

ASSOCIATIVISMO, PROFISSÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS
III SEMINÁRIO NACIONAL DE TRABALHO E GÊNERO - UFG

Sessão Temática: Trabalho, gênero e políticas educacionais

A CONDIÇÃO FEMININA NO TRABALHO E NA EDUCAÇÃO

Linamar Teixeira de Amorim

RESUMO

A historicidade do processo de construção da sociedade moderna demonstra que esta é marcada por inúmeros fatores conflituosos, como os espaços ocupados por homens e mulheres. Nessa perspectiva a condição da mulher merece destaque pelo fato de estar sempre subjugada aos desígnios de um mundo dominado pelo homem. Este trabalho é uma tentativa teórica de buscar o lugar do feminino na área da saúde. Objetiva-se demonstrar que a profissionalização da mulher na área da saúde, ainda que de forma sutil, é reflexo de uma sociedade desigual e preconceituosa, de domínio masculino. A metodologia em questão refere-se basicamente a uma pesquisa de revisão bibliográfica, que permitirá identificar e avaliar as condições quanto à formação e profissionalização da mulher na área da saúde, na sociedade atual. A profissionalização da mulher na área da saúde é uma discussão assentada nas questões de gênero, do mundo do trabalho e das políticas de educação. A importância dessa discussão reside no fato. Nesse sentido, observa-se todas as discussões são redimensionadas à medida que a sociedade passa por transformações, que afetam a vida dos sujeitos sociais proporcionando melhores condições de vida para a população.

Palavras-chave: gênero, educação, trabalho.

1. A MULHER E AS QUESTÕES DE GÊNERO

No início do século XIX, Portugal (ou melhor, a aristocracia portuguesa) ainda exercia fortes influências sobre o Brasil. A família era do tipo patriarcal, comandada pela figura masculina do pai, detentor de grandes propriedades, de muitos escravos, além de exercer grande poder sobre seus dependentes. As mulheres deveriam ser puras, bondosas e submissas e por isso, “naturalmente”, suas tarefas estavam ligadas à casa e à família, devendo exercer de forma exemplar os papéis de esposa e de mãe. Seria da natureza da mulher ser dada aos sentimentos bem como ter uma sexualidade menos desenvolvida. Já os homens teriam uma natureza ativa, seriam menos sentimentais, mais racionais e dotados de instinto sexual mais desenvolvido, desta forma as atividades reservadas a eles se situavam fora do âmbito doméstico (ZOLIN, 1997).

Já na segunda metade do mesmo século, a sociedade brasileira passa por várias transformações, como: a consolidação da ordem capitalista; o incremento da vida urbana, com novas alternativas de convivência social; a ascensão da burguesia e de novos padrões. As cidades passaram a ser o símbolo de modernidade e civilidade. Com a passagem das relações senhoriais às de tipo burguês, a casa passa a delimitar a distância entre a nova classe e o povo: com casas mais aconchegantes, a família passa por um processo de privatização marcado pela valorização da intimidade. As famílias mais ricas passam a promover saraus, festas e jantares para um círculo restrito de familiares, parentes e amigos. Nesse contexto, a leitura de romances românticos, cujas heroínas eram doces, sonhadoras e que sofriam por amor, incentiva a idealização da mulher, das relações amorosas e das perspectivas de casamento. A mulher, assim, só adquiria status quando desempenhava a função de guardião do lar e da família (DEL PRIORI; ARAÚJO, 1997).

No Brasil são inúmeras as brasileiras que se destacaram: escritoras, compositoras, romancistas, defensoras da abolição da escravatura, professoras, enfim, mulheres negras e brancas que buscavam participar ativamente da vida social, econômica, cultural e política da sociedade na qual viviam. Os movimentos feministas se desarticularam ao alcançarem suas reivindicações: diminuição da jornada de trabalho das mulheres, melhores condições de trabalho, o direito de votar em 1934.

A luta pelo direito ao voto, à cidadania, foi longa e difícil, começou no final do século XIX, logo após a Proclamação da República que impulsionou de maneira decisiva essa nova bandeira. E, até a conquista do sufrágio feminino tornou-se a mais importante de todo o movimento.

A ‘emancipação da mulher’ estava adquirindo um significado cada vez mais vasto. No final do século XIX, algumas mulheres não mais queriam apenas respeito, tratamento favorável dentro da família ou direito à educação, mesmo educação universitária, mas sim o desenvolvimento pleno de todas as suas faculdades, dentro e fora do lar. [...] Vinculavam a causa pelo sufrágio à igualdade da mulher e aos direitos humanos gerais. [...] Agora elas precisavam ter total liberdade e igualdade de direitos. E o direito ao voto constituía parte intrínseca de seus direitos. Sem o sufrágio, as mulheres não poderiam ser verdadeiramente iguais. (HAHRNER, June E, 1981, p. 42)

Já no século XX, após vários anos de luta, as mulheres conquistam muitas vitórias. A discriminação e a opressão passam a ser discutidas e as explicações de ordem biológica rejeitadas. Conquistam o mercado de trabalho, embora ainda haja vários obstáculos a serem vencidos. O uso de métodos contraceptivos, além de possibilitar a vivência do prazer permitiu também planejar o momento de ser mãe e o número de filhos que se quer ter, ainda que o acesso a esses métodos não ocorra da mesma forma entre as classes sociais e as regiões do país. O casamento passa a ser opção e não obrigação (muitos casais preferem morar junto ao

invés de estabelecer um contrato formal). O divórcio emerge como a possibilidade de se finalizar um casamento insatisfatório. As diversas formas de violência contra a mulher se tornam visíveis, além de serem punidas e combatidas.

Primeiro, as feministas buscavam a garantia de direitos iguais aos homens: trabalhar, jornada de trabalho menor, liberdade sexual, entre outros. Passada a euforia de todas as conquistas, a mulher ainda não obteve êxito no reconhecimento social e financeiro, obviamente há exceções. Infelizmente, de maneira geral a mulher ainda é vista com desconfiança no exercício profissional. A enorme diferença de salários entre homens e mulheres apesar de desempenharem as mesmas tarefas, de ocuparem os mesmos cargos, provavelmente expresse essa percepção preconceituosa, que por sua vez reflete o aspecto cultural da sociedade brasileira. Ou seja, uma formação social estruturada na divisão dos sexos. Muitas mulheres já ocupam postos de chefia em empresas altamente hierarquizadas, entretanto, esse número é ainda muito desproporcional a ocupação masculina nas mesmas posições de comando, sem falar na remuneração bastante inferior. São muitas as dificuldades de acesso a determinados cargos, pois em princípio são “lugares” próprios dos homens.

O avanço da participação feminina no trabalho aumenta consideravelmente, porém a posição real da mulher não é das mais promissoras. Apesar de encontrar-se aberto para ela o mercado de trabalho, ainda é considerada mão-de-obra de reserva. Mesmo quando possui qualificação profissional, é induzida a exercer *profissões femininas* (cf. Isto não é serviço para mulher) e os cargos mais importantes ainda são reservados aos homens. Até hoje impera o preconceito de que as mulheres foram feitas para desempenhar tarefas secundárias. (LEITÃO, Elaine V., 1988, p. 70).

Contudo, não se pode omitir o desrespeito com o qual muitas vezes a mulher é tratada no trabalho, ao ser constrangida pelo patrão ou superior com “cantadas”, inclusive sob ameaça de demissão caso não aceite uma relação mais “pessoal”. A beleza, elegância, sensualidade são características atribuídas culturalmente à mulher, ao homem basta a inteligência.

A história ao logo desses séculos de luta coloca em evidência a transformação do sexo feminino, mas não enquanto mulher potencialmente capaz. O reconhecimento social da mulher ocorre pela sua masculinização, ou seja, a ela foi permitido um lugar igual ao do homem, mas ainda não se acredita na sua capacidade, eficiência e quando alguma se destaca, resta-lhe as formas masculinas de representação. É o que mostra a citação da fala de Eduardo Portela sobre Clarice Lispector, (Leitão, 1988:74): “- ‘A hora da estrela’, de Clarice Lispector. Clarice Lispector não é ninguém, pois começa e termina nela. É o maior *narrador brasileiro* que trabalhou com a palavra”. (o grifo é da autora)

Diante da impossibilidade de negar a competência feminina, utiliza-se a forma masculina para compensar o fato da mulher ter-se destacado, confirmando a superioridade do homem.

Em territórios delimitados como sendo dos homens, a mulher perde a sua privacidade feminina, ela precisa apresentar-se capaz de pensar, agir, falar e sentir tal como faz o sexo oposto. Até porque ela lutou para ser igual ao homem, para provar que a sua competência é igual à dele.

O movimento feminista, durante toda a sua existência, adotou como referencial de luta, o homem. Logo, a repressão passa a ser exercida pela mulher contra si mesma, a partir do momento em que se obriga a ocupar um lugar no mundo do homem, da mesma forma que ele faz, tomando como verdadeiro o modo de vida estabelecido pelo homem, outrora opressor e dominador. Com isso, a feminista acaba cumprindo o papel de reprodutora de uma ordem social vigente, com algumas mudanças, mas nos mesmos moldes em que foi criada pelo homem. Ao agir assim, a mulher está apenas reafirmando a condição de superioridade atribuída historicamente ao homem.

Pretende-se mostrar com essa abordagem o caráter contraditório e confuso do movimento feminista. Não se trata de diminuir nem ignorar o seu valor, as suas conquistas, mas da tentativa de demonstrar como esse tipo de manifestação pode ser ambígua. A pretensão aqui é de reverenciar os aspectos positivos do feminismo e, simultaneamente, apontar novos percursos, para a consolidação do novo ser social propiciado pelo movimento feminista.

Trata-se antes de uma revisão dos desejos e propósitos da nova mulher, do que de um julgamento de erros e acertos daquelas consideradas precursoras. É quase impossível não observar que as mulheres de hoje também buscam papéis rejeitados no passado, os quais motivaram o questionamento proposto pelo movimento feminista. Embora tenham sido criadas para estudar, trabalhar, muitas mulheres colocam o casamento, os filhos, na lista de objetivos a serem realizados e que, podem ou não se desvincular da carreira profissional. O desejo ou a idealização quanto a casar e a ter filhos, nos dias de hoje não significa “andar na contramão” de toda a evolução proporcionada pelo feminismo. Pois, ao se colocar desta forma, tem-se uma percepção unilateral sobre a mulher, o que impede outra visão: a do encontro. A possibilidade de escolher entre casar e ter filhos e não construir uma carreira profissional, ou então, a tentativa de conciliar vida profissional e pessoal, é isso que pode finalmente propiciar à mulher o encontro consigo mesma e com o mundo. A plenitude feminina está na escolha consciente e livre do caminho a seguir e quais potencialidades desenvolver enquanto ser humano.

Ao lutar para romper com as regras, acaba-se por gerar novas regras, às quais fica-se novamente presa, são outros tabus, novas formas de aprisionar-se. Primeiro, fora prisioneira de concepções que a impediam de desenvolver e expressar suas potencialidades cognitivas, profissionais. Em seguida, ao conquistar um relativo direito de igualdades, foi advertida de que teria de agir como um homem: dominar as emoções e sentimentos, entender de carros, pagar contas, priorizar a carreira em detrimento dos filhos e casamento, instituições que a subjugava e reprimia. Atualmente, após a conquista do seu espaço ainda que “masculinizado”, a mulher busca atingir a sua maturidade, entendendo que a profissão não a impede de ter uma família (esposo e filhos) e vice-versa. Ela está, com isso, se redefinindo social e culturalmente. Outra vez o sexo feminino está questionando o seu papel, o exercício da sua feminilidade e a implicação das vitórias alcançadas.

O foco de luta centralizado na igualdade entre os sexos foi um equívoco, segundo Oliveira (1991), daí a importância de se redefini-lo, o que não significa buscar uma superioridade feminina. Uma mulher livre das predestinações, discriminações sócio-culturais, com as quais ainda convive e se contrapõe. Se assim for, essa liberdade se estenderá a toda a sociedade. “Quanto tempo e forças desperdiça para liquidar, sublimar, transferir complexos, falando das mulheres [...], temendo-as! Libertá-lo-iam, libertando-as. [...] Obstina-se nas mistificações destinadas a manter a mulher acorrentada”. (Beauvoir, 1990, p. 489).

Essa nova visão indica um novo caminho: o da reciprocidade, da troca de experiências, conhecimentos, prazeres. Ao revisar algumas conquistas e até permitir que elas voltem a ser como foram no passado, a mulher não está por isso perdendo seu espaço, se desvalorizando. Pelo contrário, ela consegue se firmar socialmente, mas respeitando a si mesma, os seus limites, as suas potencialidades, as suas características físicas e psicológicas, que em momento algum têm a obrigação de serem iguais às características do homem. Adotando essa referência para si, que a caracteriza como ser humano, a mulher provavelmente encontrará o seu espaço próprio, sem ter que se aproximar da figura masculina para atingi-lo. Logo, “não há emancipação feminina sem emancipação humana” (Leite, 1984, p.46). E com certeza, essa será a maior de todas as conquistas femininas, talvez a mais difícil.

As lutas femininas, para que a mulher tivesse seu espaço na sociedade moderna, levaram à discussões de uma perspectiva mais ampla, tese essa já difundida entre os estudiosos e algumas feministas. Nela, a reciprocidade, como base de sustentação no relacionamento entre homens e mulheres, implicará na “coexistência para além das diferenças”, para citar a compreensão a respeito dessa discussão, de Muszkat (1985, p.41). Trata-se da necessidade de encontrar o equilíbrio para que as diferenças convivam, sem a obrigatoriedade de um dos sexos se sobrepor ao outro, reforçando a idéia de superioridade de um deles. O equilíbrio conferirá um caráter saudável às relações, nas quais as diferenças serão valorizadas e essenciais, ou seja, elas perderão a característica de negatividade. Essa capacidade de permanente questionamento, insatisfação, além de denunciar a necessidade de particularidade masculina por um longo período. Enfim, a mulher, se expressa enquanto ser social ativo e inovador pelo ato criativo, por contestar inclusive a si mesma. E hoje, ela busca alternativas, instrumentos, que lhe propiciem a diferença como sua base de constituição social, papel anteriormente atribuído à igualdade. Deve-se ressaltar que diferença aqui não é a diferença entre sexos, mas as diferenças pessoais entre seres humanos, independentemente de sexo, cor, condição financeira. Ou de acordo com Mead (1979, p.297): “Insistir que não há diferenças de sexo numa sociedade que sempre acreditou nelas e dependeu delas, talvez seja uma forma tão sutil de padronização de personalidade como insistir em que existem muitas diferenças de sexo”.

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, bem como que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não-remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Ao se considerar que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam um forte impacto nas condições de saúde destas últimas (ARAÚJO, 1998), torna-se imprescindível contemplar as questões de gênero como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica que define a masculinidade e a feminilidade e os padrões de comportamento, aceitáveis ou não, tanto para homens quanto para mulheres (SCOTT, 1989).

Gênero refere-se ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras. “A inclusão da mulher como sujeito diferenciado das políticas públicas é o único caminho possível para o alcance mínimo de equidade social, nas sociedades contemporâneas” (FEGHALI, 2000, p. 279). O desinteresse pelas questões femininas (sua vida, saúde e direitos) está circunscrito no campo da cultura machista, em que os governos são em geral comandados por homens que se consideram os únicos cidadãos e, portanto, os que têm direitos de cidadania (FEGHALI, 2000).

No Brasil os estudos de gênero, ou relações de gênero, surgem nos anos 1970/80, em torno da problemática da “condição feminina”, o trabalho de pesquisadoras norte-americanas

trouxo o conceito de gênero. Elas passaram a usar a categoria “gender” para falar das “origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e mulheres” (Grossi, 2000, p. 33). A Antropologia Feminista considera essas explicações de ordem natural como uma formulação ideológica, que justifica os comportamentos sociais de homens e mulheres em determinada sociedade.

Muitos discursos e compromissos são oficialmente assumidos pelos governantes quanto aos direitos e saúde das mulheres, entretanto, não são efetivamente executados. Hoje elas já ampliaram seu espaço social de atuação, têm uma importante inserção nos meios educacionais e no mercado de trabalho, contudo, ainda prevalece uma visão de que as mulheres devem ser subjugadas aos homens (DALCUCHE, 2006). E essa relação pautada na dependência, na subordinação feminina em relação aos homens, estabelece o poder da cultura machista sobre as mulheres, incluindo a relação sexual, na qual a mulher mais uma vez depende do seu parceiro até para decidir preservar ou não a sua saúde. Nesse sentido, o câncer do colo do útero é uma enfermidade marcada pelas diferenças de gênero, isto é, ele está contemplado nos programas de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde da mulher, mas isso não é suficiente, apesar de imprescindível.

2. FORMAÇÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.

O Estado tornou-se o principal agente de saúde e da educação da população brasileira, sobretudo após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Sendo assim, segundo o texto Constitucional, tanto a educação quanto a saúde devem seguir as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade, que são mecanismos de promoção da qualidade desses serviços. As políticas públicas que visam a construção de uma sociedade democrática e defensora da cidadania, por meio de uma maior eficiência dos serviços de saúde, a partir de novas propostas de atendimento e formação profissional, com base nas idéias de humanização e integralidade da saúde, percebendo as desigualdades sócio-culturais e econômicas.

Na gestão atual do Ministério da Saúde, a humanização assume uma dimensão de política, como diretriz para pautar todas as ações de saúde para o SUS,

... urge que se trace uma política de humanização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde – SUS aqui entendida não apenas como um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos equipamentos de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em todo o SUS. (...) Como política ela deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas Unidades e equipamentos de saúde, entre as instâncias que constituem o SUS. (BRASIL/MS, 2003b, s/p)

Nesse sentido, a humanização é um dos instrumentos necessários à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS:

A proposta de humanizar a assistência da saúde, mais do que um discurso vem do reconhecimento, por parte dos trabalhadores, usuários do sistema de saúde e dos gestores da necessidade de produzir mudanças (...) Ao falarmos de humanização, não se trata de discursos piegas no sentido de fazer caridade, mas sim da necessidade de se construir relações entre sujeitos, o profissional e o usuário, portadores de conhecimentos e experiências diferentes, onde possa reconhecer no outro a capacidade de expressar, compreender, tomar decisões e agir sobre problemas de saúde. (OLIVEIRA apud LIMA & ROCHA 2003, p. 185)

A reflexão aqui colocada remete a um emaranhado de relações, conceitos e legislações que passam a integrar o espaço privilegiado de formação para o trabalho em saúde, pois exige estratégias de formação que tenham como referência os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, visando garantir à população o acesso igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A formação de profissionais mais humanistas e com a visão da integralidade da atenção à saúde são características imprescindíveis para a atuação no SUS.

Portanto, reconhecer a prestação de serviços em saúde como um dos aspectos constitutivos da cidadania brasileira pressupõe uma formação profissional voltada para os princípios e diretrizes presentes no SUS e na Constituição Federal, a fim de garantir uma estrutura organizacional democrática, participativa e eficiente.

A produção de saúde no Brasil ganha contorno especial com a vinda da família real, pois era necessário um controle sanitário mínimo, com uma fiscalização dos portos. Entre o final do século XIX e as três primeiras décadas do século XX no Brasil, a falta de um modelo sanitário amplo, capaz de promover melhorias nas condições de vida da população. Ao contrário, a sociedade vivenciava a proliferação de epidemias e endemias rurais. A política de saúde no Brasil, a partir dos anos 20, esteve fortemente vinculada à política previdenciária e dependia da contribuição financeira dos beneficiários ao sistema previdenciário. Nesse sentido, a estreita relação entre a política social de saúde e o mercado de trabalho torna-se inquestionável, entretanto, somente os trabalhadores formais, que contribuíam para o INPS, tinham acesso aos serviços de atenção à saúde.

A saúde no Brasil torna-se uma questão social, pois as precárias condições ameaçavam o modelo agro-exportador, que se desenvolveu sobretudo a partir dos anos 30, diante disso o Estado organizou os serviços de saúde pública e as campanhas sanitárias. Isso evidencia os determinantes históricos do desenvolvimento da saúde pública brasileira.

Dessa forma, surge a contradição básica da saúde em sociedades capitalistas: a saúde é pública até o limite que for necessária para garantir a reprodução da força de trabalho sem custos que onerem a esfera da produção, ficando com o Estado o encargo da política específica da área. Outra contradição emerge da primeira. Apesar da concepção liberal-burguesa prever a saúde e educação como direito de todos, na ordem do capital, essas duas arenas sociais viram mercadoria. Luz (1979), situa a política de saúde na estratégia estatal de manipulação dos corpos, pois, para a maioria da população, o corpo é essencialmente um instrumento de trabalho no modo de produção capitalista. Tratado dessa forma, o corpo precisa de atenções básicas para ser mantido saudável e em condições de trabalho, tornando as instituições ligadas à saúde e as médicas um meio de manter a hierarquia política das classes e do sistema de produção capitalista. (LUZ apud FOUCAULT, 1979, p. 50)

A medicina pública torna-se cronicamente deficiente, enquanto os serviços médicos privados são restritos acabando, assim, por reforçar as desigualdades sociais. García, ao deslocar os estudos sociológicos sobre saúde da concepção abstrata e normativa do funcionalismo médico para a análise crítica do materialismo estrutural, muito contribuiu para o desenvolvimento do campo das ciências sociais em saúde na América Latina, tanto pelos estudos teórico-conceituais como pela introdução do seu ensino nas escolas médicas.

Luc Boltanski (1979), parte do princípio de que a profissão médica tem uma especificidade em relação às demais profissões, que a distingue substancialmente. Os médicos não exercem sua atividade diretamente sobre a doença, eles a exercem sobre um corpo doente que, muito além de um objeto inerte à espera de ser manipulado, é o corpo de um sujeito ativo, com suas próprias impressões sobre sua doença e com sua própria opinião sobre a maneira como deve ser curado.

Desde os anos setenta, porém, estudos vêm sendo realizados no intuito de explorar as implicações sociológicas de aspectos da saúde que extrapolam a dimensão assistencial-curativa. A sociologia vai integrando esses procedimentos de desconstrução da idéia biologizante da doença, passando a incorporar o saber sociológico na explicação de impactos sobre a cidadania provocados pelos fenômenos endêmicos e epidêmicos, pelas políticas governamentais e não-governamentais de educação, prevenção e promoção à saúde. Uma vez que a saúde é mais um produto a ser consumido, essa idéia pode influenciar na formação e atuação dos profissionais em saúde. Nesse sentido, Nunes (1999) propõe uma formação em que esteja presente as dimensões: social, psicológica e biológica, por ele denominado de biopsicossocial.

Dessa forma, desde os anos setenta, a medicina social deu novo alento à reorganização dos estudos em saúde ao atribuir prioridade ao aspecto social. Mas, foi nos anos oitenta, sobretudo, que se afirmou uma tendência clara de mudança de paradigmas, passando-se de uma compreensão simplista de saúde¹ para uma visão mais complexa, pela qual o conceito de saúde se definiu por suas relações com fatores culturais, sociais, políticos, afetivos e ambientais. A saúde deixou de ser entendida como ação preventiva para ser compreendida como promoção, não se referindo mais a uma determinada doença ou desordem, mas à qualidade de vida resultante, segundo Dina Czeresnia (2003).

Para Bertoldo Kruse (2001), essa nova compreensão começa a questionar as estruturas curriculares e a formação dos profissionais da saúde de modo, a se incorporar novos parâmetros: os ditames humanísticos, éticos e comunitários e se evitar que os valores da profissão sejam subjugados apenas aos interesses do mercado. Assim, o profissional será tão mais eficaz e consistente “quanto mais puder articular o conhecimento teórico e técnico da ciência médica aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos da relação profissional/usuário” (KRUSE, 2001, p. 16-18).

Nessa mesma perspectiva, segundo Everardo Nunes (2003), as novas disciplinas incorporadas no currículo: epidemiologia, administração e bioestatística questionam a tendência de biologização do ensino, calcadas em práticas individuais, centradas no hospital. A integração conhecida como biopsicossocial, refere-se ao plano do indivíduo e, no plano da comunidade, é a da chamada medicina integral, que procura integrar a família.

A análise de Paim (2003) aponta para o fato de que o caráter interativo prioriza a família, os aspectos éticos e afetivos na relação entre profissional e paciente, no processo de cura, essa visão permitiu o florescimento de uma cultura de cuidados na saúde mais plural e humana reveladas em algumas idéias: atenção primária à saúde, interdisciplinaridade, participação popular na organização do bem-estar social. Tais mudanças propiciaram uma crítica importante ao modelo médico-assistencial hegemônico na medida em que:

a compreensão de que a saúde da população é resultante da forma como a sociedade se organiza, considerando as dimensões econômica, política, e cultural, estimulava a pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde (PAIM, 2003, p. 163).

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Freitas (2003, p.155) propõe que a promoção da saúde reconheça “a complexidade dos problemas de saúde, exigindo-se simultaneamente abordagens mais qualitativas, bem como associações a estratégias participativas e territorializadas de vigilância.

As mudanças paradigmáticas no campo da saúde interferem no campo sociológico a partir das transformações verificadas no conceito de vigilância epidemiológica, que, nos anos

¹ Saúde era ausência de doença.

setenta, apresentava um caráter acentuadamente autoritário, centralizado e vertical. Nos últimos vinte anos, porém, consolida-se um novo conceito de vigilância à saúde que expande o conceito de vigilância tradicional, ao concordar com os preceitos da Constituição de que a saúde não pode ser resumida à mera ausência de doença, e deve ser entendida como uma decorrência de fatores ambientais e econômicos, da organização e efetividade dos serviços de saúde, do trabalho (CARVALHO E WERNECK, 1998, p. 22-23).

A vigilância da saúde, com essa reformulação do modelo de prestação de serviços, nos dizeres de Paim,

constitui-se em um modo tecnológico de intervenção em saúde que tende a incorporar modelos assistenciais vigentes e articular-se com as propostas atuais de promoção à saúde ; implica a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária (PAIM, 2003, p. 170).

A sistematização de um conceito como o de promoção à saúde, que incorpora definitivamente a questão social no debate, aliado ao conceito de vigilância à saúde - que articula organicamente o saber teórico e o prático -, coloca, inevitavelmente, um desafio para a sociologia da saúde. Desperta o interesse de pesquisadores que desejam compreender essa aproximação disciplinar para estruturar novos conhecimentos de fronteira envolvendo pesquisadores que desejam dialogar sobre a relação saúde e sociedade a partir de ângulos diversos.

Nesse sentido o trabalho de Almeida (2007) demonstra a importância das mudanças propiciadas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) com a nova concepção de cuidar, em que o trabalho do profissional da saúde, no caso, enfermeiros (as), se estende até os domicílios dos clientes/pacientes. Esse atendimento domiciliar expressa a idéia de humanização dos serviços de saúde, ao aproximar os profissionais dos seus clientes, e isso permite que uma relação de confiança seja estabelecida entre esses dois sujeitos sociais. A autora se apropria do conceito de “intercessores” para definir esse espaço de encontro entre os sujeitos.

Anthony Giddens (1986) ao tratar da escola/processo educacional sua ênfase recai sobre a reprodução social. Para o autor a escola é um exemplo do sistema de desençaixe/reençaixe entre tempo e espaço. Dessa forma entende-se que o sistema educacional pressupõe o desençaixe no caso da formação do profissional da área da saúde – ao separar conhecimentos e com isso perde-se a noção de relação/interação das disciplinas. Por desençaixe o autor entende o “deslocamento das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espaço” (GIDDENS, 1991, p. 29). Para Giddens (1991), a confiança se dá em relação aos chamados “sistemas peritos”, que são “sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje” (GIDDENS, 1991, p.35). Para a pessoa leiga, a confiança é, em parte, um artigo de “fé” em sistemas peritos que independe do conhecimento do modo de funcionamento de tais sistemas. Giddens, define sistemas peritos da seguinte forma:

Os sistemas peritos são sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje. A maioria das pessoas leigas consulta profissionais – advogados, arquitetos, médicos, etc., - apenas de modo periódico ou irregular. Mas os sistemas nos quais está integrado o conhecimento dos peritos influencia muitos aspectos do que fazemos de uma maneira contínua (GIDDENS, 1991, p. 35).

Os profissionais em saúde, representantes dos sistemas peritos, possuem conhecimento técnico/especializado e pressupõem que os indivíduos enfermos confiam nos seus serviços. Esta confiança baseia-se na experiência de que os sistemas peritos geralmente funcionam da maneira esperada, mesmo existindo os riscos.

3. INTERFACE ENTRE GÊNERO, EDUCAÇÃO, SAÚDE E TRABALHO

Gênero serve para determinar tudo que é social, cultural e historicamente definido. É mutável, pois está em constante processo de ressignificação devido às interações concretas entre indivíduos do sexo feminino e masculino. As mulheres ocupam postos que envolvem cuidados nas dinâmicas de saúde e da educação, pois carregam essa marca desde casa, e independentemente da idade, na área da saúde, o “cuidar” está associado ao feminino e o “curar” representando ocupações masculinas. Esse cuidar carrega sentimentos de amor e carinho, que também se colam ao feminino e posicionam as mulheres como “cuidadoras” por natureza e por vocação (SCAVONE, 2005).

Uma das precursoras da questão feminina no Brasil, Nísia Floresta, preocupada com a educação feminina defendia a necessidade de mudanças nesse ensino determinado pelos homens, fundamentado nos seus interesses e da sociedade que dominavam. Para ela, a mulher estava ausente do mundo e de si mesma, pois a formação da mulher se restringia ao ensino da costura e dos bons modos. A educação para ela era o veículo de transformação da realidade feminina. Pressupondo a igualdade entre homens e mulheres, significava a independência intelectual, a liberdade da mulher tão oprimida pelos homens.

Nada, porém, ou quase nada temos visto fazer-se para remover os obstáculos que retardam os progressos da educação das nossas mulheres, a fim de que elas possam vencer as trevas que lhes obscurecem a inteligência, e conhecer as doçuras infinitas da vida intelectual, a que têm direito as mulheres de uma nação livre e civilizada. [...]Vejam o impulso que o governo e os homens da nossa nação têm dado a esse germe precioso, como têm eles cultivado e feito desabrochar as flores, madurar os frutos que se deve esperar de uma planta de abundante seiva [...]. (FLORESTA, Nísia, 1989, p.82)

O movimento feminista acreditava na idéia de que, com a vitória da sua luta, a mulher finalmente estaria livre da submissão e nulidade, às quais estava “predestinada” desde o seu nascimento. Porém, apesar dos direitos adquiridos pelo sexo feminino, outros problemas surgiram, para além da relação entre cônjuges e que dificultam a percepção de si mesma, gerando conflitos internos.

A observação da história do feminino na sociedade moderna revela que não foi suficiente ainda que a mulher tivesse acesso à educação, por mais que este seja um dos caminhos mais importantes para a autonomia intelectual do ser humano. A igualdade alcançada pela educação, ao contrário, parece ter ressignificado a luta das questões femininas, e com isso algumas áreas tornaram-se espaços da mulher, a escola e os centros de serviços em saúde. Com isto, poderia se imaginar que não havia mais desigualdade entre homens e mulheres, entretanto, observa-se que tais espaços são traduzidos mais como extensões da casa.

Nesse sentido, verifica-se que a saúde e a educação são dimensões da vida social, em que há a preocupação com o cuidar. É preciso cuidar da educação dos filhos, bem como da saúde. “Os cuidados tiveram ao longo da história uma divisão sexuada, segundo suas

finalidades, cabendo à mulher os cuidados com a preservação da vida e do seu desenvolvimento, enquanto aos homens couberam os cuidados com o sustento e a defesa...” (MARANHÃO, 1998, p. 30).

A saúde e a educação, enquanto espaços de cuidado, na sociedade urbana-industrial, podem ser instrumentos de transformação das relações de conflito entre o feminino e o masculino, pois corpo e mente são partes do todo que é o ser humano. Portanto, cuidar é reconhecer o outro como ser humano integral, bem como a si próprio. O fato é que tanto na educação quanto na saúde, as mais diversas formas de cuidado repercutem no processo de desenvolvimento desse ser humano, que pode ser homem ou mulher, e que além das necessidades com o corpo e a mente, apresenta necessidades de atenção com questões afetivas, econômicas e sociais.

Da mesma forma que se espera que uma enfermeira seja, além de afetuosa, competente, [...]. A função de quem cuida e educa várias crianças num contexto institucional exige clareza de papéis, [...]. O cuidado profissional não significa que não seja afetivo, ou que não criem vínculos, assim como o cuidado com ênfase nos aspectos relacionais e não apenas técnicos, é um saber que não é específico da mãe, mas construído na relação entre quem cuida e quem é cuidado. (MARANHÃO, 1998, p. 35)

Pretende-se com esta discussão apenas ressaltar que o cuidado é algo essencial à existência humana, é inerente ao ser, independente de sexo.

Todavia, ainda há distinção quanto à algumas profissões na área da saúde, que por sinal, na maioria das vezes são identificadas como profissões femininas. O domínio do saber e de uma esfera do trabalho demonstra que dentro das profissões, ainda que na mesma área, há divisões, que distinguem e hierarquizam as ocupações. A enfermagem é exemplo dessas distinções profissionais, bem como das diferenças entre sexo, ainda que em menor proporção.

Vieira (2004), em seu trabalho destaca a precarização do trabalho na área da saúde, e que tal situação deve-se sobretudo aos baixos salários que forçam os trabalhadores a intensificar sua jornada de trabalho e que isso pode gerar situações de violência devido às situações de tensão e de exaustão, pelas várias jornadas, que leva a um desgaste mental de profissionais e clientes. Além disso, aumenta os riscos para o paciente, uma vez que os profissionais trabalham em condições muitas vezes inadequadas. O autor destaca a desvalorização do trabalho feminino e com isso retoma a discussão da divisão social do trabalho, que num certo sentido marginaliza algumas profissões, como é o caso da enfermagem, além de aponta-la como de domínio feminino.

Nessa perspectiva, Castro Santos & Faria (2008), demonstram em seu trabalho, as distinções entre os profissionais da saúde, de forma mais específica, entre as educadoras sanitárias da Primeira Republica, que nos dias de hoje compararam-se às Agentes Comunitárias de Saúde (inicialmente uma atividade feminina) nos tempos atuais. Os conflitos de autoridade entre Enfermeiras e Educadoras Sanitárias no processo de cuidar no passado, parecem se repetir hoje entre Enfermeiros e Agentes Comunitários. O relacionamento entre os profissionais revelam-se em alguns momentos como hostis, em outros cordiais, essa relação é marcada pela hierarquia das profissões e pela competência técnica. O campo da enfermagem constituiu-se no espaço de ação e controle feminino, frente ao poder médico e masculino, mas não sem resistência em relação à profissão e pelo exercício das atividades por mulheres. Isto demonstra que as desigualdades e preconceitos permanecem, isto é, as lutas entre os sexos, mesmo que de forma mais sutil ainda está presente na sociedade atual.

As lutas e negociações que se desdobram, em nossos dias, em vários países, revelam problemas **entre** as profissões e **no interior da** própria profissão. No Brasil, a esses problemas somam-se dilemas típicos do corporativismo particularista, tais como a tentativa atual de grupos médicos de garantir territórios “cartoriais” e limitar o exercício de atribuições comuns, bem como o autoritarismo sindical dos Conselhos “classistas” em inúmeras atividades, a exemplo da Enfermagem. (CASTRO SANTOS & FARIA, 2008, p.39)

Castro Santos & Faria (2008), destacam também a importância do profissional da enfermagem para as políticas de saúde que visam melhores condições de saúde e vida da população. Os autores apontam para a superação de uma posição supostamente subalterna dos profissionais da enfermagem, pois segundo eles,

Castel (1998) aponta o trabalho como um elemento de integração do coletivo, mas que a visão que se tem sobre ele é de inclusão, na qual o indivíduo é inserido, portanto, os conflitos desaparecem. Nessa perspectiva, o trabalho em saúde, dentro da proposta do SUS de assistência, mas também prevenção e promoção pode ser entendido na dimensão da coletividade, da integração. Dentro dessa idéia, um dos princípios doutrinários do SUS junto à universalidade e equidade é a integralidade.

“(…) o reconhecimento na prática dos serviços de que: - cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; - as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; - as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Enfim: „O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde”. (BRASIL, 1990, p. 5).

Assim, por meio da noção de *integralidade*, a ideia é romper com o viés meramente biológico da concepção do processo saúde-doença, aproximando-se das questões sociais, culturais e políticas nele implicadas. Contudo, assim como em qualquer setor, a percepção e as ações que se tem do trabalho em saúde estão apenas no plano individual, portanto, os serviços em saúde apenas incluem os indivíduos, não os integra.

4. Considerações

Com o desenvolvimento industrial e a urbanização desenfreada, especialmente nas duas primeiras décadas do século XX, as condições de existência da população sofreram mudanças profundas. O Estado tornou-se o principal agente responsável pela solução do problema de saúde e educação, previsto na Constituição de 1988, a qual estabelece a saúde e a educação como direito de cidadania e dever do Estado.

A reflexão aqui colocada remete a um emaranhado de relações, conceitos e legislações que passam a integrar o espaço privilegiado de formação para o trabalho em saúde, pois exige estratégias de formação que tenham como referência os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, visando garantir à população o acesso igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Tratou-se aqui de uma tentativa de repensar a discussão sobre os meios e os modos como a formação e atuação do profissional em saúde está relacionada às questões de gênero.

O sistema educacional pressupõe o desencaixe no caso da formação do profissional da área da saúde – ao separar conhecimentos e com isso a perda da noção de relação/interação das

disciplinas. Nesse sentido, a formação do profissional em saúde, dentro dos princípios e diretrizes do SUS, no qual a humanização é essencial, tem uma relação intrínseca com os serviços prestados à população e que pode conferir uma dimensão coletiva desse trabalho, numa sociedade profundamente marcada pelas desigualdades sociais dentro e fora dos locais de trabalho.

Verifica-se que o trabalho na área da saúde assume a mesma complexidade que outros tipos de trabalho, pois também é marcado pela precarização, discriminação e desvalorização. Mesmo nas profissões da saúde permanecem as desigualdades de gênero. Tal constatação, demonstra que apesar de tantas conquistas, a discussão das diferenças entre os sexos, o desequilíbrio nas relações de gênero ainda não foram superadas. A autonomia e a liberdade feminina ainda não foram conquistadas, elas ainda são cerceadas pelo domínio masculino.

Dessa forma, a proposta de humanização dos serviços de saúde não se restringe aos clientes/pacientes, mas deve atingir também os profissionais, para que eles tenham condições psíquica, física e social de prestar o atendimento em saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde, desde os anos 90 e assim consolidar a proposta do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vera Lúcia. Enfermagem: da ação polícialasca ao ato de acolher – evolução das práticas de enfermagem e as políticas de saúde. In: BORSOI, Izabel Cristina Ferreira, SCOPINHO, Rosemeire Aparecida (orgs). *Velhos trabalhos, novos dias: modos atuais de inserção de antigas atividades laborais*. Fortaleza: Ed. UFC; São Carlos: Edufscar, 2007, p. 201-217.

ARAÚJO, Emanuel. A arte da sedução: sexualidade feminina na Colônia. In: DEL PRIORI, Mary (org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1997. pp. 45-77.

BOLTANKI, Luc. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. Biblioteca de Saúde e Sociedade; v. nº 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS – Relatório da Oficina Nacional – Humaniza-SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

CARVALHO, D.M. e WERNECK, G.L. Vigilância epidemiológica: história, conceitos básicos e Perspectivas. In: *Vigilância epidemiológica: textos de apoio* (organização: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio). Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.

CASTEL, Robert. A nova questão social. In: *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTRO SANTOS, L.A.; FARIA, L. *As Ocupações Supostamente Subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira*. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.35-44, 2008.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. CZERESNIA, D. e FREITAS, C. (orgs). Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DALCUCHE, Marise Gnatta. *A experiência de mulheres com câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde: uma análise sociológica*. Curitiba, 2006. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

DEL PRIORI, Mary. Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino. In: _____ (org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1997. pp. 78-114.

FEGHALI, J. Gênero e controle social na saúde. In: COSTA, A M., MERCHÁN-HAMANN, E. e TAJER, D. (Orgs.). *Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas*. Editora Universidade de Brasília, 2000.

FLORESTA, Nísia. *Opúsculo humanitário*. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

FREITAS, C.M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. CZERESNIA, Dina e FREITAS, C. (orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

- GIDDENS, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Editora Unesp, 1991.
- HAHRNER, June E. *A mulher brasileira e suas lutas sociais e políticas: 1850-1937*. Trad. de Maria Thereza P. de Almeida e Heitor Ferreira da Costa. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- KRUZE, B (org). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife, IMIP/Ministério da Saúde, 2001.
- LEITÃO, Elaine Vasconcellos. *A mulher na língua do povo*. 2ª. ed. Belo Horizonte: Itatiaia, 1988.
- LEITE, Mirian L. Moreira. *Outra face do feminismo: Maria Lacerda de Moura*. São Paulo: Ática, 1984.
- LIMA, C.M. de; ROCHA, D. G.. Modelos de Atenção Desejáveis: subsídios para a construção de uma agenda da saúde. In: *Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: modelo de atenção e formulação de políticas: uma*
- LUZ, Madel T. *As Instituições Médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MARANHÃO, Damaris Gomes. O cuidado como elo entre a saúde e a educação: um estudo de caso no berçário de uma creche. São Paulo, 1998. Tese – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1998.
- MEAD, Margaret. *Sexo e temperamento*. 2ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- MUSZKAT, Malvina e SEABRA, Zelita. *Identidade feminina*. 2ª. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- NUNES, Everardo D. Ciências sociais em saúde: um panorama geral. In: *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. GOLDEMBERG, MARSIGLIA, GOMES (orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- _____ NUNES, Everardo D. Nunes. *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- OLIVEIRA, Rosiska Darcy. *O elogio da diferença: o feminino emergente*. 2ª. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- PAIM, J. S. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. CZERESNIA, D. e FREITAS, C. (orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 5, n. 8, p .47-60, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 29 set. 2008.
- SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1989.

SCOTT, Joan W. Preface a gender and politics of history. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 3, 1994.

VIEIRA, S. B.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAIDE, M. Dimensões ocultadas no hospital: o trabalho sentimental e as violências presentes na relação de serviços. In: ARAUJO, A. et al. *Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p. 131-150.

ZOLIN, Lúcia Osana. *A condição social da mulher brasileira e seu modo de representação na literatura: do século XIX ao XX*. Revista Unimar – Ciências Humanas e Sociais, Maringá, vol. 19, n. 01, 1997. pp. 41-59.