

Cargos de Gestão em Saúde: a (in)visibilidade de Gênero, Raça e Profissão

Healthcare Management Jobs: the (in)visibility of Gender, Race and Occupation

Virgínia de Menezes Portes

Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Daniela Dallegrave

Doutora em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Resumo

Objetivo: Este estudo objetiva conhecer as características dos profissionais que ocuparam os cargos de diretoria de um hospital de grande porte localizado na região sul do país e vinculado ao Ministério da Saúde entre 1975 até 2015, além de analisar as políticas de equidade e inclusão em cargos de gestão nas instituições de saúde. **Método:** Foram analisadas as variáveis de gênero, raça e profissão a partir da abordagem quantitativa e qualitativa dos profissionais que ocuparam cargos de gestão na Diretoria, realizada em três etapas: 1) coleta de informações sobre o perfil dos Diretores; 2) realização da entrevista com membro da secretaria executiva da diretoria; 3) realização de entrevistas com dois membros das comissões de igualdade. **Resultados:** Foram analisadas as características de 47 diretores no período de 1975 a 2015, sendo 96% homens e apenas 4% mulheres. Nenhum deles era negro. Em relação à profissão, a maioria era médico (70,2%), seguido de advogados (12,7%). Deste total, 53,2% profissionais não eram funcionários do hospital. **Conclusão:** Por fim, identificou-se que não há políticas institucionais que garantam equidade no acesso aos cargos de tomada de decisão, no que diz respeito à raça, gênero e profissão. Além disso, o combate às desigualdades de gênero e raça está fortemente direcionado ao cuidado com o usuário, não priorizando o olhar para o percurso dos trabalhadores na instituição. Entende-se que discutir equidade de raça e gênero na sociedade está no centro dos atuais debates emergentes mundiais.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Identidade de Gênero; Raça; Ocupações em Saúde.

Abstract

Objective: This study aims to know the characteristics of the professionals who held the directorships of a large hospital located in the southern region of the country and linked to the Ministry of Health from 1975 to 2015, and to analyze the policies of equity and inclusion in positions. management in health institutions. **Method:** The variables of gender, race and profession were analyzed from the quantitative and qualitative approach of the professionals who held management positions in the Board, performed in three stages: 1) gathering information about the profile of the Directors; 2) conducting the interview with a member of the executive board of directors; 3)

interviews with two members of the equality committees. **Results:** The characteristics of 47 directors from 1975 to 2015 were analyzed, 96% men and only 4% women. None of them were black. Regarding the profession, most were doctors (70.2%), followed by lawyers (12.7%). Of this total, 53.2% professionals were not hospital staff. **Conclusion:** Finally, it was identified that there are no institutional policies that guarantee equity in access to decision-making positions, regarding race, gender and profession. In addition, the fight against gender and race inequalities is strongly directed to the care with the user, not prioritizing the look at the workers' path in the institution. It is understood that discussing race and gender equity in society is at the center of the current emerging world debates.

Keywords: Health Management; Gender identity; Breed; Health Occupations.

Introdução

Este estudo trata sobre situações do cotidiano dos serviços de saúde a partir da análise de marcadores sociais naturalizados na organização do trabalho nos cargos de gestão. O objetivo é descrever aspectos relativos a gênero, raça e categoria profissional dos diretores de um hospital de grande porte vinculado ao Ministério da Saúde, entre 1975 e 2015.

O regime de vinculação trabalhista utilizado pela instituição é via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e a modalidade de admissão ocorre por meio de concurso público, de tal forma que os candidatos aprovados para os respectivos cargos são convocados para o preenchimento de vagas, conforme edital específico.

A necessidade deste estudo surge de observação empírica relacionada à ocupação, geralmente

por homens, de cargos de tomadas de decisões, em contraposição com o fato de a área da saúde ser predominantemente composta por mulheres.¹ A análise de “gênero” e “raça” nas políticas institucionais relaciona-se com a criação da Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade de Gênero e da Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Dos 9.490 funcionários da instituição, 72% são mulheres.² As reflexões visam contribuir para a qualificação de políticas de equidade e inclusão nas instituições de saúde.

Gestão na saúde

Gestão refere-se ao ato de gerir e governar instituições, pessoas, organizações e processos. A constituição da gestão, como campo sistemático e estruturado do conhecimento,

objetivou romper a gestão com a política, marcando a criação de uma nova área do conhecimento baseada na ciência. A definição sugere uma metodologia que possibilite a existência da gestão técnica, baseada em evidências, e não definida por interesses e disputas políticas, teoria desenvolvida e defendida por Taylor no século XX.³

A Gestão em Saúde é considerada quase tão antiga quanto a Saúde Pública. O nascimento da Saúde Pública foi interdisciplinar, recorrendo a diferentes especialidades e campos do conhecimento e à junção de outras ciências. Como resultado desta articulação surgiu a administração sanitária que, com o passar dos anos, foi respondendo às necessidades populacionais nas diferentes épocas e quadros sociais.³ Durante o século XX, houve a abrangência do campo de análise e intervenção da gestão em saúde. Entende-se a composição da área da gestão em saúde de forma interdisciplinar, em constante processo de transformação e com implicações multifatoriais.²

Gênero e ocupação dos cargos de gestão

No contexto geral do mundo do trabalho, o cenário atual revela que as mulheres têm menor representatividade do que os homens em cargos da mais alta gestão.⁴ Tradicionalmente, o estereótipo cultural de gestor pertence ao sexo masculino, enquanto as mulheres identificadas como líderes menos capazes, uma vez que a liderança feminina, tendencialmente é partilhada de informação e poder, o que funciona

bem em cargos de gestão intermediária, mas não em altos cargos de gestão.⁵

Compactua-se com a definição de gênero de Scott⁶, ou seja: um elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre diferenças percebidas entre os sexos; e uma primeira maneira de dar significado às relações de poder. Destaca-se o caráter de construção social das relações entre mulheres e homens, enfatizando o envolvimento de poder e dominação.

Para Petersen⁷, a expansão do emprego feminino nas últimas décadas decorre do aumento da demanda em atividades de escritório e serviços considerados femininos. De acordo com estudiosas da área, há persistência da segregação no desenvolvimento das empregadas nos planos de carreira das empresas. As mulheres ocupam cargos sem grandes possibilidades futuras de ascensão e os homens aqueles que permitem mobilidade e fornecem oportunidades de capacitação para ascender em cargos e ou postos de trabalho.⁸

Raça na ocupação dos cargos de gestão em saúde

Existem várias tendências denominando cor, ascendência, estrato social ou contradição ao termo raça. As desigualdades são constantes, fortemente incorporadas e naturalizadas na sociedade.

Compreende-se raça, de acordo com Michael Banton⁹, em sua dimensão de marcador social,

não podendo apagar e ignorar da história os impactos discriminatórios e de desvalorização produzidos.

Para Banton⁹, ocorreu uma racialização do mundo na sociedade moderna, afirmando que nacionalidade, raça e classe vão articular-se no fortalecimento das relações de poder. Para Peter Wade¹⁰, este conceito é central da modernidade e está diretamente relacionado com a noção de moralidade, entrelaçada com virtudes e comportamentos corretos, evitando o pecado. Algumas raças foram definidas como irracionais e, portanto, suscetíveis de escravização.

A definição não se limita na diferença na cor da pele e ancestralidade, mas significa identificação de organização econômica, política e social. Na história é notável “uma hierarquização dos corpos quanto à proximidade ou distância da cor branca”.¹¹

Foucault¹² afirma a primeira função do racismo é: fragmentar, censurar no interior desse contínuo biológico que se remete ao biopoder. As diferenciações entre as raças crescem e reforçam-se na ótica da organização social e nas relações de dominação.

A discussão de ocupação de cargos de gestão diante de marcadores raciais torna-se intrínseca ao processo de análise de gestão, é necessário entendermos a relevância de raça como uma categoria com fortes implicações políticas, sociais, econômicas e históricas.

Formação x Cargos de Gestão em Saúde

Outro destaque, importante que merece ser dado quando discutimos a ocupação destes cargos a partir de características, é a predominância de certas categorias profissionais, apresentando-nos assim uma hierarquização das profissões.

O desenvolvimento de capacidades analíticas e intervencionistas, utilização das ferramentas que auxiliem na gestão e demais habilidades desenvolvidas durante o processo de formação são componentes importantes, do ponto de vista técnico, para os cargos de tomada de decisão. A hegemonia da categoria médica nos cargos de gestão nas instituições de saúde não é novidade. Enquanto os profissionais médicos encontram-se nos cargos de gestão em diferentes níveis de atenção em saúde – como direção e gerência de maior abrangência, poder e prestígio social - as demais profissões da área da saúde ocupam funções de gerenciamento na área operacional, nos espaços dos cuidados diretos e nas portas de acesso.¹³

Naturalizar estes fatos é alimentar as representações construídas por uma sociedade dirigida por homens, brancos, bem sucedidos profissional e economicamente. Como afirmam Couto e Santos¹⁴, a sociedade contemporânea ainda baseia-se no sistema formado pelo tripé: capitalismo, racismo e patriarcado.

Método

Utilizou-se abordagem quantitativa e qualitativa sobre as características dos profissionais que ocuparam cargos de gestão na Diretoria. A pesquisa foi realizada em três etapas: 1) coleta de informações sobre o perfil dos Diretores; 2) realização da entrevista com membro da secretaria executiva da diretoria para esclarecimento do fluxo de definição dos diretores; 3) realização de entrevistas com dois membros das comissões de igualdade, objetivando descrever iniciativas institucionais para desenvolvimento de ações afirmativas, com enfoque na definição de altos cargos de gestão.

A amostra para a abordagem quantitativa foi constituída pelos 47 profissionais que ocuparam os cargos de diretores da instituição no período do estudo. Os dados foram extraídos por meio de formulário para coleta de dados secundários. As variáveis foram: sexo, cor, profissão, cargo, se era ou não funcionário da instituição e qual o período no cargo.

Foi utilizada cor da pele como definidor de raça, conceito assumido neste trabalho, tendo em vista que a cor da pele contribui para comportamentos discriminatórios na sociedade.⁹ Como marcador de gênero, utilizamos a variável sexo, tendo em vista que o sexo biológico representa papéis de gênero na sociedade.⁶

Na etapa qualitativa foram realizadas três entrevistas individuais. Na primeira utilizou-se um roteiro de sobre fluxo, definição e posse dos

diretores como ferramenta. O objetivo foi conhecer como os Diretores chegaram às posições. Na segunda e terceira entrevista, utilizou-se roteiro semiestruturado para conhecer como foram criadas as comissões, quais são as funções e relevância na instituição. Foi garantido o anonimato das entrevistadas a fim de preservá-las. As entrevistas foram transcritas e analisadas, a partir de categorias de análise, a fim de descobrir os núcleos de sentido abordados nesta comunicação.

Na análise de dados quantitativos utilizou-se a análise descritiva das variáveis que foram apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa. Na etapa qualitativa, o conteúdo extraído das transcrições fez parte de um corpus textual e as informações foram analisadas através da Análise de Conteúdo do tipo Temática, proposta por Minayo.¹⁵

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob o parecer nº 39902714.8.0000.5530.

Resultados e discussão

Foram analisadas as características de 47 diretores no período de 1975 a 2015, sendo 45 homens (96%) e apenas 2 mulheres (4,0%). Nenhum deles era negro. Em relação à profissão, a maioria era médico (70,2%), seguido de advogados (12,7%). Deste total, 25 (53,2%) profissionais não eram funcionários do hospital, conforme a tabela 1. Estas

informações subsidiam a reflexão sobre a ocupação dos cargos da diretoria neste local, possibilitando-nos compreender que os aspectos históricos e sociais configuram uma posição desigual em relação à raça, gênero e maximizam algumas profissões, servindo para analisarmos tais cenários e problematizarmos as relações de poder alimentadas pelo processo histórico.(Tabela 1.)

Enxergar a realidade de ocupação dos postos de tomada de decisão torna-se importante no contexto atual, uma vez que, apesar da identificação das transformações dos padrões culturais e do papel social da mulher, o que altera a identidade feminina, os responsáveis pela gestão dos serviços de saúde são, em expressiva maioria, homens. A pesquisa revela-nos que a ocupação dos cargos na diretoria da instituição não demonstra o cenário de especialização feminina, onde está cada vez mais direcionado para a carreira profissional, o que em tese, viabilizaria o acesso das mulheres a novas oportunidades.¹⁶

As desigualdades de acesso aos cargos de gestão hierarquicamente mais altos na instituição tornam-se claras, uma vez que as mulheres representam 70% da força de trabalho em saúde¹⁷ e apenas 4% chegaram à diretoria. Ainda neste cenário, identifica-se que as mulheres só ocuparam a superintendência, não tendo nenhuma diretora técnica e administradora financeira na história da instituição, gerando questionamentos sobre tal situação.

Nesta mesma direção, o estudo revela a que nunca na história da instituição houve um diretor negro ou uma diretora negra. Tal realidade reforça a existência hegemônica dos mecanismos de desigualdades na educação escolar e profissional, na seletividade e na ascensão no mercado de trabalho, assim como, das iniquidades referentes às oportunidades sociais. O racismo possibilita analisar estas questões admitindo a iniquidade histórica e o preconceito entre negros e brancos, permitindo assim a visualização de um sistema de correlações de força que funciona sob a seleção e a maximização do segmento branco em relação aos demais segmentos da população.¹⁸

É necessário um avanço significativo quanto à reconfiguração de mecanismos de saber e poder pelos negros, como a ocupação de lugares relevantes e reconhecidos socialmente. Os meios universitários, científicos e profissionais fazem parte desses lugares e configuram-se nas ações que visam a reparações através de redistribuição de recursos, acesso e prestígio social.¹⁹

A maior parte dos diretores eram médicos (70,2%), revelando a supremacia desta profissão no setor saúde e maximizando-os, inclusive, na gestão, onde não há exigência de práticas clínicas e assistências, seguidos por advogados (12,7%), contadores e economistas (4,2%) e por farmacêutico, administrador, dentista e psicólogo (2,1%). O modelo de gerir saúde na instituição é fortemente médico-centrado, não considerando a ocupação do

espaço da tomada de decisão de forma transparente pelas demais profissões.

A diretoria formada em grande parte por esta categoria profissional chama-nos atenção para as relações de poder/saber estabelecidas na instituição. O hospital tem sido um local de resistência, de reprodução da lógica hegemônica de organização do trabalho em saúde, um espaço de reprodução dos poderes das corporações. As modificações nas relações de poder entre as profissões e nas relações de poder entre profissionais de saúde provocam resistência e disputa.²⁰

Outro dado alarmante é que 53,2% dos diretores não eram trabalhadores do quadro de carreira da instituição, enquanto 46,8% já faziam parte do corpo de trabalho da instituição, tal cenário fica explicitado diante da explanação sobre as etapas da posse dos diretores, onde se identifica que a escolha não é realizada pela instituição ou por critérios definidos publicamente, mas sim, pelos ministérios da saúde e do planejamento, responsáveis pelo financiamento e organização da instituição.

A partir da coleta dos dados, observou-se que o processo inicia com a indicação do Ministério da Saúde dos nomes que devem ser votados para ocuparem a Diretoria e o Conselho de Administração da instituição pelo Ministério da Saúde. Em seguida, ocorre a Assembleia dos acionistas, onde o Ministério da Fazenda é responsável pela eleição dos conselheiros de

administração, após este momento, o Conselho de Administração elege, entre os nomes indicados pelo Ministério da Saúde, o diretor técnico, diretor administrativo-financeiro e o diretor superintendente, o qual obrigatoriamente deve ter sido conselheiro.

Como a apresentação do fluxo nos mostra a escolha da Diretoria é externa. Cabe ressaltar que a entrevistada salientou a falta de poder de decisão institucional neste processo, afirmando que os diretores são escolhidos pelos Ministérios da Saúde e Fazenda, não tendo assim, nenhuma influência dos movimentos de trabalhadores da instituição ou análise de capacidade técnica nos funcionários.

Iniquidades de raça: a identificação do racismo institucional por meio da assistência ao usuário

Equidade é um conceito ético associado aos princípios da justiça social e dos direitos humanos que propõe rever a situação de grupos que sofrem iniquidades. Não é sinônima de igualdade, a noção de iniquidade refere-se às desigualdades consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas. A equidade de raça e de gênero aborda as diferenças injustas entre homens e mulheres, e entre negros e brancos no que diz respeito às barreiras de acesso ao cuidado e a locais promotores de saúde e de tratamento.²¹

Entre as formas de iniquidades de acesso, a história brasileira revela a existência do racismo

institucional como materialização das desigualdades desnecessárias. O racismo institucional não se expressa em atos manifestos, explícitos ou declarados de discriminação, como as manifestações individuais e conscientes, ao contrário, ocorre de maneira difusa no cotidiano de instituições e organizações, operando de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial.²²

O reconhecimento do racismo torna-se crucial para a elaboração de políticas públicas e outros meios que garantam acesso equânime às oportunidades sociais, em saúde e institucionais. Evidencia-se em muitas instituições de saúde um olhar voltado para evitar as desigualdades de raça com os usuários, embora não haja o mesmo olhar para o acesso às oportunidades de ascensão institucional, demarcando, assim, papéis e posições sociais a partir da raça. Esse fato revela que as posições sociais privilegiadas e mais bem remuneradas são historicamente ocupadas por brancos, restando para os negros os postos de trabalhos mais insalubres.²³

A partir do início dos anos 2000, os movimentos de luta por direitos sociais ganharam espaço diante das políticas públicas e ações afirmativas no cenário nacional. No início do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, ocorre a disseminação dos debates sobre acesso e equidade de raça e gênero no governo brasileiro, o que contribuiu significativamente

para a efetivação dos compromissos pela promoção de igualdade no país.¹⁹

Neste contexto e pela conquista de direitos sociais, ocorre a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) no âmbito nacional, vinculada ao Gabinete da Presidência da República. Tratando-se de uma política de promoção de igualdade racial transversal que estabelece novos pactos de combate ao racismo. Neste hospital de grande porte, vinculado ao Ministério da Saúde, localizado no Sul do país, a luta de funcionários interessados em debater a qualificação do atendimento em saúde para a população negra e os resultados negativos do racismo institucional inspira a criação da Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (CEPPIR) em 2003.

Cabe destacar que desde a realização da pesquisa até a data de sua submissão, o contexto brasileiro vem sofrendo inúmeros retrocessos quanto às políticas públicas que visam equidade de gênero, raça/cor/etnia e justiça social. Neste sentido, atualmente a pasta intitulada Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial é parte do Ministério de Direitos Humanos (MDH), e sua extinção chegou a ser pensada pela equipe de transição do governo do presidente eleito em 2018.²⁴

Neste estudo, observamos na narrativa de uma das entrevistas, o papel da comissão no combate ao racismo institucional contra o usuário. Entretanto, a equidade de raça no

acesso aos cargos de gestão nesta instituição não é garantida, conforme demonstrado nos dados quantitativos:

A questão de qualificar o atendimento em saúde para a população negra é uma das funções da CEPPIR. Temos dados que comprovam que as mulheres negras sofrem mais na hora do parto, que a mortalidade materno-infantil é maior e que as discriminações no atendimento à saúde são maiores. Então, eu acho que um dos papéis da CEPPIR é qualificar o atendimento à saúde para diminuir estas desigualdades que existem (Entrevista 2).

Desta forma, os mecanismos de desigualdades ligadas à educação escolar, à seletividade do mercado de trabalho, às condições de saúde, entre outros, podem ser examinados por meio do conceito de racismo, permitindo assim a identificação de um sistema de correlações de força que funciona sob a seleção e a proteção do segmento branco em comparação aos demais segmentos da população.¹⁸

Mesmo diante destas dificuldades, a CEPPIR apropriou-se de argumentos que embasaram as justificativas de criação das cotas, fortalecendo o movimento por meio da aprendizagem, conforme se observa no excerto:

Quando começaram as cotas, por exemplo, a gente falava que tinha que ter cota. Havia toda uma mídia dizendo que não, que os negros não precisavam de cotas, pois, não eram menos inteligentes, que era mais preconceito e que era o racismo ao contrário. E quando vem isso é interessante, a gente se instrumentalizou de argumentos que bancassem as justificativas. Isso

tudo é aprendizagem, a gente vai começando a lidar com estas questões. (Entrevista 2).

O processo político que levou à aprovação de um programa de ações afirmativas abriu brechas para o diálogo sobre interculturalidade nas instituições que se apresentavam como monoculturais e racializadas, passando a considerar na arena institucional sujeitos políticos antes não contemplados.¹⁹

Argumentos contra estas medidas reparatórias inspiram-se na incapacidade de admitir a dívida social histórica que a sociedade possui com a população negra deste país. Entende-se que defender a criação de cotas é regular as oportunidades de acesso à educação, saúde e demais aspectos que garantam cidadania brasileira.

A alocação de posições no mercado de trabalho baseada no preconceito e na discriminação racial operam como critérios no favorecimento da supremacia branca, mesmo após cem anos da abolição da escravatura. O código racial da sociedade que define os 'lugares apropriados' é fortalecido por meio da lógica que confina os membros dos grupos raciais subordinados, tendo a raça como símbolo de posição subalterna da divisão hierárquica do trabalho.²⁵

A criação da CEPPIR foi fundamental na quebra de alguns paradigmas, questões que sempre foram naturalizadas na instituição, como por exemplo, a contratação de trabalhadoras que se encaixavam em um dado estereótipo. Verifica-se

que os mecanismos de direito de acesso priorizados nos concursos públicos, tais como: impessoalidade, legalidade, publicidade, e outros que não selecionam os trabalhadores por meio da raça, cor da pele e sexo, foram cruciais para garantir inserção ampliada na instituição. Apesar de reconhecer os avanços significativos nesta área, o racismo é fortemente encontrado no ambiente de trabalho:

A instituição era racista, continua, mas antes era muito mais claro. Antes as contratações eram apenas de mulheres brancas e loiras. Tinham critérios para isso e era dito que não entravam pessoas negras para trabalhar. Ainda hoje, em alguns processos de trabalho, eu vejo isso muito forte. Na nutrição, na enfermagem... É aquela questão do lugar do negro. Isto ainda é muito forte aqui na instituição. (Entrevista 2).

Cabe destacar que, em relação ao acesso, durante o século XX, ocorreram importantes modificações sociais no campo da modernização da economia, da urbanização, ou da ampliação das oportunidades educacionais e culturais, porém não se observou nenhuma trajetória de redução das desigualdades raciais, o que nos revela o processo de fortalecimento e naturalização dos mecanismos racistas. Ainda, nesta perspectiva, destaca-se “a piora da colocação relativa dos negros nas posições superiores da estrutura de ocupações, derivada, em grande parte, da crescente desigualdade de acesso de brancos e de negros no ensino superior”.²⁶

A visibilidade da raça revela-nos que alguns cargos não são ocupados por negros, o 'local do

negro' é visível nas instituições, limitando assim, a ocupação de alguns cargos na assistência direta à saúde e, principalmente, nos cargos de gestão. A utilização do conceito de raça nesta análise permite não apenas uma compreensão mais ampla sobre a reprodução das desigualdades raciais brasileiras, como, também, aumenta as possibilidades de efetivação das políticas organizacionais e públicas. São necessárias novas frentes para se desconstruir o racismo e promover a igualdade racial, deslocando assim, o debate do plano exclusivo das relações interpessoais, para a dimensão política e social.²²

Iniquidade de gênero: papéis sociais e a divisão sexual do trabalho

Partimos do pressuposto que analisar gênero implica identificarmos as normas e os papéis sociais. As diferenças de gênero traduzem-se e potencializam-se a partir do modo como os sujeitos são socializados, ou seja, os papéis de gênero definem a educação diferenciada de homens e mulheres ao longo da vida. A trajetória educacional veicula o modelo em que se espera das mulheres comportamentos passivos, delicados, cordiais, repressores da agressividade e que, principalmente, cuidem dos outros na família ou em profissões correlatas. Já aos homens é determinado que sejam provedores, bem sucedidos economicamente, além de fortes, agressivos, potentes e viris.^{27,28}

Os papéis de gênero possuem modelos bem definidos quanto à posição e o comportamento

social. Tais fatores definiram, ao longo da história, que as mulheres eram responsáveis pelo cuidado da família, cumprindo o papel privado, enquanto aos homens cabiam o sustento da casa e a proteção familiar, permitindo-lhes a atuação como figuras públicas. Por isso, o desenvolvimento de estratégias políticas que problematizem e incluam na agenda questões sobre a divisão sexual do trabalho e os papéis de gênero, possuem extrema relevância no âmbito familiar, institucional e social.

Problematizar a divisão sexual do trabalho vai além da constatação das iniquidades de gênero, possui a capacidade de afirmar que estas desigualdades são sistemáticas e constantemente fortalecidas pela sociedade. É crucial identificar os processos em que a sociedade utiliza essa diferenciação para hierarquizar as atividades e os sexos, cria e fortalece um sistema de gênero.²⁹

Na instituição pesquisada isso não é diferente, por isso, a Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade de Gênero luta por direitos institucionais equânimes, o que implica na desconstrução destes papéis sociais e na identificação da ocupação dos espaços públicos e privados independentemente do gênero. Esta comissão foi criada em 2008, época em que se teve a primeira mulher ocupando o cargo de diretora superintendente e olhando mais detalhadamente para as questões de equidade de gênero.

Neste cenário, atualmente os cargos de gestão (diretores e gerentes), ou seja, aqueles que concentram maior poder de tomada de decisão são predominantemente ocupados por homens, enquanto a instituição possui 72% de mulheres trabalhadoras. Conforme afirma entrevistada:

Na realidade, os cargos mais cobçados aqui são os de gerentes, pois os outros já são ocupados por mulher, é uma instituição de mulheres. Os cargos da diretoria quem escolhe é o Ministério da Saúde. Sempre foram mais diretores homens do que mulheres. Há um tempo, nós fizemos a contagem e vimos que 33% dos cargos de gerentes são ocupados por mulheres e 67% de homens (Entrevista 3).

Nota-se que apesar da instituição possuir mais trabalhadoras mulheres, os postos de gestão, com maior governabilidade na tomada de decisão, são ocupados por homens, identificando assim, a escolha a partir dos critérios da divisão sexual, tanto dos diretores, indicados pelo Ministério da Saúde, quanto dos gerentes. A realidade apresentada possibilita-nos identificar que apesar das transformações demográficas, alterações nos padrões culturais e expansão da escolaridade feminina, cada vez direcionada para a carreira profissional, divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho decorrente das relações sociais entre os sexos.

Para Hirata e Kergoat²⁹ é mais do que isso, representa um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos.

Essa forma histórica e socialmente modulada alimenta características da designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva, resultando na apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado, tais como políticas religiosas, militares etc.

Além da análise da composição dos cargos de gestão, segundo sexo, outra iniciativa relevante da comissão diante da discussão sobre este paradigma destaca-se a proposta de aumento da licença paternidade na instituição. Situação que tem ocorrido em diversas instituições a partir da aprovação a Lei 13.257 em 2016, concedendo prorrogação de 15 dias de licença paternidade, totalizando, assim, 20 dias de afastamento.³⁰ Trata-se de uma estratégia de promoção de equidade de gênero, afirmando a importância do pai na concepção e criação dos seus filhos, tendo maior protagonismo e envolvimento com o âmbito interno.

A reorganização simultânea do trabalho no campo assalariado e no campo doméstico atual configura uma nova divisão do trabalho, cobrando assim, o maior envolvimento dos pais no acompanhamento e desenvolvimento dos filhos.²⁹ O excerto abaixo nos traz esta dimensão:

A gente também está propondo o aumento da licença paternidade, aí toda a questão da divisão sexual do trabalho e do tempo, da questão da participação do pai na criação dos filhos. Na realidade, a Consolidação das Leis do Trabalho garante cinco dias, mas nós estamos propondo quinze dias (Entrevista 3).

Identifica-se que inserir esta defesa na agenda institucional é um potente mecanismo de incentivo à outra configuração de papel social no âmbito da vida pública e privada, legitimar este processo significa subsidiar ações de equidade de gênero. A distribuição de ofícios e profissões, assim como, as variações no tempo e no espaço dessa diferenciação entre homens e mulheres no mercado de trabalho, analisando também como ela se associa à divisão desigual do trabalho doméstico entre os sexos representa outra definição de divisão sexual do trabalho.²⁹

Em uma análise mais abrangente, cabe ressaltar que nos anos 1990, o Estado protagonizou importante avanço ao atualizar a legislação ordinária com base em princípios estabelecidos pela Constituição Federal Brasileira de 1988. Garantiu a proibição de diferenças salariais, de funções e de critérios de admissão sobre sexo, idade, cor ou situação matrimonial. Também firmou acordos internacionais no âmbito da defesa pelos direitos humanos em que se comprometeu com a promoção da igualdade de oportunidades.³¹

Considera-se que, apesar de iniciativas, o cenário de iniquidades de gênero não vem se modificando significativamente. Diante dos ganhos e perdas de legitimidade neste âmbito, o Estado Brasileiro continua sendo um mediador entre trabalhadores, empregadores e opinião pública nos conflitos de aplicação das normas de proteção do trabalho com perspectiva de gênero. Diferentemente de outros países, o antigo Ministério do Trabalho e

Emprego – extinto pelo governo de Jair Bolsonaro em 2018, encontrando-se atualmente fragmentado e subdividido em três ministérios, o da cidadania, economia e justiça - ainda não dispõe de normas específicas para incentivar e garantir os planos de igualdade de oportunidades.³¹

As ações estratégicas precisam garantir um olhar crítico para os papéis sociais instituídos na divisão sexual do trabalho tornam-se cruciais para avanços e, portanto, identifica-se a emergência de iniciativas legítimas no âmbito público, em forma de políticas públicas, e no privado, em forma de políticas institucionais, da esfera social contemporânea.

Considerações finais

Neste estudo procuramos identificar os aspectos relativos a gênero, raça e profissão de cargos da direção de uma instituição de saúde de grande porte, entre os anos de 1975 até 2015. A abordagem trazida neste trabalho propõe salientar a importância da disseminação das políticas institucionais de igualdade racial e de gênero como tecnologias que viabilizem o acesso ao poder e a visibilidade das desigualdades entre os grupos.

Reflexões sobre os mecanismos de racismo e desigualdade de gênero possuem pouco espaço nas instituições. A ausência parcial deste tipo de reflexão pode estar relacionada às dificuldades de reconhecer esses mecanismos e, além disso, das instituições se

autoanalisarem como (re)produtoras destas iniquidades, não viabilizando ações e estratégias que transversalizem diversos aspectos e oportunidades.

Identificou-se que, apesar das comissões de equidade de raça e gênero serem atuantes e protagonistas, não há políticas institucionais que garantam equidade no acesso aos cargos de tomada de decisão, isto é, gerentes e diretores, no que diz respeito à raça e gênero. Além disso, destaca-se que o combate às desigualdades de gênero e raça está fortemente direcionado ao cuidado com o usuário, não priorizando, neste momento, o olhar para o percurso dos trabalhadores, diante desta perspectiva. O desafio é pensar em estratégias institucionais que permitam autoanálises capazes de enfrentar discriminações e condutas hegemônicas, produzindo novas referências e dispositivos equânimes para a gestão em saúde.

Essas novas maneiras de pensar a ocupação dos cargos de gestão nas instituições de saúde propõem outra configuração no cenário que ainda se mostra limitadamente composto pela figura do trabalhador masculino, branco e formado por profissões hegemônicas, tais como a medicina.

Ao final deste estudo, entende-se que discutir equidade de raça e gênero na sociedade está no centro dos atuais debates emergentes, não só no Brasil, mas no mundo, não só na área da saúde, mas em todos os aspectos éticos e políticos da vida pública e privada.

Referências

- ¹ Costa SM, Durães SJA, Abreu MHNG. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1865-73.
- ² Grupo Hospitalar Conceição [homepage na internet]. Quem somos [Acesso em 04/04/2015]. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>.
- ³ Campos GWS, Campos RTO. Gestão em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 2009. [Acesso em 15 de agosto de 2014]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>
- ⁴ Colaco H, Myers P, Nitkin M. Pathways to leadership: board independence, diversity and the emerging pipeline in the United States for women directors. *International Journal of Disclosure and Governance*, New York, v. 8, n. 2, p. 122-147, 2010.
- ⁵ Oakley JD. Gender-based barriers to senior management positions: understanding the scarcity of female CEO's. *Journal of Business Ethics*, v. 27, n 4, p. 321-334, 2000.
- ⁶ Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educação & Realidade* (2), Porto Alegre, 1995, pp. 71-99.
- ⁷ Petersen AT. Trabalhando no banco: trajetória de mulheres gaúchas desde 1920. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.
- ⁸ England P, Farkas G. Household, Employment and Gender: A Social, Economic and Demographic View. Nova Iorque, Aldine de Gruyter; 1986.
- ⁹ Banton M. A Ideia de Raça. Lisboa: Edições 70; 1979.
- ¹⁰ Wade P. Raça e Etnicidade em Latinoamérica. Quito: Abya Yala; 2001.
- ¹¹ Carneiro AS. A Construção do outro como Não-Ser como Fundamento do Ser. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005. Tese de Doutorado em Educação.
- ¹² Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro. Graal; 1999 (1976).
- ¹³ Lorenzetti J, Lanzoni, GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos FRS. Gestão em Saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 23, n 2: 417-25, 2014.
- ¹⁴ Couto M, Santos BS. Entrevistas em Seminário de 80 anos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre em 05 de setembro de 2014.
- ¹⁵ Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec-Abrasco; 2014.
- ¹⁶ Bruschini C, Ricoldi AM, Mercado CM. Trabalho e gênero no Brasil até 2005: uma comparação regional. In: Costa et al. Mercado de Trabalho e gênero: comparações Internacionais. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2008. p. 15-33.
- ¹⁷ Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL; Oliveira ES, Moysés NMN. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.45, p. 54-70, 2010.
- ¹⁸ Anjos JCG. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: Monteiro S, Sansone L (Orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 97-120.
- ¹⁹ López LC. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. *Interface - Comunic., Saude, Educ*. 2012; (16): 121-134.
- ²⁰ Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; (4): 965-971.
- ²¹ Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2005; (4): 450-459.
- ²² Silva J et al. A promoção a igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: Jaccoud L (Org.). *A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos*. Brasília: Ipea; 2009. p.147-70.
- ²³ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua. Mercado de Trabalho Brasileiro - 4º trimestre de 2017, 2017. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/08933e7cc526e2f4c3b6a97cd58029a6.pdf
- ²⁴ Silva VR. Futuro da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial preocupa movimento negro. Gênero e Número. Rio de Janeiro, 27 de dezembro de 2018. Disponível em: <http://www.generonumero.media/futuro-da-secretaria-nacional-de-politicas-de-promocao-da-igualdade-racial-preocupa-movimento-negro/>.

- ²⁵ Hasenbalg CA. Discursos sobre raça: pequena crônica de 1988. Estudos Afro-asiáticos. Graal. 1991; (20): 187-195.
- ²⁶ Jaccoud L. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: Theodoro M (Org.). As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos após a abolição. Brasília: IPEA; 2008. p. 49-68.
- ²⁷ Grossi MP. Masculinidades uma revisão teórica. Antropologia em primeira mão. 1995; (1): 1-37.
- ²⁸ Oliveira PP. A construção social da masculinidade. Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2004.
- ²⁹ Hirata H, Kergoat D. Novas Configurações da divisão sexual do trabalho. Cadernos de Pesquisa. 2007; (37): 595-609.
- ³⁰ Brasil. Lei 13.257, de 08 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Diário Oficial da União. 09 de mar 2016.
- ³¹ Cappelin P. Política de Igualdade de oportunidades: grandes empresas no Brasil e na Europa (1996-2006). In: Costa et al (Org.). Mercado de Trabalho e gênero: comparações Internacionais. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2008. p. 125-140.

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa dos cargos de diretores da instituição de saúde. Porto Alegre, 1975-2015.

Variáveis	n	%
Sexo		
Mulheres	2	4,0
Homens	45	96,0
Raça/Cor		
Branca	47	100,0
Negra	0	0
Profissão		
Médico	33	70,2
Advogado	6	12,7
Economista	2	4,2
Contador	2	4,2
Farmacêutico	1	2,1
Administrador	1	2,1
Dentista	1	2,1
Psicólogo	1	2,1
Funcionário		
Sim	22	46,8
Não	25	53,2
Total	47	100

Fonte: Elaborada pelas próprias autoras

Submissão: 10/08/2019
Aceite: 18/04/2020