

A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil:

Focalizando a Feminização

(Workforce at the Health Sector in Brazil:

Focusing on Feminization)

Mônica Wermelinger¹

Maria Helena Machado²

Maria de Fátima Lobato Tavares³

Eliane dos Santos de Oliveira⁴

Neuza Maria Nogueira Moysés⁵

Resumo

O artigo revisita o processo histórico de construção do trabalho feminino como categoria de análise, ressaltando que nas últimas décadas verificou-se um aumento significativo e contínuo da presença das mulheres na força de trabalho e, conseqüentemente, no contingente de trabalhadores disponíveis para o mercado de trabalho. Pretende contribuir para a análise da composição da força de trabalho em saúde no Brasil quanto ao aspecto gênero, desdobrando dados já existentes, com o foco na mulher profissional de saúde, e iniciar um árduo trabalho de verificação, que não se pretende completo, mas um primeiro passo no sentido de desvendar o universo desse imenso contingente de trabalhadoras: em que regiões estão concentradas, qual a jornada de trabalho a que estão submetidas, se ocupam postos de trabalho em saúde em zonas rurais e urbanas, indistintamente, entre outras questões. A conclusão reafirma a necessidade de se realizarem mais estudos, tendo em vista que a efetiva participação da mulher no mercado de trabalho em saúde ainda é, sob muitos aspectos, obscura.

Palavras-chave: recursos humanos em saúde, feminização, divisão sexual do trabalho.

Nota: Trabalho publicado na Revista Divulgação em Saúde para Debate, No.45 maio 2010, Rio de Janeiro, pp54-70

¹ Bióloga; professora pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ; pesquisadora associada do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). monicaw@fiocruz.br.

² Socióloga; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); coordenadora da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ; diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS. machado@ensp.fiocruz.br.

³ Médica; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). flobato@ensp.fiocruz.br.

⁴ Nutricionista; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). oliveira@ensp.fiocruz.br.

⁵ Socióloga; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). moyses@ensp.fiocruz.br.

Abstract

This article goes through the historical process of female work construction as an analysis category standing out that, in the last few decades, a significant and continuous increase of women's presence in the work force was verified and, consequently, in the contingent of available workers for the labour market. It intends to contribute for the analysis of the composition of Brazilian Health Workforce concerning the gender aspect, unfolding previous existing data, focused on the woman as a health professional, initiating a hard work of verification, which is not intended to be complete, but a first step in the direction to unmask the universe of this huge contingent of workers: in which regions they are concentrated, whether they fill vacancies in agricultural or urban zones, indistinctly, among other questions. It concludes reaffirming the necessity of more studies as the woman's effective participation in health work market still is, in many aspects, obscure.

Keywords: health human resources, feminization, sexual division of labour.

Introdução

O trabalho feminino ainda é pouco conhecido, apesar dos inúmeros estudos realizados nessa área. É como se não fosse possível registrar a memória ou a capitalização do conhecimento do trabalho feminino, embora, como destaca Gardey (2003), “as mulheres sempre trabalharam”. Segundo Aguiar (1984), parte da invisibilidade do trabalho feminino é causada pela carência de técnicas, métodos e, até, de referenciais mais sensíveis a essa problemática que permitam mensurar, de forma adequada, esse exército “quase invisível” de trabalhadoras.

Essa situação, contudo, vem sofrendo mudanças, dado que o registro da atividade das mulheres progrediu com as mutações estruturais da sociedade e a afirmação do assalariamento.

Na verdade, é possível considerar três tempos na historiografia contemporânea do trabalho das mulheres: o primeiro seria aquele em que o trabalho da mulher predominaria; o segundo, aquele em que a visibilidade da mulher assalariada (operária e funcionária) seria o elemento mais marcante; e o terceiro, ancorado na primeira parte do século XX, aquele em que a questão do acesso das mulheres às novas profissões seria claramente formulada.

Torna-se fundamental estabelecer o fio que liga as assalariadas do fim do século XIX às de hoje. O fim do século XIX caracteriza-se pelo acesso das mulheres a novos cursos e novos empregos. Entre as duas guerras, havia controvérsias sobre a questão do acesso das mulheres às carreiras superiores, embora existisse um clima bem mais favorável a uma “carreira feminina”. Fora do grupo mais conhecido, que era o das professoras do ensino

secundário, começaram a aparecer as seguintes profissões: advocacia, medicina, engenharia e docência universitária, e sua inserção nos respectivos meios profissionais sempre foi conflituosa.

Nos “trabalhos das mulheres”, as atividades e/ou os ofícios mais considerados são: costura, assistência às crianças e à saúde (enfermeiras, parteiras), manutenção da casa, entre outras. As atividades ligadas aos diversos trabalhos de agulha que marcam as horas da maior parte da jornada das mulheres do século XIX evidenciam o caráter tênue das fronteiras entre atividade doméstica e atividade produtiva.

A radicalidade das transformações instaurada com a Revolução Industrial, em particular em relação ao destino das mulheres, cria a condição de trabalhadora em oposição ao trabalho das mulheres, tido como natural a elas. É também o tempo em que os discursos médicos sobre a educação das crianças coincidem com o discurso das elites sobre a “mulher do lar”, instaurando essas duas categorias identitárias fortemente concomitantes e contraditórias: a trabalhadora e o “anjo do lar”.

Nas últimas décadas, verificou-se um aumento significativo e contínuo da presença das mulheres na força de trabalho e, conseqüentemente, no contingente de trabalhadores disponíveis para o mercado de trabalho. Nos países da Europa, o incremento da população economicamente ativa nos últimos trinta anos deveu-se basicamente ao aumento da taxa de participação feminina. No período de 1965-1991, o número de mulheres na força de trabalho aumentou de 39,6 para 53,2 milhões, enquanto o de homens diminuiu de 83 para 81,8 milhões. Na América Latina, entre 1960 e 1990, o quantitativo de mulheres economicamente ativas mais que triplicou, passando de 18 milhões para 57 milhões. Em termos de participação no mercado de trabalho, o aumento foi da ordem de 18% para 27%, enquanto a masculina diminuiu de 77,5% para 70,3%.

No Brasil, dados censitários mostram crescimento da força de trabalho, com o aumento da taxa bruta de participação feminina de 13,6%, em 1950, para 26,9%, em 1980, atingindo 47,2% no final da década de 1990. Contudo, essa entrada maciça de mulheres no mercado de trabalho não tem representado, necessariamente, uma redução significativa das desigualdades profissionais entre os gêneros. A maior parte dos empregos femininos continua concentrada em alguns setores de atividades e agrupada em um pequeno número de profissões, os quais formam “guetos” de trabalho. Ressaltam-se os serviços domésticos, administrativos, na área social, na educação e na saúde, em geral. No setor de saúde, a participação feminina chega a quase 70% do total, com 62% da força de trabalho das categorias profissionais de nível superior, chegando a 74% nos estratos profissionais de níveis

médio e elementar. A categoria profissional mais feminizada é a dos nutricionistas, em que as mulheres correspondem a 95% dos profissionais. Contudo, é prudente registrar que profissões tradicionalmente masculinas, como medicina, odontologia e medicina veterinária estão cada vez mais femininas, com taxas crescentemente mais elevadas de participação feminina.

Esta pesquisa pretendeu analisar a composição da força de trabalho em saúde no Brasil quanto ao aspecto gênero, desdobrando dados já existentes, com o foco na mulher profissional de saúde, e iniciou um árduo trabalho de verificação que não se pretende completo, mas um primeiro passo no sentido de desvendar o universo desse imenso contingente de trabalhadoras: em quais regiões estão concentradas, qual a jornada de trabalho a que estão submetidas, se ocupam postos de trabalho em saúde em zonas rurais e urbanas, indistintamente, entre outras questões.

A Participação da Mulher no Mercado de Trabalho

O crescimento da participação das mulheres no mercado produtivo tem sido verificado em todo o mundo e em todas as esferas de atividade econômica, o que mostra um avanço feminino considerável no mundo do trabalho. Desde o primeiro recenseamento brasileiro, realizado no século passado (1872), muitas mudanças ocorreram no que se refere à participação da mulher no mercado de trabalho; no entanto, ainda persistem desigualdades, e não são poucas. Surpreendentemente, em 1872, as mulheres representavam 45,5% da força de trabalho efetiva no Brasil (Saffiotti, 1979). “Entretanto, para nossa tristeza”, escreve Machado, “este contingente feminino era constituído de escravas. A inserção da mulher no mercado de trabalho, após a Abolição da Escravatura, alterou-se ao longo das décadas. Mais especificamente, em 1940, o contingente feminino somava 19% do total; em 1950, 14%; em 1960, 13%; em 1970, cresceu para 20% e, em 1980, atingiu 38,4%” (MACHADO, 1987:53). Contudo, segundo dados da década de 1980, em um total de 7.564.681 mulheres economicamente ativas, 51% ganhavam até um salário mínimo, enquanto apenas 7% ganhavam entre 10 e 20 salários mínimos (MACHADO, 1987:54).

Para Médici (1987:78-79), “uma das mais rápidas transformações na conjuntura do mercado de trabalho dos últimos vinte anos diz respeito ao aumento da participação da mulher. Entre 1976 e 1985, a taxa de atividade feminina passa de 28,7% para 36,9%. Neste período, o contingente de mulheres economicamente ativas cresceu a uma taxa geométrica anual de 5,6%, enquanto o contingente masculino cresceu, apenas, 2,9%”.

Ainda segundo Machado (1993), a mulher, ao ocupar postos de trabalho, acaba por assumir postos e cargos que apresentam menores resistências funcionais, ou seja, aquelas consideradas tipicamente “funções femininas”. Para Saffiotti (1976), tais escolhas se dão em esferas consideradas femininas, “próprias de seu sexo”, que, em sua maioria, são funções e cargos que oferecem menores perspectivas profissionais. Assim analisa Machado: “[...] as mulheres cumprem tarefas que não são nem qualificadas nem criativas e que podem ser consideradas como uma extensão do papel ‘expressivo’ desempenhado na família. Elas são, em sua maior parte, camareiras, criadas, empregadas domésticas, secretárias, professoras, trabalhadoras de saúde (enfermeiras, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais, parteiras), para citar algumas atividades consideradas socialmente ‘próprias do sexo frágil’” (MACHADO, 1993:278).

Abreu, Jorge & Sorj (1994) verificam que a concentração ocupacional se mantém na década de 1980, ou seja, quase 50% das mulheres consideradas ativas (PEA) estão em atividades mal remuneradas, sem proteção trabalhista ou previdenciária, muitas vezes realizadas no próprio domicílio ou na rua, em jornadas parciais. Segundo Bruschini (1994), a parcela de mulheres no setor informal é muito grande, sendo que 26% delas trabalham na própria casa.

Mais recentemente, Guimarães (2001) reafirma a alocação das mulheres preferencialmente em certas “atividades femininas”, tais como serviços pessoais, administração pública, saúde e ensino privado, evidenciando a tendência da consolidação da feminização de certas atividades, como saúde e serviços comunitários, entre outros. Outro aspecto da mesma questão é a incursão feminina em redutos de homens, como nos serviços de reparação e nos serviços industriais de utilidade pública, nos quais passou de 14% para 21% de 1985 a 1995, ou ainda nos serviços auxiliares, em que dobrou a participação feminina (BRUSCHINI & HOLLANDA, 1998).

Bruschini também enfatiza que, nesse mesmo período, no âmbito das ocupações e grupos ocupacionais, ocorreu aumento da participação feminina em todos os grupos, com a novidade do afluxo de mulheres a posições de chefia e como empresárias. Algumas mudanças no cenário socioeconômico e micro-organizacional da atividade produtiva do Brasil depois de 1990, como, por exemplo, abertura da economia, estabilização monetária, mudanças no papel produtivo e regulatório do Estado, reestruturação organizacional nas empresas e cadeias produtivas, entre outras, conferiram uma faceta específica tanto à intensidade com que essas novidades passaram a se exprimir no Brasil quanto à maneira como passaram a operar, combinando-se com as antigas desigualdades que diferenciavam oportunidades entre grupos

sociais de sexo. Nos setores saúde e educação da administração pública, por exemplo, oito em cada dez trabalhadores são mulheres.

A redução do emprego no Brasil na primeira metade dos anos 90 levou a uma situação contraditória: migração dos trabalhadores masculinos para setores antes predominantemente femininos, principalmente com respeito aos serviços públicos de saúde e de educação, o que vem aumentando a mixidade nesses setores, enquanto está produzindo redução da mixidade em setores/ocupações tradicionalmente masculinos.

Essa diminuição de oportunidades ocupacionais, que permanece crescente, tem afetado as tendências da desocupação entre homens e mulheres. Há aceleração da desocupação no setor de serviços, justamente aquele que, por tradição, sempre foi mais permeável ao trabalho de mulheres e que, na conjuntura de ajuste e reestruturação dos 90, tornou-se o grande produtor de postos de trabalho. Também tem havido aumento recente do desemprego feminino, o que pode estar relacionado a três fenômenos:

1. a dinâmica de inserção das mulheres no mercado de trabalho é diferente daquela dos homens, isso porque ainda há um contingente expressivo de mulheres (entre 25 a 65 anos) fora da população economicamente ativa. Assim, nessa faixa etária, enquanto apenas metade das mulheres trabalha ou procura trabalho nas áreas metropolitanas brasileiras, entre os homens essa proporção é de 85%, porém, ainda assim, a participação feminina vem aumentando na população economicamente ativa, enquanto a masculina vem diminuindo;

2. maior sazonalidade do desemprego das mulheres em comparação com o dos homens, principalmente porque elas estão mais sujeitas aos postos de trabalho temporários, precários e menos estáveis que os homens;

3. a heterogeneidade da condição social diferencia as mulheres, fazendo com que os riscos do desemprego estejam entre aquelas menos escolarizadas. Há evidências de que o grupo de mulheres mais preservado face ao desemprego nos anos 90 foi aquele constituído por mulheres com nível superior.

Sobre a questão salarial, Bruschini (1994) analisa que, na década de 1980, houve algum ganho salarial por parte das mulheres, diminuindo o percentual nas faixas mais baixas e aumentando o daquelas que ganham entre dois e cinco salários mínimos. A Região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de mulheres que declararam receber entre dois a cinco salários mínimos, enquanto na região Nordeste o valor cai para meio salário mínimo. O fato mais grave é que as trabalhadoras não conseguem superar a desigualdade salarial com a aquisição de experiência no trabalho. Além disso, efetivamente, ocorre crescimento nas faixas

de escolaridade, dado que um nível mínimo de titulação é obrigatório. Ao contrário do esperado, as desigualdades persistem e até se intensificam com o tempo de serviço.

Dados do Ministério do Trabalho revelam que, em 1988, entre os empregados com até seis anos de trabalho no mesmo emprego, as médias salariais eram de 2,9 salários mínimos para os homens e 2,2 salários mínimos para as mulheres; o mais grave é que, a partir de dez anos ou mais no mesmo emprego, as desigualdades se acentuam: enquanto os homens chegam a atingir a média de 10,9 salários mínimos, as mulheres não passam de 7 salários mínimos (BRUSCHINI, 1994). Sobre essa questão, Abreu, Jorge & Sorj (1994) apontam para o fato de que uma mulher que tem de oito a 11 anos de estudo alcança rendimento igual ao de um homem que possui de um a três anos de estudo. Oliveira (2003) mostra que os índices escolares no período de 1981-1999 indicam que a segregação ocupacional por sexo no Brasil não declinou. Embora as curvas de grupos agregados de ocupações apresentem uma tendência de declínio nos anos 80, revertem-se nos anos 90, revelando tendências ascendentes. A crescente proporção de mulheres na força de trabalho concentra-se nas ocupações com predominância feminina, como, por exemplo, serviços domésticos, área social, serviços administrativos em geral, área de educação e saúde.

A adoção de políticas neoliberais faz crescer a concorrência e aumenta, portanto, a necessidade de diminuir todos os tipos de custos. Como é sabido, as mulheres são as mais solicitadas quando se trata de reduzir custos para o aumento da complexidade e da rentabilidade na produção. Nesse contexto, surgem a partir de 1994 novas ocupações associadas à tecnologia que permitem o trabalho fora da empresa, a distância, como, por exemplo, o telemarketing, que é um trabalho predominantemente realizado por mulheres (cerca de 88,8%, segundo a Rais/MTb, 1997).

Outro ponto relevante da discussão se refere à necessidade imperiosa que a mulher tem de conciliar suas atividades da vida pública com as da vida privada: “[...] essa dupla jornada de trabalho afeta com mais intensidade as mulheres do Terceiro Mundo, onde as condições de trabalho e de vida visivelmente piores se somam à quase total ausência de políticas públicas e de infraestrutura social adequadas à vida da mulher trabalhadora. Adicionalmente, os baixos salários da maior parte da população impedem também que a mulher obtenha serviços privados desse tipo” (MACHADO, 1993:278). O referido autor prossegue em sua análise: “A saída da mulher da vida privada para ingressar na vida pública não foi acompanhada de sua liberação das atividades próprias da vida privada. Ao contrário, persiste a tradicional divisão sexual do trabalho: as atividades relacionadas com a alimentação

da família, o cuidado com os filhos e a limpeza da casa continuam sendo desempenhadas, quase exclusivamente, pela mulher” (1993:278).

No atual contexto de mudança no perfil da população economicamente ativa, com maior participação feminina, algumas condições permanecem inalteradas: reduzida distribuição do poder, desigualdades salariais e assimetria da divisão do trabalho doméstico e do trabalho assalariado entre os sexos. Em sociologia, para explicar essa questão, surgem duas problemáticas concorrentes: a da complementaridade entre os sexos e a das relações sociais antagônicas, hierárquicas, entre homens e mulheres (HIRATA, 2000).

A teoria da complementaridade entre os sexos aponta para uma conciliação entre os papéis, principalmente conciliação entre vida familiar e profissional, embora os estudos de Tripier (1997) ainda destaquem que essa conciliação é praticada apenas pela mulher. Esse enfoque de complementaridade é coerente com a ideia de divisão entre tipos de emprego, postos de trabalho e funções que permitam a reprodução dos papéis sexuais. Hirata (2000) critica essa teoria, afirmando que, na realidade, ela oculta uma discriminação de tipo social que se constrói sobre bases biológicas, mostrando que aquilo que existe é uma hierarquia uniorientada.

A segunda problemática, alternativa à da complementaridade, é a da divisão sexual do trabalho como uma relação antagônica, assimétrica, em que há hierarquia de poderes e a dimensão opressão/dominação é central. Hirata (2000) também questiona essa corrente, enfatizando que a assimetria não é uma construção natural, biológica, e sim uma construção social.

Essa construção social do trabalho qualificado tem por base os processos de diferenciação entre os tipos de tarefas e entre os trabalhadores que as executam. Esses processos de diferenciação é que criam as identidades profissionais, e estas são, ao mesmo tempo, identidades sexuadas. Dessa forma, enquanto algumas categorias ficam “contaminadas” por essa tendência estritamente feminina, as mulheres que buscam inserção no mercado de trabalho também ficam “contaminadas” por ela, sendo vistas como aptas, exclusivamente, a certas funções.

Segundo Daune-Richard (2003), mesmo enquanto a tecnicidade continua sendo mais relacionada à natureza do trabalho masculino e qualificado, isto é, socialmente valorizado, os serviços, consagrados ao relacional (as práticas educativas de saúde aí se incluem), são excluídos de uma representação em termos de tecnicidade e são considerados pertencentes a um universo de trabalho em que são requeridas qualidades inerentes à natureza feminina. Os serviços mobilizam, além das competências técnicas, competências pessoais complexas e

difíceis de mensurar, pois envolvem capacidades de contato, de comunicação e de diplomacia consideradas adquiridas mais pela experiência e pela socialização do que em formações estruturadas. Com isso, ficam mascaradas as competências mobilizadas.

Ainda quando a tecnicidade de um ofício aumenta, ela é desqualificada pelo sexo feminino de quem a executa. Um exemplo disso é a profissão de enfermeira, que exige cada vez mais domínio de novas tecnologias, tanto no âmbito estritamente médico (material de diagnóstico e de tratamento, unidades de terapia intensiva) quanto no âmbito da gestão administrativa e de estoques, mas nem por isso é associada à representação de um ofício técnico.

De fato, a representação vinculada à profissão de enfermeira é principalmente associada às tarefas de tratamento, mas em seu aspecto menos técnico e mais humano, que remete tanto ao tratamento quanto ao cuidado dispensado ao outro. Daí a dificuldade enfrentada por essa categoria para seu reconhecimento como profissionais e, com isso, investir o relacional como qualificação técnica.

Em relação à análise do parágrafo anterior, Mehry (2002) destaca que as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde somente atendem satisfatoriamente às necessidades dos usuários quando se amplia o conceito do que é “*tecnologia*”⁶ para atribuir valores simbólicos de maior significância ao cuidado com os sujeitos. Em continuação, Mehry (2002) enfatiza que é conveniente aprofundar análises sobre esses processos, a fim de que sejam introduzidas e/ou reforçadas as tecnologias “leves” e “leve-duras” nas práticas em saúde desses espaços, num esforço capaz de associar representações relacionais ao saber técnico-profissional.

Na análise de Kergoat (1996), em contraposição às teorias da complementaridade e à das relações sociais antagônicas, que, como vimos, enfrentam duras críticas, podemos defender uma “teoria da diferença”. Com ela, podemos afirmar que a distância da almejada igualdade entre os sexos é muito maior do que se supunha, visto ser uma questão associada à “adesão a valores intrinsecamente sexuais, portanto, a-históricos (identidade feminina)” (KERGOAT, 1996:26).

Para essa autora, portanto, a questão está muito mais associada à universalidade das relações sociais do que à divisão sexual. Para reforçar sua tese, cita Simone de Beauvoir (1972, apud Kergoat, 1996:26):

⁶ Como *tecnologias duras*: equipamentos, máquinas, normas, estruturas organizacionais; como *leve-duras*: os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, isto é, a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; e como *leves*: as relações intercessoras entre profissional-paciente em que se configuram, por exemplo, práticas de acolhimento, vínculo, autonomização e gestão como uma forma de governar processos de trabalho (MEHRY, 2002).

Eu não acredito que existam qualidades, valores, modos de vida especificamente femininos: seria admitir a existência de uma natureza feminina, quer dizer, aderir a um mito inventado pelos homens para prender as mulheres em sua condição de oprimidas. Não se trata para as mulheres de se afirmar como mulheres, mas de tornarem-se seres humanos em sua integralidade.

Feminização do Setor de Saúde

O setor de saúde, em todo o mundo, tem forte vocação feminina, ainda que nos países mais ricos essa vocação tenha uma expressão mais forte. Em estudo realizado na década de 1990, Machado analisa que, “[...] enquanto nos Estados Unidos da América e no Canadá se encontram taxas de participação feminina relativamente elevadas (43,3% e 42,8%, respectivamente), países como Brasil (33,5%), Argentina (26,9%), Chile (26,2%), Costa Rica (26,1%) e México (19,8%) exibem taxas que, ainda que subestimadas nas estatísticas oficiais, são significativamente inferiores” (1993:279). Além disso, o estudo revela que boa parte dessas mulheres está atuando em áreas periféricas da economia, desprovidas de amparo trabalhista, sem direito a férias remuneradas, licença ou direito à aposentadoria.

A participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde vem sendo estudada há algumas décadas, mostrando sua importância não só para se compreender a expansão da participação feminina no mundo do trabalho, como, e principalmente, para melhor se entenderem as especificidades do setor de saúde, responsável por um contingente expressivo de postos de trabalho ocupados por mulheres.

Ao analisar os dados censitários do Brasil relativo à força de trabalho em saúde, observa-se um fenômeno interessante: a **feminização**. O contingente feminino tem-se tornado francamente majoritário nesse ramo da economia, especificamente no período pós-70, quando essa participação passa a ser mais expressiva e progressivamente maior. Em 1970, ela representava 20% do conjunto da força de trabalho em saúde de nível superior, passando para 39% em 1980. Destacam-se, aí, as categorias médica e odontológica, que acusaram, naquele período, crescimento de 302% e 344%, respectivamente (MACHADO, 1987:55). Segundo PIZURKI *et al.* (1988), na década de 1970 as mulheres eram aproximadamente 95% dos enfermeiros, 39% dos médicos, 33% dos farmacêuticos, 15% dos dentistas e 6% dos veterinários de todo o mundo.

Dados do IBGE (2000) mostram a enorme expressão feminina na força de trabalho em saúde, com ênfase naqueles profissionais de níveis técnico e auxiliar. Vejamos os dados: do total de 709.267 pessoas ocupadas no setor com escolaridade universitária (empregos), 61,75% são mulheres, e, entre os médicos, elas representam 35,94%; entre os dentistas, 50,93%; entre os enfermeiros, 90,39%; e entre os nutricionistas, 95,31%. (Tabela 2). Por outro lado, entre os profissionais de níveis técnico e auxiliar, que somam mais de 900 mil empregos, a feminização é ainda mais acentuada, alcançando 73,7% do total, com 77,88% dos técnicos em fisioterapia e afins, 78,03% dos atendentes de enfermagem, parteiras e afins, e 86,93% dos técnicos e auxiliares de enfermagem são do sexo feminino (Tabela 3).

Esse fenômeno é influenciado por múltiplas variáveis. Segundo Lavinias (2001), em seu estudo sobre empregabilidade no Brasil, a participação feminina no mercado de trabalho tem aumentado de forma linear e alheia às flutuações da economia. A autora classifica nove grupos profissionais, sendo que no grupo 6 estaria a força de trabalho do judiciário, do ensino e da saúde. Nesse grupo, destacam-se algumas razões da feminização, isto é, das condições da expansão do nível de ocupação mais favoráveis às mulheres do que aos homens:

1. maior nível de escolaridade associado ao patamar de remuneração ainda inferior;
2. certo tipo de atributo pessoal credenciado pela dimensão de gênero que hoje é fortemente demandado pela “nova economia”.

A Força de Trabalho em Saúde no Brasil

Na análise de dez profissões de saúde de nível superior, os médicos são os que apresentam maior contingente no país, seguidos pelos cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, psicólogos e psicanalistas, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, veterinários e, com o menor número de profissionais, a categoria dos biólogos. Nos dados apresentados, ainda não há informações sobre a educação física, cuja regulamentação ocorreu em setembro de 1998, através da Lei n°. 9.696/98, embora desde o ano anterior (1997) houvesse reconhecimento como profissão da área da saúde (Resolução n°. 218/CNS/1997). Entretanto, o status profissional foi garantido apenas em 2002, com sua inserção na Classificação Brasileira de Ocupações.

Tabela 1: Conformação da Força de Trabalho em Saúde no Brasil

Categorias profissionais	Total (v.abs)	Nº de Profissionais por 100.000 hab.
Médicos	198.152	117
Cirurgiões-dentistas	153.413	90
Biólogos e afins	13.922	8
Farmacêuticos	45.533	27
Enfermeiros e afins	54.070	32
Fisioterapeutas e afins	51.323	30
Nutricionistas	26.741	16
Psicólogos e Psicanalistas	62.077	37
Assistentes sociais	83.030	49
Veterinários	21.006	12
FTS de nível médio e elementar	930.347	548
Total geral	1.639.614	966

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000

População residente: 169.799.170 milhões de hab (IBGE)

Tabela 2: Conformação da FTS no Brasil - Análise de Gênero

Categorias profissionais	Total (v.abs)	Homens	Mulheres
Médicos	198.152	126.932	71.220
Cirurgiões dentistas	153.413	75.285	78.128
Biólogos e afins	13.922	4.697	9.225
Farmacêuticos	45.533	16.595	28.938
Enfermeiros	54.070	5.198	48.872
Fisioterapeutas e afins	51.323	7.509	43.814
Nutricionistas	26.741	1.253	25.488
Psicólogos e psicanalistas	62.077	6.307	55.770
Assistentes sociais	83.030	13.726	69.304
Veterinários	21.006	13.810	7.196
FTS de nível médio e elementar	930.347	244.681	685.666
Total geral	1.639.614	515.993	1.123.621

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000

População residente: 169.799.170 milhões de hab (IBGE)

A força de trabalho em saúde (FTS) apresenta-se polarizada em 69% do total, entre os profissionais médicos (12% da FTS) e aqueles de nível médio e elementar (57% da FTS), entre os de hierarquia mais alta e mais baixa na equipe de saúde, entre os que detêm o saber

de mais complexidade e de menos complexidade, o que confirma uma tendência, já destacada por Nogueira (1986), quando aponta que 65% da FTS estavam polarizados nessas mesmas categorias.

GRÁFICO 1: Profissionais de Saúde no Brasil - por gênero

Segundo Nogueira (1985), entre 1970 e 1980, ocorre feminização acentuada da FTS, cujos índices, que eram de 47%, passaram a 58,1%. Em nosso estudo, a análise dos dados evidencia que há predomínio de profissionais do sexo feminino em torno de 69% (Gráfico 1).

GRÁFICO 2: Profissionais de Saúde no Brasil - Distribuição por gênero

Na maioria das profissões estudadas, há predomínio de profissionais do sexo feminino, com exceção das categorias dos médicos veterinários, em que os homens correspondem a 66% do total; dos médicos, com 64% de homens, e dos cirurgiões-dentistas, com 49% de homens. No outro extremo, a profissão mais feminizada é a dos nutricionistas – em que 95% dos profissionais são mulheres –, seguida pelos enfermeiros e psicólogos/psicanalistas, categorias em que 90% da FTS são mulheres (Gráfico 2).

O processo de feminização da FTS pode ser visualizado mesmo nas profissões historicamente masculinas e que continuam a sê-lo. Nessas profissões, notadamente entre médicos, cirurgiões-dentistas e veterinários, é possível perceber aumento da participação feminina nas faixas etárias mais jovens. Na categoria médica, enquanto as mulheres representam 36% do total, são 48% da faixa etária abaixo de 29 anos. Dentre os cirurgiões-dentistas, elas representam 51% do total e 64% dessa faixa etária e, entre os veterinários, são 34% do total e 50% entre os mais jovens (Gráfico 3).

GRÁFICO 3: Profissionais de saúde no Brasil – Distribuição por gênero em faixas etárias

A participação feminina na FTS varia de 59%, no estado do Acre, a 73% na Paraíba. Há categorias profissionais que se apresentam fortemente feminizadas em todos os estados, como é o caso, por exemplo, dos nutricionistas. Nessa categoria, a menor participação feminina na força de trabalho foi registrada no estado do Mato Grosso do Sul, correspondendo a 80% dos profissionais. Além disso, em cinco estados da federação – AC, TO, MA, AL e SE –, 100% dos nutricionistas são mulheres. Por outro lado, uma única categoria profissional apresenta-se notadamente masculina em todos os estados: os veterinários. Nessa categoria, a maior participação feminina registrada foi de 44% em São Paulo (Figura 1).

FIGURA 1: Variação da participação feminina nas categorias estudadas

Na FTS de níveis médio e elementar, há evidente predomínio dos profissionais da área de enfermagem (64,6%). Os técnicos e auxiliares de enfermagem correspondem a 45% do total dos profissionais de níveis médio e elementar e os atendentes de enfermagem, parteiras e afins correspondem a 19,6% do total. Chama também a atenção o total de agentes de saúde e do meio ambiente, 17,6% do total, colocando-se como uma segunda força nesse contingente (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos profissionais de saúde de nível médio por gênero- Brasil, 2000

Categorias profissionais	Total (v.abs)	Homens	Mulheres
Técnicos em laboratório Industrial	8.004	5.628	2.376
Técnicos em biologia, Bio Engenharia e afins	292	96	196
Técnicos em fisioterapia e afins	20.458	4.526	15.932
Técnicos e auxiliares de enfermagem	422.588	55.222	367.366
Técnicos de odontologia	37.033	26.995	10.038
Op. de equipamentos médicos e odontológicos	22.284	12.945	9.339
Técnicos de laboratório de análises clínicas	36.084	12.679	23.405
Técnicos em farmácia	5.782	2.772	3.010
Agentes de saúde e do meio ambiente	163.692	75.027	88.665
Atendentes de enfermagem, parteiras e afins	182.474	40.082	142.392
Auxiliares de laboratório da saúde	31.656	8.709	22.947
Total geral	930.347	244.681	685.666

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000
População residente: 169.799.170 milhões de hab (IBGE)

Apesar das exigências legais de escolaridade para o preenchimento de vagas na área da saúde, que se refletem no significativo percentual de 62% da FTS de nível médio e elementar com 11 ou mais anos de escolaridade, ainda há profissionais com pouca ou nenhuma escolaridade. Os sem-instrução chegam a 10% dos técnicos em biologia, bioengenharia e afins, e a 1% dos técnicos em laboratório industrial, dos agentes de saúde e do meio ambiente e dos atendentes de enfermagem, parteiras e afins. Se considerarmos uma escolaridade igual ou inferior a sete anos, o que corresponde ao ensino fundamental incompleto, 15% da FTS de nível médio e elementar encontram-se nessa faixa (Gráfico 4).

GRÁFICO 4: Conformação da FTS de nível médio e elementar no Brasil – Análise do tempo de escolaridade

Por outro lado, algumas categorias profissionais da FTS de níveis médio e elementar apresentam um percentual significativo de indivíduos com 15 anos de escolaridade ou mais. São elas: técnicos em farmácia (20%), técnicos em fisioterapia e afins (19%), técnicos em biologia, bioengenharia e afins (18%), técnicos de laboratório de análises clínicas (16%) e técnicos de laboratório industrial (12%) (Gráfico 5).

**GRÁFICO 5: FTS de nível médio e elementar no Brasil
Tempo de escolaridade – Análise de gênero**

A participação masculina na FTS de níveis médio e elementar cresce quando analisamos grupos com menor escolaridade. Entre os indivíduos com 15 ou mais anos de escolaridade, os homens representam 27%, enquanto, entre os sem-instrução ou com menos de um ano de escolaridade, a força de trabalho masculina representa 43% do total. Do total de homens que compõem a FTS de nível médio e elementar, 21% têm sete anos ou menos de escolaridade, ou seja, não concluíram o ensino fundamental; já entre as mulheres, apenas 13% têm até sete anos de escolaridade (Gráfico 5).

Em relação à distribuição da FTS nas grandes regiões brasileiras, observa-se que o Sudeste concentra 57% do total da FTS de nível superior. Todas as categorias estudadas têm o maior contingente de profissionais nessa região e apenas entre os farmacêuticos (48%) e os assistentes sociais (47%) a Região Sudeste não detém mais da metade da força de trabalho da categoria profissional no país (Gráfico 6).

**GRÁFICO 6: Distribuição da FTS nas grandes regiões brasileiras –
Profissionais de nível superior**

Se considerarmos os profissionais que compõem a FTS de níveis médio e elementar, apesar de o maior contingente também estar concentrado na Região Sudeste, o padrão de distribuição desses profissionais no país não é semelhante ao que ocorre entre as categorias de nível superior. Há um crescimento percentual significativo da participação da Região Nordeste, que fica com 24% dos profissionais de níveis médio e elementar, enquanto detém apenas 16% dos de nível superior. O maior contingente de agentes de saúde e meio ambiente (38%) encontra-se na Região Nordeste e, nas outras categorias, o contingente concentrado no Sudeste aproxima-se da metade do total (Gráfico 7).

**GRÁFICO 7: Distribuição da FTS nas grandes regiões brasileiras –
Profissionais de nível médio e elementar**

A FTS no Brasil é eminentemente feminina e urbana (66% do total). As exceções são as categorias profissionais dos médicos, em que a FT masculina e urbana representa 63% do total, e a dos veterinários, em que 62% são homens de áreas urbanas. Quanto às áreas rurais, apenas 4% da FTS estão nesses locais, e o maior contingente de profissionais é o da FTS de níveis médio e elementar, que corresponde a 85% do total da FTS nessas áreas (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos profissionais de saúde por condição de domicílio e gênero- Brasil, 2000

Categorias profissionais	Urbana		Rural	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Médicos	125825	70.794	1.109	424
Cirurgiões-dentistas	74.654	77.517	633	609
Biólogos e afins	4.522	9.151	176	73
Farmacêuticos	16.204	28.515	400	414
Enfermeiros e afins	5.056	48.114	141	759
Fisioterapeutas e afins	7.399	43.444	107	373
Nutricionistas	1.214	25.238	43	246
Psicólogos e Psicanalistas	6.266	55.303	34	474
Assistentes sociais	12.883	67.282	845	2.020
Veterinários	12.975	6.960	837	234
FTS de nível médio e elementar	228.254	644.253	16.427	41.413
Total geral	495.237	1.076.585	20.757	47.039

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000

População residente: 169.799.170 milhões de hab (IBGE)

Algumas Reflexões sobre a Força de Trabalho em Saúde

Os dados apresentados neste estudo, embora nos permitam visualizar a efetiva participação da mulher no mercado de trabalho em saúde, ainda são, sob muitos aspectos, obscuros. Existem inúmeras questões relacionadas à análise de gênero, que são apontadas por estudos relativos ao mercado de trabalho em geral, mas que não encontram análises correspondentes no setor de saúde.

Esta pesquisa destaca a importância da continuidade da investigação sobre a força de trabalho feminina no Brasil e também estudos comparativos com outros países, considerando-se as singularidades dos sistemas próprios e a relevância de conhecer a dinâmica das ações de saúde implementadas em relação à natureza particular do trabalho feminino na saúde.

Algumas questões se colocam para reflexões críticas que orientem a condução de novos estudos:

A questão da escolaridade influencia na feminização tanto nas profissões de nível superior quanto nas de nível médio? Em quais e em que escala? Ou, esse dado reflete, apenas, o enorme “exército de reserva” que ainda existe na população feminina entre 25 e 65 anos?

É possível evidenciar uma relação com a remuneração mais baixa comparando-se mulheres e homens nos mesmos níveis de ocupação, mesmos níveis de escolaridade, em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde?

A precarização está ocorrendo nos mesmos índices para homens e mulheres?

E, em relação aos cargos de chefia e/ou supervisão, também está ocorrendo a feminização da FTS?

Há diferenças significativas em relação à continuação da formação em nível de pós-graduação (*lato e stricto sensu*) entre homens e mulheres da FTS?

O que dizem os grupos que pesquisam as questões da situação de trabalho em saúde sobre a própria saúde do trabalhador da saúde? Por exemplo, níveis de estresse, situações de incômodo e de fadiga...

BIBLIOGRAFIA

ABREU, A.; JORGE, A. & SORJ, D. “Desigualdade de gênero e raça: o informal do Brasil em 1990”. *Revista de Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: CIEC/UFRJ, 1994, pp. 153-78. Número especial.

AGUIAR, N. (org.). *Mulheres na força de trabalho na América Latina: análises qualitativas*. Petrópolis: Vozes, 1984.

BRUSCHINI, C. “O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes”. *Revista de Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: CIEC/UFRJ, 1994, pp. 179-99. Número especial.

DAUNE-RICHARD, Anne-Marie. “Qualificações e representações sociais”. In: HIRATA & MARUANI (orgs.). *As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Ed. SENAC, 2003, pp. 37-53.

GARDEY, D. “Perspectivas históricas”. In: HIRATA & MARUANI (orgs.). *As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Ed. SENAC, 2003.

GUIMARÃES, N. A. “Laboriosas mas redundantes: gênero e mobilidade no trabalho no Brasil dos 90”. *Revista de Estudos Feministas*, v. 9, n. 1. Florianópolis, 2001.

HIRATA, H. “Globalização, trabalho e gênero”. In: JERUSALINSKY, A. *et al.* *O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

LAVINAS, L. *Empregabilidade no Brasil: Inflexões de gênero e diferenciais femininos*. 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 04/05/2006.

KERGOAT, D., Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: *Gênero e Saúde* (M. J. Lopes, D. Meyer & V. Waldow, org.), pp. 14-27, Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MACHADO, M. H.

1970/1980. *Cad. Saude Publica* 1986; 2(4):449-465

MÉDICI, A. C. (org.). *Textos de apoio – Planejamento I: Recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

_____. “La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las AmericaHegemonía Femenina?” In: GÓMEZ GÓMEZ, E. (org.). *Género, mujer y salud en las Americas*. Washington: OPAS, 1993.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002, 189p.

OLIVEIRA, Ana Maria H. C. “A segregação ocupacional por gênero e seus efeitos sobre os salários no Brasil”. In: WAJNMAN, Simone & MACHADO, Ana Flávia (orgs.). *Mercado de trabalho – Uma análise a partir das pesquisas domiciliares no Brasil*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2003.

PIZURKI, H.; MEJÍA, A.; BUTTER, I. & EWART, L. (orgs.). *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988.

SAFFIOTI, H. I. B. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. Petrópolis: Vozes, 1976.

_____. “O fardo das brasileiras”. *Escrita-ensaio*, ano III, n. 5, 1979.

BRUSCHINI,C. HOLLANDA,H.B. (ORGS) Horizontes plurais : novos estudos de gênero no Brasil. Rio de Janeiro, Brasil : Fundação Carlos Chagas : Editora 34, 1998.

TRUPIER, P. (1997). Sociologie du travail. In: DURAND, J.P.; WEIL, R. (dirs.). *Sociologie contemporaine*. 2e éd. Vigot. p. 438-468.