UNICEUMA, especificamente junto à Coordenação do Curso de Medicina desta IES, para fins de conclusão de tese intitulada “**FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no contexto de um Hospital Universitário**”, orientada pela Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Terezinha Moreira Lima. O levantamento do número de alunos matriculados nos primeiros períodos dos Cursos de Medicina e de Serviço Social no período de 1997 a 2007.

Segue em anexo cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Humana no Hospital Universitário autorizando o início da pesquisa e cronograma de execução das ações.

N. Termos,  
Pedimos deferimento.

São Luís, 26 de maio de 2007.

---

Marly de Jesus Sá Dias

APÊNDICE G – Requerimento encaminhado a Coordenação do Curso de Medicina  
do UNICEUMA



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão

## CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Ilma. Sr<sup>a</sup>.  
Eleusina Rêgo  
Coordenadora Geral da Área de Saúde do Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA  
Nesta

Marly de Jesus Sá Dias, brasileira, residente na Rua Projetada, Condomínio Arpoador, Casa 18, Cohajoli / Vila de Vicente Fialho, nesta cidade, aluna regular do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão e também servidora do Ministério da Saúde, atualmente cedida para a Prefeitura Municipal de São Luís, onde exerce o cargo comissionado na Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento com exercício na Escola de Governo de Governo e Gestão Municipal enquanto Superintendente Técnico-Pedagógica, matrícula n.º 98925-0 vem, mui respeitosamente, solicitar de vossa senhoria, autorização para realização de pesquisa de campo, no âmbito da Área de Saúde do Centro Universitário do Maranhão – UNICEUMA, especificamente junto à Coordenação do Curso de Medicina desta IES, para fins de conclusão de tese intitulada **“FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no contexto de um Hospital Universitário”**, orientada pela Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Terezinha Moreira Lima. A realização da pesquisa junto à Coordenação do Curso de Medicina do UNICEUMA tem por finalidade coletar dados acerca do número de turmas e do número de estudantes por sexo do referido curso, desde o ano de seu início – 2004, até o ano de 2007.

Segue em anexo cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Humana no Hospital Universitário autorizando o início da pesquisa e cronograma de execução das ações.

N. Termos,  
Pedimos deferimento.

São Luís, 18 de maio de 2007.

---

Marly de Jesus Sá Dias

APÊNDICE H – Requerimento encaminhado a Coordenação do Curso de Serviço Social do UNICEUMA

# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís - Maranhão

## CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Apêndice e: Requerimento para a coordenação do Curso de Serviço Social do Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA

Ilma. Sr<sup>a</sup>.

Karenina Fonseca Silva Sodré

Coordenadora do Curso de Serviço Social do Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA

Nesta

Marly de Jesus Sá Dias, brasileira, residente na Rua Projetada, Condomínio Arpoador, Casa 18, Cohajoli / Vila de Vicente Fialho, nesta cidade, aluna regular do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão e também servidora do Ministério da Saúde, atualmente cedida para a Prefeitura Municipal de São Luís, onde exerce o cargo comissionado na Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento com exercício na Escola de Governo de Governo e Gestão Municipal enquanto Superintendente Técnico-Pedagógica, matrícula n.º 98925-0 vem, mui respeitosamente, solicitar de vossa senhoria, autorização para realização de pesquisa de campo, no âmbito da Área de Saúde do Centro Universitário do Maranhão – UNICEUMA, especificamente junto à Coordenação do Curso de Medicina desta IES, para fins de conclusão de tese intitulada “**FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no contexto de um Hospital Universitário**”, orientada pela Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Terezinha Moreira Lima. A realização da pesquisa junto à Coordenação do Curso de Serviço Social do UNICEUMA tem por finalidade coletar dados acerca do número de turmas e do número de estudantes por sexo do referido curso, desde de seu início até o ano de 2007.

Segue em anexo cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Humana no Hospital Universitário autorizando o início da pesquisa e cronograma de execução das ações.

N. Termos,  
Pedimos deferimento.

São Luís, 18 de maio de 2007.

---

Marly de Jesus Sá Dias

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão



## CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa intitulada “**FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no contexto de um Hospital Universitário**” vêm sendo realizada para fim de elaboração de tese de doutoramento do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFMA, tendo como objetivos:

- Identificar a existência da feminização do trabalho na saúde pública e suas possíveis tendências no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão;
- Compreender a relação do processo da feminização com a divisão sexual do trabalho nesse contexto;
- Identificar os impactos /reflexos da feminização do trabalho nas profissões de serviço social e medicina.

A sua contribuição é fundamental para a consecução dos objetivos propostos, bem como para a produção de novos conhecimentos científicos relevantes que poderão contribuir para o entendimento das configurações que o trabalho feminino assume na contemporaneidade no contexto da saúde pública.

Participação essa que consiste na concessão de entrevista, preferencialmente com uso de gravador, tendo em vista a possibilidade que, tanto a técnica, quanto o recurso favorecem no recolhimento e na preservação das informações coletadas.

Ressalta-se que será assegurado sigilo total das informações pessoais obtidas por essa investigação e até anonimato dos participantes, se for o caso. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a composição desse estudo, eximindo assim a possibilidade de riscos, danos morais ou financeiros aos envolvidos.

Acrescenta-se que a desistência de respostas de questões que, eventualmente possa gerar constrangimento, assim como de todo processo, fica facultada aos sujeitos em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo.

Maiores informações e/ou esclarecimentos sobre o procedimento ora exposto poderão ser obtidas junto à pesquisadora responsável, orientadora da pesquisa e Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA conforme segue abaixo:

- Pesquisadora Responsável: Marly de Jesus Sá Dias – Rua Projetada, Condomínio Arpoador, Casa 18, Cohajoli/ Vila de Vicente Fialho, nesta cidade – Fone (98) 3214.1328/ 8818.1217;
- Orientadora da Pesquisa: Terezinha Moreira Lima – Rua J, Q. 20, C.02/ Parque Atenas – Fone: (98) 3246.3497/8822.1256;
- Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA: Rua Barão de Itapary, 227/ Centro – Fone: (98) 2109.1223.

\_\_\_\_\_  
Marly de Jesus Sá Dias  
(Pesquisadora Responsável)

\_\_\_\_\_  
Terezinha Moreira Lima  
(Orientadora da Pesquisa)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

APÊNDICE J – Roteiro de Entrevista com a Direção Geral do HUUFMA

# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão



## CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

### FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no contexto de um Hospital Universitário

Roteiro de entrevista com a direção geral do HUUFMA

- 1) Qual a sua formação profissional?
- 2) Há quanto tempo o Sr. (a) ocupa o cargo da direção geral do HUUFMA?
- 3) Em sua opinião, quais os impactos que a política de ajustes adotada pelo país nos últimos anos traz para hospitais públicos como os HU's?
- 4) Como tais impactos repercutem nas relações e dinâmicas desse Hospital, sobretudo nas condições de salário dos trabalhadores e trabalhadoras dessa instituição?
- 5) Como vem se dando a contratação dos trabalhadores nesse novo contexto?
- 6) Quais têm sido os profissionais mais requisitados e por quê?
- 7) Na atual contexto de transformações no mundo contemporâneo, sobretudo em que doenças como stress, LER/DORT, obesidades se fazem mais presentes, quais as especializações mais requisitadas na área médica e de assistência social?
- 8) Existem serviços de medicina e de assistência social terceirizados na instituição? Por quê?
- 9) Como se constitui o trabalho multidisciplinar no HUUFMA e que profissionais fazem dessa composição?
- 10) Como se processa a avaliação de desempenho dos servidores, em particular de médicos (as) e de assistentes sociais?
- 11) Que avanços, dificuldades e possibilidades podem ser apontados no atual contexto do HUUFMA e da saúde no país?

APÊNDICE L – Roteiro de Entrevista com a Divisão de Serviços Assistenciais do  
HUUFMA

# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

## CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

#### TERCEIRIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no contexto de um Hospital Universitário



Roteiro de Entrevista (Divisão de Serviços Assistenciais do HUUFMA)

- 1) Qual a sua formação profissional?
- 2) Há quanto tempo o Sr. (a) ocupa o cargo da direção geral do HUUFMA?
- 3) Em sua opinião, quais os impactos que a política de ajustes adotada pelo país nos últimos anos traz para hospitais públicos como os HU's?
- 4) Como tais impactos repercutem nas relações e dinâmicas desse Hospital, sobretudo nas condições de salário dos trabalhadores e trabalhadoras dessa instituição?
- 5) Como vem se dando a contratação dos trabalhadores nesse novo contexto?
- 6) Quais têm sido os profissionais mais requisitados e por quê?
- 7) Na atual contexto de transformações no mundo contemporâneo, sobretudo em que doenças como stress, LER/DORT, obesidades se fazem mais presentes, quais as especializações mais requisitadas na área médica e de assistência social?
- 8) Existem serviços de medicina e de assistência social terceirizados na instituição? Por quê?
- 9) Como se constitui o trabalho multidisciplinar no HUUFMA e que profissionais fazem dessa composição?
- 10) Como se processa a avaliação de desempenho dos servidores, em particular de médicos (as) e de assistentes sociais?
- 11) Que avanços, dificuldades e possibilidades podem ser apontados no atual contexto do HUUFMA e da saúde no país?

APÊNDICE M – Roteiro de Entrevista com as Divisões de Serviço Social; Pediatria; Ginecologia/Obstetrícia; Cardiologia; Oftalmologia e Cirurgia Geral do HUUFMA



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

## CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no contexto de um Hospital Universitário**

Roteiro de Entrevista (Divisões do HU-UFMA)

- 1) Qual o seu cargo ou função no HUUFMA?
- 2) Há quanto tempo o (a) Senhor (a) integra a equipe de trabalho do HUUFMA neste cargo/função?
- 3) Em sua opinião a tendência de feminização do trabalho, crescente em alguns setores da economia e até de áreas profissionais, se faz presente na saúde pública? Em que área estaria se expressando?
- 4) Haveria indícios desse processo no interior do HUUFMA?
- 5) Como a profissão se apresenta na divisão do trabalho na instituição?
- 6) Nos últimos tempos, que mudanças podem ser visualizadas nas relações e dinâmicas de trabalho dos profissionais da medicina no HUUFMA?
- 7) De que modo às mudanças evidenciadas influi nas condições salariais dos profissionais em foco?
- 8) Como vem se dando a contratação do profissional da área de medicina hoje no HUUFMA?
- 9) Que requisições influem na contratação deste profissional na instituição?
- 10) Existe algum tipo de avaliação de desempenho dos servidores nesta instituição? Como esta se processa nos profissionais da área médica?
- 11) Como pode ser definida a relação da medicina no conjunto das profissões existentes no HUUFMA?
- 12) Quais os avanços, dificuldades e possibilidades podem ser apontados no atual contexto de saúde para os profissionais da medicina?

APÊNDICE N – Roteiro de Entrevista com as Chefias de Serviço Social

# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão



## CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

### FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no contexto de um Hospital Universitário

Roteiro de Entrevista (Chefias do Serviço Social do HUUFMA)

- 1) Qual o seu cargo ou função no HUUFMA?
- 2) Há quanto tempo o (a) Senhor (a) integra a equipe de trabalho do HUUFMA neste cargo/função?
- 3) Em sua opinião, a tendência de feminização do trabalho, crescente em alguns setores da economia e até de áreas profissionais, se faz presente na saúde pública? Em que área estaria se expressando?
- 4) Haveria indícios desse processo no interior do HUUFMA?
- 5) Como a profissão se apresenta na divisão do trabalho na instituição?
- 6) Nos últimos tempos, que mudanças podem ser visualizadas nas relações e dinâmicas de trabalho dos profissionais do serviço social no HUUFMA?
- 7) De que modo às mudanças evidenciadas influi nas condições salariais dos profissionais em foco?
- 8) Como vem se dando a contratação do profissional da área de serviço social hoje no HUUFMA?
- 9) Que requisições influem na contratação deste profissional na instituição?
- 10) Existe algum tipo de avaliação de desempenho dos servidores nesta instituição? Como esta se processa nos profissionais da área de serviço social?
- 11) Como pode ser definida a relação do serviço social no conjunto das profissões existentes no HUUFMA?
- 12) Quais os avanços, dificuldades e possibilidades podem ser apontados no atual contexto de saúde para os profissionais do serviço social?

APÊNDICE O – Roteiro de Entrevista com os profissionais do Serviço Social do  
HUUFMA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no  
contexto de um Hospital Universitário**  
**Roteiro de Entrevista (Profissionais de Serviço Social do HUUFMA)**

- 1) Qual a sua idade, estado civil, etnia e religião?
- 2) Qual a sua formação profissional, cargo ou função no HUUFMA?
- 3) Possui especialização, pós-graduação? Em quê?
- 4) Há quanto tempo o (a) Senhor (a) integra a equipe de trabalho do HUUFMA?
- 5) Qual foi a sua forma de inserção nesta instituição?
- 6) Qual a sua média salarial tendo por base o salário mínimo estabelecido no país?
- 7) Qual a sua jornada de trabalho no HUUFMA?
- 8) A sua rotina de trabalho tem por base os plantões ou escala diária? Por quê?
- 9) Possui outras atribuições laborais além do HUUFMA? Onde e por quê?
- 10) Quais as mudanças nas relações e na dinâmica de trabalho no HUUFMA na última década de 1997 a 2007?
- 11) Quais os impactos destas mudanças nas condições efetivas do trabalho do serviço social?
- 12) Que requisições vem sendo demandadas para a sua profissão na atualidade?
- 13) Como profissionais do sexo feminino que ai se inscreve estariam respondendo a estas novas requisições?
- 14) As condições de trabalho e de salários estariam mais satisfatórias a partir do atendimento de tais requisições? Por quê?
- 15) O(a) senhor (a) evidencia nos últimos dez anos (1997/2007) um aumento de mulheres na saúde pública e em particular no serviço social?
- 16) A que atribuis tal progressão?
- 17) Quais os avanços que essa inserção pode estar sinalizando para a mulher?
- 18) Em que condições isso estaria ocorrendo para mulher em relação aos homens no HUUFMA?
- 19) Existe algum tipo de avaliação de desempenho dos servidores nesta instituição? Como esta se processa nos profissionais da área de serviço social?
- 20) Como pode ser definida a relação do serviço social no conjunto das profissões existentes no HUUFMA?
- 21) Quais os avanços, dificuldades e possibilidades podem ser apontados no atual contexto de saúde para os profissionais do serviço social?

APÊNDICE P – Roteiro de Entrevista com os profissionais de Medicina das especialidades de Pediatria; Ginecologia/Obstetrícia; Cardiologia; Oftalmologia e Cirurgia Geral do HUUFMA



# UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**FEMINIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: o serviço social e a medicina no**  
**contexto de um Hospital Universitário**  
**Roteiro de Entrevista (Profissionais de Medicina do HUUFMA)**

- 1) Qual a sua idade, estado civil, etnia e religião?
- 2) Qual a sua formação profissional, cargo ou função no HUUFMA?
- 3) Possui especialização, pós-graduação? Em quê?
- 4) Há quanto tempo o (a) Senhor (a) integra a equipe de trabalho do HUUFMA?
- 5) Qual foi a sua forma de inserção nesta instituição?
- 6) Qual a sua média salarial tendo por base o salário mínimo estabelecido no país?
- 7) Qual a sua jornada de trabalho no HUUFMA?
- 8) A sua rotina de trabalho tem por base os plantões ou escala diária? Por quê?
- 9) Possui outras atribuições laborais além do HUUFMA? Onde e por quê?
- 10) Quais as mudanças nas relações e na dinâmica de trabalho no HUUFMA na última década de 1997 a 2007?
- 11) Quais os impactos destas mudanças nas condições efetivas do trabalho da medicina?
- 12) Que requisições vem sendo demandadas para a sua profissão na atualidade?
- 13) Como profissionais do sexo feminino que ai se inscreve estariam respondendo a estas novas requisições?
- 14) As condições de trabalho e de salários estariam mais satisfatórias a partir do atendimento de tais requisições? Por quê?
- 15) O(a) senhor (a) evidencia nos últimos dez anos (1997/2007) um aumento de mulheres na saúde pública e em particular na medicina?
- 16) A que atribuis tal progressão?
- 17) Quais os avanços que essa inserção pode estar sinalizando para a mulher?
- 18) Em que condições isso estaria ocorrendo para mulher em relação aos homens no HUUFMA?
- 19) Existe algum tipo de avaliação de desempenho dos servidores nesta instituição? Como esta se processa nos profissionais da área médica?
- 20) Como pode ser definida a relação da medicina no conjunto das profissões existentes no HUUFMA?
- 21) Quais os avanços, dificuldades e possibilidades podem ser apontados no atual contexto de saúde para os profissionais da medicina?

**ANEXOS**

ANEXO A – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos

ANEXO B – Apreciação do CEP do HUUFMA da pesquisa solicitada

ANEXO C – Apreciação do CEP/HUUFMA sobre solicitação para ampliação da equipe