

**RELAÇÕES DE GÊNERO, PODER E
PROFISSÃO EM ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES: UM ENFOQUE SÓCIO-
CONSTRUCIONISTA.**

LUCIANA CRAMER

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LUCIANA CRAMER

**RELAÇÕES DE GÊNERO, PODER E PROFISSÃO EM
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: UM ENFOQUE
SÓCIO-CONSTRUCIONISTA.**

Tese apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Doutorado em Administração, área de concentração em Organizações, Mudanças e Gestão Estratégica, para obtenção do título de “Doutor”.

Orientador

Prof. Dr. Mozar José de Brito (Orientador)

LAVRAS
MINAS GERAIS – BRASIL
2007

LUCIANA CRAMER

**RELAÇÕES DE GÊNERO, PODER E PROFISSÃO EM
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: UM ENFOQUE SÓCIO-
CONSTRUCIONISTA.**

Tese apresentada à Universidade Federal de Lavras,
como parte das exigências do Curso de Doutorado em
Administração, área de concentração em Organizações,
Mudanças e Gestão Estratégica, para obtenção do título
de “Doutor”.

APROVADA em 19 de setembro de 2007

Prof. Dr^a Ana Maria Rezende Cabral UFMG

Prof. Dr^a Valéria Heloisa Kemp UFSJ

Prof. Dr. José Roberto Pereira UFLA

Prof. Dr. Juvêncio Braga de Lima UFLA

Prof. Dr. Mozar José de Brito
UFLA
(Orientador)

LAVRAS
MINAS GERAIS – BRASIL
2007

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a algumas pessoas que me são muito caras. Compartilho com vocês esta conquista.

A mãe Celita, por ter sido **tanto, sempre**, e ter me ensinado a buscar sempre o melhor.

Aos meus irmãos: Luis, Vera, Ana e Mara pelo amor, carinho e força em todos os momentos.

Aos meus sobrinhos: Leko, Rafa, Camila, Nina, Gustavo, Guile, Poio e Maria Eduarda, a tia ama vocês.

Aos meus cunhados: Lauro e Eduardo por me considerarem uma filha e contribuírem com a minha formação.

Ao Marco, meu torcedor e incentivador nessa caminhada, pelas inúmeras demonstrações de amor, carinho, tolerância e apoio ao longo desta extensa e, muitas vezes, árdua caminhada.

A Áurea, minha amiga inseparável e irmã espiritual, por todos os momentos que compartilhamos juntas, pela tua amizade, companheirismo e por toda força que me deste para que esse sonho fosse realizado.

AGRADECIMENTOS

Ao completar esta caminhada quero agradecer a algumas pessoas que foram muito importantes na realização deste estudo, pois interagiram comigo em vários momentos significando minha trajetória e impulsionando minhas ações.

Obrigada pelas palavras, pelo sorriso, pelo silêncio, pelo espaço, pela torcida, pelo acreditar, pelo respeito, pela amizade, pelo trabalho e pelo amor.

A alguns agradeço de forma especial:

À minha família, por ter me mostrado o sentido da vida, o prazer que é viver e a alegria de amar e ser amada.

À Universidade Federal de Lavras e seu corpo docente, pela socialização do seu saber tão importante para a nossa formação.

Aos professores do Departamento de Administração da UFLA, pelo acolhimento no meu caminhar.

Ao meu orientador Professor Mozar José de Brito, pela amizade e por me mostrar que o compromisso de um doutor é muito maior do que a realização de um curso.

Ao Professor Juvêncio Braga de Lima, pelo incentivo, disponibilidade e confiança.

Ao Professor José Roberto Pereira, que foi uma luz no meu caminho e me fez acreditar que seria possível chegar ao final.

As professoras Ana Maria Rezende Cabral e Valeria Heloisa Kemp, pela disponibilidade de participarem da minha banca de defesa e pelas significativas contribuições.

Aos dois hospitais e aos profissionais da enfermagem e medicina, que se mostraram fundamentais para que essa pesquisa fosse realizada.

À Bibliotecária Eveline de Oliveira, pela atenção e carinho dispensado.

Aos alunos André e Mayara, bolsistas que contribuíram de forma significativa no caminho da pesquisa.

Ao Centro Universitário de Formiga, principalmente na pessoa do Professor Eugênio Vilela Junior, pela flexibilidade que propiciou a conclusão do doutorado.

À Áurea Lucia Silva Andrade, pela força significativa; ao Bernardo (meu sobrinho emprestado) e Alex, por terem abdicado de tantas horas longe da mãe e esposa e demonstrado tanto carinho por mim.

Aos amigos que fiz e aos que já tinha, por acompanharem meus esforços.

...descobri a alegria de transformar distâncias em tempo. A transformar o medo em respeito, o respeito em confiança. Descobri como é bom chegar quando se tem paciência. E para se chegar onde quer que seja, aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão. É preciso, antes de mais nada querer.

Amyr Klink

CRAMER, LUCIANA. Relações de gênero, poder e profissão em organizações hospitalares: um enfoque sócio-construcionista. Lavras: UFLA, 2007. 143p. (Tese – Doutorado em Administração).*

RESUMO

Com esta pesquisa objetivou-se investigar os sentidos construídos por profissionais de saúde em torno das relações de gênero articuladas socialmente em duas organizações hospitalares localizadas em Lavras-MG. Para tanto, adotou-se os pressupostos do construcionismo social e as formulações pós-estruturalistas que procuram politizar o conceito de gênero. Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa em que se empregaram diferentes técnicas de coleta de dados, ou seja, entrevistas semi-estruturadas em profundidade, observação não participante, análise documental, pesquisa bibliográfica e entrevistas com testemunhas-chave. As análises dos resultados da pesquisa permitiram o desvendamento de diversos sentidos que foram atribuídos às relações de gênero no contexto das relações de poder. Estes sentidos foram agrupados em três categorias analíticas: (1) poder nas organizações hospitalares: decisão, experiência/pioneirismo e gênero; (2) práticas profissionais: a sociabilidade na medicina e na enfermagem e (3) gênero: profissão e poder nos hospitais. As evidências analisadas em torno destas categorias revelam que as relações de gênero nas organizações hospitalares estudadas são marcadas por uma assimetria de poder, cuja base de sustentação política está ancorada ao pioneirismo e conhecimento próprios de cada categoria profissional. Essa assimetria está atrelada também às questões de natureza cultural, econômica, sócio-histórica e políticas construídas no contexto macrosocial. As análises dos resultados permitiram ainda a sistematização de outras contribuições teórico-metodológicas que poderão contribuir para a compreensão das relações de gênero e de poder em organizações hospitalares. Propõe-se também uma agenda de futuras pesquisas.

* Comitê de orientação: Prof. Dr. Mozar José de Brito (Orientador), Prof. Dr. José Roberto Pereira (Co-Orientador), Prof. Dr. Juvêncio Braga de Lima (Co-Orientador).

CRAMER, LUCIANA. Relations of gender, power and profession in health organizations: a socio-constructionist focus. Lavras: UFLA, 2007. 143p. (Ph.D. Thesis in Administration).*

ABSTRACT

This research aimed to investigate the senses built by the health professionals about the gender relations socially articulated in two health organizations located in Lavras-MG. For that, the assumptions of social constructionism and post-structuralist formulations that seek to politicize the concept of gender were adopted. It is a qualitative research in which different techniques for collecting data were used, that is, in-depth semi-structured interviews, non-participant observation, document analysis, bibliographic research and interviews with key witnesses. The analysis of the research results allowed the unfolding of several senses that were attributed to the gender relations in the context of the relations of power. These senses were grouped into three analytical categories: (1) power in the health organizations: decision, experience / pioneering and gender; (2) professional practices: the sociability in medicine and nursing, and (3) gender: profession and power in hospitals. The evidences analyzed concerning these categories show that the gender relations in the health organizations studied are marked by an asymmetry of power, whose base of support policy is anchored to the pioneering and knowledge of each professional category. This asymmetry is also tied to the issues of cultural, economic, socio-historical and political nature constructed in the macro social context. The analysis of the results also allowed the systematization of other theoretical and methodological contributions that may contribute to the understanding of the power and gender relations in health organizations. An agenda for future research is also proposed.

* Guidance Committee: Prof. Dr. Mozar José de Brito (Advisor), Prof. Dr. José Roberto Pereira (Co-Advisor), Prof. Dr. Juvêncio Braga de Lima (Co-Advisor).

SUMÁRIO

RESUMO	<i>i</i>
ABSTRACT	<i>ii</i>
INTRODUÇÃO	1
1 PERCURSO METODOLÓGICO	5
1.1 Pressupostos metodológicos.....	7
1.2 Amostragens: procedimentos e especificidades da amostra nas organizações hospitalares.....	13
1.3 Estratégias de análise.....	16
1.4 Organizações hospitalares: o ambiente de construção e reconstrução das relações sociais dos ‘atores’ pesquisados.....	20
1.4.1 Organização A.....	23
1.4.2 Organização B.....	26
2 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES E AS ESPECIFICIDADES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL	29
2.1 Aspectos históricos da criação de organizações hospitalares.....	29
2.2 Especificidades das organizações hospitalares.....	34
2.3 Infra-estruturas brasileira de assistência à saúde e contingente profissional.....	40
3 CONSTRUCIONISMO SOCIAL: UMA ABORDAGEM ALTERNATIVA PARA A ANÁLISE DAS RELAÇÕES DE GÊNERO	44
3.1 Perspectivas do construcionismo social no estudo do gênero.....	48
3.2 Produção dos sentidos: o significado da linguagem.....	53
4 RELAÇÕES DE TRABALHO E GÊNERO: CONCEITOS E PERSPECTIVAS DE ANÁLISE	57
4.1 Perspectivas teóricas: conceito de gênero.....	57
4.2 Gênero como categoria analítica: a contribuição do pós-estruturalismo.....	61
4.3 Relações de trabalho e de gênero.....	64
4.3.1 Divisão de trabalho e gênero.....	65
4.3.2 Medicina e enfermagem: relações de gênero no âmbito das relações de trabalho em organizações hospitalares.....	74
4.3.3 Medicina: gênero e a prática clínica.....	76
4.3.4 Enfermagem: gênero e a ‘arte de cuidar’.....	79
5 A DIMENSÃO POLÍTICA DAS RELAÇÕES DE GÊNERO NO ESPAÇO ORGANIZACIONAL	84
6 RELAÇÕES DE GÊNERO, PODER E PROFISSÃO NAS ORGANIZAÇÕES ESTUDADAS. UM ENFOQUE SÓCIO-CONSTRUCIONISTA	92
6.1 Poder nas organizações hospitalares: decisão, experiência/pioneirismo.....	92

6.2 Práticas profissionais: a sociabilidade na medicina e na enfermagem....	99
6.3 Gênero: profissão e poder nos hospitais.....	105
7 SÍNTESE ANALÍTICA DA TESE.....	116
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
ANEXO.....	142

INTRODUÇÃO

A complexidade organizacional, aliada ao aumento da diversidade e heterogeneidade da força de trabalho, gera novos desafios e conflitos no espaço organizacional. A discussão e a compreensão dos mecanismos de mediação dos conflitos inerentes às relações que permeiam o espaço organizacional são essenciais para compreender como são construídas as relações de poder no âmbito das organizações, que são parte integrante do amplo tecido social.

A crescente participação da mulher no ambiente organizacional enriquece as organizações e aumenta as zonas de conflito nas relações de trabalho. Diversas pesquisas sobre relações de gênero no espaço organizacional contribuem para o enriquecimento do debate acerca das questões que permeiam essas relações e mostram-se capazes de questionar movimentos de produção e reprodução de formas objetivas e subjetivas de diferenciação assimétrica entre o gênero masculino e o gênero feminino.

Percebendo que as relações de gênero não são uma imposição, mas parte de um processo dinâmico da realidade social, assume-se que as estruturas organizacionais são desenhadas para reforçar e instrumentalizar o poder dentro das organizações. Nesse sentido, a organização é o objeto de estudo capaz de proporcionar condições para o desenvolvimento de pesquisas que abordam as relações de gênero e de poder.

Hoje, são diversas as vertentes teóricas que contribuem para compreender como são as relações de gênero e de poder. Um aspecto que parece consensual no atual debate é a escolha de uma posição teórico-metodológica capaz de assimilar a complexidade que envolve a construção das relações sociais, especificamente as de gênero e de poder. A análise sobre as dinâmicas sociais e organizacionais e, conseqüentemente, a análise sobre as relações de gênero e poder demandam um *corpus* teórico-metodológico com fundamentos

epistemológicos diferentes, ou seja, plural e heterogêneo, susceptível de contribuir para uma visão crítica e reveladora das relações sociais de poder que se desenvolvem em múltiplos contextos de ação entre as masculinidades e as feminilidades.

A adoção de uma perspectiva sobre o poder é capaz de apreender os sentidos das relações sociais que se estabelecem no âmbito organizacional, onde as identidades sobre gênero podem ser reproduzidas e reescritas ou reconstruídas e reinventadas de acordo com a evolução dos processos de formação de significação da identidade, como produto da configuração da rede de interações sociais que cria padrões coletivos de identidade a partir de trajetórias individuais. Dessa forma, não é possível pensar em gênero e poder sem remeter-se à formação de identidades, que é um processo dinâmico de construção e desconstrução, no qual os atores mudam seus posicionamentos e, portanto, suas práticas discursivas, dependendo dos papéis sociais vivenciados.

Diante da necessidade de desconstrução do conhecimento instituído e do ‘desfazimento’ do mito da racionalidade hegemônica do poder substantivo androcêntrico, buscou-se, como problema de pesquisa, desvendar o sentido das relações de gênero no contexto das relações de poder no espaço organizacional dos hospitais, na percepção de médicos e médicas e de enfermeiros e enfermeiras de dois hospitais. Especificamente, buscou-se: descrever o processo de construção histórica das relações de gênero no espaço organizacional hospitalar; identificar os elementos do contexto social que compõem as relações de poder e gênero entre os atores sociais em estudo, tanto na enfermagem quanto na medicina e, finalmente, caracterizar o sentido das relações de gênero e das relações de poder nas organizações hospitalares.

Partindo da constatação de que as instituições hospitalares são organizações complexas que proporcionam ambiente para a vivência de situações emocionalmente intensas, a hipótese norteadora da pesquisa pressupõe

que as relações de gênero e as relações de poder são construídas e reconstruídas por médicos e médicas e por enfermeiros e enfermeiras, no âmago das relações sociais. Pressupõe-se, também, que as diferenças de poder são intensificadas pelo processo de construção social cujo ‘pano de fundo’ são as questões culturais, econômicas, históricas, sociais e políticas.

A análise da construção social em meio às relações de gênero e às relações de poder demanda uma abordagem teórico-metodológica que dê o suporte necessário para desvendar as intrincadas nuances do *constructo* social. Por isso, a presente pesquisa utilizou a abordagem pós-estruturalista e, metodologicamente, o construcionismo social operacionalizado pelas práticas discursivas, como descrito detalhadamente no primeiro capítulo. Neste capítulo delimitou-se, de forma detalhada, o percurso metodológico por meio da descrição dos pressupostos metodológicos, dos procedimentos amostrais, da estratégia de análise e das organizações estudadas.

No segundo capítulo – organizações hospitalares – apresentam-se as especificidades e a contextualização do campo de assistência à saúde no Brasil, utilizando uma pesquisa do IBGE como fonte dos dados.

No terceiro capítulo – construcionismo social – faz-se uma sistematização da perspectiva do construcionismo social no estudo de gênero, destacando a produção de sentido e de linguagem como forma de o construcionismo social privilegiar o entendimento e o relacionamento entre as pessoas.

No quarto capítulo, apresentam-se as relações de trabalho e de gênero. Neste capítulo, descreveu-se gênero como categoria de análise para entender as relações de trabalho em organizações hospitalares, focalizando as profissões de enfermagem e medicina.

No quinto capítulo são apresentadas as relações de poder no contexto das relações de gênero. Nesse caso, o *constructo* teórico-metodológico permite a

interseção de categorias sociais mais complexas para a percepção das relações de poder por meio da análise das relações de gênero. Assim, a identificação e a análise das relações assimétricas de poder entre médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras tornam-se base para compreender como são reproduzidas, no ambiente organizacional hospitalar, as relações de poder praticadas no universo social.

No sexto capítulo, faz-se uma reflexão acerca das relações de gênero, poder e profissão nos espaços organizacionais estudados. Para tanto, a análise foi dividida em categorias analíticas para nortear a discussão dos resultados da pesquisa com um enfoque sócio-construcionista.

Os resultados da pesquisa permitiram realizar a sistematização de contribuições importantes para o estudo de gênero e de poder em organizações hospitalares. Assim, no sétimo capítulo, expõem-se as contribuições teóricas que emergiram da pesquisa.

Finalmente, no oitavo capítulo, descrevem-se, sucintamente, as principais inferências que a pesquisa empírica proporcionou, como permitir obter resposta para alguns questionamentos e, indubitavelmente, proporcionar condições para o levantamento de novos questionamentos. Sem perder a noção de que é neste paradoxo que está o desafio e a beleza da ciência, além das considerações que proporcionam as condições para o encerramento desta pesquisa, expõem-se, neste capítulo, as limitações do estudo e, quiçá, a indicação de novas questões para investigações posteriores.

1 PERCURSO METODOLÓGICO

Considerando-se a impossibilidade de compreender um objeto de estudo de forma isolada e a necessidade de apreender sobre ele no ambiente em que é construído, a investigação do problema de pesquisa desenvolveu-se em duas organizações hospitalares.

Essas organizações configuram um campo de estudo fértil para investigar como os indivíduos (médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras) constroem as relações sociais – especificamente as relações de gênero –, em seu ambiente de trabalho e como eles se relacionam em meio às estruturas de poder reveladas no âmbito organizacional.

Analisar a construção social em meio às relações de gênero e de poder demanda um arcabouço teórico-metodológico capaz de ‘dar conta’ da complexidade do objeto de estudo e da limitação da pesquisa. Torna-se, então, necessário o uso de estratégias metodológicas mais sensíveis e adequadas à natureza dos fenômenos organizacionais como ‘construções sociais’ ou como ‘estruturas e processos’ que articulam as relações dos membros organizacionais. Nesse sentido, conforme ilustrado na Figura 1, disserta-se, neste capítulo, sobre o percurso metodológico mais apropriado à investigação do problema de pesquisa proposto: qual o sentido das relações de gênero no contexto das relações de poder no espaço organizacional dos hospitais, na percepção de médicos e de médicas, e de enfermeiros e de enfermeiras?

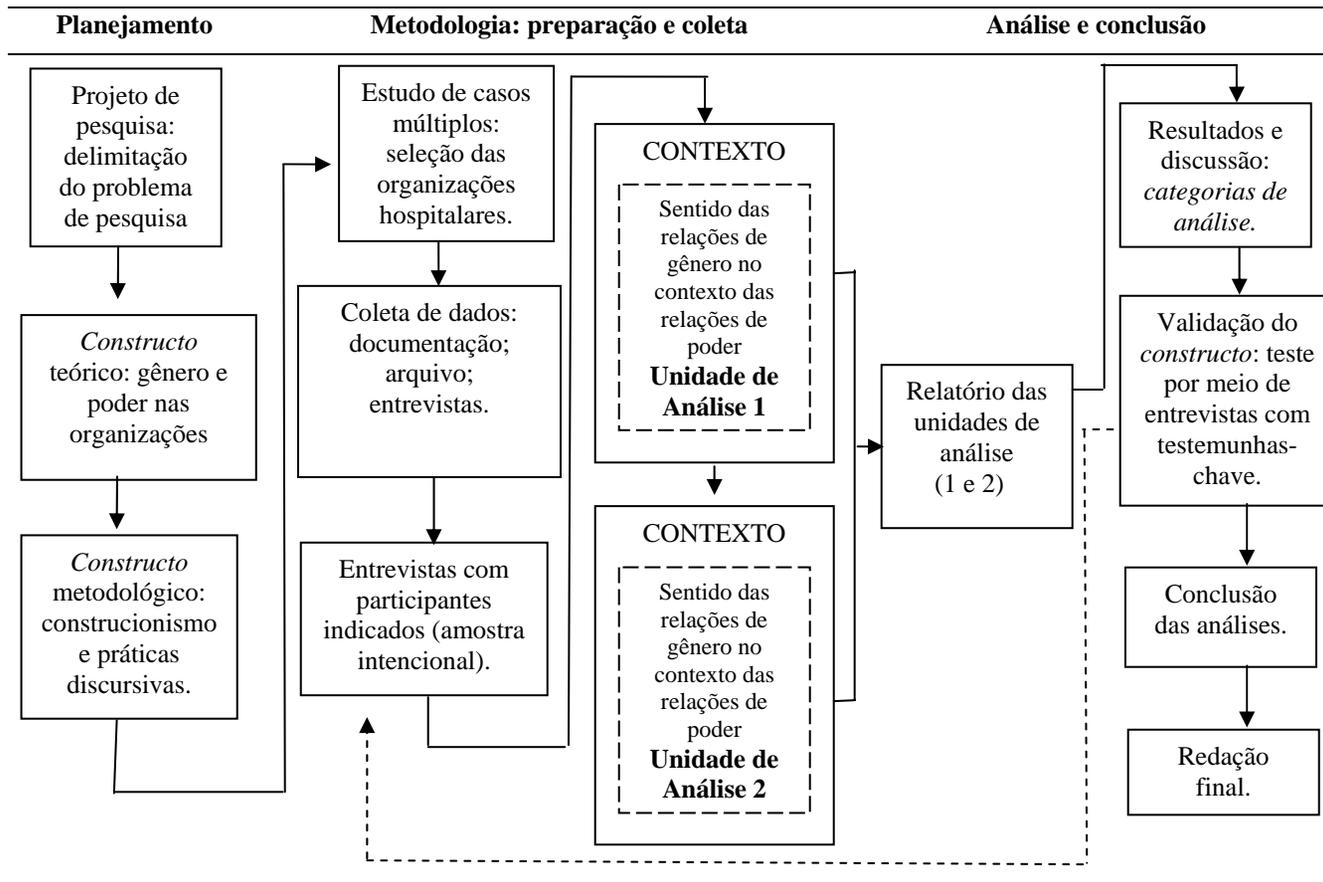


FIGURA 1: Percurso Metodológico.
 Fonte: Adaptado de Yin, 2005.

1.1 Pressupostos metodológicos

As abordagens teóricas e metodológicas são duas dimensões que, em sintonia, proporcionam melhores condições para a compreensão do objeto de pesquisa. Como nenhuma decisão metodológica é definida *a priori*, pois esta está intimamente ligada à definição do problema de pesquisa, acredita-se que a utilização dos pressupostos metodológicos qualitativos é adequada à investigação da complexidade inerente das discussões sobre as relações sociais no espaço organizacional.

A pesquisa qualitativa é adequada às investigações sobre as relações sociais porque, conforme destaca Triviños (1987), considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito e que a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo investigativo qualitativo. A pesquisa qualitativa é um ato subjetivo em construção e a construção da realidade e a descoberta do sentido desta realidade são atividades que compõem o processo de pesquisa qualitativa (FLICK et al., 2000).

A pesquisa qualitativa representa um processo constante de produção de idéias que organiza o pesquisador no cenário complexo das relações sociais. Assim, em função da especificidade do objeto, o estudo de caso apresenta-se como a abordagem metodológica adequada à investigação. Mayring (2002) considera o estudo de caso como o ponto de partida ou elemento essencial da pesquisa qualitativa, estando seu poder diferenciador na sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências. Yin (2005) acrescenta que o estudo de caso permite ao pesquisador estabelecer uma análise ‘generalizante’ e não ‘particularizante’ do fenômeno estudado.

O estudo de caso “[...] é uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente

definidos” (YIN, 2005, p.32). Martins e Lintz (2000, p.12) destacam a profundidade que o estudo de caso permite ao pesquisador, isto porque “[...] considera a unidade social estudada em sua totalidade, seja um indivíduo, uma família, uma instituição, uma empresa, ou uma comunidade, com o objetivo de compreendê-los em seus próprios termos”. Yin (2005, p.33) reforça essa observação quando afirma que o objetivo do estudo de caso é a realização de um “[...] estudo em profundidade de um fenômeno social complexo”.

O intenso uso de estudos de caso em pesquisas nas diversas áreas das Ciências Sociais não isenta esse procedimento metodológico de críticas. Triviños (1987) destaca que uma das críticas desta metodologia reside na impossibilidade de generalizações, devido à sua característica de focar o específico. Mas, tal limitação pode ser superada quando a pesquisa envolve diferentes casos ou quando é realizada em duas ou mais unidades de análise, conforme defendem Triviños (1987) e Yin (2001; 2005).

Yin (2001) salienta que o uso de casos múltiplos como estratégia de pesquisa pode corroborar a investigação. Triviños (1987) complementa que estudos multicaseos podem ser desprovidos de natureza comparativa. Desse modo, parte-se do pressuposto de que o estudo de multicaseos é adequado à natureza do objeto de estudo e, assim, optou-se por realizar a pesquisa em dois hospitais da cidade de Lavras, MG, conforme descrito detalhadamente nos tópicos posteriores.

Yin (2005) faz uma classificação para os estudos de caso por meio de uma matriz que mostra que projetos de casos únicos e casos múltiplos geram projetos diferentes: projetos holísticos de caso único, projetos incorporados de caso único, projetos holísticos de casos múltiplos, projetos incorporados de casos múltiplos. Como o estudo de caso privilegia o estudo de um fenômeno complexo no contexto em que ocorrem, os projetos holísticos de casos múltiplos são adequados ao problema de pesquisa: cada instituição hospitalar é objeto de

um estudo de caso individual, mas o estudo como um todo abrange duas instituições e, dessa forma, usa um projeto de casos múltiplos.

As evidências buscadas pelo pesquisador devem descrever as circunstâncias específicas da realidade estudada. Dada a complexidade de desvendar as relações sociais e apoiando-se em Yin (2001; 2005) percebe-se a necessidade de utilizar diferentes fontes de coleta de dados. Yin (2005, p.33) chama a atenção para o fato que a investigação de estudo de caso “[...] enfrenta uma situação tecnicamente única na qual aparecem muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados”. Diante disso, o mesmo autor destaca que as pesquisas fundamentadas metodologicamente nos estudos de caso devem basear-se em várias fontes de evidências para que a coleta e a análise de dados possam conduzir a proposições verdadeiramente pertinentes para desvendar o objeto de estudo.

Além de Yin (2001; 2005), o uso de diferentes fontes para a condução de estudos de caso é destacado por Marconi (1991) e Triviños (1987). Assim, como fontes de coleta de dados foram utilizadas, neste trabalho, a **pesquisa documental** e **arquivos** (documentos escritos, arquivos eletrônicos, registros organizacionais como organograma organizacional, listas de nomes), as **entrevistas** com informantes indicados e, na medida do possível, de forma equitativa no que se refere a gênero (**grifo nosso**). A pesquisa documental e a análise de arquivos envolveram o exame crítico de diferentes documentos das organizações para melhorar a compreensão da realidade analisada. Além disso, a pesquisa documental e a de arquivos permitiram condições para o levantamento de um histórico de cada organização, bem como a evidência das características, da estrutura organizacional e do organograma das instituições hospitalares estudadas.

As entrevistas com médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras foram uma das mais importantes fontes de informação para o estudo dos casos

selecionados, como ocorre em estudos da mesma natureza metodológica. As entrevistas realizadas nas duas organizações estudadas classificam-se como semi-estruturadas.

Triviños (1987) privilegia a entrevista semi-estruturada porque acredita que essa, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante disponha de liberdade e espontaneidade necessárias que enriquecem a investigação. Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses (que interessam à pesquisa) e oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Assim, o mesmo autor destaca que as perguntas que constituem a entrevista semi-estruturada não nascem *a priori*, porque são resultados não apenas da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda informação recolhida por este sobre o fenômeno investigado.

As entrevistas foram realizadas com profissionais de enfermagem e medicina indicados por colegas entrevistados anteriormente. A amostra selecionada foi intencional, para atender às necessidades da pesquisa, conforme descrito detalhadamente no tópico 1.2.

Yin (2005, p.55) destaca que a validade do *constructo* “[...] visa estabelecer medidas operacionais corretas para os conceitos que estão sob estudo”. Para o autor, no processo de escrita dos relatórios, deve-se recorrer a informantes-chave para que as proposições que emergiram da pesquisa possam ser mais valiosas. Assim, na presente pesquisa, após a coleta inicial e a análise dos resultados, para validação do *constructo*, retornou-se a campo para a realização de novas entrevistas com informantes-chave.

A pesquisa qualitativa, como conceito alternativo às formas de pesquisa quantitativa, demanda um tratamento específico dos dados coletados na pesquisa

de campo. Para a análise dos dados, utilizou-se de construção de categorias de análise, em conformidade com Spink (2000). O uso de categorias de análise é fundamental para dar significado ao encadeamento das idéias, partindo das perspectivas de investigação. A palavra categoria refere-se, de maneira geral, a um conceito que abrange elementos com características comuns ou que se relacionam entre si e são empregadas para estabelecer classificações (SPINK, 2000).

O uso de categorias de análise, portanto, demanda, como *constructo* metodológico, o construcionismo e as práticas discursivas. Assim, a investigação relativa ao sentido das relações de gênero no contexto das relações de poder em organizações hospitalares preconiza fundamentar a opção metodológica em um referencial construcionista. Para a análise dos dados da pesquisa, o construcionismo social tem a importância de uma epistemologia que tem na formação discursiva e no processo de significação os principais pressupostos para a constatação de que a representação é da ordem dos sentidos que o sujeito atribui, tanto no seu âmbito consciente como no inconsciente, ao seu contexto social e cultural. Nesse sentido, ao longo das análises, busca-se inquirir o que os sujeitos dizem e pensam e como atuam sobre os sentidos que constituem o mundo, e, de modos diversos, o próprio sujeito (DANZIGER, 1997).

O construcionismo é uma forma de investigação social que “[...] se preocupa principalmente em explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo elas mesmas) no qual elas vivem” (GERGEN, 1985, p.266). Nesse sentido, os discursos são considerados fatores essenciais para a compreensão das práticas sociais, as relações de poder e o contexto histórico na construção das identidades sociais e culturais (GERGEN, 1985; 1997; 1999).

No construcionismo, a produção de sentidos não é considerada produto de uma atividade intra-individual nem é simplesmente a reprodução de modelos

estabelecidos anteriormente. A produção de sentidos se refere a uma construção social interativa, mediante a qual as pessoas constroem os termos pelos quais passam a compreender e lidar com os fenômenos que as rodeiam.

Produzir sentidos do mundo e das coisas é uma ação desenvolvida pelo homem em suas relações, as quais são permeadas por práticas de discursos construídos por uma diversidade de vozes. Os discursos são:

[...] peculiares a um estrato específico de uma sociedade, em um determinado sistema e em uma determinada época, são linguagens, veiculadas por meio de processos de socialização, e definem as possibilidades de comunicação e de produção coletiva de sentidos (BAKHTIN, 1994, p. 45).

Assim, o foco de análise centrou-se no processo de como os sentidos de gênero se constituem nas relações de poder, considerando que estes não estão fixos, postos, mas tomam forma no próprio ato do discurso dos sujeitos. Entender, por meio da constituição dos sentidos de gênero, o próprio processo de constituição da subjetividade proporcionou condições para a construção das categorias de análise para discutir a problemática proposta.

Dado o exposto, as categorias de análise foram definidas com base no *constructo* teórico-metodológico e no problema de pesquisa. Na discussão dos resultados, utilizaram-se três categorias para as duas classes profissionais estudadas. As categorias de análise para a discussão dos resultados foram: (1) poder nas organizações hospitalares: decisão, experiência/pioneirismo e gênero; (2) práticas profissionais: a sociabilidade na medicina e na enfermagem e (3) gênero: profissão e poder nos hospitais.

A pesquisa de gênero tem gerado importantes contribuições ao movimento de desmistificação do fazer científico e de valorização da pesquisa qualitativa. Diferentes trabalhos qualitativos que consideram a especificidade de

objetos como relações sociais têm tido destaque na academia. Inserida neste contexto, a presente pesquisa é composta de procedimentos específicos para a definição da amostra que compõe o trabalho. Assim, descreve-se, no próximo item, a amostra analisada.

1.2 Amostragens: procedimentos e especificidades da amostra nas organizações hospitalares

Neste estudo, utilizaram-se, como recorte de pesquisa, duas organizações hospitalares da cidade de Lavras, MG. Ao resgatar o problema de pesquisa – entender o sentido das relações de gênero no contexto das relações de poder – observa-se a necessidade de investigação junto aos atores que constroem essas relações sociais. Assim, os sujeitos investigados em ambas as organizações foram médicas e médicos, enfermeiros e enfermeiras e a amostra foi definida de forma intencional.

As organizações hospitalares escolhidas para o estudo representam as instituições do setor de saúde de maior relevância na cidade de Lavras, MG e possuem relação empregatícia com um número maior de sujeitos que atuam na medicina e na enfermagem. A construção da amostra iniciou-se na escolha das profissões investigadas: medicina e enfermagem.

A medicina é uma profissão que foi ocupada, originalmente, por homens e apresenta taxas elevadas de feminilização, ou seja, verifica-se uma crescente expansão da mão-de-obra feminina em redutos tradicionalmente ocupados por homens na medicina, conforme dados apresentados na pesquisa coordenada por Machado (1997, p.48), em âmbito nacional, sobre a situação profissional na medicina:

[...] as mulheres representavam, nos anos 40, somente 1% do contingente, atualmente quase 35% dos profissionais no País são mulheres, e a tendência, de acordo com o número de matrículas por sexo em cursos universitários, é de ainda maior expansão desse percentual.

A enfermagem tem um histórico inverso de ocupação segundo o gênero. Originalmente, a atividade era predominantemente exercida por mulheres e, hoje em dia há, uma ocupação (quase embrionária) de homens profissionalizando-se nessa área, embora o contingente seja ainda muito pequeno. Martins et al. (2006) afirmam que próximo de 92% da força de trabalho na enfermagem seja feminina, portanto, apenas 8% é masculina, o que demonstra uma mudança muito incipiente em relação à ocupação dessa profissão em relação ao gênero.

Após a escolha das profissões envolvidas na investigação e a definição das organizações que seriam objeto de estudo, definiu-se que a principal técnica para a coleta de dados seria a entrevista semi-estruturada. Como Bleger (1993) observa, as entrevistas semi-estruturadas permitem ao entrevistador entender e captar a perspectiva dos participantes, além de proporcionar maior flexibilidade, na medida em que se pode alterar a ordem das perguntas e fazer intervenções, de acordo com o andamento da entrevista.

A seleção dos profissionais obedeceu, pois, a um princípio especial: não foi realizada ao acaso, ou seja, trata-se de uma amostra intencionalmente definida. O primeiro profissional de medicina e de enfermagem foi escolhido após o acesso a uma lista dos profissionais de ambas as organizações estudadas. Posteriormente, esses entrevistados indicaram outros profissionais que atenderiam de maneira mais efetiva aos objetivos da pesquisa.

A menção a cada novo contato sobre o entrevistado anterior e seu 'encaminhamento' permitiram boa recepção e disponibilidade do entrevistado para com a pesquisa, reforçando a manutenção desse princípio. Em alguns

contatos, registraram-se recusas e, por isso o critério de maior facilidade de contato e acesso foi adotado. Durante toda a pesquisa, a equidade entre ambos os sexos e ambas as profissões foi respeitada para a obtenção de igualdade entre os depoimentos.

Em relação à medicina, a amostra foi composta por diferentes especializações, a fim de traduzir, de forma mais confiável, os sentidos dos sujeitos. Dessa forma, buscou-se reduzir os *vieses* que poderiam ocorrer, caso a pesquisa concentrasse em determinadas áreas que são mais ‘genericantes’.

O trabalho na enfermagem corresponde a atividades desenvolvidas no espaço hospitalar, sendo formalmente realizado por uma equipe constituída pela enfermeira (profissional de nível superior), o técnico de enfermagem (formação técnica após completar o ensino médio), o auxiliar de enfermagem (com curso específico após a conclusão do ensino fundamental). Na informalidade, e circunstancialmente, também faz parte da equipe o atendente de enfermagem, sem formação profissional específica. Para este estudo, partiu-se do pressuposto de que enfermeiros e enfermeiras, técnicos e técnicas em enfermagem e auxiliares de enfermagem compõem a população estudada e, independente da formação, pode compor a amostra que, neste caso, não possui distinção do nível escolar.

A coleta de dados por meio de entrevistas foi conduzida em duas fases (em anexo o roteiro de entrevista). Na primeira fase da coleta de dados, foram entrevistados 72 sujeitos, divididos em 36 entrevistas, em cada organização hospitalar. Em relação à profissão medicina, foram entrevistados 20 médicas e 20 médicos e, em relação à profissão enfermagem, foram entrevistados 16 enfermeiras e 16 enfermeiros. Na segunda fase da coleta de dados, foram entrevistadas mais duas testemunhas-chave (‘informantes-chave’ de acordo com a nomenclatura de Yin, 2005), ambos médicos, com o objetivo de validar o *constructo*, estratégia metodológica apoiada em Yin (2005).

A identificação de cada sujeito constituiu-se pela letra M, para médicos e médicas e a letra E para enfermeiros e enfermeiras; M para o sexo masculino e F para o sexo feminino de ambas as profissões. Além disso, utilizaram-se números seqüenciais de 1 a 20 para os médicos e as médicas e de 1 a 16 para os enfermeiros e para as enfermeiras. Assim, a identificação foi a seguinte: MM1, MM2, MM3, MM4, etc. (médicos); MF1, MF2, MF3, MF4, etc. (médicas); EM1, EM2, EM3, EM4, etc. (enfermeiros); EF1, EF2, EF3, EF4, etc. (enfermeiras). As testemunhas-chave foram identificadas com TC01 e TC02.

As entrevistas foram realizadas individualmente e, em sua maioria, os depoimentos foram gravados e, posteriormente, transcritos. Isso não ocorreu apenas nos casos em que o ato de gravar causou constrangimentos ao sujeito entrevistado, como de fato aconteceu com alguns médicos e médicas que compuseram a amostra.

Terminada a coleta de dados, especialmente as entrevistas, a preparação para a análise foi iniciada com base em uma estratégia previamente elaborada e descrita no próximo item.

1.3 Estratégias de análise

O estudo em duas organizações não buscou construir comparações, mas foi conduzido para entender os diferentes sentidos dados (ou construídos) pelos atores das organizações estudadas, em função da estrutura organizacional, bem como das relações de trabalho estabelecidas em cada ambiente organizacional.

Como a entrevista semi-estruturada representou a principal fonte de coleta de dados, os relatos individuais foram analisados cuidadosamente. Acredita-se, portanto, que o relato individual seja um instrumento para entender o contexto real porque o discurso individual expressa o coletivo. As narrativas obtidas podem representar o coletivo, pois cada indivíduo em sua totalidade

produz e reproduz o fato social vivenciado no dia-a-dia (TRIVIÑOS, 1987; BLEGER, 1993).

O relato individual envolve a forma pessoal de expressar o grupo ou o social, o que cada pessoa relata e o modo como relata são construções que se determinam na vida em sociedade. O relato individual é uma construção do indivíduo porque o modo de relatar sempre é uma interpretação na qual o indivíduo trabalha na própria subjetividade a objetividade do real. Mas, o relato não é único, pois depende da forma como o narrador posiciona-se socialmente no ambiente investigado (GERGEN e WARHUUS, 2001).

Apoiados nas observações de Gergen e Warhuus (2001), acredita-se que as análises dos relatos individuais de médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras podem desvendar o sentido das relações de gênero para essas profissões. O modo de relatar de cada entrevistado pode proporcionar condições para a interpretação da realidade investigada para a percepção de como se dão as relações de poder.

No processo de análise dos relatos individuais, é necessário compreendê-los como práticas discursivas. Spink e Frezza (1999) afirmam que esse processo de análise é adequado às pesquisas que trabalham com objetos específicos como as relações sociais. Na análise dos dados, é necessário que o pesquisador faça uma apreensão global da entrevista em seus aspectos dinâmicos e interativos e partir, então, para a identificação de temas, que vão emergindo das falas dos entrevistados, de forma que eles sejam uma primeira organização das falas (PINHEIRO, 2001).

Na presente pesquisa, optou-se pela adoção da proposta para análise da produção de sentidos, sob uma perspectiva construcionista social. Utilizando-se a perspectiva das práticas discursivas da produção de sentidos, tem-se a análise dos significados, cuja ênfase é a linguagem em uso. Spink (2000, p.41) define sentido como “[...] uma construção social, um empreendimento coletivo, mais

precisamente interativo, por meio do qual as pessoas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com situações e fenômenos a sua volta”.

Para Spink (2000, p.45), o modo como o pesquisador vai trabalhar e a escolha do método são questões de foco, de olhar, do que ele elege como figura/fundo. A mesma autora afirma que é pela ruptura do habitual, do usual, que é possível dar visibilidade aos sentidos:

[...] numa entrevista, as perguntas tendem a focalizar um ou mais temas que, para os entrevistados, talvez nunca tenham sido alvo de reflexão, podendo gerar práticas discursivas diversas, não diretamente associadas ao tema originalmente proposto. Estamos, a todo momento, em nossas pesquisas, convidando os participantes à produção de sentidos.

Para trabalhos cujas análises envolvem práticas discursivas, Spink (2000) propõe uma metodologia que investigue a maneira a partir da qual as pessoas produzem sentidos e o modo como se posicionam, em suas relações sociais. Ainda para Spink (2000, p.47), as práticas discursivas são compostas por três elementos:

1. A dinâmica, ou seja, os enunciados orientados por vozes, que descrevem o processo de ‘interanimação’ dialógica;
2. As formas, que são os ‘*speech genres*’ (linguagem social);
3. E os conteúdos, que são os repertórios interpretativos, definidos como [...] unidades de construção das práticas discursivas - o conjunto de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagem.

Dessa forma, o construcionismo social tem como foco a ‘interanimação’ dialógica, ou seja, o diálogo que se constrói na relação com o outro para “[...]”

identificar processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas próprias”. (SPINK, 2000, p.60). Assim, o mesmo autor afirma que o foco das análises deve estar na compreensão das ações e práticas sociais e na compreensão dos sistemas de significação que dão sentido ao mundo.

Dessa forma, a estratégia de análise adotada pode ser descrita da seguinte forma:

[...] preocupação se dirige para aquilo que os sujeitos da pesquisa vivenciam como um caso concreto do fenômeno investigado. As descrições e os agrupamentos dos fenômenos estão diretamente baseados nas descrições dos sujeitos, e os dados são tratados como manifestações dos fenômenos estudados. (MARTINS e BICUDO, 1989, p.30).

Spink (2000, p.106) destaca que “[...] a interpretação é um processo de produção de sentidos que tem como atividade-meio o diálogo com as informações coletadas e como atividade-fim a explicitação dos sentidos encontrados nesta interpretação”. Assim, para a estratégia de análise dos relatos individuais, adotaram-se modelos descritos em trabalhos de Pinheiro (2001) e Spink (2000), entre outros e que pode ser descrito nas seguintes etapas:

1. Leitura das entrevistas para apreensão global das respostas almejando obter uma visão geral do material;
2. Análise crítica das entrevistas para a busca de temas e ou perspectivas de investigação de significados (categorias de análise) com a finalidade de encontrar o que há de mais significativo nos dados obtidos;

3. Definição de categorias de análise pelo encadeamento das idéias a partir dos temas e ou perspectivas de investigação à luz do referencial teórico;
4. Síntese integradora dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às categorias de análise;
5. Retorno a campo para entrevistas com testemunhas-chave e validação do *constructo*;
6. Discussão dos resultados e análises do objeto de estudo.

No caso da quinta etapa realizaram-se duas entrevistas com testemunhas-chave, que atuaram como médicos nas organizações analisadas.

Como destaca Spink (2000), a análise de relatos individuais promove um diálogo implícito na produção de sentidos e encadeamento de idéias e, baseando-se nesta autora, foi possível construir três categorias de análise fundamentadas no *constructo* teórico-metodológico e no problema de pesquisa: (1) poder nas organizações hospitalares: decisão, experiência/pioneirismo e gênero; (2) práticas profissionais: a sociabilidade na medicina e na enfermagem e (3) gênero: profissão e poder nos hospitais.

No próximo item são descritos os ambientes nos quais os atores pesquisados constroem e reconstróem suas relações sociais.

1.4 Organizações hospitalares: o ambiente de construção e reconstrução das relações sociais dos ‘atores’ pesquisados

Organizações hospitalares constituem um campo complexo e específico de gestão. Essas organizações têm origem, principalmente as mais antigas, em grupos religiosos, congregações de estrangeiros ou associações de profissionais de saúde, pessoas que direcionavam a organização quase que exclusivamente para a área assistencial. Drucker (1987) salienta que o surgimento do hospital foi

uma inovação social e, como instrumento terapêutico, é uma invenção do final do século XVIII.

O hospital é uma entidade definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um elemento de organização de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, preventiva e curativa à determinada população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; um centro de medicina e de pesquisa bio-social (RIPSA, 2002).

Trata-se de um ambiente ambíguo por causa de sua missão e de sua necessidade de adequação mercadológica. Por um lado, está inserido nas condições de mercado porque sofre todas as influências conjunturais e fica sujeito às contingências econômico-sociais. Por outro, o hospital deve manter-se como prestador de serviços assistenciais à comunidade e manter-se fiel aos seus propósitos de restaurar e promover a saúde, num bom padrão técnico e num ótimo nível de humanização em suas atividades operacionais (ELIAS, 2001).

Ele apresenta características próprias que o distinguem das demais organizações. Além das atividades médicas, lá estão reunidos vários serviços e situações simultâneos: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos e relacionamento com o consumidor (DRUCKER, 1987).

Os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados, conforme desta Drucker (1987), principalmente, pelo fato de os seus serviços serem prestados por um grupo heterogêneo de profissionais, com diferentes níveis educacionais e qualificações. Essa diversidade aumenta o conflito organizacional e, por isso, as organizações hospitalares têm enfrentado grandes desafios para se manterem prestando serviços de qualidade e continuarem atuando no mercado.

Para tanto, no meio organizacional hospitalar, muito se tem trabalhado na direção de promover ambientes mais flexíveis e adequados à mudança constante e à diversidade destas organizações. Isso tem gerado a necessidade de transformação na performance dos administradores no que tange à mediação das contradições inerentes às relações de trabalho. Daí a importância de se buscar compreender a natureza da diversidade organizacional socialmente construída em torno das relações gênero e poder presentes nas organizações hospitalares, como se propõe neste estudo.

Descrevem-se, no próximo item, as organizações hospitalares pesquisadas, denominadas de ‘Organização A’ e ‘Organização B’. Ambas situam-se em Lavras, Minas Gerais e são as maiores instituições que atuam na área de saúde no município. A distribuição entre os profissionais de medicina e enfermagem, em relação ao gênero nas organizações estudadas, pode ser constatada no Quadro 1.

QUADRO 1 - Distribuição das profissões medicina e enfermagem, em relação ao gênero

	Organização A		Organização B	
	Frequência	%	Frequência	%
Médicos	44	81,5%	42	70%
Médicas	10	18,5%	18	30%
Total	54	100%	60	100%
Enfermeiros	10	12,5%	12	14%
Enfermeiras	70	87,5%	74	86%
Total	80	100%	86	100%

Fonte: Dados da pesquisa

1.4.1 Organização A

O hospital designado de 'Organização A' teve origem no ano de 1941, graças ao idealismo e à disponibilidade de três homens de origens e profissões diferentes. Seus fundadores achavam que a cidade de Lavras e região necessitava de um hospital que atendesse à maternidade, preparando a mãe para o nascimento e atendendo à criança, numa seqüência dinâmica de prevenção e de manutenção da saúde.

No final da década de 1970 e início dos anos 1980, um grupo de médicos promoveu e implantou importantes obras, como a reforma da maternidade, da pediatria, do bloco cirúrgico, a construção do bloco de apartamentos, do laboratório e da lavanderia. Já na década de 1990 foi reformada o centro de terapia intensiva ou CTI (Centro de Tratamento Intensivo).

Devido ao fato de esse hospital ter sido fundado por dois médicos e um profissional liberal, os valores que predominaram durante muito tempo em seu cotidiano foram relacionados apenas com à medicina, sem preocupação com as questões administrativas e de gestão.

Hoje, nesse novo cenário, o perfil da instituição começa a se remodelar. Com a presença da nova diretoria (2004), teve início uma busca pela profissionalização, por meio do emprego de técnicas modernas de gestão e pertinente com a organização como um sistema de gestão financeira, de compras, de recursos humanos, de manutenção, de contabilidade e de controle. Mesmo que de forma incipiente, essas práticas administrativas começam a fazer parte do cotidiano organizacional.

O controle decisório administrativo permaneceu durante anos sob o poder de médicos, influenciando de modo autocrático a forma de agir do administrador.

O foco de ação, do hospital em estudo, é a prestação de serviços relacionados com a saúde, ou seja, proporcionar um bom atendimento ambulatorial e hospitalar aos pacientes de Lavras e da região. Entre algumas de suas especialidades, estão a UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) neonatal, os prontos atendimentos infantil e adulto, um ambulatório de ginecologia, os setores de neurologia, urologia e ortopedia, entre outros.

A missão desse hospital, hoje, é proporcionar o melhor serviço médico, hospitalar e ambulatorial para toda a população atendida, é ser um hospital de referência.

Atualmente, tem 198 funcionários. O total de profissionais na área de medicina é de 54 e, na área de enfermagem, é de 80, assim distribuídos: 44 médicos e 10 médicas do corpo clínico; 65 auxiliares de enfermagem do sexo feminino e 10 do sexo masculino e 5 enfermeiras padrão.

Presta serviços de atendimento e internação a particulares e beneficiários de plano de terceiros (convênios) e do SUS. Seus principais serviços são: internação clínica, internação cirúrgica e atendimento ambulatorial. Além desses, o hospital presta, ainda, serviços de lavanderia e esterilização.

A seguir pode-se visualizar o organograma da Organização A, com o objetivo de entender a sua dinâmica organizacional.

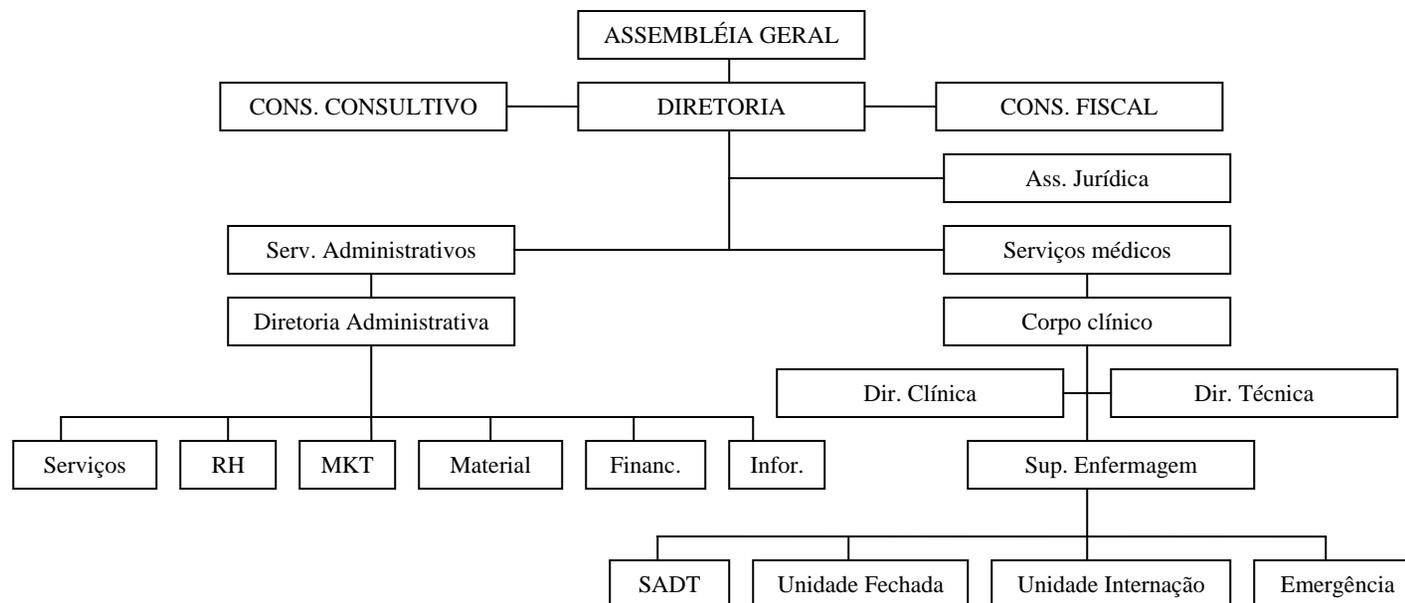


FIGURA 2: Organograma Organização A
 Fonte: Adaptação dados secundários Organização A

1.4. 2 Organização B

A organização B foi fundada em 14 de agosto de 1865, por 13 cidadãos lavrenses, sendo, portanto, dois anos mais antiga do que a própria cidade. Recebeu o título de entidade filantrópica em 1961. No período de 1902 a 1977, foi assistida pela Congregação das Irmãs Auxiliares da Nossa Senhora da Piedade, uma entidade filantrópica que, há quase 140 anos, presta assistência médico-hospitalar para todos os grupos sociais de Lavras e região.

O complexo hospitalar possui, hoje, um bloco cirúrgico composto de sete salas de cirurgia; um CTI, inaugurado em 1972, com ‘boxes’ individualizados; o serviço de pediatria possui 17 leitos para internação e tem sete pediatras do corpo clínico que também atuam no ambulatório de puericultura e consultas pediátricas; o serviço de quimioterapia que funciona desde março de 2002, com capacidade para o atendimento de 12 pacientes por dia; a maternidade possui alojamento conjunto, tornando maior o contato da mãe com o recém-nascido.

A organização também presta atendimento de urgência por meio do pronto-socorro, inaugurado em 1974; possui laboratório para vários tipos de exames para a população de Lavras e região, bem como para pacientes da organização; possui ainda o serviço de hemodiálise, equipado com 19 máquinas; o serviço de imagem é equipado com modernos aparelhos e oferece serviços de radiologia, mamografia, ultra-sonografia, ecocardiografia, tomografia computadorizada, centro de hemodinâmica, fisioterapia, serviço de nutrição e dietética, entre outros.

Possui um anfiteatro, onde são realizados cursos, palestras e conferências, e centro de estudos, onde os médicos têm acesso ao acervo bibliográfico existente e à internet via rádio. Desde 1999, vem implantando um processo completo de qualidade total, visando à sua modernização. Para isso,

investiu em infra-estrutura do espaço físico, treinamento e aperfeiçoamento de funcionários, além de projetos para maior conscientização da comunidade e do empresariado local.

Assim, a organização vem se consolidando como um hospital que busca desenvolver e proporcionar assistência médico-hospitalar da melhor qualidade para todos os grupos sociais, de Lavras e região.

Localizada no centro da cidade de Lavras, possui 138 leitos e 230 funcionários. O número total de profissionais da medicina é de 60 e de profissionais de enfermagem é de 86, assim distribuídos: 42 médicos e 18 médicas do corpo clínico; 65 auxiliares de enfermagem do sexo feminino e 12 do sexo masculino e 9 enfermeiras padrão.

Para a melhor apreensão da singularidade das organizações hospitalares, descrevem-se, posteriormente, a origem e trajetória das organizações hospitalares focando-se as especificidades dessas organizações. Para corroborar com a discussão, apresentam-se dados relevantes de pesquisa conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, realizada em 2005, que delinea o perfil dos hospitais. Destaca-se que hospitais, organizações hospitalares e estabelecimentos com internação são denominações similares na composição dos próximos capítulos.

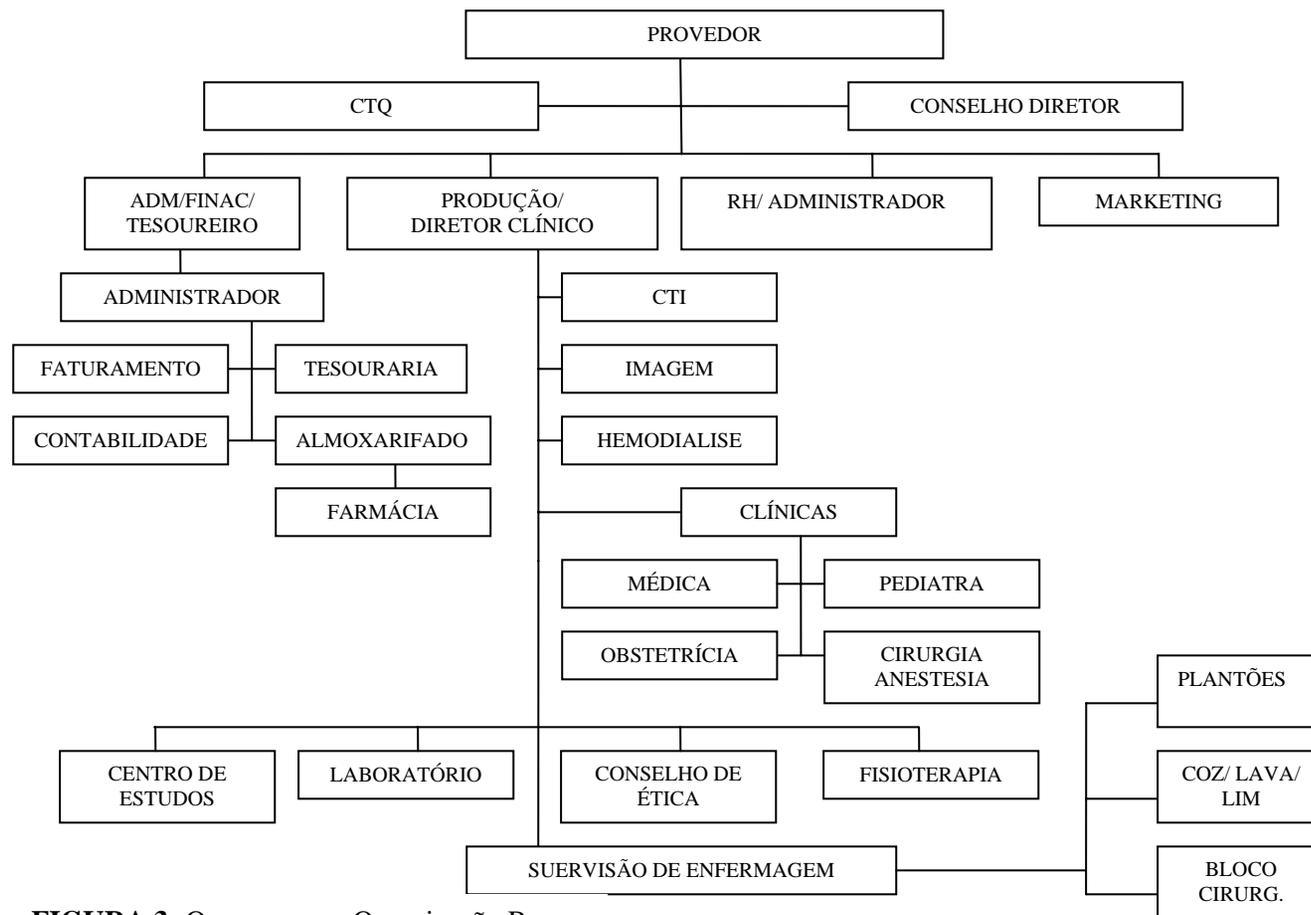


FIGURA 3: Organograma Organização B
 Fonte: Adaptação de dados secundários da Organização A

2 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES E AS ESPECIFICIDADES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo será apresentado um resgate da história dos hospitais no mundo e no Brasil, as especificidades e as tendências dessas organizações, bem como sobre dados sobre sua infra-estrutura.

2.1 Aspectos históricos da criação de organizações hospitalares

Na antiguidade greco-romana, existiam diversos pavilhões destinados a sacrifícios, ritos funerários e ao tratamento de doentes. Esses lugares eram vistos como específicos de cura – hospitais. Na extensa história da hospitalização, os hospitais se transformaram, na Idade Média, em espaços de reclusão, dirigidos por ordens religiosas.

O hospital, além de instituição de caridade, também era local das quarentenas, espaço destinado aos que podiam afetar a harmonia das vilas e das comunidades, principalmente nos períodos das pestes. Nosocômios, lazaretos e leprosários eram nomes dados aos lugares que, nesse período, eram destinados aos que careciam de mais assistência religiosa do que de cura física. Estes nada têm em comum com os hospitais de hoje, pois a medicina se desenvolveu neste período distante do ambiente “hospitalar” (FOUCAULT, 1979).

Para Moraes (2005), foi durante a modernidade que o hospital deixou de pertencer, na sua totalidade, às ordens religiosas, mas manteve seu caráter de assistência social, adicionando um outro papel: eles eram responsáveis pelo controle e pela disciplina da vida urbana, segregando pessoas tidas como perigosas à comunidade, como mendigos, vadios, imigrantes, loucos e portadores de doenças repulsivas, entre outros.

Contudo, os ricos ainda preferiam o tratamento domiciliar, pois havia o risco da internação devido às doenças que os hospitais provocavam por terem camas coletivas, mistura de doentes agudos com os convalescentes, superlotação, falta de recursos e, conseqüentemente, altos índices de mortalidade (PORTER, 2005).

Apenas no século XVIII o tratamento médico entrou no ambiente hospitalar, quando este passou a ser um local do exercício de uma ação terapêutica efetiva sobre os doentes e as doenças. Assim, o hospital se transformou e adquiriu uma orientação específica, voltada para prática médica. A partir de então, médico e hospital se integram, formando uma associação unívoca, fato que refletiu na figura do médico como a autoridade máxima técnica e administrativa do hospital (FOUCAULT, 1979).

Segundo Porter (2005), a conquista dos hospitais pelo médico veio em etapas. Primeiro, pela necessidade de casos clínicos em número suficiente para a formação dos estudantes de medicina. Segundo, por novas abordagens médicas baseadas no exame clínico mais rigoroso e sistemático, na anatomia patológica e na estatística, que precisavam de considerável experiência direta para se desenvolver. A terceira e decisiva etapa veio com a descoberta do uso de produtos anti-sépticos e anestésicos que permitiram procedimentos cirúrgicos mais avançados.

De acordo com o mesmo autor, foi no final do século XIX que o hospital perdeu parte de sua imagem de ‘refúgio da morte’ para se transformar em uma verdadeira ‘máquina de curar’. A partir de então, o hospital começou a chamar a atenção dos que podiam pagar e, para eles, foram construídos pavilhões especiais, e a medicina hospitalar designou-se ‘clínica’, tornando-se o eixo central do campo (PORTER, 2005).

Foi durante a primeira metade do século XX que os avanços científicos permitiram conhecer os mecanismos de ação de muitas doenças e chegar às suas

origens, por meio de: precisão e precocidade no diagnóstico, instrumentos terapêuticos e preventivos, uso de tecnologias médicas e emprego de fármacos realmente eficazes para a terapêutica.

A Segunda Guerra Mundial foi também um laboratório no desenvolvimento de novas técnicas para atendimento aos feridos, com a testagem de medicamentos e tecnologia nos hospitais do front. O hospital no pós-guerra viveu uma grande mudança; agrupou as tecnologias médicas e possibilitou a interdisciplinaridade na assistência, tornando-se o centro dos sistemas de saúde (PORTER, 2005).

O conceito de hospital que conhecemos hoje foi estabelecido na década de 1950, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que passou a disciplinar e orientar a atividade hospitalar e em 1957 conceituou o hospital moderno como:

“[...] parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais” (PEDROSA, 2004, p. 20).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), hospitais são:

"Todos os estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos [...], além disso, considera-se a existência de serviço de Enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e

acompanhamento dos casos" (QUINTO NETO e BITTAR, 2004, p.13).

Para efeito de aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, conceitua-se hospital, independentemente da sua denominação, como: "[...] todo estabelecimento dedicado à assistência médica, de caráter estatal ou privado, de alta ou baixa complexidade, com ou sem fins lucrativos" (QUINTO NETO e BITTAR, 2004, p.20).

No Brasil, desde o início da colonização, a assistência hospitalar era proporcionada basicamente pelas santas casas e pela filantropia em geral. Até o final do século XIX, o problema principal em relação à saúde da população eram as pestes, principalmente varíola e febre amarela. A organização dos serviços era precária, assim como os conhecimentos. Os indigentes e os pobres eram assistidos em instituições filantrópicas ligada à Igreja Católica ou em entidades ligadas às colônias de imigrantes. O restante da população ou procurava um médico particular ou outros profissionais, como cirurgiões, barbeiros, sangradores, curandeiros, parteiros e curiosos (MORAES, 2005).

Os surtos epidêmicos (que se ampliaram em meados do século XIX com as epidemias de febre amarela e cólera) encontraram o Império Brasileiro completamente desprovido de leitos hospitalares, para atendimento da enorme demanda de doentes (MORAES, 2005). Como os poucos leitos privados não estavam sendo usados para este fim, os hospitais filantrópicos ficaram repletos, até que o Estado Imperial, a partir de 1850, inaugurou os primeiros hospitais de isolamento e enfermarias destinados à atenção e segregação dos enfermos das epidemias na corte. Muitos desses hospitais e enfermarias, inaugurados em caráter campanhistas, passadas as epidemias, continuaram suas atividades durante todo século XX (ARAÚJO, 1982).

A assistência médica no Distrito Federal e nas outras cidades do país era praticamente privada, seja filantrópica, com alguns subsídios do estado, ou

lucrativa. A assistência com fins lucrativos surgiu na capital do Império na segunda metade do século XIX e tentava oferecer à população abastada atendimento diferenciado, diante da precariedade dos leitos filantrópicos e escassez de leitos e enfermarias particulares nas santas casas (VIEIRA, 1982).

O Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920, representou um momento de ampliação da iniciativa pública sobre os problemas sanitários e de saúde. O referido departamento, apesar de estender as ações do Estado e implantar novidades no controle da saúde pública, manteve práticas de controle sanitário do início do século, se caracterizando como uma das primeiras iniciativas de saúde do Estado brasileiro.

A partir da década de 1920, a assistência hospitalar no Brasil ficou cada vez mais relacionada com as políticas de Previdência Social. Em 1923, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), criou-se a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. Essas instituições organizadas pelas empresas, por meio de um contrato coletivo e compulsório e sob a forma de contribuição, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes (MORAES, 2005).

As CAPs tinham uma forma de financiamento tripartite, em que Estado, empregadores e funcionários arcavam com o financiamento. Mesmo assim, o volume de recursos era insuficiente para a construção de uma infra-estrutura para assistência médica de seus filiados e dependentes e as CAPs contratavam serviços médicos privados para suprir sua demanda. Para Cohn (2002, p.230) “[...] datam, portanto desta época as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo estado e sem ônus para os cofres públicos”.

Com as CAPs, a oferta de assistência médica hospitalar aumentou, mas de forma desproporcional. Algumas categorias profissionais eram melhor

assistidas do que outras, devido às diferenças orçamentárias destinadas à assistência médica de cada uma das CAPs.

De forma semelhante, a partir da década de 1920, com a Reforma de Luis Barbosa (transferência da responsabilidade dos serviços sanitários do município para esfera federal), à municipalidade ficou reservada a assistência médico-farmacêutica. A oferta de serviços públicos se ampliou, mas restrita a urgências, ambulatórios, dispensários de especialidades e controle sanitário, não atingindo todas as necessidades de saúde da população e nem tão pouco cobrindo toda sua extensão territorial (MORAES, 2005).

A década 1930 inaugurou uma nova era na saúde pública no Brasil, quando, para Braga e Paula (1986, p.50), “[...] emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação”. O governo de Getúlio Vargas empreendeu políticas de saúde centradas em dois pilares fundamentais: a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública efetivou-se com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, mantida como centro das políticas de saúde até meados da década de 1960. Na década de 1930, as CAPs são unificadas e absorvidas pelos institutos de aposentaria e pensões, que passaram a congregiar os trabalhadores por categorias profissionais.

2.2 Especificidades das organizações hospitalares

Existem, nas organizações hospitalares, algumas especificidades de natureza econômica (CAMPOS, 1998) e organizacional (FOUCAULT, 1981; AZEVEDO, 1993; NOGUEIRA, 1994; MINTZBERG, 1995). Assim é necessário pontuar, de acordo com Gurgel e Vieira (2002), algumas dessas características das organizações prestadoras de assistência à saúde:

a) as leis de mercado não se aplicam bem ao setor em face das necessidades humanas e prioridades não-mercantis, que se impõem independentemente dos custos de produção, valor de mercado e preços praticados;

b) a concorrência não é um elemento forte no ambiente dessas organizações, pois este é um segmento cronicamente carente em alguns países;

c) a variabilidade da assistência demandada é enorme e cada paciente se comporta subjetivamente de maneira diferente;

d) não há simetria de informação nesse mercado, pois os clientes são, geralmente, leigos e não têm capacidade de julgar seu tratamento, nem suas necessidades, o que dificulta o exercício das suas opções de consumo;

e) o consumo do serviço é imediato à produção e, portanto, não há tempo para o controle prévio da qualidade, nem estoque para inspeção final;

g) a produção do serviço é executada por grande variedade de profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação, com interesses corporativos distintos;

h) a categoria médica apresenta forte resistência a mudanças por sentir-se fiscalizada e tolhida na conduta clínica dos pacientes diante do controle externo.

A crise de gestão do setor saúde no Brasil, que se expressa pela precariedade da assistência hospitalar (MEZOMO, 1994), tem justificado o esforço para implantação de novas formas de gestão hospitalar, com o objetivo de atender ao apelo de promoverem melhores e mais amplos serviços. A institucionalização do processo de acreditação hospitalar no Brasil com a aplicação sistemática dos manuais de acreditação é a expressão concreta deste esforço, também com o trabalho em conjunto de instituições públicas e privadas.

O hospital com as características observadas nos dias atuais é algo muito recente. Uma organização como instrumento de intervenção terapêutica com o

objetivo de alcançar a cura de doentes é uma invenção relativamente nova, como foi visto no tópico anterior.

A formação médica é uma atividade rotineira, com visita e evolução hospitalar dos pacientes, cujo trabalho é observar o comportamento dos doentes e tentar auxiliar a natureza no processo de cura, utilizando fichamento dos pacientes, identificação por leitos e a separação por doenças. Assim, o hospital é um campo documental normatizado, além de um espaço de cura (FOUCAULT, 1981).

Atualmente, a organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta de rotina. Constitui-se, ainda, um espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica (AZEVEDO, 1993).

A organização hospitalar caracteriza-se por ser uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural, em que o setor operacional tem importância, traciona e concentra o poder na organização (Mintzberg, 1995). O seu mecanismo de controle se dá por padronização de habilidades realizadas por órgãos fiscalizadores externos das diversas categorias profissionais. Isso lhe confere autonomia e independência da gerência estratégica, pois suas habilidades profissionais são definidas fora da organização em cursos profissionalizantes, ou seja, o estado da arte é um atributo das próprias corporações que desenvolvem seu trabalho no hospital. Tal condição enfraquece a vinculação com a organização e confere dificuldades adicionais, como alta resistência às mudanças (GURGEL e VIEIRA 2002).

De acordo com esses mesmos autores, as organizações hospitalares, públicas ou privadas, estão inseridas num ambiente complexo e singular que as

condiciona a um funcionamento inadequado diante da lógica da acumulação lucrativa dos mercados. Independentemente de sua natureza, ambas as condições estão subordinadas a princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde e às políticas governamentais, que colocam os hospitais frente a uma diversidade de interesses divergentes a contemplar.

Segundo Nogueira (1994), evidenciam-se os interesses dos usuários, que demandam assistência das mais variadas formas; os interesses dos trabalhadores da saúde, que buscam seu sustento e boas condições de trabalho; os interesses dos acionistas em se tratando de hospital privado, que objetiva o lucro; os interesses da rede de fabricantes e distribuidores de insumos, das empresas seguradoras e planos de saúde, que estabelecem uma relação comercial com o hospital e, finalmente, os interesses dos poderes formalmente constituídos na gerência hospitalar e no governo, que têm nos objetivos técnicos e no alcance de metas programáticas da política de saúde o seu foco.

O espaço econômico e institucional que envolve o setor saúde tem passado por profundas transformações no Brasil, seguindo a tendência dos países desenvolvidos, se bem que em condições históricas e institucionais – e, portanto, estruturais – bastante específicas.

A lógica empresarial capitalista tem penetração em todos os segmentos produtivos, envolvendo tanto as indústrias que já operavam tradicionalmente nessas bases – como a farmacêutica e de equipamentos médicos, quanto à prestação de serviços de saúde.

O processo de penetração do capital e empresariamento da área de saúde e de constituição de um complexo econômico movido pela lógica de mercado já havia sido identificado por Cordeiro (1980) há mais de 20 anos, quando sugeriu a constituição de um complexo médico-industrial, envolvendo a formação profissional, as indústrias e a prestação de serviços médicos, focalizando, particularmente, o processo de produção e de consumo de medicamentos.

Mais recentemente, essa perspectiva foi retomada por diversos autores, podendo-se citar a obra organizada por Negri e Giovanni (2001), cujos trabalhos abordam tanto uma visão geral do processo de mercantilização da saúde, subsequente ao período de capitalização (BRAGA e SILVA, 2001), quanto o estudo dos setores produtores de bens e serviços que fazem parte do complexo, além de outros artigos ou trabalhos que procuram tratar das indústrias da saúde e ou do sistema de inovação em saúde (ALBUQUERQUE e CASSIOLATO, 2000; GADELHA, 2002; TEMPORÃO, 2002).

É visível que tanto os espaços privados quanto os públicos estão passando por um processo de transformação no modelo de gestão e organização da produção de bens e serviços em saúde, na direção de um padrão empresarial. Isso, inclusive, nos casos em que o objetivo do lucro não se coloca como finalidade primordial, sendo substituído por metas alternativas de desempenho como um processo decorrente da expansão do sistema capitalista.

Contudo, observa-se, no espaço hospitalar, grande resistência a mudanças nas formas de gestão organizacional, porque os médicos, que historicamente detêm o poder dentro destas organizações, se sentem fiscalizados e têm medo de perder a autonomia na condução de seu trabalho. Remunerados, em sua maioria, pela produção de serviços, os médicos não desejam desperdiçar o horário de trabalho com a busca de soluções para novas formas de gestão (BERWICK, 1994). Além disso, a formação médica ainda tem ênfase na clínica, em sua dimensão biológica, ficando os aspectos sociológicos, políticos e administrativos relegados ao segundo plano.

As organizações hospitalares constituem espaços sociais heterogêneos nos quais interagem diferentes grupos e papéis. Possuem dinâmica interna que, no cotidiano, atualiza identidades, hierarquias, conflitos e alianças. Embora o grupo formado pelos médicos materialize a própria identidade da organização,

do ponto de vista quantitativo representa uma parcela relativamente pequena dos trabalhadores.

A relação dos médicos com os outros grupos é suscetível às tensões de legitimação, na medida em que o exercício de seu poder e autoridade causa ingerência ou pressão sobre o trabalho das demais categorias, “invadindo” áreas de competência que essas últimas consideram de sua responsabilidade. Os conflitos e as tensões são inerentes às organizações e, em última instância, alimentam-se das tentativas para conservar ou alterar a distribuição do poder (GURGEL e VIEIRA, 2002).

Em relação à hierarquia e ao controle, as pesquisas de Gurgel e Vieira (2002) apontam para um grau de autonomia dos médicos no interior das organizações, indicando o poder que exercem sobre as demais categorias. Os profissionais de saúde de nível superior – enfermeiros, majoritariamente, mas também nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, etc. - apresentam dificuldade de afirmação de um campo de autonomia no interior das organizações de saúde, o que aponta para as tensões inerentes à prática do atendimento multiprofissional como uma das estratégias da atenção à saúde. A inexistência de relações mais igualitárias entre esses profissionais e os médicos, no que se refere à autonomia e à distribuição do poder, constitui a regra para as organizações hospitalares.

Os técnicos e auxiliares de saúde formam o grupo sobre o qual a sobreposição das diferentes fontes de poder e autoridade, e das hierarquias que elas estabelecem, fazem-se sentir com maior força. Correspondem às funções subordinadas da estrutura organizacional e, não possuindo a autonomia característica das profissões, encontram-se mais sujeitos à ação da autoridade administrativa. Por outro lado, tratando-se de ocupações com menor grau de qualificação, mas diretamente vinculadas ao espaço no qual a relação entre saber e poder é explícita, é sobre esses funcionários que mais recai a permanente

pressão e controle que emanam da hierarquia fundada na legitimidade do saber médico, ou seja, na autoridade profissional destes últimos (GURGEL e VIEIRA, 2002).

2.3 Infra-estruturas brasileira de assistência à saúde e contingente profissional

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a respeito dos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, com ou sem internação, em todo o território nacional, proporcionou condições de identificar o perfil da capacidade instalada do setor de saúde do país.

Essa pesquisa conduzida pelo IBGE representa um esforço na formação de um cadastro atualizado dos estabelecimentos de saúde, que pode ser referência para consultas sobre a oferta para conhecimento do perfil dos serviços de saúde e para a identificação de demandas para a gestão pública no planejamento de ações junto aos serviços de saúde.

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS, 2005) abrange todos os estabelecimentos de saúde existentes no país que prestam assistência à saúde individual ou coletiva, com um mínimo de técnica apropriada, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para atendimento rotineiro à população, sejam eles públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação, incluindo os estabelecimentos que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia e controle regular de zoonoses, tais como: postos de saúde, centros de saúde, clínicas ou postos de assistência médica, prontos-socorros, unidades mistas, hospitais (inclusive os de corporações militares), unidades de complementação diagnóstica e ou terapêutica, clínicas odontológicas, clínicas radiológicas, clínicas de reabilitação e laboratório de análises clínicas (IBGE, 2006).

De acordo com os dados levantados pelo IBGE (2005), há 83.379 estabelecimentos de saúde no Brasil. Este universo é distribuído da seguinte forma: 3.606 desativados, 2.769 extintos e 77.004 em atividade ou em atividade parcial. Do total de estabelecimentos em atividade ou em atividade parcial, 75.517 são únicos e 1.487 são com terceirização em suas dependências. Os estabelecimentos em atividade e com atividade parcial representam 92,35% da amostra analisada. (IBGE, 2006).

A interface entre estabelecimentos de saúde e o setor público foi notificada pela pesquisa. De acordo com os dados publicados pelo IBGE (2006), a presença do setor público obteve maior crescimento nas regiões Nordeste, Sudeste e Norte, com crescimentos de 7%, 5,8%, 2,7% ao ano, respectivamente. A presença das regiões Nordeste e Norte no aumento da atuação pública indica preocupação em tornar a acessibilidade aos estabelecimentos de saúde mais democrática. Fato que reitera essa inferência é o aumento em 63,7% da participação pública na prestação de Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) comparada aos dados da AMS 2002.

Contudo, há forte tendência da presença do capital privado nos estabelecimentos de saúde, trazendo para estas organizações as mais modernas técnicas de gestão. A diversidade dos recursos humanos e a variedade de atividades desenvolvidas no interior dos estabelecimentos de saúde demandam a adoção de estratégias de gestão para garantir eficiência operacional, redução de custos e de estoques, segurança do paciente e gerenciamento do fluxo da informação. Os resultados da pesquisa conduzida pelo IBGE (2006) demonstram que o setor privado vem aumentando sua participação nos estabelecimentos de saúde, comparativamente à pesquisa realizada em 2002. Nas regiões Centro-Oeste e Sul, o aumento da participação do setor privado foi de 15,2% e 5%, respectivamente.

Além do crescimento regional da participação do setor privado, há participação superior deste setor em estabelecimentos de saúde especializados, correspondendo a 12,9%. Neste caso, apenas 5% são públicos. (IBGE, 2006)

A alocação dos profissionais ligados à saúde, com ou sem nível superior, é atrelada aos estabelecimentos que oferecem o serviço de internação. Nos estabelecimentos de saúde com internação, há maior demanda por intervenções dos profissionais de medicina, enfermagem e outras áreas ligadas ao exercício da cura. Em relação ao nível superior, aproximadamente 51% dos postos de trabalho de nível superior encontram-se nestes estabelecimentos. Profissionais de medicina e enfermagem são alocados nestes estabelecimentos em percentuais de 56,6% e 57,28%, respectivamente. O número médio de médicos por estabelecimento de saúde é de 6,9, mas, naqueles com internação, esse valor chega a 41,7. Em relação à vacância para profissionais de nível técnico em enfermagem e auxiliares em enfermagem não é diferente e, nestes estabelecimentos, são empregados 73,3% técnicos de enfermagem e 70,7% de auxiliares. Para os postos de trabalho de nível técnico/auxiliar, a média é de 9,8 postos por estabelecimento, sendo que aqueles com internação possuem, em média, 69 postos de trabalho de nível técnico/auxiliar (IBGE, 2006).

Diante do exposto, os estabelecimentos de saúde com internação compõem o universo adequado para o estudo da problemática proposta – entender o sentido das relações de gênero no contexto das relações de poder – por isso, adotam-se organizações hospitalares como sinônimo de estabelecimentos de saúde com internação. O alto índice de demanda por profissionais qualificados que atuam na área de saúde indica que as organizações hospitalares representam espaço de riqueza humana e diversidade de formação. Esta situação reforça a demanda por construção de redes de relacionamento que reiteram a estrutura de poder e as hierarquias entre profissões e demonstra que

nesses ambientes encontram-se os ambientes propícios para a reestruturação das redes de poder e para a reconstrução das assimetrias de gênero e de profissão.

A pesquisa realizada pelo IBGE permitiu perceber que ainda há necessidade do aumento de investimentos na área da saúde e que esses investimentos devem proporcionar a redução das desigualdades regionais para que as organizações hospitalares, públicas ou privadas, possam atender ao cidadão na plenitude de sua necessidade de saúde e de programas preventivos de doenças e epidemias. Contudo, a pesquisa revelou também que o setor de saúde vivencia mudanças substanciais no que se refere ao investimento em novas tecnologias e no que se refere à adoção de novas formas de gestão. A profissionalização da gestão hospitalar é fundamental para que as organizações que atuam na área de saúde possam gerir de maneira eficiente o crescimento acelerado da área e a complexidade que envolve o espaço da saúde. No entanto, a profissionalização da gestão dessas organizações traz consigo desafios ligados às pessoas que participam do cotidiano hospitalar e das relações estabelecidas no interior dessas organizações.

As descrições da trajetória das organizações hospitalares e da complexidade interna inerente de uma organização com tamanha diversidade humana demonstram que pesquisas conduzidas nesses ambientes demandam um *constructo* teórico-metodológico adequado para embasar a discussão de forma coesa, consistente e coerente. Assim, no próximo capítulo, disserta-se sobre o construcionismo social para dar legitimidade ao *constructo* metodológico.

3 CONSTRUCIONISMO SOCIAL: UMA ABORDAGEM ALTERNATIVA PARA A ANÁLISE DAS RELAÇÕES DE GÊNERO

O construcionismo social se propõe a questionar como se produzem, na cultura, os sentidos atribuídos às condutas, comportamentos, crenças, valores, ideologias e práticas humanas, como processos que se dão dentro de um contexto histórico-social.

Sob a perspectiva dos estudos de gênero, categorias como ‘homem’ e ‘mulher’ devem ser entendidas dentro de seus contextos sociais e culturais, levando-se em conta não apenas a constituição biológica, mas, principalmente, questões sobre como se articulam as práticas dos indivíduos, além de sua inserção dentro de um determinado contexto sócio-cultural (MONTEIRO, 2002; PAIVA, 2000).

[...] Apesar da já longa existência do conceito de gênero, as ciências sociais tem tido dificuldades em construir um modelo de análise teórico e consistente das relações entre os sexos que corresponda a uma verdadeira descrição epistemológica do dualismo associado ao sexo biológico (AMÂNCIO, 1999, p. 2).

Pode-se questionar como esta situação é possível passados mais de trinta anos desde que os cientistas sociais identificaram o gênero como uma dimensão de análise importante (HOWARD e HOLLANDER, 1997; WILKINSON, 1997), com toda a produção científica conseqüente. Essa situação deu origem ao debate sobre o que se pode compreender como verdade ou realidade acerca do gênero (GERGEN e DAVIS, 1997).

A escolha teórico-metodológica pelo construcionismo social se deu pelo fato de essa abordagem considerar a produção dos sentidos como uma construção situada contextual e historicamente, podendo contribuir, dessa forma, para uma análise consistente das relações de gênero.

É imprescindível considerar características como sexo, gênero, raça, classe social, escolaridade e religião (e talvez outras variáveis) de cada indivíduo, quando se pretende fazer uma análise de suas práticas. Assim, não se pretende esgotar ou generalizar, para os universos masculino e feminino, as idéias contidas nesta tese. No entanto, como esses homens e mulheres que foram pesquisados estão inseridos tanto quanto são construtores e reprodutores desta cultura, acredita-se que a análise e os exemplos que eles fornecem por meio de suas falas possam ser representativos de uma determinada forma de pensar e das práticas adotadas nas relações que estabelecem nas organizações estudadas, bem como na interação com a sociedade.

O construcionismo social pode ser considerado uma orientação teórica resultante dos posicionamentos alternativos críticos e radicais da psicologia, desenvolvidos essencialmente nos EUA e na Inglaterra, nos últimos vinte anos e que pode incluir perspectivas como as práticas discursivas e o pós-estruturalismo¹ (BURR, 2003).

Apesar de não existir uma única definição de construcionismo social pode-se assumir que existem características partilhadas pelos autores construcionistas sociais (BURR, 1995).

A primeira delas é a posição crítica em face do conhecimento fornecido como verdade que diz respeito a categorias com as quais se apreende o mundo e que não se referem, necessariamente, a divisões reais. Tem-se como exemplo dessa questão o gênero, para o qual as observações do mundo sugerem existir duas categorias de seres humanos – homens e mulheres. Gergen (1992)

¹ Nesta vertente, a complexidade das relações sociais são postas à tona requerendo que o ‘gênero’ seja mais que uma categoria. Assim, como colocam Calas e Smircich (1992) ‘os feminismos pós-estruturalistas permitem interseções mais complexas de gênero e outras categorias sociais, que tanto desconstróem posições analíticas tradicionais quanto abrem espaço para diferentes relações assimétricas de poder entre aqueles que pretendem ser o ‘mesmo’ (p.303).

questiona a necessidade de distinção entre masculinidade e feminilidade por não refletir em nenhuma realidade palpável e independente.

A especificidade histórica e cultural seria outra característica compartilhada pelos construcionistas sociais, em que os termos e as formas pelas quais se consegue compreender o mundo e cada pessoa individualmente são artefatos sociais, produtos de inter-relações entre as pessoas, com especificidade histórica e cultural. As descrições e as explicações do mundo são os resultados de uma ação humana coordenada; as palavras apenas possuem significado dentro de um contexto relacional, elas são os resultados não da ação e da reação individual, mas de ação conjunta, da co-ação. Assim, as formas como se compreende o mundo, as categorias e os conceitos que se utilizam são específicos de um tempo histórico e cultural.

Outra característica partilhada pelos autores construcionistas é que o conhecimento do mundo é sustentado/mantido por processos sociais, pois provém da construção das pessoas acerca dele; é por meio das interações diárias entre as pessoas no decurso da vida social que as nossas versões do conhecimento são fabricadas. Por isso, todo o tipo de interação social, e particularmente a linguagem, é de grande interesse para os construcionistas sociais. O que se pensa ser a verdade (que varia quer histórica, quer culturalmente), isto é, as idéias correntes e aceitas de compreensão do mundo, são apenas um produto, não da observação objetiva do mundo, mas do processo social e das interações nas quais as pessoas estão constantemente envolvidas (BURR, 1995; 2003).

Também há o significado da linguagem como outro postulado partilhado pelos autores construcionistas, que deriva do seu modo de funcionamento dentro dos padrões de relacionamento, pois o construcionismo social não considera a linguagem um meio claro e puro por meio da qual os pensamentos e sentimentos podem se tornar acessíveis aos outros. O uso da linguagem é uma espécie de

ação, tendo, por isso, um caráter performativo. Quando as pessoas falam uma com as outras, o mundo é construído e, por isso, a linguagem não é apenas um veículo passivo para os pensamentos e emoções (BURR, 1995). A pedra base do construcionismo social é a insistência sobre a natureza partilhada dos códigos da linguagem, em constante mudança e variando nos seus significados em função dos contextos.

Se a forma de compreender o mundo não provém de nenhuma realidade objetiva (antes das pessoas passadas ou presentes), isso representa que os indivíduos nascem num mundo em que já existem os campos conceituais e as categorias usadas pelas pessoas numa dada cultura. Essa é a forma como as pessoas pensam os conceitos e as categorias que lhes permitem um campo de significados que são fornecidos pela sua linguagem. Para Hoffman (1992), os teóricos construcionistas sociais acreditam que as idéias, os conceitos e as memórias surgem do intercâmbio social e são mediatizados pela linguagem. Todo o conhecimento desenvolve-se entre as pessoas, no mundo cotidiano.

Esses conhecimentos ou entendimentos negociados entre as pessoas podem tomar uma variedade de formas e podemos, por isso, falar de possíveis e numerosas construções sociais do mundo. Mas, cada construção pode convidar a uma forma particular de ação (BURR, 2003).

Descrições ou construções do mundo sustentam padrões de ações sociais e excluem outros. As construções de mundo são ligadas às relações de poder porque têm implicações para aquilo que é considerado permitido para determinadas pessoas fazerem e para fazerem umas com as outras. Assim, o objetivo da pesquisa construcionista desloca-se da natureza das pessoas ou da sociedade para as interações e para as práticas sociais daí resultantes (PAIVA, 2000).

Questionando os pressupostos do essencialismo e do humanismo, a teoria construcionista social moveu o centro da atenção das pessoas para o domínio

social. Torna-se, dessa forma, o estudo do ser socialmente construído, o produto de discursos historicamente e culturalmente contingentes, discursos que trazem consigo uma rede complexa de relações de poder, assim como acontece na perspectiva das relações de gênero. A pessoa fica como que encaixada num sistema histórico, social e político do qual não pode ser retirada e estudada de forma independente.

Para compreender a abordagem construcionista social aplicada à análise de gênero, subdividiu-se esse capítulo em duas seções – “Perspectivas do construcionismo social no estudo do gênero” e “Produção dos sentidos: o significado da linguagem”. O objetivo é descrever como o construcionismo social analisa as questões das relações de gênero e como a linguagem produz sentido privilegiando o conhecimento. As alterações culturais mudam significativamente as condições de vida dos sujeitos, contudo estas mudanças necessitam ser nomeadas, descritas e compreendidas dentro de um contexto sócio-histórico.

3.1 Perspectivas do construcionismo social no estudo do gênero

O construcionismo social apresenta o gênero como uma construção social, um sistema de significados que se constrói e se organiza nas interações. Dessa forma, não é um atributo individual, mas uma forma de dar sentido às relações; ele não existe nas pessoas, mas sim nas relações sociais.

Os processos relacionados com o gênero influenciam o comportamento, os pensamentos e os sentimentos dos indivíduos afetam as interações sociais e ajudam a determinar a estrutura das instituições sociais (CRAWFORD, 1995). Como o gênero é um sistema de idéias dentro do qual as diferentes narrativas são criadas, as distinções de gênero ocorrem disseminadamente na sociedade. O

discurso de gênero envolve a construção da masculinidade e da feminilidade como pólos opostos e a essencialização das diferenças daí resultantes.

O construcionismo social reconhece a contradição como parte fundamental da realidade social e isso é consistente com a argumentação de que categorias, como o gênero, podem funcionar com definições distintas e em simultâneo numa situação particular. Diferentes participantes, ou mesmo e apenas um só indivíduo, podem, no decorrer de uma interação social, afirmar diferentes perspectivas de gênero, dependendo dos aspectos salientes das categorias no momento (HARE MUSTIN e MARECEK, 1990).

Sendo o conhecimento aquilo que se considera verdade num determinado contexto de relações sociais, é precisamente nesse processo que é criada a realidade de determinado fenômeno. O gênero não é um fenômeno que existe dentro dos indivíduos, pronto a ser descoberto e medido pelos cientistas sociais. Pelo contrário, é um acordo que existe nas interações sociais: é precisamente aquilo que tanto homens como mulheres concordam que sejam – em maior ou menor grau – aceitando as distinções visíveis estruturalmente e que se estabelecem no âmbito interpessoal, tornando-se tipificados, do ponto de vista de gênero, ao assumirem para si, os traços de comportamento generalizados e papéis normativos para as pessoas do seu sexo, na sua cultura (CRAWFORD, 1995).

O gênero é, desse modo, uma invenção das sociedades humanas, uma peça de imaginação com facetas múltiplas: construir adultos (homens e mulheres desde a infância), construir os arranjos sociais que sustentam as diferenças nas consciências de homens e mulheres (divisão das esferas da vida pública/privada, por exemplo) e criação de significados. Em resumo, criar estruturas que modelam e disciplinam a imaginação dos atores sociais.

Por meio da interação, negociam-se interpretações particulares, isto é, são criados significados que, por meio da linguagem, da participação nos rituais

de interação social e do envolvimento ativo com símbolos e realidades materiais da vida de todos os dias, estabelecem-se novas formas de relação e novos arranjos nas configurações identitárias e na memória dos grupos sociais.

O gênero não é uma questão de identidades² individuais, unitárias e consistentes de homem e mulher. Pelo contrário, desenvolve-se mediante peças de discurso, organizadas num sistema de significados disponíveis aos indivíduos de forma a darem sentido às suas posições, o que historicamente é reconhecido como respostas femininas e masculinas (WETHERELL, 1997).

Esse conceito construcionista social do gênero ajuda a reconciliar os resultados empíricos de que mulheres e homens são mais similares que diferentes na maioria dos traços e competências, com a percepção comum de que parecem comportar-se de forma diferente. Apesar de mulheres e homens poderem ter as mesmas competências, o fato de enfrentarem diferentes circunstâncias, constrangimentos e expectativas leva-nos, freqüentemente, a tomar decisões distintas relativamente ao seu repertório de opções.

Dessa forma, reafirmam os arranjos baseados nas categorias sexuais como naturais, fundamentais, imutáveis e essenciais, legitimando, conseqüentemente, a ordem social. Poder-se-ia então imaginar que as simples mudanças na forma como homens e mulheres fazem o gênero poderiam ser o caminho para a transformação.

² As transformações sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas foram acompanhadas de significativas mudanças nos papéis sociais de homens e mulheres. Essas novas formas de ação de ambos os gêneros tem gerado também estranhamentos dessas atitudes, de modo que ao lado das transformações significativas, assistimos a desentendimentos e conflitos em importantes setores da vida social. As mudanças associadas às representações construídas ao longo da história constituem-se em orientadores para as ações dos indivíduos e em aspectos significativamente interferidores na construção de identidades. Ao compreender essas relações com a dinâmica social maior, constitui-se em contribuição que podem ser focadas, especialmente, nos modos como homens e mulheres representam uns aos outros; suas formas de uso e expressão de seus corpos e os modos como têm se envolvido e responsabilizado nessas transformações.

Os termos e as formas pelas quais se consegue compreender o mundo e cada um individualmente são artefatos sociais, produtos de inter-relações pessoais, com especificidade histórica e cultural (BURR, 2003).

Para os construcionistas, as descrições e explicações não são nem motivadas pelo mundo como ele é, nem resultado inabalável, firme ou estável de propensões estruturais genéticas dentro do indivíduo. Pelo contrário, elas são o resultado de uma ação humana coordenada. As palavras apenas possuem significado dentro de um contexto relacional. Elas são os resultados não da ação e reação individual, mas de ação conjunta, da co-ação (SHOTTER, 1993; SHOTTER e GERGEN, 1989).

Determinada descrição do mundo é sustentada ao longo do tempo, não por validade objetiva, mas devido às vicissitudes do processo social. O conhecimento do mundo e as formas comuns de compreendê-lo não derivam da natureza do próprio mundo em si mesmo. O conhecimento do mundo não provém da natureza dele próprio, mas das construções das pessoas acerca dele (BURR, 1995; 2003).

É por meio das interações diárias entre as pessoas no decurso da vida social que nossas versões do conhecimento são fabricadas. Por isso, todo o tipo de interação e, particularmente a linguagem é de grande interesse para os construcionistas sociais (BURR, 1995).

Os acontecimentos entre as pessoas no decurso da sua vida são encaradas como práticas durante as quais as versões partilhadas de conhecimento são construídas. O que se pensa ser a verdade, isto é, as idéias correntes e aceitas de compreensão do mundo, é apenas um produto, não da observação objetiva do mundo, mas do processo social e das interações nas quais as pessoas estão constantemente envolvidas (BURR, 1995; 2003).

Como referem Howard e Hollander (1997, p. 35), “[...] é através da interação, que negociamos interpretações particulares; isto é criamos

significado”. Por meio da linguagem, da participação nos rituais da interação social, do nosso envolvimento ativo com os símbolos e as realidades materiais da vida de todos os dias, nós, literalmente, criamos aquilo que reconhecemos como real. Um mínimo de compreensão das regras partilhadas e das realidades é necessário para sustentar a comunicação humana e a interação e, em última instância, as sociedades.

As posições construcionistas sociais focalizam mais a atenção na estrutura de poder e na localização dos atores sociais nas estruturas sociais particulares. Daí que a mudança não pode ser encarada na esfera individual (NOGUEIRA, 1997).

Pode-se considerar que a perspectiva construcionista social se propagou por todas as disciplinas, a fim de aceitar a diferença, demonstrando como as categorias, quer profissionais, quer culturais, são construídas. Dessa forma, esse novo movimento (o construcionismo social), assim como aqueles que o apóiam, proclama uma nova abordagem ao conhecimento e à prática; centram-se essencialmente nos problemas das populações locais e criticam as pesquisas que se pretendem universais e defendem uma transformação cultural que poderia permitir a emergência de novas realidades e novas formas de ação.

O construcionismo social pretende substituir a pesquisa descontextualizada pelo estudo de tudo o que é cultural, histórico, social e politicamente localizado. Numa perspectiva construcionista social, são importantes a desconstrução, a democratização e a reconstrução de novas realidades e práticas para a transformação cultural (GERGEN, 1994).

No enfoque construcionista, Hall (2003) utiliza o entendimento de que as pessoas constroem o significado de práticas e processos simbólicos por meio dos quais a representação, o significado e a linguagem operam. Nessa concepção, admite-se que os atores sociais usem o sistema conceitual de sua cultura para construir significado por algum sistema representacional, no caso a linguagem. É

por esse sistema que os atores sociais fazem com que o mundo se torne significável e é por ele que comunicam esse mundo a outros atores.

O significado no construcionismo depende da função simbólica assumida pela qualidade da matéria significante. Isso significa dizer que os objetos sociais constroem-se pelo e no discurso a partir de sistema simbólico adquirido e construído. Ao atribuir ao discurso a centralidade na construção dos objetos sociais, é necessário repensá-lo levando em consideração as alterações provocadas pelas novas tecnologias na percepção das dimensões de espaço e tempo. Em decorrência dessas alterações, estabelecem-se novas formas de relação e novos rearranjos nas configurações identitárias e na memória dos grupos sociais.

3.2 Produção dos sentidos: o significado da linguagem

No construcionismo social, a produção de sentidos não é considerada produto de uma atividade intra-individual, nem é simplesmente a reprodução de modelos estabelecidos anteriormente. A produção de sentidos se refere a uma construção social interativa, mediante a qual as pessoas constroem os termos pelos quais passam a compreender e lidar com os fenômenos que as rodeiam.

Produzir sentidos do mundo e das coisas é uma ação desenvolvida pelo homem em suas relações, as quais são permeadas por práticas de discursos construídos por uma diversidade de vozes.

Para Spink (2004), as idéias com as quais o homem convive, as formas de expressão utilizadas e os conceitos que busca formalizar são constituintes de domínios diversos (ciência, arte, filosofia e religião), de grupos que são os mais próximos, como família, escola, comunidade e meio profissional, bem como os meios de comunicação em geral.

Assim, os repertórios que o homem usa para dar sentido às suas experiências são provenientes de contextos que trazem diferentes temporalidades, a saber: contexto cultural depositário dos conteúdos cumulativos produzidos e reinterpretados pelos vários domínios de saber e o contexto social que diz respeito ao tempo vivido e é marcado pelas determinações que resultam do processo de socialização³ primária e secundária. Nesse nível dá-se a aprendizagem de várias linguagens sociais, ou seja, dos discursos específicos de determinados estágios sociais. Finalmente, no contexto interacional, que se caracteriza pela dialogia, as várias vozes presentes nas práticas discursivas são ‘retroalimentadas’ (SPINK, 2000).

A produção dos sentidos é lançada no interior de práticas de significação, por isso adquire uma materialidade discursiva real, torna-se o real nos espaços de articulação, de hibridização de sentidos em que está em jogo uma multiplicidade de categorias referenciais que se faz a todo o momento, marcando, instituindo e constituindo novas formas de os grupos sociais definirem a si próprios e serem definidos pelos outros. Não se trata, portanto, de um processo dialético em que dois termos originais e antagônicos são combinados e sintetizados em um terceiro termo. Pelo contrário, referimos que os espaços de articulação, de hibridização, envolvem uma polifonia de sentidos que são produzidos cotidianamente e que implicam não no fortalecimento de uma ou outra

³ O sujeito necessita inserir-se no universo simbólico de seu grupo social a fim de construir sua identidade e se apropriar da riqueza cultural; esta é a base do processo de socialização. Porém, de modo concomitante, esse processo de socialização pode resultar numa forma de adestramento do sujeito transformando-o num indivíduo sujeitado. Para que o sujeito exista tem que se submeter necessariamente a um processo de socialização que lhe permita construir sua identidade de modo autônomo, isto é, ele deve definir sua identidade sob a trama de um universo cultural e social de formas simbólicas (valores, crenças, atitudes, hábitos, etc). Todo processo de socialização envolve uma dimensão inevitável e positiva de produção de subjetividade. Através da socialização o sujeito constrói uma identidade própria e incorpora a herança cultural de seu grupo social. A socialização envolve a subjetividade num processo de dupla direção: o sujeito assimila de forma criativa o imaginário social instituído integrando-o como parte da sua identidade pessoal e, concomitantemente, insere a subjetividade num modelo de identidades coletivas.

identidade, mas na desestabilização contínua dos marcadores identitários, pela produção contínua da diferença (GUANAES, 2004).

A produção de sentidos ocorre na ação social. Aliam-se, nesta proposição, a tradição hermenêutica de processo criativo – mediado pelas expectativas e pressupostos que o indivíduo traz para a situação –, a tradição interacionista de valorização da presença do outro (real ou imaginada) e a onipresença da linguagem na perspectiva das práticas discursivas, aqui concebidas como linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (DAVIES e HARRÉ, 1990; SPINK e MEDRADO, 1999).

Na concepção construcionista, é necessário privilegiar o estudo da linguagem como constituinte de práticas sociais na investigação sobre a produção do conhecimento. A linguagem é considerada atividade compartilhada e sua análise deve focalizar o relacionamento entre as pessoas, tendo o indivíduo como produtor da linguagem e do entendimento. Para Hoffman (1992), os teóricos construcionistas sociais acreditam que as idéias, os conceitos e as memórias surgem do intercâmbio social e são mediatizados pela linguagem.

Todo o conhecimento desenvolve-se entre as pessoas, no mundo cotidiano. Contudo, a linguagem fornece os meios para a leitura das relações sociais. Gergen (1997, p.253) destaca que “[...] é através da coordenação relacional, que nasce a linguagem, e através da linguagem nós adquirimos nossa capacidade de nos fazermos inteligíveis”. O mesmo autor destaca que o relacionamento substitui o indivíduo como unidade fundamental da vida social.

O construcionismo é, por conseguinte, fundamental para validar o *constructo* metodológico nas pesquisas que versam sobre gênero e poder nas relações de trabalho. Como o gênero existe nas interações sociais, a compreensão das assimetrias perpassa pelo ato de descortinar como são construídos os arranjos de poder nas organizações. Nesse sentido, as práticas discursivas são

instrumentos capazes de trazer à tona os arranjos sociais que sustentam as diferenças, mas, por outro lado, são instrumentos capazes de estabelecer mecanismos para a construção de novos arranjos na configuração das mudanças identitárias de gênero e, portanto, nas estruturas de poder vigente.

O capítulo quatro aborda sobre gênero como categoria analítica e sobre as relações de trabalho e gênero. Finaliza-se o mesmo capítulo apresentando gênero e profissão, e descreve-se como se dão as relações de trabalho nas organizações hospitalares.

4 RELAÇÕES DE TRABALHO E GÊNERO: CONCEITOS E PERSPECTIVAS DE ANÁLISE

As abordagens pós-modernas focam a importância do conhecimento do local, do específico, logo, da organização como objeto passível de trazer à tona a compreensão da realidade social. Isso porque as organizações representam uma faceta da realidade social e são locais de ação social, abertas à construção e à reconstrução das relações vivenciadas no amplo tecido social.

As relações de trabalho construídas nas organizações por trabalhadores e trabalhadoras reproduzem a assimetria e a hierarquia presentes na sociedade entre os trabalhos desenvolvidos por homens e por mulheres. Nas organizações, as relações de trabalho e gênero representam, portanto, a dinâmica e a complexidade das relações sociais engendradas ao longo do processo histórico, social e cultural.

De maneira específica, neste capítulo, descreve-se o conceito de gênero para delimitar um posicionamento teórico e sua aplicação como categoria analítica para delimitação metodológica. Sequencialmente, descrevem-se as relações de trabalho focando a divisão de trabalho e gênero delineando as relações de trabalho nas organizações hospitalares.

4.1 Perspectivas teóricas: conceito de gênero

Observa-se um número crescente de estudos sobre as relações de gênero nos espaços organizacionais e um pluralismo teórico no que se refere às investigações sobre a complexa relação social que se engendra nesses espaços de construção de relações de trabalho. A condução de estudos que versam sobre a relação de trabalho e gênero demanda um posicionamento teórico-metodológico diante das diferentes perspectivas teóricas.

Cálas e Smircich (1992, p.229) afirmam que “[...] a teoria organizacional foi explicitamente e em primeiro lugar respeitante ao sexo e não ao gênero”. Os estudos organizacionais que supostamente se debruçaram sobre o ‘gênero’ foram os estudos incluídos na denominada literatura *Women in Management* que insinua que “[...] antes da entrada das mulheres não havia gênero na gestão” (CÁLAS e SMIRCICH, 1992, p.230).

A discussão focada nas diferenças sexuais sustenta e reforça a inferioridade feminina, limitando sua esfera de ação, de autonomia e de liberdade de movimento e, principalmente, restringindo sua capacidade de transformação (NOGUEIRA, 2001). Scott (1992) salienta que a história das mulheres passou a ser entendida, muitas vezes, como um assunto de mulheres, mais especificamente de feministas, ou como uma história que diz respeito aos aspectos privados da casa, da família, da reprodução e do sexo, em oposição ao que realmente importaria à história, que é o domínio público da existência.

Scott (1992), ao desenhar a trajetória dos estudos sobre a mulher, relata que esta surgiu nos anos 1960, com o movimento feminista exigindo que se apresentasse a participação feminina na história, resgatasse suas heroínas e que explicasse a opressão patriarcal. Woolf (1985) acredita que se estava num momento no qual os pesquisadores desfrutavam de uma estranha imunidade - **“a de não pertencerem a nenhum sexo”** (grifo nosso), tornando necessário convencê-los a assumirem que eles o possuíam, e que isso era relevante. Scott (1992) relata, ainda, que nos anos de 1970, a história das mulheres teria se afastado da política, com a ampliação do campo de questionamento e o surgimento de controvérsias internas e de autoridades intelectuais no tema. Afirma que, nos anos 1980, teria havido o rompimento definitivo com a política, com o surgimento do termo gênero, aparentemente neutro, desprovido de propósito ideológico imediato.

O conceito de gênero foi criado para opor-se a um determinismo biológico nas relações entre os sexos, dando-lhes um caráter fundamentalmente social. O gênero enfatiza igualmente o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade. Este aspecto relacional vem da preocupação de alguns autores de que os estudos femininos se centravam sobre as mulheres de maneira demasiado estreita. Assim, a noção de gênero é capaz de dar conta de que as mulheres e os homens são definidos em termos recíprocos e não podem ser entendidos separadamente (SCOTT, 1990).

Assim, gênero surgiu com o objetivo de enfatizar o aspecto relacional da construção de feminilidades e masculinidades, rejeitando o determinismo biológico implícito em termos como ‘diferença sexual’ e ‘sexo’. Isso porque nenhuma compreensão sobre homens e mulheres pode ser alcançada por um estudo separado, definindo-os apenas em termos recíprocos (SCOTT, 1990).

Os estudos de gênero demandam também a percepção de como são construídas as relações na sociedade porque as relações de gênero apresentam-se desiguais e diferentes em vários aspectos da vida cotidiana. A diferenciação de gênero tem sua base material na divisão sexual do trabalho, mas organiza, sem ordem de prioridades, aspectos econômicos, sociais, vivências particulares, símbolos e representações em imagens de constante movimento, como em um caleidoscópio (FARIA et al., 2000).

Dessa maneira, o conceito de relações de gênero traz consigo a noção de práticas sociais, isto é, pensar e agir dentro de uma determinada sociedade e há existência de práticas sociais diferentes segundo o sexo. Mas, se as pessoas são permeáveis às relações sociais, elas também agem sozinhas ou coletivamente, sobre essas relações, construindo suas vidas por meio das práticas sociais. Se a construção de gênero é parte do tecido social, as identidades e os papéis masculinos e femininos não são determinados biologicamente, mas são construídos historicamente e que, portanto, podem ser modificados.

A emergência da história das mulheres como um campo de estudo envolve, nesta interpretação, uma evolução do feminismo para as mulheres e daí para o gênero; ou seja, da política para a história especializada e daí para a análise (SCOTT, 1992).

A manifestação do gênero como posição teórico-metodológica é um sinal de ‘despolitização’ ou de ‘neutralidade’. Em uma interpretação supostamente ‘despolitizada’ do gênero, ele não estaria filiado, *a priori*, a um questionamento sobre a desigualdade ou o poder, ou tomaria partido pela ‘parte lesada’. Gênero “[...] inclui as mulheres sem lhes nomear, e parece assim não constituir uma ameaça” (SCOTT, 1990, p. 8). Scott (1990; 1992) propõe um uso do gênero muito mais abrangente, incluindo o homem e a mulher em suas múltiplas conexões, suas hierarquias, precedências e relações de poder (SCOTT, 1990; 1992).

Gênero, portanto, constitui um avanço teórico para balizar a compreensão dos processos sociais e para reconhecer como os modelos e identidades são estabelecidos num contexto histórico e dependente dos interesses individuais (BURR, 1995). Isso porque a discussão baseada teoricamente em gênero permite a percepção de como os sujeitos constroem, social e historicamente, suas identidades como masculino e feminino (LOURO, 2000). Assim, o conceito de gênero é mais abrangente porque inclui o homem e a mulher sem suas múltiplas conexões, hierarquias e relações de poder (Scott, 1990; 1992). Sob essa perspectiva teórica, gênero passa a integrar o discurso das ciências sociais e humanas, como destaca Amâncio (1999, p.3) “[...] a emergência deste conceito inscreve-se num novo projeto teórico que pretende demonstrar a produção social das crenças e saberes sobre os sexos, colocando a questão na agenda científica da investigação social”.

4.2 Gênero como categoria analítica: a contribuição do pós-estruturalismo

As categorias sexo/gênero são definidas por Barbier (1990, p.30) como “[...] conjuntos de práticas, símbolos, representações normas e valores que as sociedades elaboram a partir da diferenças anátomo-fisiológicas e que dão sentido ao relacionamento das pessoas em geral”. Dito de outra forma, ‘homem’ e ‘mulher’ são categorias analíticas que devem ser entendidas dentro de seus contextos sociais e culturais, levando-se em conta não apenas a constituição biológica, mas principalmente questões de como se articulam as práticas dos indivíduos (MONTEIRO, 2002; PAIVA, 2000).

A categoria gênero representa uma virada epistemológica, pois o uso de gênero obriga ao abandono do hábito de se fazer uma história, uma psicologia ou uma literatura ‘das mulheres, sobre as mulheres’. O gênero traz a necessidade de analisar a construção social e cultural do feminino e do masculino, atentando para as formas pelas quais os sujeitos se constituíam e eram constituídos, em meio a relações de poder (LOURO, 2002).

O impacto dessa nova categoria analítica motivou veementes discussões e, mesmo, algumas fraturas internas. As relações de gênero passaram a ser compreendidas e interpretadas de muitas e distintas formas, ajustando-se a ou interpelando referenciais marxistas, psicanalíticos, lacanianos, foucaultianos, pós-estruturalistas. (LOURO, 2002).

Gênero, por conseguinte, como categoria analítica, necessita de uma teoria que lhe dê suporte – o pós-estruturalismo. O pós-estruturalismo permite questionar as categorias unitárias e universais e os conceitos tratados como naturais passam a ser discutidos em sua instância histórica, como, por exemplo, ‘homem’ e ‘mulher’ (SCOTT, 1994; 1999).

A opção teórico-metodológica do pós-estruturalismo traz consigo a demanda de um método apropriado - o método de desconstrução. O método de

desconstrução tem a função de desmontar a lógica interna das categorias, a fim de expor suas limitações (SCOTT, 1999; PISCITELLI, 2002). O método de desconstrução permite o questionamento de esquemas dicotômicos, ou seja, “[...] desconstruir significa analisar operações da diferença nos textos e as formas nas quais os significados são trabalhados” (SCOTT, 1999, p.208). O método de desconstrução revela, portanto, a interdependência de termos aparentemente dicotômicos e como seu significado se relaciona com uma história particular e mostra que as oposições não são naturais, mas sim construídas e construídas para propósitos particulares em contextos particulares (SCOTT, 1999; PISCITELLI, 2002).

A crítica pós-estruturalista e o feminismo pós-estruturalista incluem também certa concepção em torno da compreensão de como se constitui o sujeito: “[...] o reconhecimento de que o sujeito se constrói dentro de significados e de representações culturais, os quais por sua vez encontram-se marcados por relações de poder” (COSTA, 2000, p. 57).

Ao considerar gênero um “[...] elemento constitutivo das relações sociais baseadas entre os sexos e uma forma primária de dar significado às relações de poder”, Scott (2000, p.289) mostra uma perspectiva metodológica que tem como objetivo clarificar e concretizar como se deve pensar o efeito do gênero nas relações sociais e institucionais e na perspectiva teórica que indica as relações de poder.

Neste sentido, gênero discute as relações entre os indivíduos não se referindo ao poder social, mas sim a uma perspectiva que se aproxima ao poder foucaultiano (SCOTT, 2000). O poder é definido por Foucault (1999, p.88) como sendo a “[...] multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde exercem, e são constitutivas de sua organização”. Dessa forma, Scott (2000, p.290) infere que “[...] mesmo não sendo o único espaço onde se dão as relações

de poder, gênero é um campo primeiro no seio do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado”.

Joan Scott associa, de forma clara, a crítica ao binarismo e ao essencialismo. Segundo a autora, é necessário o uso de teorias que permitam ao pesquisador pensar em termos de pluralidades e diversidades, em lugar de unidades e universais; que rompam o esquema tradicional das velhas tradições filosóficas ocidentais, baseadas em esquemas binários que constroem hierarquias, como aquela entre universos masculinos e especificidades femininas; que permitam articular modos de pensamento alternativos sobre o gênero e que sejam úteis e relevantes para a prática política (SCOTT, 1999).

A oposição binária, seguindo a mesma autora, ao mesmo tempo em que contrapõe os dois termos da oposição, constrói a igualdade de cada lado da oposição e oculta as múltiplas identificações entre os lados opostos, exagerando a oposição, da mesma forma que oculta o múltiplo jogo das diferenças de cada lado da oposição. Trata-se de um jogo de exclusão e inclusão. Com isso, cada lado da oposição é apresentado e representado como um fenômeno unitário. “[...] Assume que tudo em cada categoria (mulher/homem) é a mesma coisa (é igual); portanto, se suprimem as diferenças dentro de cada categoria” (SCOTT, 1999, p. 219).

A categoria gênero, quando articulada à divisão sexual do trabalho, abre possibilidades para pensar, além da qualificação, as ‘metamorfoses’ do trabalho e o seu questionamento, a subjetividade no trabalho, as identidades no trabalho, o problema de igualdade e de diferença e as formas contemporâneas da gestão e de políticas sociais (SOUZA LOBO, 1991).

Gênero supera as antigas dicotomias entre produção e reprodução, público e privado, e mostra como mulheres e homens estão ao mesmo tempo em todas essas esferas, só que a partir de seu papel masculino ou feminino. O que reflete é a compreensão de gênero como parte da construção da identidade dos

sujeitos, seja do sexo masculino, seja do feminino. Por outro lado, os sujeitos também se identificam, social e historicamente, como masculinos ou femininos e assim constroem suas identidades de gênero (LOURO, 2000).

Percebe-se que a configuração identitária de homens e mulheres tem gerado ambigüidades, tensão e ansiedades nas construções que estabelecem com as esferas pública e privada no contexto social em que estão inseridos, transformando suas identidades sociais (CRAMER et al., 2004).

A identidade é entendida aqui como um componente acionador da realidade, constituído pelos processos sociais e que, a partir das relações sociais diversas, é conservada ou modificada. A identidade pode ser encarada como fragmentada, plural, em conflito, ao reconhecer que os modelos de conhecimento e verdade dependem das relações sociais estabelecidas num determinado contexto histórico e dependendo dos interesses individuais (BURR, 1995).

Dessa forma, o entendimento de gênero como categoria de análise requer atenção para o processo de práticas significantes, como a construção de identidades. Essas práticas descrevem a realidade das pessoas, pormenorizando o entrelaçamento do sujeito com suas redes de relações hibridizadas, oportunizando expor como acontecem as mudanças. (SCOTT, 1995).

4.3 Relações de trabalho e de gênero

A Sociologia do Trabalho, após estreitar relações com várias outras áreas do conhecimento, tem se mostrado fundamental para auxiliar o desvendamento da intrincada realidade do mundo do trabalho. A colaboração da psicologia, especialmente a psicopatologia do trabalho, sobretudo pelo fornecimento de um instrumental de enorme validade para trazer à tona a subjetividade dos trabalhadores e trabalhadoras, permite que eles e elas sejam analisados como sujeitos do processo de trabalho. Essa tendência torna possível trazer à tona os

sentimentos e subjetividades presentes nos locais de trabalho, bem como as condutas e ações que eles informam (LEITE, 2000).

Outra área é a economia, especialmente a economia industrial e do trabalho, áreas tradicionalmente próximas da Sociologia do Trabalho, vem sendo profícua sob vários pontos de vista. Pode-se destacar, nesse sentido, a decisiva contribuição deste campo ao relacionar os processos que afetam o trabalho com o processo mais geral de globalização da economia, bem como ao evidenciar, por meio dos estudos voltados ao mercado de trabalho, os efeitos relacionados às melhorias das condições de trabalho, principalmente no que se refere a estabilidade, remuneração e qualificação da mão-de-obra (LEITE, 2000).

O diálogo estabelecido entre diferentes áreas é fundamental para os estudos sobre relações de gênero e para explicitar a lógica da divisão sexual do trabalho no interior das organizações.

4.3.1 Divisão de trabalho e gênero

Existem evidentes indícios históricos de que a contribuição ao valor adicionado da economia de uma sociedade, desde o século XVIII, não era apenas efetuada por trabalhadores do sexo masculino. A participação da mulher na força de trabalho já estava presente na economia rural dos séculos XVIII e XIX (COLEMAN, 1997).

Com a industrialização na segunda metade do século XIX e as mudanças nas condições econômicas resultantes, foram criados novos papéis nas economias, tanto para homens quanto para mulheres. Na verdade, os homens tinham mais oportunidades de se engajarem em uma série maior de ocupações, como navegação, construção de estradas e de canais e serviço militar. Contudo, no início do período de escassez de moeda e de terras e com a partida de homens para trabalhos em outras regiões, as mulheres, antes dedicadas ao casamento e ao

trabalho doméstico, viram-se na contingência de prover seu próprio sustento e de enfrentar um futuro não definido pelos padrões sociais anteriores. Passaram, assim, a se locomover para as áreas urbanas e para as fábricas, o que acabou repercutindo tanto nas taxas de casamentos quanto de natalidade (COLEMAN, 1997).

No âmbito do trabalho, nas últimas décadas do século XX, o traço marcante foi o aumento das taxas de participação feminina em um processo contínuo. Essa inserção deu visibilidade à condição das mulheres e impulsionou a conquista de um conjunto de direitos, pelo menos na letra da Lei, contribuindo para o movimento de uma busca intensa de equidade entre homens e mulheres e questionando estereótipos e reivindicando a inclusão da força feminina em novos espaços.

Independente da época, a inserção das mulheres no mercado de trabalho sempre foi acompanhada de segregações e discriminações que as colocam em condições menos favoráveis no campo sócio-profissional. Tal realidade tem sido evidenciada a partir do estudo das relações de trabalho e, especialmente, das formas como homens e mulheres se inserem no mercado de trabalho. Essas relações, por ocorrerem em um espaço público – o espaço da produção –, permitem maior visibilidade e melhor apreensão das relações de gênero.

Embora tenha ocorrido a entrada das mulheres no mercado de trabalho nos considerados ‘setores produtivos’, o valor de sua atuação continua atrelado ao universo hierarquicamente subalternizado da reprodução no mundo doméstico. Seu trabalho e sua identidade como trabalhadoras continuam a ser de mulheres que, de certa forma, ‘não deveriam estar ali’, pois seu lugar permanece referido ao da casa, ao da maternidade e ao do cuidar dos outros (BRITO e OLIVEIRA, 1997).

Percebe-se que ainda há um quadro de dificuldades à entrada das mulheres no mercado de trabalho, que se manifesta, principalmente, em função

da segregação ocupacional. Isso porque as mulheres ainda se ocupam, em maior medida, em atividades relacionadas a seu papel tradicional de responsáveis pelos cuidados domésticos e pela identidade construída socialmente no que se refere ao gênero feminino (BERQUÓ, 2002).

A análise das formas de inserção da mulher no mercado de trabalho permite uma melhor apreensão das segregações e discriminações associadas a esse segmento populacional, pois é no âmbito da divisão sexual do trabalho que mais se evidenciam as diferenças socialmente construídas entre mulheres e homens e que remetem às relações de gênero (BERQUÓ, 2002; HEILBORN, 1998). Essas diferenças, como expressão de desigualdades sociais entre os gêneros, evidenciam discriminações e preconceitos relacionados a tipos de atividades exercidas, rendimentos, cor e condição civil. As condições e as características do trabalho da mulher revelam que existem segmentações no mercado de trabalho que implicam desvantagens para o contingente feminino (HEILBORN, 1998).

Os estereótipos de ‘ser homem’ e de ‘ser mulher’, definidos historicamente, reproduzem-se no mercado de trabalho e expressam-se na feminização/masculinização das tarefas e ocupações, determinando uma inserção desigual (SILVA, 1997). As quantidades e a disponibilidade de trabalho têm mudado nas sociedades de acordo com as definições que refletem os relacionamentos de poder e as necessidades econômicas dentro da comunidade. A situação do indivíduo, diante das diferentes hierarquias de poder da comunidade, determina em que tipo de trabalho a pessoa irá se engajar.

No âmbito da divisão sexual do trabalho ficam evidentes as diferenças socialmente construídas entre mulheres e homens e que remetem às relações de gênero, como relata Berquó (2002). Trabalhadores e trabalhadoras são dotados das atribuições de seus gêneros e são hierarquizados por essas atribuições no valor de suas atividades. Isso engendra uma assimetria e uma hierarquia entre os

trabalhos desenvolvidos por homens e por mulheres, espelhando a forma desigual com que se relacionam na sociedade. Assim, o trabalho é dividido conforme a organização que permeia as relações de gênero (MARCONDES, 2003).

As diferenças entre homens e mulheres engendram desigualdades quanto ao valor dos trabalhos masculinos e dos femininos. A questão da divisão sexual do trabalho é um fenômeno presente em todas as culturas e sociedades; sua organização varia no tempo e no espaço e não consiste em única forma de divisão do trabalho, mas às outras se articula. Seu principal elemento em comum, em todas as suas variações, está na hierarquização do trabalho conforme o sexo de quem o realiza (HIRATA e KERGOAT, 1998).

Se, por um lado, a organização entre os sexos não é a única forma de divisão do trabalho em uma cultura ou sociedade, por outro, sua grande importância reside na capacidade de conferir visibilidade às relações sociais. Isso porque a divisão sexual do trabalho é o suporte empírico que permite a mediação entre relações sociais (abstratas) e práticas sociais (concretas) (MARCONDES, 2003).

Vários estudos almejam explicar porque a segregação por gênero, nas atividades de trabalho, se formou e persiste em sociedades mais desenvolvidas. Os papéis específicos do homem e da mulher são claramente definidos, porém, se transformam com a evolução dos valores da sociedade e com o desenvolvimento da tecnologia e dos paradigmas de produção das economias, que se transformam historicamente (HIRATA e KERGOAT, 1998; MARCONDES, 2003).

As explicações para tal quadro devem considerar um conjunto de fatores, cuja origem pode estar tanto no campo econômico quanto em fatores socioculturais e institucionais. Portanto, ao lado de elementos relacionados a mudanças estruturais na economia, também devem ser consideradas as

modificações comportamentais, bem como a conscientização das mulheres e suas lutas direcionadas à construção de uma situação mais igualitária na sociedade, seja nas relações familiares – no espaço reprodutivo –, seja no âmbito do trabalho –, no espaço produtivo.

Alguns determinantes mais relevantes podem ser resumidos:

a) diferenças entre gêneros nas capacidades para o trabalho, que conduzem à exploração das vantagens comparativas por meio da divisão de trabalho do mercado. Se, na realidade, cada sexo tem realmente predisposição para executar melhor algum tipo de tarefa, então, a sociedade conseguiria maior eficiência com a segregação. Deve ser ressaltado o fato de que essas capacidades se transformam com a possibilidade de qualificação da mão-de-obra;

b) eficiência na separação dos gêneros de modo a reduzir os conflitos no trabalho, relacionados à tensão entre os sexos;

c) necessidade de equilibrar o trabalho de mercado com o doméstico e outros afazeres familiares. Em algumas sociedades mais avançadas da atualidade, algumas atividades, anteriormente distribuídas pelo mercado, são estimuladas a serem desempenhadas no ambiente doméstico, como forma de redução de custos para a sociedade e maior eficiência (como, por exemplo, cuidado dos velhos, de grupos de crianças ou de doentes convalescentes);

d) informação imperfeita acerca das capacidades relativas entre os dois gêneros, da parte dos empregadores;

e) exploração de parte das mulheres por homens ou por outro subsetor da sociedade (LEITE, 2000).

Ao tentar explicar as mudanças na oferta individual de trabalho, diversos autores apresentam algumas análises que tentam explicar o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho e a queda da representatividade masculina, particularmente pesquisando o período após a Segunda Guerra

Mundial (JACOBSEN, 1998; GILMAN, 1998; ALVES, 1999; LIBERATO, 1999; FOLBRE et al., 1992).

Os determinantes são caracterizados por fatores tais como: a) o aumento geral da demanda por trabalho; b) a elevação na escolaridade feminina, que transformou grande parte de trabalho não qualificado em qualificado, possibilitando maior absorção de mulheres aos processos industriais mais complexos. c) mudanças na composição da família, que podem afetar a decisão de oferecer trabalho no mercado, particularmente às tendências no número de casamentos e idade de casamento, divórcios, tamanho da família; d) queda dos salários reais médios familiares, o que estimula à ida da mulher ao mercado de trabalho e e) crescente substituição do trabalho masculino por feminino (quando são substituíveis), visando a diminuição de custos e de relaxamento do padrão de exigência dos trabalhadores (LIBERATO, 1999; Alves, 1999).

Uma série de outros fatores também serve para explicar algumas tendências mais recentes, como: mudanças na mentalidade das sociedades, transformações nas diferenças nas classes sociais, mudanças nas condições de trabalho e na intensidade do esforço de trabalho requerida (com a mudança tecnológica), aumentos nos benefícios extra-salariais, mudanças no movimento sindical, aumento da dependência da vida social em relação ao trabalho, mudanças na distribuição de renda e nas atividades de lazer (LEITE, 2000).

Quando se analisam especificamente as questões relacionadas ao trabalho, as hipóteses básicas que fundamentam o processo de desenvolvimento dos últimos anos são de que a aceleração do progresso tecnológico e de globalização, que obrigou a uma reestruturação tecnológica e organizacional das empresas na maior parte dos países, teve repercussões consideráveis sobre a natureza dos processos produtivos. Essa dinâmica teve impactos transformadores sobre as condições e a natureza do trabalho.

No âmbito do trabalho, o conjunto dessas transformações – tecnologia e globalização – pode ser denominado de flexibilidade. A flexibilidade pode ser aplicada tanto a relações de trabalho quanto à especialização flexível, determinada pela diferenciação do produto (ARAN, 2003). Essas transformações demandam requisitos essenciais da força de trabalho para assumir novas técnicas em um mesmo setor de atividades ou novas ocupações em setores diferenciados. A flexibilização do mercado de trabalho tem sido apontada como uma dimensão crucial do processo, como meio de permitir que as empresas se adaptem às mudanças nas condições de mercado.

Como salienta Rosenberg (1991), o caminho para a flexibilidade toma três formas básicas: a) flexibilidade salarial, que reafirma o papel central das forças de oferta e demanda nos mercados externos de trabalho; b) flexibilidade de emprego que diz respeito às formas de contratação diferenciadas, como em tempo parcial, temporária, subcontratação, trabalho em domicílio e outras que funcionam como meio de aumentar as taxas de emprego e c) flexibilidade funcional, que ocorre nos mercados internos de trabalho (dentro das empresas) e que reduz o poder tradicional dos trabalhadores dos setores sindicalizados, por meio da flexibilização das características e dos requisitos para a escolha dos candidatos aos postos de trabalhos. Esse fenômeno vem acompanhado freqüentemente da redução da política de carreiras e da mobilidade interna do trabalhador em direção à ascensão dentro das empresas.

A questão de gênero acrescenta nova perspectiva a essa análise da flexibilidade, pois cada uma dessas formas de flexibilidade recebe forte influência do sexo do trabalhador. A flexibilidade salarial afeta o salário familiar do trabalhador masculino, pois, cada vez mais, os trabalhos são pagos em consonância com os salários femininos (quando possível a substituição da função por trabalhadora feminina), que são inferiores (MACEDO, 2001). A flexibilidade no emprego é obtida freqüentemente por meio do uso de

trabalhadores em tempo parcial ou temporário, a que particularmente se adapta um grande número de mulheres. A flexibilidade interna, por sua vez, transforma as condições de trabalho nas indústrias em que predomina o trabalho masculino, para substituição por um emprego semelhante e “secundário” (com poucas perspectivas de promoção e condições vagas de efetivação no posto de trabalho) exercido por uma mulher.

As diferenças no valor do salário entre gêneros, em grande parte de ocupações, não têm uma causa biológica relacionada às diferenças nas habilidades ou na força física entre os sexos. Essas diferenças têm um caráter social ainda hoje vigente na maior parte das sociedades, relacionado à atribuição das tarefas de sustento da família atribuída ao homem e de cuidados domésticos e de reprodução da força de trabalho atribuída à mulher que correspondia ao modelo do século XIX (PARREIRA, 1988).

Grande parte dessa flexibilização no mercado de trabalho foi conseguida devido à falta de equidade no pagamento do trabalho entre os sexos e a falta de equidade é defendida por muitos analistas, como uma forma de possibilitar que as forças de mercado se adaptem e respondam às condições de mudança econômica. Assim, salários mais altos são utilizados para diminuir a escassez de oferta de trabalhadores em determinada ocupação ou posto de trabalho e salários mais baixos são utilizados quando há excesso de oferta de trabalhadores; valores comparáveis ou equitativos não permitiriam essa flexibilidade. A regulação governamental dos salários, a equidade nos valores pagos para os gêneros e outras formas de regulação introduzem uma rigidez e barreiras à competitividade (MUTARI e FIGART, 1997).

Os processos recentes de feminização das ocupações industriais, particularmente em países mais avançados, têm se desenvolvido paralelamente ao processo de desindustrialização, quando se observa no mundo uma tendência constante ao aumento das taxas de representatividade da mulher no mercado de

trabalho. No entanto, diferentemente do que acontece em países mais avançados, nos países em desenvolvimento, esse aumento se deve apenas em parte às mudanças culturais, demográficas e econômicas voltadas à modernização social e ao desenvolvimento. Observa-se também que, mesmo em períodos de crises sócio-econômicas conjunturais, a participação da mulher no mercado de trabalho tem aumentado como consequência da necessidade de complementação (ou como única fonte) da remuneração familiar.

De qualquer forma, as condições diferenciadas por gênero em relação a responsabilidades familiares e profissionais, horários de trabalhos rígidos, exigências mais restritas de qualificação em relação ao homem, entre outras, tornam patente que o trabalho da mulher não depende apenas da demanda do mercado, mas também de uma série de outros fatores a serem articulados (BRUSCHINI, 1996).

Esses fatores conduzem, freqüentemente, à alocação de trabalhadoras em atividades informalizadas, que permitam mais facilmente essa articulação, mas que se revestem de um caráter instável e de menor remuneração. O trabalho domiciliar é uma solução freqüentemente encontrada pela mulher na sociedade contemporânea. No entanto, ao contrário do trabalho domiciliar resultante da terceirização de uma série de serviços modernos mais sofisticados anteriormente alocados nas empresas, o trabalho domiciliar feminino, na maior parte dos casos, tem se revestido de um caráter artesanal, de baixa qualificação e baixa remuneração (ABREU E SORJ, 1993; BRUSCHINI E RIDENTI, 1993).

As assimetrias de oportunidades e remuneração percebidas no ambiente de trabalho podem ser entendidas pela compreensão de como é construída a identidade profissional, o que remete à discussão do processo que engendra a construção das relações de poder entre o gênero feminino e o gênero masculino. Descrevem-se, a seguir, como as relações de gênero no ambiente de trabalho refletem o processo de construção das relações sociais no âmbito social e,

conseqüentemente, na identidade profissional de homens e mulheres na área de saúde.

4.3.2 Medicina e enfermagem: relações de gênero no âmbito das relações de trabalho em organizações hospitalares

Toda organização apresenta um modo de funcionamento e uma combinação única de recursos (humanos, financeiros e outros) para a prestação de serviços ou a produção de bens. A estrutura organizacional reporta-se à forma como os recursos são combinados e como se dispõem os diferentes órgãos e níveis hierárquicos, as suas ligações e relações de interdependência, o seu funcionamento e as formas de coordenação de esforços. A estrutura organizacional traz consigo a divisão e a especialização do trabalho, que é um requisito funcional, sem o qual uma organização complexa não conseguiria alcançar seus objetivos. A divisão e a especialização do trabalho implicam a articulação entre indivíduos e grupos que respondem efetivamente às necessidades operativas da organização, mas correspondem à forma como articulam interesses específicos e tecem as redes de poder (BRUSCHINI, 1996).

A estrutura organizacional e a divisão e especialização do trabalho, portanto, refletem as diferenças entre gênero existentes no cenário social e expõem, no âmbito organizacional, as relações de poder. Assim, no âmbito organizacional, a forma de desempenho dos papéis e os próprios papéis que os sujeitos desempenham internamente são influenciados e produzidos externamente, como ocorre com os grupos profissionais, formados anteriormente à entrada na organização, os quais se atualizam em seu interior (BOURDIEU, 1992).

As ambigüidades presentes nas organizações hospitalares e a diversidade profissional atuante nos espaços organizacionais desta natureza tornam os

hospitais sistemas complexos, conforme destacam Drucker (1987) e Elias (2001). Além disso, os hospitais representam uma organização de pessoas confrontadas com situações emocionalmente intensas, tais como vida, doença e morte, as quais causam ansiedade e tensão física e mental. As organizações hospitalares constituem, portanto, espaços sociais heterogêneos, nos quais interagem diferentes grupos, papéis e profissões. Elas possuem uma dinâmica interna que, no cotidiano, atualiza identidades, hierarquias, conflitos e alianças (PEREIRA, 2000).

A constatação de que a divisão do trabalho vale para todas as sociedades, mas que suas modalidades variam (o que é trabalho de homem e o que é trabalho de mulher) no tempo e no espaço, não é um fato novo. Esse fato, historicamente evidenciado, nos confronta com a construção móvel das identidades no trabalho, baseadas nas qualidades de sexo e com o fato de que os atributos de uns e de outros (homens e mulheres) estão submetidos a diferentes modos e pólos de atração nesse campo.

A escolha profissional é influenciada por múltiplos fatores, entre os quais se incluem, como os mais perceptíveis, a personalidade, o modo como o sujeito percebe a si próprio e o mundo, as experiências associadas a gênero, raça, classe social e a saliência relativa dos papéis assumidos pelas pessoas na vida pessoal e profissional e, como meta principal, a realização profissional (LEONG e BROWN, 1995).

Sabe-se que, apesar de esses fatores serem escolhas universais, o seu significado e a sua prática são influenciados por fatores culturais específicos (LEONG, 2002), que são variáveis contextuais, tais como discriminação sexual, diferentes percepções que homens e mulheres têm de suas capacidades, sobreposição de papéis na vida das mulheres, socialização familiar, concepções de feminilidade e masculinidade associadas a certas disciplinas, bem como

discursos e ideologias que reproduzem as desigualdades nas relações de gênero (LEONG e BROWN, 1995).

Assim, o trabalho e as profissões são, muitas vezes, assimétricos com relação ao gênero, tanto entre profissões quanto dentro das próprias profissões, e é nas relações de trabalho que se percebem essas assimetrias de gênero (ROCHA, 2001).

Partindo do pressuposto de que a divisão sexual do trabalho é um princípio organizador da produção capitalista, e que essas formas de organização não são neutras ou somente científicas, que são sexuadas e se baseiam em uma relação entre os sexos, pode-se assumir algumas implicações conceituais na análise da medicina e da enfermagem, conforme descrito nos subitens posteriores.

4.3.3 Medicina: gênero e a prática clínica

É evidente a localização desfavorável das mulheres, em geral, no mercado de trabalho. Mas, pensar no âmbito das profissões coloca uma especificidade, a que diz respeito à qualificação como um elemento determinante do *status* profissional (BERQUÓ, 2002). Evidencia-se que a qualificação com base no conhecimento científico não basta para inserir o profissional na estrutura do emprego de forma isenta e igual.

Da segregação ao gueto, de acordo com Mott (2005), chega-se à convivência no mesmo espaço profissional, à ‘mixidade’ de gênero, o que pressupõe condições iguais de exercício das funções. O fato de as mulheres estarem penetrando em setores anteriormente fechados, masculinos, com exigência de alta qualificação, abre um leque de perspectivas ‘otimistas’, visando à promoção de igualdades num primeiro momento e, a partir desta ‘novidade’,

passou-se a argumentar no sentido de uma supressão das diferenças entre homens e mulheres no mercado de trabalho.

Uma dessas dimensões diz respeito ao fato de como o gênero é apropriado de forma a manter hierarquias e o conseqüente isolamento dos grupos considerados menos legítimos, que não correspondem às exigências para o ingresso ‘à altura’, com ‘honra’, naquele espaço. Percebe-se que as mulheres não conquistaram, por seus próprios méritos, a sua inserção nesse universo. Elas foram ‘aceitas’ e têm que corresponder às exigências com mais rigor, respeitar as regras do lugar, custe o que custar, o que é considerado ‘próprio’ da identidade feminina. A partir daí, vão-se tornando visíveis os obstáculos que se apresentam para esse grupo – o das mulheres, num espaço que, ‘aparentemente’, oferece condições igualitárias de desenvolvimento e realização na carreira profissional (MOTT, 2005).

Em relação à medicina, desde o início do século XX, o processo de trabalho está sendo alterado nos dois elementos definidores de uma profissão: o conhecimento e o mercado. A profissão médica, desde a sua origem, foi ocupada primordialmente por homens. Atualmente, apresenta taxas elevadas de feminilização, ou seja, verifica-se uma crescente expansão da mão-de-obra feminina em redutos tradicionalmente ocupados por homens (MACHADO, 1997).

As mudanças na profissão médica foram ocorrendo conjuntamente com as transformações histórico-estruturais da nossa sociedade, e as mulheres começaram a emergir como agentes sociais, procurando superar a sua exclusão dos espaços tradicionalmente masculinos. Assim, elas tendem a adquirir visibilidade e maior valorização das suas aptidões.

Apesar do aumento da presença das mulheres na medicina, os cargos mais elevados na hierarquia profissional, nas instituições prestadoras de serviços de saúde e nas entidades representativas da categoria continuam sendo ocupados,

na sua grande maioria, por homens. Neles estão concentradas as principais decisões relativas ao exercício da profissão (MARQUES, 1996).

Existem áreas que, tradicionalmente, concentram maior número de mão-de-obra masculina, como a assistência psiquiátrica, a ortopedia, os serviços radiológicos, entre outros. Essa tradição segue as características das práticas terapêuticas vinculadas ao uso da força física e baseadas na noção de risco técnico. Executar atos de contenção, tracionar e irradiar são verbos conjugados nos processos de trabalho da enfermagem nesses setores. Nessa perspectiva, Hirata e Kergoat (1998) afirmam que é baseada na força física que repousa a lógica social das práticas masculinas no cuidado de saúde.

A feminilização da medicina começa a ser apontada em alguns espaços de discussão da própria categoria médica no Brasil. Em muitos cursos universitários, as mulheres já ocupam metade das vagas. Valoriza-se no discurso o avanço que representa esse fato para as mulheres e para a própria profissão. Entretanto, não se problematizam ou discutem os lugares que esses sujeitos estão ocupando na hierarquia profissional e, ainda, justifica-se essa inserção com base nas aptidões femininas para determinadas atividades.

Lampert (2003) menciona que o fenômeno que interessa observar comparativamente é a tendência de concentração das médicas em determinados lugares que reproduzem a associação da qualificação técnico-científico com as aptidões femininas, como é o caso da pediatria. Busca-se, a partir disso, desvendar os mecanismos internos de pressão sobre mulheres que se interessem por atividades consideradas impróprias ao universo feminino, como a cirurgia, por exemplo.

As mulheres começam a entrar nos campos mais prestigiados, que estabelecem uma relação mais direta com o científico, como a medicina. Mas, se agrupam em *lugares* considerados femininos, associados ao cuidar, ao materno, a pediatria, hierarquicamente inferior no campo profissional. As especialidades

mais valorizadas, ultimamente, são aquelas que demandam uso de equipamentos de alta tecnologia, sofisticados e complexos, resultados do avanço científico. Resta saber se vão continuar a não ser atrativas para as mulheres e a desvendar os mecanismos de perpetuação dessas tendências, considerando as motivações dos homens para a sua permanência nas mesmas.

Quanto ao aspecto da natureza mais científica ou mais humanista de determinadas profissões, uma ambigüidade muito peculiar se estabelece para a medicina. A sua gênese está associada a uma filosofia humanista e é muito freqüente a associação da imagem do médico e do sacerdote, considerando o seu perfil tradicional. A frase ‘a medicina é um sacerdócio’ permanece como referência para aquele médico dedicado, mais velho, que vê as mudanças no campo profissional como uma perda dos valores essenciais no exercício da profissão (MARQUES, 2003).

Portanto, as esferas produtiva e reprodutiva se interpenetram e se entrecruzam, na definição da situação (tempo, espaço, qualidades) do trabalho feminino (SCOTT, 1999). É preciso, então, considerar essas inter-relações e superposições de uma esfera sobre a outra, pois são elas que colorem as experiências (as práticas), sobretudo as femininas.

4.3.4 Enfermagem: gênero e a ‘arte de cuidar’

Ao se transpor essa reflexão para o trabalho da enfermagem, depara-se com a fragilidade da argumentação da relação “**cuidado** – ação **feminina**” e da “**relação de serviço**” como características constitutivas da inclinação das mulheres para determinados setores. Os argumentos definem os trabalhos de relações humanas como leves e adaptados à fragilidade das mulheres e suas experiências domésticas. No Brasil, a enfermagem é exercida por três categorias profissionais: o enfermeiro com formação superior, o técnico e o auxiliar de

enfermagem de nível médio. A enfermagem brasileira com formação em nível superior é recente; sua passagem de fato ao ensino superior ocorreu em 1962 e somente a partir de 1972 constituíram-se os primeiros cursos de pós-graduação na área (SILVA, 1986).

Uma questão importante que permeia a figura da enfermagem é a necessidade de supervalorização da postura e da moral dos profissionais em detrimento do conhecimento técnico. A profissão é feminina por excelência. Sendo assim, o cuidado da saúde como atribuição da mulher passou a ser uma extensão do trabalho doméstico.

O objetivo da enfermagem é a promoção, a conservação e o restabelecimento da saúde, com especial atenção aos fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, e com absoluto respeito pelas necessidades e direitos da pessoa a quem se presta esse tipo de serviço (BRUNNER, 1983).

Fugulin (2002) considera que a enfermagem e as enfermeiras não são mulheres, na sua maioria, por acaso. Tanto quanto a situação feminina, em sentido amplo, a enfermagem, as enfermeiras e os enfermeiros são produtos de uma construção complexa e dinâmica da definição de 'ser' da enfermagem e das relações entre os sexos. Os valores simbólicos e vocacionais são exemplos de concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem em influenciar o recrutamento majoritariamente feminino da área (PEREIRA, 2000).

A predominância feminina no cuidado e na enfermagem faz com que ainda se identifique um discurso homogêneo em relação ao sexo. Apesar de algum grau de masculinização, não se pode falar em concorrência e rivalidades de sexo na atividade. No discurso interno, de acordo com estudos de Lopes (1996), a enfermagem não deprecia as práticas masculinas e, no interior da equipe, é difícil identificar efeitos de condutas de competição entre os sexos.

Observa-se, também, a permanência de certos símbolos e situações que atestam que a profissão não é valorizante para a imagem social masculina. No caso dos homens, a sustentação do seu recrutamento no mercado de trabalho não raro apela para os atributos e qualidades naturais masculinas, como a força física (da mesma forma que para os femininos: como dedicação e paciência), sem considerar formação e ou qualificação para o trabalho.

Para Silva (1986), as enfermeiras que freqüentemente possuem a mesma origem de classe social dos médicos e um nível de escolaridade semelhante, encontram-se numa posição subordinada em relação àqueles. Alguns aspectos podem explicar essa situação, dentre eles: o retardamento do processo de profissionalização e do processo de cientificação da enfermagem e também o fato de ser uma categoria predominantemente feminina.

Estudos envolvendo auxiliares de enfermagem em exercício hospitalar permitem inferir que persiste a resistência na aceitação da escolha profissional por parte de familiares e amigos. Essa resistência é menor entre aqueles oriundos de estratos socioeconômicos desfavorecidos, o que os leva a considerarem o acesso à área uma forma de ascensão social (WAINBERG, 2004).

Para Lopes (1996), os argumentos ou “qualidades naturais” masculinas para o trabalho permanecem aqueles relacionados ao uso da força física. Esses argumentos são sustentados pelos próprios trabalhadores, que vêm nesses atributos o fortalecimento de sua condição de homens e a garantia do exercício de tarefas ou de atividades exclusivas a esses atributos.

Também são evidenciadas condutas que atestam que, entre os poucos homens da enfermagem, uma espécie de solidariedade de gênero se estabelece na relação com os médicos homens e sua visibilidade e competência se vêm fortalecidas pela condição de minoria. O exercício de ações de cuidado de forma seletiva, baseadas no sexo dos pacientes, por exemplo, aparece como uma espécie de segregação que os condiciona ainda mais ‘às tarefas possíveis’ e

aceitas pelo sujeito cuidado. Se, no caso dos médicos, a submissão ao saber e às práticas terapêuticas da medicina não configura barreiras para o exercício dos homens, no caso da enfermagem existe essa resistência. A medicina, como prática terapêutica, não tem sexo; a enfermagem, como prática do cuidado tem apenas um sexo no imaginário social – o feminino. Homens cuidando e desempenhando práticas com o corpo biológico (mais próximos às práticas domésticas, maternas, de cuidado e higienização) não são homens ou são menos valorizados socialmente (WAINBERG, 2004).

A enfermagem foi estruturada para não disputar espaço e poder com o médico, figura hegemônica na área da saúde (MEYER, 1993). O status histórico garantido ao médico não admite a perda do poder sobre o doente. Raramente o enfermeiro poderá ocupar o mesmo degrau da hierarquia, restando-lhe o “direito” de ser um auxiliar. Apesar de o enfermeiro ser um profissional autônomo, a atuação subsidiária é a mais prevalente.

O enfermeiro deve possuir elevada capacidade empática, no sentido de saber colocar-se no lugar do outro, estando, ao mesmo tempo, consciente de que a utilização de estratégias psicológicas, no ambiente hospitalar, resulta não só em benefício para a pessoa doente, mas também para si próprio (ZURRIAGA et al., 1995).

É importante mencionar que, devido à evolução técnica e ao conhecimento científico (desde o início do século XX), os enfermeiros passaram a acumular uma diversidade de papéis, tais como: o de gestor da unidade de cuidados, o de apoio à pessoa doente e, também, com um relevo especial, o de colaborador no trabalho do médico.

Segundo Lopes e Souza (1997), neste amplo conjunto de funções sempre foi concedido aos enfermeiros certo ‘espaço de poder’, tratando-se, porém, de um poder virtual, dado que havia sempre alguém a controlar tal poder, mesmo que de forma subjetiva. Por isso, os enfermeiros ocuparam sempre papel

essencial nas instituições hospitalares, mas sempre posicionados em um lugar de retaguarda.

No desenvolvimento das suas atividades, verifica-se, assim, uma polivalência que, no entanto, não é acompanhada de autonomia e diferenciação de funções bem definidas, o que leva a conflitos e ambigüidades de papéis.

O trabalho assalariado tem sido a principal forma de inserção da enfermagem e dos enfermeiros no exercício profissional, e isso representa também um diferencial comparativo com a prática médica. Isso porque o trabalho autônomo (liberal) e a prática de consultório são freqüentes como processo e relações de trabalho no exercício da medicina.

Há uma associação entre a inserção de mulheres em alguns setores e a sua desvalorização no mercado de trabalho. As mulheres, na enfermagem, não encontram os mesmos obstáculos que as médicas. Elas estão no seu espaço próprio, lugar reservado ao desempenho de suas aptidões ‘naturais’; terão mais ‘trânsito’ na hierarquia interna do campo profissional. É mais freqüente a ocupação de cargos e chefias por mulheres (RIBEIRO et al., 1996).

Tanto poder quanto gênero são categorias construídas nas estratégias relacionais adotadas pelos atores sociais. Assim, as relações de poder podem clarificar o significado que os atores sociais constroem sobre as relações de gênero nas organizações. No capítulo 5, apresenta-se, desse modo, o arcabouço teórico que baliza as discussões sobre poder nas organizações estudadas.

5 A DIMENSÃO POLÍTICA DAS RELAÇÕES DE GÊNERO NO ESPAÇO ORGANIZACIONAL

A inclusão do poder no *constructo* teórico proporciona condições de análise mais completa das relações de gênero construídas por médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras no ambiente organizacional hospitalar. As relações de poder praticadas no universo organizacional descrevem como as relações de gênero são construídas e justificadas no ambiente social e, a partir daí, é possível entender o sentido que os atores sociais investigados dão às relações socialmente construídas.

Ao analisar as relações de gênero entre profissionais de medicina e enfermagem torna-se imperioso fundamentar essa análise com as relações de poder. A perspectiva de poder alicerça o sentido das relações de gênero porque a construção de identidade dos atores sociais é resultado dos diversos movimentos no tecido social e da interação dos pontos nodais dessa complexa rede.

As práticas discursivas, a estrutura de poder e os símbolos cultivados no âmbito organizacional trazem à tona as múltiplas instâncias que justificam as relações hierarquizadas, desiguais e assimétricas entre homens e mulheres. Diversos trabalhos sobre gênero encontram na discussão sobre poder a gênese da opressão entre as categorias – gênero masculino e gênero feminino – socialmente construídas. Destacam-se os trabalhos de Scott (1998; 1992), Saffiot (1994), Louro (1997; 2000), Nogueira (2001), Hirata (2002), Alonso (2002), Butler (2003), Cramer et al. (2004) e Oliveira (2005) que demonstram que as relações de gênero são instituídas e articuladas constantemente dentro do processo de construção das relações de poder.

As análises sobre a problemática do poder e o desenvolvimento de pesquisas sobre gênero entendido como parte integrante das relações de poder mostram como a ordem masculina faz com que as práticas sociais femininas

sejam vistas como suportes da mesma e como os elementos culturais reproduzem essa ordem. Por isso, a análise das relações de gênero, como relações de poder, não pode considerar apenas o domínio dos comportamentos das mulheres e dos homens, mas também os contextos político, social e organizacional em que esses comportamentos se produzem, se manifestam e se põem em prática (OLIVEIRA, 2005).

Na realidade, os estudos sobre gênero apoiados no poder devem debruçar-se sobre os fenômenos sociais e culturais construídos na sociedade ao longo do tempo. Isso porque a dinâmica social permite entender como as idéias generificadas reforçam a existência de um poder de dominação masculino (NOGUEIRA, 2001) e possibilita observar o desenvolvimento de rupturas por meio de tensões ofensivas ou defensivas, de negociação, de cooperação ou de conflito (SCOTT, 1998).

A abordagem de poder possibilita discutir as relações de gênero como movimento capaz de valorizar e desenvolver ações concretas de contestação e crítica ao *status quo* das práticas discursivas que reiteram a polarização dos gêneros e acabam escondendo a pluralidade e a multiplicidade na concepção de homem e mulher (LOURO, 1997). As relações de poder proporcionam uma pluralidade de análises sobre as relações de gênero no espaço organizacional e permitem uma compreensão mais ampla da identidade sobre gênero, como destaca Louro (2000, p.26) “[...] o gênero está ligado à produção de identidades – múltiplas e plurais – de mulheres e homens no interior de relações e práticas sociais (portanto, no interior das relações de poder)”.

Por ser o gênero uma posição teórica que dá referência à localidade, porque é nas práticas discursivas que as verdades universais que reforçam a dominação masculina são reformuladas pelo ator social, o estudo de gênero no contexto das relações de poder demanda um objeto de estudo apropriado para sua análise. Neste caso, as organizações são ‘palco’ para delinear o processo de

construção das relações de gênero e de poder e as relações de trabalho proporcionam condições para clarear como as estruturas de poder reforçam as assimetrias de gênero.

As relações de trabalho são resultado da construção social e estão enredadas em tramas de poder que evidenciam as diferenças entre gênero. As relações de trabalho, portanto, reproduzem o conjunto de símbolos compartilhados na sociedade. As profissões consideradas femininas remetem à esfera privada e da reprodução (cuidar da casa e da família) e as profissões consideradas masculinas remetem à esfera pública e de produção, demonstrando como a relação das pessoas com o mundo se inicia a partir dessas relações de poder e se reproduz nas instituições organizacionais (LOURO, 2000; SCOTT, 1992). Diversos autores, como Diogo (2005), Macedo (2002), Alonso (2002), Hirata (2002) e Hare-Mustin e Marecek (1990), comprovam que, mesmo quando homens e mulheres compartilham da mesma situação de classe, no âmbito do trabalho, além da ‘generificação’ das profissões, há permanência de discriminação em relação ao acesso e à remuneração.

Como competências são pré-definidas socialmente, como apontam Louro (2000) e Scott (1992), somente uma mudança na divisão do trabalho pode conduzir a uma mudança substancial no conteúdo dos papéis de gênero, na tipificação das competências e crenças e, posteriormente, na extensão das diferenças sexuais (LOURO, 2000; SCOTT, 1992).

Alguns autores afirmam que, no núcleo familiar, encontra-se um ponto nodal de mudança. A família é um fenômeno histórico recente e foi ela que permitiu o estabelecimento da esfera privada como local da afetividade e a sociedade se encarregou de naturalizar essa organização como local imaginário para a constituição dos sujeitos e para o enquadramento social (FOUCAULT, 2001). As mudanças e as transformações na família permitem afirmar que o núcleo duro da família ruiu com o questionamento da hierarquia entre os sexos

(GOFFMAN, 1988; DUBAR, 2000; ARAN, 2003). De acordo com Dubar (2000, p.70), “[...] a diversificação das formas de vida privada e das relações entre os sexos levam a uma transformação das relações sociais e renegociação dos antigos valores e hierarquias”. Conclusivamente, o mesmo autor afirma que o indivíduo é convidado a desenvolver uma relação reflexiva com a coletividade e suas demandas para vivenciar o período de mudança e transição para novas formas de masculinidade e feminilidade.

Apesar de as mulheres somarem mais de 49,8% da população economicamente ativa (PEA), ainda se verifica acentuada desigualdade entre homens e mulheres, e estas ganham, em média, 65% da remuneração dos homens, conforme dados do DIEESE (2004). O aumento da participação das mulheres ao mercado de trabalho está mais vinculado à expansão de atividades ‘femininas’ do que ao acesso a atividades ‘masculinas’ e a atividade econômica delas é descontínua, como trabalhos em tempo parcial, ocasionais ou sazonais, para que possa articular desempenho doméstico e profissional (YANNOULAS, 2002).

As relações sociais são apreendidas no espaço organizacional, que representa uma forma empiricamente visível de conhecer a dinâmica social. Buscando no pós-estruturalismo a ferramenta para investigar a construção dos processos históricos e sociais que constituem as relações de gênero e poder, torna-se possível identificar como as práticas discursivas focadas na naturalização das assimetrias das relações entre homens e mulheres tendem a colaborar para a conservação da dominação masculina. Leia-se: **para a permanência da estrutura de poder vigente** (grifo nosso).

Bourdieu (2001) afirma que o poder é lócus de consenso porque aquele que detém o 'poder' crê ser legítimo tê-lo e quem não o detém reproduz essa lógica. Quando o poder é associado ao saber, Bourdieu (2001) acredita que a reprodução da lógica dominante é ainda mais aceita. Como Foucault (1979, p.12)

afirma que “a verdade não existe fora do poder ou sem poder”, pode-se inferir que a construção da identidade, mesmo resultante do saber, leva em conta o poder. A disputa do saber é reveladora de uma disputa por poder, de uma disputa por posição social (Hall, 1999). Clegg (1992) também associa poder ao saber. Para ele, o conhecimento também produz poder: “[...] o poder estará implicado nas tentativas de fixar, ou separar e mudar, relações específicas de representação de significado” (CLEGG, 1992, p.75).

Hardy e Clegg (2001), baseando-se no legado de Marx e Weber, afirmam que as estruturas organizacionais não podem ser vistas como estruturas de dominação, mas devem ser analisadas como arranjos de autoridade formal, legítima e funcional. O conhecimento técnico no âmbito organizacional é base para o poder dentro das organizações (HARDY e CLEGG, 2001). Clegg (1993) considera as contribuições de Foucault pertinentes, principalmente porque Foucault descreve que o poder tem que ser pensado não somente como uma coisa, mas também como propriedade das relações. Há, nesse caso, um rompimento com a idéia de que o poder é algo que se possui e surge a idéia de que o poder é algo que se constrói a partir de relações sociais (CLEGG, 1993).

Na perspectiva foucaultiana (1986; 1995), o poder não possui essência repressiva; ele é algo em exercício e que se encontra ao alcance de todos. Nas palavras de Foucault (1995, p.74),

“[...] o poder corresponde à relação de forças que se confrontam com outras forças, poderes que interagem com outros poderes, revelando-se nas lutas cotidianas, nas várias instâncias da vida humana, além de encontrar-se ao alcance de todos os envolvidos, de todos os interlocutores sem que um se anule face à força exercida pelo outro”.

Foucault (1979, p.8) afirma que “[...] o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso”. Se, para Foucault (1979; 1995), o poder tem no corpo social sua rede produtiva, sua desconstrução perpassa pelo conhecimento do discurso que o difunde nos diferentes grupos de produção – famílias ou organizações. Dito com propriedade, “[...] as correlações de força múltiplas que se formam e atuam nos aparelhos de produção... servem de suporte para grandes efeitos de clivagem que percorrem o conjunto do corpo social” (FOUCAULT, 1988, p. 12).

A concepção de poder como elemento constitutivo das relações é referenciada por Townley (1993) e Elias (1994). O poder é relacional, ou seja, ele torna-se aparente somente quando é exercido, já que é associado a práticas, técnicas e procedimentos. O poder está, portanto, nas relações socialmente construídas, embora as estruturas sejam permeadas por ele. O poder relacional trabalha a dialética entre poder e resistência, ou seja, o poder não é absoluto e sempre há a criação de novas formas de resistência ao poder vigente. Como o poder é dinâmico e, pode-se dizer, até circulatório, as relações sociais e sua dinâmica buscam, por meio de “pontos nodais”, estabelecer pontos de resistência ou novos pontos de controle (TOWNLEY, 1993)

Para Elias (1994; 2000), o poder é fruto de relações e faz parte das inter-relações humanas. O poder, portanto, não é um fato posto e situado que pode ser isolado como uma coisa qualquer, mas é algo relacional. O poder tem a ver com o fato de que existem grupos ou indivíduos que “[...] podem reter ou monopolizar aquilo que outros necessitam, como por exemplo, comida, amor, segurança, conhecimento, dentre outros. Portanto, quanto maior as necessidades desses últimos, maior é a proporção de poder que detêm os primeiros” (ELIAS, 1994, p. 53).

O poder pode ser político, econômico, do conhecimento, dentre outros, e expressão de variadas formas. Destarte, ele é fruto de uma interdependência, um atributo das relações construídas socialmente. A variação das relações sociais promove uma variação nos graus de poder que se estabelecem entre os grupos ou entre os indivíduos, ou seja, o ‘equilíbrio de poder’ depende da proporção da função desempenhada entre grupos ou indivíduos sobre outros grupos ou indivíduos (ELIAS, 1980; 1994)

Numa perspectiva sociológica, Elias (2000) estuda como afloram as tensões em uma comunidade dividida em dois grupos – um grupo que vive na área há duas ou três gerações (denominado **estabelecidos**) e outro grupo recém-chegado (denominado *outsiders*) – pela percepção que a aceitação de um grupo implica em posição secundária que dá acesso às fontes de poder, apreendido pelos estabelecidos.

Elias (1994; 2000) enriquece as discussões sobre poder ao reafirmá-lo como relacional e ao apontar que o conhecimento também é gênese de poder, quando afirma que: “[...] o acesso a um conhecimento mais amplo, a maiores e mais compreensivos meios de orientação, incrementa o poder potencial dos grupos humanos” (ELIAS, 1994, p. 57). Contribui mais ainda ao apontar que a interdependência das relações humanas produz relações de dependência e o grau de dependência define a quantidade de poder que um grupo ou um indivíduo possui em relação ao outro. Dessa forma, o mesmo autor finaliza o debate colocando o poder como inerente às relações humanas construídas tanto na esfera pública quanto na esfera privada (ELIAS, 1994; 2000).

As práticas discursivas são essenciais para entender o poder e suas interfaces específicas e históricas. Elas são, portanto, conseqüências das práticas de poder. O poder deve ser entendido como fenômeno disperso, disseminado, múltiplo e presente em todas as esferas do social e suas manifestações (conhecimento, discurso e interdependência) são possibilidade de resistência

sobre assimetria das relações de poder (Foucault, 1979; 1994; 1997 e Elias, 1994; 2000).

As formas de subjetividade, na filosofia foucaultiana, envolvem a relação consigo que se estabelece por meio de uma série de procedimentos que são propostos e prescritos aos indivíduos, em todas as civilizações (EIZIRIK, 1997). Elias (2000) reitera essa questão quando afirma que os indivíduos são condicionados socialmente ao mesmo tempo pelas representações que fazem de si e por aquelas que lhes são impostas pelos outros (com quem se relacionam). Assim, Elias (2000, p.36) afirma que para “[...] compreendê-los, é necessário desistir de pensar em termos de substâncias isoladas únicas e começar a pensar em termos de relações e funções”. Nesse sentido, a compreensão das relações de gênero no contexto das relações de poder envolve a captação do processo de estruturação e fixação das representações dessas categorias em formas históricas e sociais. Isso envolve a coleta das práticas discursivas como práticas da difusão de assimetrias nas relações sociais.

Partindo da constatação de que “[...] o termo poder designa relações entre parceiros”, feita por Foucault (1995, p.240), acredita-se que o aspecto relacional da categoria gênero apontado por Scott (1992; 1995) permite consolidar gênero como um dos primeiros campos que geram e sobre o qual promovem a articulação de significados de poder. Portanto, entender o sentido que médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras dão às relações socialmente construídas por eles próprios envolve discutir as relações de poder presentes nas organizações hospitalares.

Assim, no capítulo posterior, descrevem-se os resultados coletados durante a pesquisa e, baseando-se no *constructo* teórico-metodológico adotado, apresentam-se as análises e as inferências a respeito do sentido do gênero no contexto das relações de poder nos hospitais estudados.

6 RELAÇÕES DE GÊNERO, PODER E PROFISSÃO NAS ORGANIZAÇÕES ESTUDADAS. UM ENFOQUE SÓCIO-CONSTRUCIONISTA

A discussão dos resultados é feita em três categorias, para facilitar o processo de apreensão do sentido das práticas discursivas na construção da identidade profissional na medicina e na enfermagem, no ambiente hospitalar. Com base no *constructo* metodológico, acredita-se que as categorias construídas facilitam o encadeamento de idéias e proporcionam condições de o pesquisador se aprofundar nas análises à luz do *constructo* teórico.

As três categorias - (1) poder nas organizações hospitalares: decisão, experiência/pioneirismo; (2) práticas profissionais: a sociabilidade na medicina e na enfermagem e (3) gênero: profissão e poder nos hospitais – são consideradas fundamentais para a análise da pesquisa empírica e são discutidas sequencialmente.

6.1 Poder nas organizações hospitalares: decisão, experiência/pioneirismo

Nesta categoria discute-se como se dão as relações de poder nas organizações hospitalares. A percepção das relações de poder passa pela apreensão da forma como o processo de tomada de decisão é conduzido nas organizações e, para tanto, a especialidade, a experiência e o pioneirismo são aspectos considerados por meio da produção dos sentidos de médicos e médicas, enfermeiras e enfermeiros.

As duas organizações estudadas têm formas distintas de gestão. A organização B é gerida por médicos e a organização A inicia o processo de profissionalização de sua gestão. Atualmente, a organização A é gerida por um administrador profissional que busca aplicar técnicas modernas de gestão.

Em ambas as organizações, o processo de decisão é centralizado e há ‘brechas’ para a participação de médicos. A valorização da opinião está centrada na profissão, demonstrando uma hierarquia baseada na identidade profissional. As práticas discursivas de médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras reiteram a construção de práticas de poder centralizadas no corpo clínico, que é formado por médicos e médicas. Nessa centralização, há a percepção de um viés na participação igualitária porque o poder está na mão de poucos ou dos mesmos, como destaca MF07.

“[...] As decisões, no que concerne ao corpo clínico, são sempre feitas em reuniões [...] existem muitas decisões que a gente fica sabendo a posterior e acho que poderiam ser discutidas” (MM01).

“[...] hoje está mais centrado na administração. [...] É claro que é valorizada a opinião do corpo clínico” (MM11).

“[...] Eu acho que as decisões são lentas aqui. [...] Todo mundo é muito conservador. [...] O poder está na mão de poucos. [...] Tem um rodízio, mas sempre na mão dos mesmos” (MF07).

Apesar de o poder ser centralizado, há possibilidade de participação, uma vez que ocorrem reuniões com direito a votos. A participação é baixa, como observado em reiterados discursos de médicos e médicas. Isso ocorre pela jornada de trabalho e pelo fato de o profissional de medicina enxergar a organização hospitalar como um trabalho temporário e como meio de construção de reconhecimento de sua competência.

“[...] As decisões, no que concerne ao corpo clínico, são sempre feitas em reuniões, contudo, existe ala

mais jovem que não participa das reuniões por se classificarem como profissionais temporários no hospital” (MM01).

“[...] somos convidados para a reunião. Muitas vezes eu fico triste porque a maioria dos médicos não vai às reuniões de decisões importantes e depois, no dia seguinte, ficam reclamando do que foi decidido. Eu noto que há dificuldade de entrosamento, de falta de participação dos médicos nas reuniões, mas os médicos são sempre convidados para a reunião. Tudo é feito por votação, todo mundo tem o direito de expressar o seu ponto de vista” (MF11).

Apesar da ‘valorização’ da opinião do corpo clínico, o processo de tomada de decisão é centralizado e a estrutura organizacional reforça os mecanismos que impedem a distribuição equitativa do poder entre médicos e médicas e, especialmente, acentua as assimetrias de participação das profissões de medicina e enfermagem.

“[...] As decisões, quando são tomadas, a gente fica sabendo depois. Não temos muita participação”(EF09).

“[...] A gente não participa não, mas as decisões são tomadas corretamente. São decisões boas” (EF11).

“Não existe participação. Eles não perguntam para gente o que a gente acha. Eles tomam as decisões e comunicam a gente somente” (EF13).

“Os enfermeiros têm pouca autonomia aqui dentro do hospital. Acho que muita coisa que é da nossa competência, a gente não tem autonomia para isso. [...] Às vezes, você acaba tendo que concordar, discordando, mas...” (EF14).

Observa-se, portanto, que as organizações hospitalares refletem a estrutura de poder descrita por Foucault (1999). Dito de outra forma, as relações de poder no ambiente hospitalar reforçam o domínio da medicina sobre a enfermagem o que reflete nas relações entre os profissionais de ambas as profissões. Estas inferências foram reforçadas pelas testemunhas-chave na validação do *constructo*, conforme destacado nos depoimentos abaixo.

“[...] As enfermeiras não ocupam cargos administrativos ligados ao gerenciamento do hospital. [...] Elas têm cargo apenas de coordenação” (TC01).

“[...] Alguns médicos têm certa animosidade em relação às enfermeiras, tratam mal..., mas existem também algumas enfermeiras que querem mandar por serem mais antigas, mas o status de médico é maior. As decisões devem ser tomadas por nós (médicos), é aí que elas perdem” (TC02).

Além da assimetria entre profissões, há valorização da experiência em ambas as organizações. O poder está relacionado com a experiência que os atores sociais adquiriram em suas práticas profissionais. Percebe-se uma construção de estigmas entre os mais ‘antigos’ (**estabelecidos**) e os mais ‘novos’ (*outsiders*). Os estabelecidos detêm o poder, contudo, a apropriação desse poder está associada à medicina, conforme *constructo* teórico baseado em Foucault (1999) e Elias (2000).

O espaço organizacional em que estão inseridas as duas categorias profissionais demarca uma expressiva divisão do trabalho, tanto em relação ao poder quanto em relação à profissão. A construção desse arranjo é fruto de uma construção subjetiva e simbólica no imaginário dos atores sociais.

“[...] mas aquelas pessoas que estão há mais tempo se julgam com autoridade suficiente para decidir” (MM01).

“[...] As decisões são tomadas por colegas mais antigos, porque são cautelosos nas decisões... O pessoal dá muito valor à idade” (MF07).

No âmbito externo à organização, há o reconhecimento profissional, mas isso não influencia nas relações de poder na organização. Os estigmas profissionais estão presentes na sociedade que coloca o emprego como instrumento de identidade pessoal, ou seja, você é extensão da organização na qual está inserido. Contudo, o reconhecimento na sociedade e a associação entre pessoa e profissão não são reflexos da estrutura de poder estabelecida internamente na organização. Os depoimentos de MM01 e de EF11 destacam a experiência como fator de *status* dentro e fora da organização.

“[...] eu tenho reconhecimento grande tanto dentro quanto fora do hospital... depois de trinta anos, eu acho que é natural que haja reconhecimento, pois aonde você vai existem pessoas que te conhecem e que dizem gostar do seu trabalho” (MM01).

“[...] Eu sou reconhecida porque já tem muito tempo que eu trabalho, fora também por ter muitos anos nesta profissão” (EF11).

Apesar de estar explícito, nas práticas discursivas, que as relações de poder estão centradas nas profissões – medicina e enfermagem –, observa-se também pouca participação de médicas em ambientes propícios para discussão das decisões e em cargos de direção. Isso reforça a constatação de Mott (2005) que afirma que a inserção da mulher no ambiente organizacional está atrelada ao fato de ‘ela’ corresponder às exigências e respeitar as regras do lugar. Mott

(2005) demonstra que a ‘aceitação’ da mulher no universo **masculino de trabalho** (grifo nosso) depende da avaliação, ou seja, se esta está à altura desse espaço e isso significa manter a estrutura de poder vigente.

Na realidade, as médicas encontram na não participação um forte aliado da perpetuação da característica consensual do poder (BOURDIER, 2001). A ausência nos foros de discussão do processo decisório proporciona uma espécie de ‘zona de conforto’ para as médicas e perpetua a estrutura dominante.

“[...] Sempre tem reunião do corpo clínico, sempre estão me chamando. Eu não me envolvo muito com o hospital. Eu não vou a reuniões, eu me sinto bem à parte mesmo. [...] Eu não gosto muito da parte administrativa” (MF10).

“[...] As mulheres participam das decisões, no entanto, existe certa barreira para que elas sejam chefes. Existem as subchefes, vice-presidente...” (MF06).

Na validação do *constructo*, constatou-se a presença de uma médica em cargo de chefia na organização B, o que representa uma mudança no arranjo das relações de poder, comprovando que as estruturas em uma organização são construções sociais dinâmicas passíveis de constantes alterações. A percepção de que o gênero está presente na construção das relações de poder é baseada nas inferências de Scott (2000) que define o gênero como campo de articulação do poder. Contudo, nas relações de poder e gênero nada é posto, colocado, de forma definitiva. As relações de poder podem ser construídas e reconstruídas constantemente, conforme o processo de constituição da subjetividade das relações de gênero entre médicos e médicas.

“[...] Aqui no hospital o cargo administrativo mais alto que é ocupado por médicos é ocupado por uma médica... Ela é chefe do corpo clínico” (TC02).

No Quadro 2 descrevem-se, resumidamente, as discussões da categoria “Poder nas organizações hospitalares”, possibilitando visualizar as contribuições empíricas da pesquisa.

QUADRO 2: Poder nas organizações hospitalares

Poder nas organizações hospitalares: decisão, experiência/ pioneirismo e gênero.		
C A T E G O R I A 1	Gestão	Centralização com 'brechas' para participação do corpo clínico.
	Decisão	Discussão em reuniões com baixa participação do corpo clínico. Focada na participação médica. Exclusão da enfermagem e sua contribuição até em áreas relacionadas à prática da profissão.
	Hierarquia do poder (profissão e experiência/pioneirismo)	Assimetria entre profissões (medicina e enfermagem). Poder atrelado à experiência/pioneirismo. Os <i>estabelecidos</i> detêm o poder e a apropriação está associada ao saber médico (ELIAS, 2000; FOUCAULT, 1999).
	Gênero	O gênero está presente na construção e na articulação das relações de poder (pós-estruturalismo) Há pouca participação das médicas em ambientes propícios para discussão das decisões: as práticas discursivas reiteram a não participação das mulheres como forma de corresponder às exigências e respeitar as regras do lugar (manter <i>status quo</i> , consenso, 'zona de conforto') A distribuição do poder em cargos é assimétrica em relação ao gênero (uma organização possui uma médica no cargo de chefia).

Fonte: Pesquisa de campo

6.2 Práticas profissionais: a sociabilidade na medicina e na enfermagem

A segunda categoria possibilita discutir sobre como o processo de sociabilidade nas profissões analisadas e como as práticas profissionais construídas nas relações de trabalho estão atrelados ao gênero nas organizações hospitalares.

A inserção da mulher no mercado de trabalho na medicina e na enfermagem tem trajetórias diferentes devido à identidade profissional. Hirata e Kergoat (1998) afirmam que a generificação é um instrumento para hierarquização do trabalho. As práticas profissionais reforçam a hierarquização do trabalho por meio do gênero.

A medicina é ancorada no mito masculino de ‘tratar’, ‘prescrever’; por isso, o comportamento profissional é determinado pelo gênero masculino. A inserção feminina na medicina demanda o questionamento das práticas profissionais focadas apenas no gênero masculino.

“[...] Em algumas áreas da medicina as mulheres têm mais dificuldades, mas estão vencendo muitas barreiras. Eu acho que a mulher que tiver condições pode se projetar bem” (MF18).

“[...] O número de médicas é bem menor. Eu vejo que, na área clínica, tem mais competitividade em relação a homens e mulheres” (MM05).

Apesar de a trajetória da Medicina ser construída historicamente pela presença masculina, a inserção da mulher nesse universo demanda a superação da resistência construída no imaginário dos atores sociais e a validação do saber necessário para a inclusão, como destaca o depoimento de MF06.

“[...] Quanto às dificuldades, foi realmente vencer o preconceito e a resistência das pessoas. Acredito que essas dificuldades não são encontradas apenas na

minha profissão. Para mim, nós, mulheres, temos que ser duas vezes melhores que os homens para conseguirmos o mesmo cargo, uma mesma posição” (MF06).

A socialização da médica no ambiente hospitalar é focada na amizade, contudo, a competência individual é importante requisito para a inclusão. As estratégias válidas de socialização mostram a necessidade de uma prévia aceitação do comportamento da médica por um profissional estabelecido, no caso um médico (*estabelecidos*).

“[...] A minha inserção no mercado de trabalho foi ótima. Eu comecei a cobrir férias de dois professores, a pedido deles. Quando terminou o período de férias, eu fui contratada nos dois hospitais. Outra facilidade foi que, na época, havia uma escassez muito grande de profissionais da minha área (ginecologia) e eu vim para um lugar em que eu era a única médica mulher” (MF06).

“[...] Eu entrei por mérito meu, eu não tenho ninguém da família em Lavras, não tenho ninguém que eu conhecia. Cheguei aqui e estou trabalhando aqui e nunca tive problema de relacionamento com ninguém” (MF07).

A sociabilidade de médicos é focada na amizade e no parentesco. Neste caso, a competência é associada ao processo de construção das relações sociais.

“[...] No meu caso específico, quando eu vim para Lavras, eu já tinha dois colegas que estavam aqui. Então, fui encaminhado por eles. Então, eu, pessoalmente, não tive dificuldades em entrar no hospital. Mas, foi tudo por indicação dos que chegaram um pouco antes de mim” (MM05).

A questão de gênero fica à margem da sociabilidade quando a médica corresponde a padrões de comportamento estabelecidos pela categoria profissional. Na inserção feminina na medicina, a submissão às normas específicas do grupo estabelecido é a sujeição da conduta a padrões de controle definidos pelos estabelecidos (Elias, 2000). A sociabilidade está associada às relações de amizade e de parentesco, desde que os padrões de controle sejam respeitados.

“[...] As mulheres que estão presentes na medicina fazem um bom trabalho... é uma continuidade do nosso trabalho... o trabalho que vem sendo praticado por nós, médicos, desde o início da profissão” (TC02).

A enfermagem é ancorada no mito feminino de ‘cuidar’, recorrendo à idéia de que as práticas profissionais femininas são extensões do trabalho reprodutivo. Na socialização de enfermeiros e enfermeiras não há foco no gênero. Médicos e médicas estabelecem relações com enfermeiros e enfermeiras, sem distinção de gênero. A proximidade entre os profissionais de medicina e enfermagem se dá pela área de atuação. As relações entre os profissionais de enfermagem são simétricas quanto ao gênero. A aceitação do enfermeiro ou da enfermeira é estabelecida pelas relações de trabalho construídas no ambiente organizacional e não pelo gênero.

“Já com as enfermeiras, o nosso convívio, por ser ginecologia, é muito maior com enfermeiras do que com enfermeiros. Graças a Deus, nunca tive problema com a enfermagem” (MM01).

Quanto às relações sociais, as relações entre médicos e médicas são construídas a partir da relação profissional. Apesar da assimetria de poder, a identidade profissional (pertencer a mesma categoria) proporciona condições de aproximação social. As diferenças nas relações entre médicos e médicas não são

acentuadas, conforme ilustram os depoimentos de EF13 e MM05 e a testemunha-chave reforça.

“[...] Entre médico e médica a gente observa pouco. Eles são amigos entre eles e não dá para perceber diferença” (EF13).

“[...] nós (médicos e médicas) não temos praticamente divergências nenhuma, a gente combina bem. Mas, eu vejo que em outras especialidades existe mais competição, mas eu não posso entrar em detalhe...” (MM05).

“[...] Quanto às relações entre médicos e médicas fora do hospital existe até certa relação social, mas, em relação a enfermeiras e médicos, não há relação fora do hospital. O único médico que tem esse tipo de relação é um médico que é vereador. Aí, é por causa da política. O negócio é que existe uma hierarquia e acho que deve existir, pois não se pode misturar as classes, até porque o nível cultural e social é outro” (TC02).

A diferença de *status*, simbolizada entre os atores sociais quanto à profissão, promove uma distância nas relações sociais, conforme descrito pela entrevistada TC02. A distância social entre os profissionais independe do gênero e está focada na diferença sócio-econômica. Outro ponto que colabora para o distanciamento é a existência de práticas discursivas que reforçam a necessidade de uma assimetria hierárquica entre as profissões de Medicina e Enfermagem, mesmo quando os profissionais de enfermagem são de nível superior (enfermeira-padrão).

A estrutura organizacional dos hospitais também reforça a dificuldade de socialização entre os profissionais de ambas as profissões porque os profissionais

da medicina detêm o poder ligado ao saber e o distanciamento promove a valorização de uma profissão sobre a outra.

A inserção da força feminina na medicina e da força masculina na enfermagem é foco de questionamento das práticas profissionais ancoradas no mito de gênero e proporciona a reconstrução de uma nova identidade profissional. É no processo de construção das relações profissionais que surge os pontos de mutação da realidade das relações entre homens e mulheres.

O quadro 3 apresenta, de forma concisa, as percepções construídas na categoria ‘Práticas profissionais: a sociabilidade na Medicina e na Enfermagem’.

QUADRO 3: Práticas profissionais: a sociabilidade na medicina e na enfermagem

Práticas profissionais: a sociabilidade na medicina e na enfermagem	
Práticas profissionais	As práticas profissionais estão ancoradas no mito de cada profissão: medicina = tratar e

C A T E G O R I A 2		<p>enfermagem = cuidar.</p> <p>As práticas profissionais correlacionam profissão e gênero. O comportamento dos profissionais é condicionado ao gênero (medicina – gênero masculino e enfermagem – gênero feminino).</p>
	Identidade profissional	<p>A identidade profissional está relacionada com gênero: as profissões de medicina e enfermagem são generificadas.</p> <p>Identidade profissional: o corte de gênero está entre as profissões (feminino com identidade em enfermagem e masculino com identidade em medicina). A inserção inversa (homens na enfermagem e mulheres na medicina) é considerada um ponto de mutação da construção de identidade profissional na subjetividade dos sujeitos.</p>
	'Sociabilidade' e relações de trabalho	<p>A questão do gênero fica à margem da sociabilidade entre enfermeiros e enfermeiras.</p> <p>Inserção de profissionais da medicina na organização: médicas – competência e amizade, desde que os padrões estabelecidos sejam respeitados. médicos - parentesco e amizade.</p> <p>Relação entre médicos e médicas: a relação social é construída a partir da relação profissional ('pertencer' a mesma categoria).</p> <p>Relação entre ambas as profissões: relação social inexistente fora do trabalho, entre profissionais da medicina e enfermagem e relação de poder entre estes profissionais no ambiente organizacional (medicina sobre enfermagem).</p> <p>Médicos e médicas e a relação com a enfermeira-padrão: a formação superior não garante a igualdade no compartilhamento do saber e poder por causa da assimetria hierárquica entre as profissões, que é reforçada pela estrutura organizacional.</p>

Fonte: Pesquisa de campo

6.3 Gênero: profissão e poder nos hospitais

A categoria 'Gênero: profissão e poder nos hospitais' apresenta, de forma singular, como a escolha profissional está interligada à subjetividade de 'ser

homem’ e ‘ser mulher’ e como essa percepção pode promover o *status quo* na construção das relações de poder, no âmbito organizacional.

A desigualdade da participação das forças feminina e masculina nas organizações estudadas – 18,5% de médicas e 87,5% de enfermeiras (Organização A) e 30% de médicas e 86% de enfermeiras (Organização B) – evidencia as assimetrias de gênero e poder. A participação feminina em profissões ditas masculinas, no caso a medicina, ainda é pequena, como observado nas duas organizações e é dependente das especialidades generificadas. A participação maciça feminina em profissões como a enfermagem evidencia a reprodução de posições sociais que são desvalorizadas como categoria profissional, pois, no que tange à subjetividade, ser enfermeira é uma atividade feminina que está ligada à ‘arte de cuidar’.

Na medicina, as especialidades são generificadas, como observado em estudos realizados por Lampert (2003), Marques (1996) e Machado (1997). Observou-se que, durante a pesquisa, a escolha da especialidade está atrelada à possibilidade de conciliação entre vida pública e vida privada. As especialidades generificadas – pediatria, dermatologia, ginecologia e obstetrícia – permitem que a mulher foque sua atuação em consultórios, o que facilita a conciliação com a vida privada. Além disso, são áreas ligadas ao imaginário ‘ser mulher’ porque focam o ‘cuidar’, que é compartilhado como característica feminina, por médicos e médicas.

“[...] Eu escolhi o ramo da dermatologia por causa de ficar menos no hospital e mais no consultório, sem emergências. [...] Dermatologia é uma área mais feminina, apenas 5% que são homens. [...] É um trabalho de 4 horas. Eu fico em casa de manhã com meus filhos e só trabalho à tarde” (MF10).

“[...] A área de ginecologia obstetrícia está nas mãos das mulheres. [...] A ginecologia obstetrícia eu gostei muito, achei que eu poderia unir uma especialidade que eu lidaria muito com mulher, que é muito bom ser médica da mulher. E, ao mesmo tempo, eu teria muita clínica, porque consultório é clínica” (MF11).

No entanto, as atividades das profissões genericadas são estratificadas pelo nível de complexidade que cada atividade demanda. Isso é claramente perceptível quando uma médica destaca a facilidade de construção da relação paciente/médica na ginecologia, quando ocorre o exame clínico. E também é visível no depoimento de um médico, quando destaca a segurança que oferece às pacientes no momento de uma intervenção cirúrgica. O depoimento de um dos médicos destaca a distinção de gêneros, focando a atividade da especialidade. Segundo este médico, há receio na hora da consulta ginecológica quando a relação se dá entre médico/paciente e há segurança na hora do parto ou operação quando o médico é do gênero masculino.

“[...] Eu acho muito importante a ginecologista ser mulher. Eu me identifico muito. Eu vejo que as minhas pacientes se sentem muito bem sendo examinadas por uma mulher... acho que nada melhor do que você já ter vivido aquela situação que a paciente reclama, como, por exemplo, de cólicas, TPM” (MF11).

“[...] A ginecologia, por se tratar muito da intimidade da mulher e ela se expor durante a consulta. Então, muitas pacientes têm receio de estar em uma consulta com o ginecologista homem. Já na parte da obstetrícia, do acompanhamento de parto, elas se sentem mais seguras de ser homem de estar atendendo, mas não vejo que isso atrapalhe o meu desenvolvimento profissional” (MM11).

A medicina possui o estereótipo de sacerdócio, o que remete à dedicação ininterrupta do profissional. Quando exercida por mulheres, a dedicação profissional concorre com as exigências no âmbito pessoal, como destacado por duas entrevistadas.

“[...] Ser profissional e mulher é um pouquinho mais difícil porque, para a mulher, sobra para ela, além da profissão, o lar. Então, a mulher profissional, ela é um pouquinho mais cobrada. O que aperta um pouquinho é ter uma casa e a gente ter que estar sempre cuidando dos funcionários que você tem em casa, do uniforme da criança... Então, você tem que estar perto” (MF10).

“[...] A gente atende o dia todo no consultório. Chega em casa, tem os filhos, a casa para cuidar e, de repente, uma paciente entra em trabalho de parto, 10 horas da noite ou de madrugada. Então, você fica 24 horas por conta do trabalho. Acho que é um dos maiores desafios da profissão. Assim, muitas vezes, você não pode ir à festa da escola de seu filho ou levá-los em um aniversário... Assim é pesado para conciliar a vida profissional com a vida familiar” (MF11).

Como as responsabilidades da esfera privada são questões sociológicas e passam pelo âmbito cultural, as mulheres têm introjetado os estigmas construídos socialmente que colocam sobre elas e para elas todo encargo referente à família e ao lar. Nesse sentido, a mulher encontra-se em uma posição de *outsiders* no âmbito profissional, como denomina Elias (2000).

As mulheres encontram-se, portanto, em uma posição ambígua porque vêm na realização profissional uma barreira para a completude na vida privada. Isso é mais acentuado quando essas profissionais são dependentes do reconhecimento ou da aceitação dentro do paradigma tradicional.

O fato que reforça essa ambigüidade é a tendência de médicas preferirem atuar em consultórios para viabilizarem a conciliação entre vida privada e vida pública. Mas, essa tendência reforça o *status quo* no ambiente hospitalar que ainda tem um domínio de médicos no corpo clínico e nos cargos de direção.

“[...] Mas, uma coisa estranha que existe é que se tem igualdade nos bancos da faculdade porque não tem essa mesma igualdade nos hospitais?” (TC01).

Percebe-se um movimento inverso na enfermagem que é composta, em sua maioria, por força feminina. A identidade profissional na enfermagem está atrelada ao gênero feminino e a profissão foi pensada e construída delimitando-se as relações de poder entre medicina e enfermagem. O poder é centrado na medicina na qual os médicos são detentores dos saberes legítimos sobre a doença e a enfermagem é uma profissão de apoio ao saber dominante do médico e demanda competências que são consideradas femininas.

“[...] No caso do médico, ele vem, examina, prescreve e vai embora. A enfermeira fica aqui mesmo, dedica-se, é quem está ali para escutar o paciente... mas a gente gosta de fazer isso... [...]” (EF13).

Como descrito no depoimento da enfermeira EF13, a enfermagem tem um lugar de submissão nos arranjos das organizações hospitalares. E os profissionais de medicina e de enfermagem reproduzem relações de poder focadas no gênero. Por isso, há forte identidade entre enfermagem e gênero feminino. Observa-se, aqui, que a esfera de competência repousa na hierarquia social. Assim, examinar e prescrever são competências ligadas ao médico e tratar e cuidar são competências ligadas à enfermeira. A ‘generificação’ das profissões reforça a divisão de poder no gênero.

“[...] Tem diferença em ser médico. Médico acha que é deus. A gente sabe que, para toda profissão, todo mundo estuda. Médico é médico, auxiliar estuda para auxiliar, enfermeiro estuda para enfermeiro. Mas, o médico acha que, por ser médico, ele pode fazer isso, fazer aquilo” (EM15).

A enfermagem sofre as agruras da dominação simbólica da medicina. Os profissionais da área reproduzem práticas e comportamentos que asseguram sua posição social dentro de cada categoria profissional, o que corrobora para a estigmatização da inferioridade do saber do profissional de enfermagem, como destacado por EM15.

A identidade mulher e a enfermagem reforçam a femininização da profissão e isso ganha vigor no discurso de enfermeiros. A subjetividade que ‘amarra’ enfermagem e gênero feminino é exposta por pacientes quando suas preferências são descritas por enfermeiros e por enfermeiras.

“[...] A gente tem mais dedicação, mais renúncia, mais paciência, mais tolerância para fazer. O homem, eu acho que é mais *light*. E, na vida da gente, a gente leva um pouco disso para casa. Você vira um cuidador generalizado” (EF04).

“[...] Eu pensei em ser enfermeira e professora, as profissões mais difíceis e mal remuneradas também. Eu trabalho ajudando... na enfermagem, a mulher faz praticamente tudo. A enfermeira é vista como tendo um trabalho com os cuidados básicos e assim diários com o paciente” (EF13).

“[...] Eu acho que oferece vantagem em ser mulher porque um homem aceita que uma mulher trate e a mulher não aceita que o homem trate. A enfermeira trata dos dois sexos, mas, como enfermeiro, a mulher

fica mais receosa... A enfermeira é preferida porque ela fica mais próxima do paciente. O enfermeiro presta serviço mais rápido. A enfermeira é mais delicada, atenciosa e eu acho que é por isso que tem esta preferência” (EF01).

“[...] Eu acho que as enfermeiras são mais desejadas. As enfermeiras mulheres, pois as pacientes se encontram em uma situação que vão expor fisicamente seu pudor. Isso acontece na maternidade, nos outros setores não sei se existem as diferenças entre enfermeiros e enfermeiras” (MF11).

“[...] Eu acho que, se for olhar para mulher, a profissão é mais fácil porque a pessoa é mais feminina. O paciente fica mais à vontade que com enfermeiro, igual a muitas senhoras que estão internadas e não gostam que os enfermeiros vão no quarto delas” (EF09).

As diferenças na aceitação entre enfermeira e enfermeiro, pelos pacientes, são focadas na questão de que o ato de cuidar está associado à maternidade. A exposição em que se encontra o paciente é aceita quando este é cuidado por uma enfermeira, numa referência à mãe.

A inserção da força de trabalho masculina na enfermagem ainda é incipiente, como observado nas organizações estudadas (12,5% na organização A e 14% na organização B) e a discriminação da presença masculina é reforçada nas práticas discursivas. Devido à identidade entre gênero feminino e enfermagem, a presença do masculino nesta área é vista com preconceito em relação ao enfermeiro. Percebe-se que, em função da identidade profissional, cria-se um estereótipo de que os homens que atuam na enfermagem apresentam características femininas e, por conseguinte, são tachados de homossexuais.

“[...] A enfermagem, não sei se já te falaram isso, mas é uma profissão que a grande maioria é mulher. Hoje em dia até tem mudado, mas ainda está muito devagar. Tanto que, na minha sala, eram 45 alunos, 38 mulheres e 7 homens. Sinceramente, eu acho que, na minha profissão, tem um preconceito reverso muito grande. O contrário do que existe porque tem certo preconceito quando fala que é enfermeiro ao invés de ter quando é enfermeira. [...] porque normalmente fala se é enfermeiro é homossexual e porque realmente existe um grande número de enfermeiros homossexuais. [...] Eu acredito que, para trabalhar com enfermagem, tem que ter um certo jogo de cintura e uma tranquilidade muito grande. A enfermagem cuida da pessoa por inteiro e os homens são mais insensíveis que as mulheres. Eu acredito que os homossexuais são pessoas meio carentes e a profissão é uma forma deles suprirem isso” (EF14).

“[...] Antigamente não existia homem na enfermagem. Até hoje tem poucos, por causa do preconceito. Todo mundo fala, geralmente o enfermeiro é homossexual. Existe bastante na área, mas não são todos não. É esse preconceito que bate na hora de fazer a escolha da profissão” (EM15).

“[...] mas agora você fala assim ‘o fulano é enfermeiro’, então, o pessoal já pensa que o homem que é enfermeiro é levado pelo lado gay. A enfermagem é mais para a mulher, mas eu acho que já está quebrando isso. Há um tempo atrás era assim, falava: enfermeiro? então ele é gay” (EF11).

Contudo, características consideradas masculinas também são demandas no exercício da enfermagem. E, pelo fato de os enfermeiros serem minoria, há uma sobrecarga de atividades que coloca em xeque o desempenho desses profissionais.

“[...] Na enfermagem existem vários procedimentos que exigem força. As meninas ficam sempre correndo atrás dos enfermeiros. Até na escala tem diferença. As enfermeiras ficam nas alas e os enfermeiros ficam circulando no hospital, o que já é para fazer o serviço que exige mais força. Mas, eu acho que eles também têm habilidade igual as mulheres” (EM15).

O discurso acima também deixa transparecer que os homens possuem habilidades tanto quanto as mulheres para a enfermagem. Além disso, existe uma identificação em construção, ainda que incipiente, desses profissionais com atividades que, até então, eram exclusivas da esfera feminina, conforme depoimento de EM02.

“[...] Meu sonho era ser bombeiro. Trabalhar com essa coisa de resgate... Isso me levou pro lado da enfermagem. Eu sempre gosto de dizer que eu sou o único homem que trabalha na UTI neonatal com bebês prematuros recém-nascidos” (EM02).

A organização permite descortinar a essência das relações sociais e perceber como os sujeitos sociais desconstruem as relações de poder centradas no gênero masculino e como constroem redes capazes de romper com o discurso dominante. Esses novos arranjos são reflexos da dinâmica social construída no macroambiente em que as organizações estão inseridas – na sociedade – e refletem a conscientização de que tanto homens quanto mulheres possuem condições de contribuir eficientemente para a produtividade das organizações hospitalares. Apesar de o ambiente das organizações hospitalares reforçar as diferenças de oportunidades e de hierarquias entre os gêneros construídas na sociedade, acredita-se que seja nesse microambiente que médicos e médicas, enfermeiras e enfermeiros serão capazes de potencializar um processo capaz de construir arranjos para romper com o paradigma tradicional que configura as

relações de poder focadas no gênero. E isso depende do aumento da participação feminina na medicina e do aumento da participação masculina na enfermagem, como destaca MF07.

“[...] A gente sabe que está aumentando o número de médicas, mas eu ainda fico meio só. Eu vejo aqui no hospital, por exemplo, eu não vou à sala de reuniões onde todos sentam para falar de serviço, reclamar do dia-a-dia. Eu não vou porque, chega lá, só tem eu de mulher. Entre o pessoal que fica mais tempo no hospital, só tem eu de mulher. Tem outras médicas aqui, mas que não ficam aqui no dia-a-dia. Então, eu acho que é uma coisa difícil. Ainda são poucas mulheres médicas. Por exemplo, quando eu vou a festas que têm a ver com medicina, eu sinto que as mulheres dos médicos têm uma vida diferente. Talvez sintam até um pouco de restrição com a gente, talvez por a gente estar trabalhando com o marido delas, isso gere um pouco de ciúmes. Mas, ser mulher e médica, não é nada não. Sexo de médico é independente se é homem ou se é mulher. Eu acho que não influencia” (MF07).

No Quadro 4 delimitam-se, brevemente, as discussões baseadas na categoria “Gênero: profissão e poder nos hospitais”, destacando a construção de ‘generificação’ e poder nas profissões.

QUADRO 4: Gênero: profissão e poder nos hospitais

Gênero: profissão e poder nos hospitais	
‘Generificação’ na profissão	Subjetividade de ‘ser homem’ e ‘ser mulher’: construção social.

C A T E G O R I A 3		Reprodução da construção social: participação desigual da força feminina e da força masculina nas organizações estudadas tanto em relação à medicina quanto em relação à enfermagem.
	'Generificação' na medicina	Distribuição da força de trabalho feminina: 18,5% (organização A) e 30% (organização B) Escolha da especialidade: conciliação entre vida privada e vida pública. Dentro da especialidade: estratificação de gênero (ligada ao nível de complexidade da atividade – consultório <i>versus</i> intervenção cirúrgica) As médicas são consideradas <i>outsiders</i> no ambiente organizacional (Elias, 2000).
	'Generificação' na enfermagem	Distribuição da força de trabalho masculina: 12,5% (organização A) e 14% (organização B) Escolha da profissão: identidade com a função reprodutora (ato de cuidar). Aceitação da enfermeira: exposição dos pacientes em situação de fragilidade. Preconceito em relação ao enfermeiro: a profissão demanda características socialmente construídas como femininas e por isso os enfermeiros são estigmatizados como homossexuais.
	Poder e profissão	Desigualdade entre as forças de trabalho na medicina e enfermagem: evidencia as assimetrias de poder existentes entre as profissões. Delimitação do poder: o poder pertence ao profissional de medicina e a enfermagem possui um lugar de submissão. Desigualdade e a delimitação representam a reprodução das relações de poder focadas no gênero.

Fonte: Pesquisa de campo

O estudo em organizações hospitalares sobre as profissões de medicina e enfermagem proporcionou condições para contribuições teóricas relevantes para futuros estudos sobre gênero e poder. O delineamento teórico do resultado da pesquisa é descrito, detalhadamente, no capítulo 7.

7 SÍNTESE ANALÍTICA DA TESE

A análise das relações de gênero entre profissionais de medicina e de enfermagem, fundamentada nas relações de poder, permitiu compreender o processo de construção de identidade dos atores sociais. Permitiu também identificar as estratégias que os atores sociais adotam no processo de

desconstrução da estrutura de poder vigente e na reconstrução de novas formas de interação na complexa rede de relações construída nas organizações hospitalares.

A perspectiva construcionista social aplicada à investigação das relações de gênero e poder por meio da análise das práticas discursivas verbalizadas no tecido social proporciona a geração de contribuições teóricas para o problema estudado, como se descreve a seguir.

Independente da composição profissional das equipes de gestão em organizações hospitalares (médicos ou administradores), o processo de tomada de decisão é centralizado. Na gestão das organizações hospitalares há um viés na participação, com forte centralização do poder em uma pequena parcela do corpo clínico ou pouco rodízio entre seus componentes.

Apesar da centralização do processo de tomada de decisão, há ‘brechas’ para a participação. Contudo, esses espaços são abertos à participação de profissionais da medicina, demonstrando uma hierarquia profissional. As relações de poder construídas no ambiente hospitalar reforçam o domínio da medicina sobre a enfermagem. Na realidade, o espaço organizacional hospitalar expressa a construção das assimetrias do arranjo entre as profissões e é fruto de uma construção subjetiva e simbólica no imaginário dos atores sociais sobre a identidade profissional.

No caso da medicina, a participação nos foros de decisão é mais baixa devido à intensa jornada de trabalho e pelo fato de que o profissional de medicina percebe a organização hospitalar como local de trabalho temporário. Neste caso, médicos e médicas constroem um sentimento de não ‘pertencimento’ à organização hospitalar, por isso vêm a organização apenas como um meio de construção de reconhecimento de sua competência. A organização hospitalar é uma vitrine para o médico e a médica se projetarem profissionalmente na

sociedade em que atuam. A participação de profissionais da enfermagem é nula nos foros de decisão.

Ao analisar gênero, poder e nível de participação em ambientes propícios à discussão das decisões e em cargos de direção, a presença da médica é mais reduzida ainda ou nula. O nível de participação feminina reitera que a inserção da mulher no ambiente organizacional, independente do setor, está atrelada ao respeito às regras estabelecidas nesse universo. Assim, as médicas descobrem na não participação um meio para a construção de ‘zonas de conforto’ e reiteram a característica consensual do poder.

Na medicina, os profissionais mais antigos (estabelecidos) e os profissionais novos (*outsiders*) valorizam a experiência e esta é atributo de *status* dentro e fora da organização hospitalar. O reconhecimento na sociedade e a associação entre pessoa e profissão são produtos dos estigmas profissionais presentes no tecido social que atrelam emprego e identidade pessoal, ou seja, cada ator social é extensão da profissão/organização na qual está inserido.

A experiência/pioneirismo não é necessariamente reflexo da estrutura de poder estabelecida internamente na organização hospitalar, porém, as relações de poder valorizam a experiência/pioneirismo que os atores sociais adquirem em suas práticas profissionais. Nas organizações hospitalares, apesar da centralização do poder em pequena parcela do corpo clínico, os ‘estabelecidos’ detêm o poder, contudo, a apropriação desse poder está associada à medicina (profissão).

A desigualdade de participação entre as forças feminina e masculina na medicina e na enfermagem evidencia as assimetrias de gênero na área de saúde. As práticas profissionais reforçam a hierarquização do trabalho por meio do gênero e que a escolha profissional é atrelada à identidade de gênero. A medicina é ancorada no mito masculino de ‘tratar e prescrever’, extensão do trabalho produtivo, e a enfermagem é ancorada no mito feminino de ‘cuidar’, recorrendo

à idéia de que as práticas profissionais femininas são extensões do trabalho reprodutivo.

No caso da medicina, a inserção feminina demanda o questionamento das práticas profissionais focadas apenas no gênero masculino e a superação da resistência construída no imaginário dos atores sociais que se dá por meio da validação do saber. A socialização da médica, no ambiente hospitalar, é focada na amizade, contudo, a competência individual é importante requisito para a inclusão. As relações de amizade são válidas na socialização da médica desde que os padrões de controle e de comportamento da categoria definidos pelos estabelecidos sejam respeitados. A sociabilidade de médicos é focada na amizade e no parentesco. Neste caso, a competência é associada ao processo de construção das relações sociais, ou seja, o profissional amigo é competente.

Na socialização de enfermeiros e enfermeiras não há foco no gênero. As relações entre os profissionais de enfermagem são simétricas quanto ao gênero. Pela interdependência entre as profissões, médicos e médicas estabelecem relações com enfermeiros e enfermeiras, sem distinção de gênero. A aceitação do enfermeiro e da enfermeira é estabelecida pelas relações de trabalho construídas no ambiente organizacional e pelas áreas de atuação.

Quanto às relações sociais, as relações entre médicos e médicas são construídas a partir da relação profissional. Apesar da assimetria de poder no ambiente hospitalar, a identidade profissional (pertencer à mesma categoria) proporciona condições de aproximação social. As relações sociais entre profissionais da medicina e da enfermagem são balizadas pela diferença de *status*. A subjetividade de cada profissão construída pelos atores sociais promove uma distância nas relações sociais. Outro ponto que colabora para o distanciamento é a existência de práticas discursivas que reforçam a necessidade de uma assimetria hierárquica entre as profissões, mesmo quando os profissionais de enfermagem são de nível superior (enfermeira-padrão). A

estrutura organizacional dos hospitais reforça a dificuldade de socialização entre os profissionais de ambas as profissões porque os profissionais da medicina detêm o poder ligado ao saber e o distanciamento promove a valorização de uma profissão sobre a outra.

A medicina tem o estereótipo de sacerdócio, o que remete à dedicação ininterrupta do profissional. Quando exercida por mulheres, a dedicação profissional concorre com as exigências no âmbito pessoal, por isso as especialidades são generificadas e a médica atrela a escolha da especialidade à possibilidade de conciliação entre vida pública e vida privada. As especialidades são consideradas generificadas – pediatria, dermatologia, ginecologia e obstetrícia – e elas permitem que a mulher foque sua atuação em consultórios, facilitando a conciliação com a vida privada. As mulheres encontram, no exercício da medicina em consultórios, o **caminho do meio** para superar a ambigüidade presente na realização profissional, quando esta é avaliada como barreira para a completude na vida privada. As práticas discursivas de médicos e médicas reforçam a ‘generificação’ das atividades e apontam que as atividades dessas especialidades são estratificadas pelo nível de complexidade que cada atividade demanda. O exame clínico **pode** ser realizado por médicas que constroem uma relação amigável paciente/profissional e a intervenção cirúrgica **deve ser** de responsabilidade dos médicos que atrelam o exercício de suas atividades à segurança que oferecem aos pacientes (**grifo nosso**). As médicas, portanto, encontram-se em uma posição de *outsiders* no exercício da medicina. Isso fica mais acentuado quando essas profissionais são dependentes do reconhecimento ou da aceitação dentro do paradigma tradicional e quando a prática da medicina em consultórios reforça o *status quo* no ambiente hospitalar que ainda tem um domínio de médicos no corpo clínico e nos cargos de direção.

Na enfermagem há um movimento inverso em relação à medicina, pois a força de trabalho é composta, em sua maioria, por mulheres. Essa atividade foi

pensada e construída delimitando-se as relações de poder com a medicina. Nas organizações hospitalares, o poder é centrado na medicina e as práticas discursivas reiteram que os profissionais médicos são detentores dos saberes legítimos sobre a doença e a cura, e a enfermagem é uma profissão de apoio ao saber dominante e que demanda competências que são consideradas femininas. A enfermagem possui um lugar de submissão nos arranjos das organizações hospitalares e as relações de poder e gênero repousam, nessas organizações, na hierarquia social.

A ‘generificação’ da enfermagem é reiterada por pacientes que, geralmente, expõem preferência por enfermeiras. Essas preferências são focadas na questão de que o ato de cuidar está associado à maternidade. A exposição na qual se encontra o paciente é aceita quando este é cuidado por uma enfermeira, uma referência à mãe. A discriminação da presença masculina é reforçada em práticas discursivas que reforça o uso de estereótipos de que os homens que atuam na enfermagem apresentam características femininas e, por conseguinte, são taxados de homossexuais.

Os profissionais de medicina e enfermagem reproduzem práticas discursivas e comportamentos que asseguram a estrutura de poder entre as profissões. A generificação de ambas reforça a divisão de poder no gênero. Dito de outra forma, a enfermagem – ‘generificamente’ feminina - sofre as agruras da dominação simbólica da medicina – ‘generificamente’ masculina. A incipiente, porém consistente construção da identidade de mulheres com a medicina e de homens com a enfermagem apresenta-se como ponto nodal de resistência à mudança.

Apesar de o ambiente das organizações hospitalares reforçar as diferenças de oportunidades e hierarquias entre as profissões e os gêneros construídas na sociedade, acredita-se que seja neste microambiente que médicos e médicas, enfermeiras e enfermeiros serão capazes de potencializar um processo

capaz de construir arranjos para romper com o paradigma tradicional que configura as relações de poder focadas no gênero. Os novos arranjos que podem ser construídos no ambiente organizacional representarão os reflexos da dinâmica social construída no macroambiente em que as organizações estão inseridas – na sociedade – e refletirão a conscientização de que tanto homens quanto mulheres possuem condições de contribuir eficientemente para a produtividade das organizações hospitalares.

Isso depende do aumento da participação feminina na medicina e do aumento da participação masculina na enfermagem. A inserção da força feminina na medicina e da força masculina na enfermagem é foco de questionamento das práticas profissionais ancoradas no mito de gênero e proporciona condições para a reconstrução de uma nova identidade profissional. É no processo de construção das relações profissionais que surgem os pontos de mutação da realidade das relações entre homens e mulheres.

A presença de médicas em cargos de chefia nas organizações hospitalares e a participação de médicas em foros de decisão, bem como a interação entre os profissionais de medicina e enfermagem, representam pontos nodais capazes de potencializar uma mudança no arranjo das relações de poder na organização hospitalar. Como nas relações de poder e gênero nada é definitivo, as estruturas organizacionais apresentam-se como construções sociais dinâmicas passíveis de constantes alterações, desde que haja a percepção de que as relações de gênero representam um campo de articulação do poder. As relações de poder podem ser construídas e reconstruídas constantemente, conforme o processo de constituição subjetiva das relações de gênero entre médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras.

A discussão dos resultados da pesquisa, apresentada ao longo da tese, permite apontar considerações pertinentes para o estudo de gênero nas relações de poder em organizações hospitalares. O estudo nas organizações hospitalares

demonstra a interligação explícita entre gênero e poder e as estruturas hierárquicas entre medicina e enfermagem. Dessa forma, no capítulo subsequente, descrevem-se as principais conclusões a respeito do sentido das relações de gênero no âmbito das relações de poder nas organizações hospitalares.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação do sentido das relações de gênero no contexto das relações de poder na percepção de médicos e médicas e de enfermeiros e enfermeiras em dois hospitais partiu da premissa de que as relações de gênero e as relações de poder são construídas e reconstruídas pelos atores sociais investigados no âmago das relações sociais e que as diferenças de poder são

intensificadas pelo processo de construção social que tem como ‘pano de fundo’ as questões culturais, econômicas, históricas, sociais e políticas.

A especificidade do problema de pesquisa e a necessidade de compreender o processo de construção social demandaram um *constructo* teórico-metodológico adequado. Assim, a pesquisa qualitativa adequou-se à adoção do construcionismo social para a investigação do problema de pesquisa levantado. Além disso, o *constructo* teórico-metodológico adotado proporcionou condições de descrever o processo de construção histórica das relações de gênero no espaço organizacional hospitalar; identificar os elementos do contexto social que compõem as relações de poder e gênero entre os atores sociais em estudo, tanto na enfermagem quanto na medicina e de caracterizar o sentido das relações de gênero e das relações de poder nas organizações hospitalares.

O estudo sobre gênero inspirado no pós-estruturalismo (SPINK, 2000; 2004) e a investigação do processo de construção discursiva dos atores sociais nas relações cotidianas de poder dentro da concepção proposta por Foucault (1987) e Elias (2000), entre outros, contribuíram para a percepção de que as relações de poder estão focadas no conhecimento (saber médico) e a identidade profissional reforça as assimetrias de gênero (especialidade e enfermagem). E vai além ao apontar o ambiente organizacional como ‘palco’ de pontos nodais de oposição à rede de poder estabelecida e aos arranjos assimétricos de gênero construídos. Dito de outra forma, observou-se que é nos processos de construção e reconstrução das relações entre médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras que se encontram as possibilidades de mudança do *status quo*.

O trabalho de investigação sobre o sentido das relações de gênero e poder nas organizações hospitalares descrito por cada um dos envolvidos e fruto da criação coletiva, por serem elementos inseparáveis no processo de construção da subjetividade, e demonstrou toda a complexidade existente nos padrões definidos pelos **estabelecidos** e descortinou como os *outsiders* negociam sua inserção nos

espaços organizacionais na reestruturação da complexa realidade multifacetada por gênero e poder. Observou-se que, muitas vezes, as práticas discursivas reforçam o discurso dominante, contudo, isso não exime os atores sociais de que nas organizações há locais propícios para a *mutação social* (pontos nodais de mutação). Isso porque é nesses ambientes que surgem foros de contestação e espaços para o engajamento dos atores sociais na reconstrução das relações sociais e da identidade profissional.

Na discussão dos resultados, utilizaram-se categorias de análise para compreender de forma mais clara o processo de produção de sentidos como construção social interativa. As categorias construídas com base em práticas discursivas: **poder nas organizações hospitalares: decisão, experiência/pioneirismo; gênero: profissão e poder nos hospitais e práticas profissionais: a sociabilidade na medicina e na enfermagem** – permitiram um melhor encadeamento das análises a partir da perspectiva teórico-metodológica adotada.

As categorias **poder nas organizações hospitalares: decisão, experiência/pioneirismo** e **gênero: profissão e poder nos hospitais** deram sentido à discussão e condições para inferir que as relações de gênero são construídas, carregadas e codificadas dentro de contextos interpretativos maiores como a sociedade e são repetidas no espaço organizacional, os hospitais, por meio das relações de trabalho construídas entre médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras.

As relações de gênero não podem ser observadas de forma neutra ou inocente porque não são autônomas, soltas no espaço. Nos hospitais estudados, as relações de gênero são sempre, e necessariamente, ligadas a interesses sociais específicos, em particular, nas suas relações de poder e interligadas às configurações do poder/conhecimento ou do poder/profissão. Dito de outra forma, o poder é assegurado pelo conhecimento (dos médicos) quando a análise

foca a enfermagem e a medicina e pertence aos médicos que são os **estabelecidos**, quando a análise foca o gênero. Então, gênero e poder estão imbricados nas organizações hospitalares.

A ‘generificação’ nas organizações hospitalares está ligada à profissão se a análise for comparativa entre medicina e enfermagem porque esta foi construída como uma profissão de apoio à prática médica, devido ao fato de o saber pertencer aos profissionais da medicina. A ‘generificação’ nas organizações hospitalares está ligada à especialidade se a análise focar a medicina porque a escolha da especialidade está atrelada à conciliação entre vida privada e vida pública e, principalmente, ao nível de complexidade da atividade. Muitas vezes, a prática na medicina no consultório permite a estratificação de uma mesma especialidade por gênero. As médicas, neste caso, são consideradas *outsiders* na medicina.

As relações de gênero não falam por si só. Elas trazem em seu interior as relações de poder construídas na sociedade ao longo das trajetórias das profissões analisadas. Por isso, o debate sobre gênero merece ser considerado um esforço urgente e de fundamental importância, se percebido e compreendido como um projeto de transformação social que visa respeitar e valorizar as diferenças entre o gênero masculino e feminino e fundamentar a necessidade de igualdade de oportunidades na inserção e na trajetória no mercado de trabalho de médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras.

A categoria **práticas profissionais: a sociabilidade na medicina e na enfermagem** reforça que as discussões sobre relações de gênero necessitam de um *constructo* teórico que aborda o poder, principalmente quando se percebe a forte assimetria hierárquica existente entre as profissões e reforçada pelas práticas discursivas e estrutura organizacional dos hospitais.

Médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras não são apenas intérpretes da realidade das organizações hospitalares, como se esta fosse estática. São

autores de sua realidade provisória. Provisória porque o processo de construção social é contínuo, infinito, interminável, ativo e está em constante movimento. A diferença da força de trabalho, seja de gênero, especialidade ou profissional, representa a riqueza e a diversidade organizacional. Representa um ‘menu’ de opções para a construção de múltiplas relações, de fluxo livre, capazes de criar condições para fluir, contestar e engajar diferentes posições na estrutura organizacional.

Acredita-se que a principal contribuição que a pesquisa proporciona às discussões sobre gênero seja a junção das relações de poder para compreender as relações sociais construídas entre homens e mulheres nas relações de trabalho.

Também se pode considerar que a metodologia utilizada – estudo de caso, construcionismo e práticas discursivas, pós-estruturalismo – é adequada para a compreensão das relações de gênero no âmbito das relações de poder. O retorno a campo para entrevistas com testemunhas-chave mostra-se como importante etapa na validação do *constructo*. Acredita-se que o percurso metodológico baseado em Yin seja funcional para a interpretação da realidade estudada e pode ser aplicado em outras pesquisas similares.

As categorias analíticas representam um ponto de destaque da discussão dos dados de pesquisa. As categorias analíticas foram definidas com base no *constructo* teórico-metodológico e o construcionismo permeou a discussão, proporcionando uma visão mais crítica a respeito das relações de gênero e poder nas organizações hospitalares.

Do ponto de vista metodológico, a principal limitação do estudo se relaciona ao próprio modelo utilizado para a condução da pesquisa. Estudos de caso e pesquisas qualitativas apresentam limitações no que tange a generalizações de resultados porque se aplicam somente a situações semelhantes, ou seja, as inferências referem-se ao contexto organizacional no qual as relações sociais foram construídas no período de estudo. Ainda é necessário destacar que,

embora se buscasse entrevistar mais atores que participam do processo de construção e reconstrução das relações de gênero e poder nas organizações estudadas, as inferências seriam limitadas às organizações estudadas. Outro ponto limitante é, sem dúvida, o número de entrevistas em cada hospital, que pode ser considerado como uma restrição da pesquisa.

A pesquisa encerra aqui uma fase de seu desenvolvimento, mas chegar a esta fase indica que é necessário continuar. A maior contribuição de uma pesquisa é, portanto, a proposta de uma agenda para futuras investigações acerca da problemática estudada. Assim, o estudo em organizações hospitalares abre a possibilidade de trabalhos empíricos nessas organizações que considerem as relações de gênero e poder dentro de uma única profissão, por exemplo, enfermagem, ou dentro de uma especialidade como, por exemplo, ginecologia. Outra proposta relevante para a discussão sobre poder e gênero seria o estudo em uma única organização hospitalar focando todos os subsistemas da organização e a inter-relação entre esses subsistemas como também a estrutura de poder desenhada nessas organizações, considerando a hierarquia, a tomada de decisão e o fluxo de informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, A. R. de P.; SORJ, B. Trabalho a domicílio nas sociedades contemporâneas: uma revisão da literatura recente. In: ABREU, A. R. P. (Org.). **O trabalho invisível**. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1993.

ALBUQUERQUE, E.; CASSIOLATO, J. **As especificidades do sistema de inovação do setor saúde**: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro. São Paulo: USP, 2000.

ALONSO, S. L. **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, 2002.

ALVES, A. M. S. World opportunities for women: NGO'S support to microenterprises. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DO TRABALHO - ABET, 6., 1999, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: [s.n.], 1999.

AMÂNCIO, L. **Sexo e gênero**: para uma teoria psicossociologica da relação de dominação entre sexos. Lisboa: Instituto Superior de Ciência do trabalho e da Empresa, 1999.

ARAN, M. Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. **Revista de Estudos Femininos**, Florianópolis, v. 11, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2003000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2006.

ARAÚJO, A. R. de. **Assistência médica hospitalar no século XIX**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura, 1982.

AZEVEDO, C. S. **Gerência hospitalar**: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. 1993. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

BAKHTIN, M. **Problems of Dostoevsky's poetics**. Minnieapolis: University of Minnesota, 1994.

BERQUÓ, E. Perfil demográfico das chefias femininas no Brasil. In: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUN, S. (Eds.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: Fundação Carlos Chagas, 2002. p. 243-265.

BERWICK, D. M. Sintomas do stress no sistema de serviços de saúde. In: BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994. p. 1-13.

BLEGER, J. **Psicoanálisis y dialectica materialista**. 3. ed. Buenos Aires: Paidós, 1993.

BOURDIEU, P. A. **Economia das trocas simbólicas**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

BOURDIEU, P. A. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. de. **Saúde e previdência**: estudos de política de saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRAGA, J. C. de S.; SILVA, P. L. B. S. A mercantilização admissível e as políticas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas: Unicamp, 2001.

BRITO, J.; OLIVEIRA, S. Divisão sexual do trabalho e desigualdade nos espaços de trabalho. In: SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. (Orgs.). **A danação do trabalho**: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Cora, 1997. p. 245-263.

BRUNNER, L. **Enfermería médico-quirúrgica**. Mexico: Interamericana, 1983.

BRUSCHINI, C. Desigualdades de gênero no mercado de trabalho brasileiro: o trabalho da mulher nos anos oitenta. In: FERNANDES, R. (Org.). **O trabalho no Brasil no limiar do século XXI**. São Paulo: LTR, 1996.

BRUSCHINI, C.; RIDENTI, S. Desvendando o oculto: família e trabalho domiciliar em São Paulo. In: ABREU, A. R. de P. (Org.). **O trabalho invisível**. Rio de Janeiro: Rio Fundo, 1993.

BURR, V. **An introduction to social constructionism**. Londres: Routledge, 1995.

BURR, V. **Social constructionism**. London: Routledge, 2003.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CALÁS, M.; SMIRCICH, L. Re-writing gender into organizational theorizing: directions from feminist perspectives. In: REED, M.; HUGHES, M. **Rethinking organization**. London: Sage, 1992. p. 227-253.

CLEGG, S. R. **Frameworks of power**. London: Sage, 1993. 297 p.

CLEGG, S. R. Tecnologia, instrumentalidade e poder nas organizações. **Revista de Administração de Empresa**, [S.l.], v. 32, n. 5, p. 68-95, nov./dez. 1992.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. cap. 10, p. 225-243.

COLEMAN, M. S. Women's labor force participation in historical perspective. In: MUTARI, E.; BOUSHEY, H.; FRAHER, W. (Orgs.). **Gender and political economy, armonk**. New York: M.E. Sharpe, 1997.

COSTA, C. de L. O feminismo e o pós-modernismo/pós-estruturalismo: (in)determinações da identidade nas (entre)linhas do (con)texto. In: PEDRO, J. M.; GROSSI, M. P. (Orgs.). **Masculino, feminino, plural**: gênero na interdisciplinidade. Florianópolis: Mulheres, 2000. p. 57-90.

CRAMER, L.; BRITO, M. J.; CAPPELLE, M. C. **Relações de gênero no espaço organizacional**. Lavras: UFLA, 2004.

CRAWFORD, M. **Talking difference**: on gender and language. London: Sage, 1995.

DANZIGER, K. The varieties of social construction. **Theory and Psychology**, [S.l.], v. 7, p. 399-416, 1997.

DAVIES, B.; HARRÉ, R. Positioning: the discursive production of selves. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 44-63, 1990.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. **A situação do trabalho no Brasil**. São Paulo, 2004.

DIOGO, M. F. **De balde e vassoura na mão**: os sentidos do trabalho para as mulheres que exercem serviços de limpeza e conservação em uma empresa prestadora de serviços em Santa Catarina. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

DRUCKER, P. F. **Inovação e espírito empreendedor**: entrepreneurship. São Paulo: Pioneira, 1987.

DUBAR, C. **La crise des identités**: l'interprétation d'une mutation. Paris: PUF, 2000.

EIZIRIK, M. F. Ética e cuidado de si: movimentos da subjetividade. **Educação, Subjetividade & Poder**, São Paulo, v. 4, p. 36-43, 1997.

ELIAS, N. **Introdução à sociologia**. Braga: Edições 70, 1980.

ELIAS, N. **Sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1994.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2000.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção a saúde no Brasil. In: CONH, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 59-119.

FARIA, N.; NOBRE, M.; SILVEIRA, M. L. (Orgs.). Gênero nas políticas Públicas. **Cadernos Sempreviva**, São Paulo, 2000.

FLICK, U.; KARDORFF, E. von; STEINKE, I. (Orgs.). Was ist qualitative forschung?: einleitung und überblick. In: _____. **Qualitative forschung**: ein handbuch. Reinbek: Rowohlt, 2000. p. 13-29.

FOLBRE, N.; BERGMANN, B.; AGARWAL, B.; FLORO, M. (Eds.). **Women's work in the world economy**. New York: New York University, 1992. v. 4.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: M. Fontes, 2001.

FUGULIN, F. M. T. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem**: avaliação do quadro de pessoal de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino. 2002. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Lisboa: Relógio D'Água, 1994.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981. p. 99-111.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1988.

GADELHA, C. A. G. **Complexo da saúde**: relatório de pesquisa desenvolvido para o projeto Estudo de Competitividade por Cadeias Integradas, sob a coordenação de L. G. Coutinho, M. F. Laplane, D. Kupfer & E. Farina. [S.l.]: Núcleo de Economia Industrial e da Tecnologia do Instituto de Economia, convênio FETante CAMP/MDIC/ MCT/Finep, 2002.

GERGEN, K. J. Exploring the postmodern: perils or potentials? **American Psychologist**, [S.l.], v. 49, n. 5, p. 412-416, 1994.

GERGEN, K. J. **An invitation to social construction**. Londres: Sage, 1999.

GERGEN, K. J. **Loyo saturado**. Barcelona: Paldós, 1992.

GERGEN, K. J. The social constructionist movement in modern Psychology. **American Psychologist**, [S.l.], v. 40, p. 266-275, 1985.

GERGEN, K. J. **Toward a new psychology of gender**. New York: Routledge, 1997.

GERGEN, K. J.; WARHUUS, L. Terapia como construção social: características, reflexões, evoluções. In: GONÇALVES, M. M.; GONÇALVES, O. F. (Orgs.). **Psicoterapia, discurso e narrativa**: a construção conversacional da mudança. Coimbra: Quarteto, 2001. p. 27-64.

GILMAN, C. P. **Women and economics**: a study of the economic relations between man and women as a factor in social evolution. San Francisco: University of California, 1998.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GUANAES, C. **A terapia de grupo como recurso conversacional**: o processo de negociação de sentidos em um grupo ambulatorial de curta duração em saúde mental. 2004. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HALL, S. Cultural studies and its theoretical legacies. In: DURING, S. (Ed.). **The cultural studies reader**. 2th. ed. London; New York: Routledge, 1999. p. 97-109.

HALL, S. **Da diáspora**: identidades e mediações culturais. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

HARDY, C.; CLEGG, S. Alguns ousam chamá-lo de poder. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. (Orgs.). **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2001. v. 2, cap. 13, p. 260-289.

HARE-MUSTIN, R.; MARECEK, J. **Making gender**. New Haven: Yale University, 1990.

HEILBORN, M. L. Gênero: um olhar estruturalista. In: PEDRO, J. et al. (Eds.). **Masculino, feminino, plural**. Florianópolis: Mulheres, 1998. p. 39-56.

HIRATA, H. **Nova divisão sexual do trabalho?**: um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Boitempo, 2002.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. La division sexuelle du travail revisitée. In: MARVANI, M. (Org.). **Les nouvelles frontières de l'inegalité**. Paris: La découverte, 1998. p. 93-104.

HOFFMAN, L. Una postura reflexiva para la terapia familiar. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Eds.). **La terapia como construcción social**. Barcelona: Paidós, 1992. p. 25-44.

HOWARD, J. A.; HOLLANDER, J. **Gendered situations, gendered selves**. London: Sage, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde**: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro, 2006. 162 p.

JACOBSEN, J. P. **The economics of gender**. Mass: Blackwell, 1998.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. Rio de Janeiro; São Paulo: Hucitec-Abem, 2003. 283 p.

LEITE, M. de P. Work and society in a process of change. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 4, 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222000000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2006.

LEONG, F. T. L.; BROWN, M. T. Theoretical issues in cross-culturally career development: cultural validity and cultural specificity. In: WALSH, W. B.; OSIPOW, S. H. (Orgs.). **Handbook of vocational psychology**: theory, research, and practice. 2th. ed. Mahwah: Erlbaum, 1995. p. 143-180.

LIBERATO, V. C. A dinâmica do serviço doméstico remunerado nos anos noventa no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DO TRABALHO - ABET, 6., 1999, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: [s.n.], 1999.

LOPES, M. J. M. O sexo no hospital. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 76-105.

LOPES, R. L. M.; SOUZA, I. E. de O. A fenomenologia como abordagem metodológica: compartilhando a experiência de mulheres que buscam a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 5-11, jul. 1997.

LOURO, G. L. Epistemologia feminista e teorização social desafios, subversões e alianças. In: ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C. B. (Orgs.). **Coletânea gênero plural**. Curitiba: UFPR, 2002. p. 11-22.

LOURO, G. L. Gênero, sexualidade e poder. In: _____. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 37-56.

LOURO, G. L. **Nas redes do conceito de gênero**. 2000. Disponível em: <<http://www.ufrgs/faced/geerge/duvida.html>>. Acesso em: 30 nov. 2006.

MACEDO, M. S. Relações de gênero no contexto urbano: um olhar sobre as mulheres. In: _____. **Perspectivas de gênero**: debates e questões para as ONGs. Recife: GTGênero, 2002.

MACEDO, M. S. Tecendo o fio e segurando as pontas: mulheres chefes de família em Salvador. In: BRUSCHINI, C.; PINTO, C. R. (Eds.). **Tempos e lugares de gênero**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2001. p. 57-70.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MARCONDES, W.; ROTENBERG, L.; PORTELA, L.; MORENO, C. **O peso do trabalho "leve" feminino à saúde**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

MARQUES, D. de P. Relações de gênero no campo profissional da medicina. IFCS/UFRJ. **Revista Prodoctor Resident**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 4, p. 10, jul./ago. 1996.

MARQUES, R. de C. **É preciso ser piedoso**: a imagem social do médico de senhoras. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003.

MARTINS, G. A.; LINTZ, A. **Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso**. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; SCALABRINI NETO, A.; VELASCO, I. T. **Emergências clínicas**: abordagem prática. São Paulo: Manole, 2006.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1989.

MAYRING, P. H. **Einführung in die qualitative Sozialforschung**. 5. ed. Weinheim: Beltz, 2002.

MEYER, D. E. E. Por que só mulheres?: gênero da enfermagem e suas implicações. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 45-52, jan. 1993.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Universidade de Guarulhos, 1994.

MINTZBERG, H. A. Adhocracia. In: _____. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995. p. 250-277.

MONTEIRO, G. T. M. **A construção jurídica das relações de gênero**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

MORAES, M. F. de. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro**: o caso Clínica São Vicente. 2005. 119 f. Dissertação – (Mestrado em História das Ciências da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MOTT, M. L. G. Medicina e filantropia: Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. **Cadernos pagu**, [S.l.], v. 24, p. 41-67, jan./jun. 2005.

MUTARI, E.; FIGART, D. M. Comparable worth in a restructuring economy. In: MUTARI et al. (Orgs.). **Gender and political economy**. New York: M.E. Sharpe, 1997.

NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas: Unicamp, 2001.

NOGUEIRA, C. Feminismo e discurso do gênero na psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 107-128, 2001.

NOGUEIRA, C. **Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero**: perspectiva feminista crítica na psicologia social. 1997. Tese (Doutorado) - Universidade do Minho, 1997.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualyemark, 1994.

OLIVEIRA, Z. L. C. de. A provisão da família: redefinição ou manutenção dos papéis? In: ARAÚJO, C.; SCALON, C. (Orgs.). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2005. 304 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Contribuições sobre a gestão da qualidade em educação médica**. Brasília, DF, 1994. (Série desenvolvimento de recursos humanos, 7).

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **ONA**. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 3 set. 2006.

PAIVA, V. **Fazendo arte com camisinha**: sexualidades jovens em tempos de AIDS. São Paulo: Summus, 2000.

PARREIRA, A. Patológicas, disfuncionais, patogênicas: reflexão sobre características organizacionais adversas para a auto-realização da pessoa humana. **Análise Psicológica**, [S.l.], v. 3/4, p. 393-404, 1988.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência: Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 617-626, jul./set. 2004.

PEREIRA, W. R. **Poder e violência e dominação simbólicos em um serviço de saúde**. 2000. 181 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PISCITELLI, A. Re-criando a (categoria) mulher? In: _____. **Textos didáticos**. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002. p. 7-42.

PORTER, R. **Das tripas coração**: uma breve história da medicina. Rio de Janeiro: Record, 2005.

QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. **Hospitais**: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa, 2004.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE.
Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

RIBEIRO, L. F.; REBELO, M. T.; BASTO, M. L. O texto e o contexto nas tendências de enfermagem. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [S.l.], v. 4, p. 25-29, 1996.

ROCHA, L.; DEBERT-RIBEIRO, M. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 539-547, 2001.

ROSENBERG, S. From segmentation to flexibility: a selective survey. **Review of Radical Political Economics**, [S.l.], v. 23, 1991.

SAFFIOTI, H. I. B. Posfácio: conceituando gênero. In: SAFFIOTI, H. I. B.; MUÑOZ-VARGAS, M. (Orgs.). **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Brasília, DF: NIPAS, 1994.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, jul./dez. 1990.

SCOTT, J. Igualdade versus diferença: os usos da teoria pós-estruturalista: debate feminista. **Cidadania e Feminismo**, [S.l.], p. 203-222, 2000. Edição especial.

SCOTT, J. W. **Igualdade versus diferença**: os usos da teoria pós-estruturalista. São Paulo: Melhoramentos, 1999.

SCOTT, J. W. A invisibilidade da experiência. **Projeto História**, [S.l.], n. 16, p. 297-325, 1998.

SCOTT, J. W. Prefácio a gender and politics of history. **Cadernos Pagu**, [S.l.], n. 3, p. 11-27, 1994.

SCOTT, R. P. Mulheres chefes de família: abordagens e temas para as políticas públicas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2000, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2000.

SCOTT, R. W. The organization of environments: network, cultural, and historical elements. In: MEYER, J. W.; SCOTT, R. W. (Eds.). **Organizational environments ritual and rationality**. London: Sage, 1992. p. 155-175.

SCOTT, R. W.; CHRISTENSEN, S. **The institutional construction of organizations**: international and longitudinal studies. London: Sage, 1995.

SHOTTER, J. **Cultural politics of everyday life**. Buckingham: Open University, 1993.

SHOTKER, J.; GERGEN, K. J. **Texts of identity**. London: Sage, 1989.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986. 143 p.

SILVA, L. H. da. Divisão sexual do trabalho. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: UFRGS, 1997. 292 p.

SOUZA-LOBO, E. **A classe operária tem dois sexos**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. p. 17-41.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 41-61.

SPINK, M. J. P. Os Contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. **Revista da Associação Brasileira da Psicologia Social – ABRAPSO**, [S.l.], v. 12, n. 12, jan./dez. 2000.

TEMPORÃO, J. G. **Complexo industrial da saúde**: público e privado na produção e consumo de vacinas no Brasil. 2002. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

TOWNLEY, B. Foucault, power/knowledge, and its relevance for human resource management. **Academy of Management Review**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 518-545, 1993.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, P. G. **Assistência médica no Rio de Janeiro**: 1920-1937: reformas institucionais e transformações na prática médica. Rio de Janeiro: [s.n.], 1982. Disponível em: <<http://www.sbrad.com.br>>. Acesso em: 6 fev. 2005.

WAINBERG, S. **Experiências e vivências de auxiliares de enfermagem do sexo masculino no exercício de uma profissão majoritariamente feminina**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

WETHERELL, M. Linguistic repertoires and literary criticism: new directions for a social psychology of gender. In: GERGEN, M.; DAVIS, S. (Eds.). **Toward a new psychology of gender**. New York: Routledge, 1997.

WILKINSON, S. Feminist psychology. In: FOX, D.; PRILLELTENSKY, I. (Eds.). **Critical psychology**: an introduction. London: Sage, 1997. p. 247-64.

WOOLF, V. **Um teto todo seu**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

YANNOULAS, S. C. **Dossiê**: políticas públicas e relações de gênero no mercado de trabalho. Brasília, DF: CFEMEA; FIG/CIDA, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001. 178 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZURRIAGA, R.; LUQUE, O. **Formación en psicología social para non psicólogos**. València: N.A.U. llibres, 1995.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Hospital: _____

Entrevista: _____

Função: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo que trabalha no hospital: _____

1. Faça um breve relato da sua história de vida.
2. Comente sua trajetória profissional e sobre a escolha da sua especialidade.
3. Quais são as características pessoais e valores que vão de encontro com a sua profissão?
4. Como foi a sua inserção no mercado de trabalho? Que dificuldades e/ou facilidades encontrou?
5. Como você visualiza o estilo de decisão dessa organização?
6. Como os profissionais, médicos e enfermeiras, são promovidos neste hospital? Por que ocorre dessa forma? A promoção está relacionada com o gênero?
7. Quais são os modelos pessoais e posturas que aparecem de uma forma mais visível nesta organização?
8. Qual é a sua percepção a respeito do ambiente competitivo da organização?
9. Como se dão as relações de poder na tua opinião?
10. Como se dão as relações de gênero na organização?
11. Você percebe diferenças de gênero em algum momento? Quais? Porque você acha que acontecem?
12. Existe algum tipo de conflito entre profissionais, médicos/enfermeiras e médicos/médicas neste hospital?
13. Em sua experiência profissional, você encontrou dificuldades ou facilidades pelo fator gênero? Quais?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)