



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

VIRGÍNIA DE MENEZES PORTES

**MULHERES NA GESTÃO DA SAÚDE:
MARCAS E ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO**

**Porto Alegre
2018**



VIRGÍNIA DE MENEZES PORTES

**MULHERES NA GESTÃO DA SAÚDE:
MARCAS E ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Izabella Barison Matos

Área de Concentração: Saúde, Educação e Sociedade

**Porto Alegre
2018**

CIP - Catalogação na Publicação

Portes, Virgínia de Menezes
Mulheres na gestão da saúde: marcas e
atravessamentos de gênero / Virgínia de Menezes
Portes. -- 2018.
83 f.
Orientador: Izabella Barison Matos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. Gênero. 2. Gestão em Saúde. 3. Mulheres. 4.
Saúde Coletiva. I. Matos, Izabella Barison, orient.
II. Título.



A Banca Examinadora avaliou a dissertação como:

aprovada

Nome e assinatura da Banca Examinadora

Profa. Dra. Izabella Barison Matos:
Presidente – PPGCOL/UFRGS

Izabella Barison Matos

Prof. Dr. Frederico Viana Machado:
Membro– PPGCOL/UFRGS

Frederico Viana Machado

Profa. Dra. Erica Rosalba Mallmann Duarte:
Membro– PPGCOL/UFRGS

Erica Rosalba Mallmann Duarte

Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal :
Membro convidado – UNISINOS CPF: 488.858.430-34

Sandra Maria Cezar Leal

Porto Alegre, 30 de agosto de 2018.

De acordo da Mestranda:

Luizárcia de Jesus Brito

AGRADECIMENTOS

A escrita dos agradecimentos é sempre uma hora esperada, talvez pela necessidade de materializar tantas coisas boas que emergiram deste percurso. Sou grata, primeiramente, a todas as oportunidades que me foram dadas até aqui, às portas que um dia me foram possíveis entrar. Entendo que o cenário político, econômico e social produz ondas no cotidiano das nossas vidas, começo aqui citando a expansão das vagas nos programas de pós-graduação nas Universidades Públicas brasileiras, aumentando significativamente vagas e bolsas de mestrados e doutorados em 2009.

A aposta na qualificação da educação pública superior por meio da formação de mestres e doutores, entre tantas outras medidas de acesso e minimização das desigualdades foi de um presidente não doutor. Contextualizar isso é meu compromisso ético, político e social. Gosto sempre de pensar que esta dissertação é fruto das muitas vozes que falam comigo e estas vozes só foram encontradas porque caminhos me foram ofertados; salientar as oportunidades é opor-se à meritocracia.

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, responsável pela minha formação e por tantas oportunidades que me foram oferecidas, pelas pessoas que conheci e tantas outras situações desconstrutoras vividas. Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela potência e diversidade e à coordenadora e professora Stela Nazareth Meneghel pela garra e empenho (ambos doces) nos últimos anos.

À minha orientadora Izabella Barison Matos que embarcou nesta desafiadora triangulação temática. Ao desconstruir as minhas posições binárias com sua excelência e dizeres acolhedores foi me ofertando pedrinhas e galinhos para que eu pudesse construir meu próprio caminho. Sem falar nos conselhos e escutas capazes de acalmar a alma.

Agradeço aos meus amados pais, Clarice e Humberto, que me ensinaram com amor e dedicação tudo o que sei. Tornaram possíveis caminhos incentivando-me constantemente, sobretudo, por lembrarem-me que apesar do tamanho e distância do voo, sempre haverá um ninho quente e seguro.

Minha gratidão e amor imensuráveis ao Roger, meu marido e companheiro de luta, pelas leituras e ensinamentos constantes, pelo carinho diário e compartilhamento de sonhos e utopias. Este amor me move, acolhe e me ensina todos os dias!

Meu agradecimento à minha irmã Jéssica por sempre estar ao meu lado, afirmando que tudo seria possível e pelas palavras de garra e força, quando foram necessárias. Ao Benício, que com sua alegria e originalidade deixa tudo colorido e amoroso. Ao meu cunhado Willian pelo apoio em família.

Agradeço às minhas avós Celina e Marlene por serem referências femininas de força e resistência; os abraços e palavras carinhosas foram fontes de energia e entusiasmo. Meu carinhoso agradecimento à minha dinda Josi, que sempre acolheu e incentivou todos os passos e desejos até aqui.

Agradeço aos meus colegas de trabalho: Carlos, Daniel e Elenise pelo apoio e companheirismo cotidiano que me são tão caros. Em épocas tão líquidas, vocês são amizades sólidas.

Agradeço ao Giovani, Neiva e Rocheli pelo carinho e amizade.

Agradeço (e como agradeço) a todas as mulheres incansáveis que lutaram para que um dia eu pudesse votar, estudar, trabalhar, falar e, ainda que não por completo, escolher quem ser. A todas que militaram e militam diante da bruxaria, prostituição, loucura, aborto, parto, maternidade, saúde, educação, sexualidade e tantas outras lutas que nos são tão caras. Agradeço a todas aquelas e aqueles que lutam diariamente para um mundo menos desigual e mais justo: que nunca nos falte coragem na produção do conhecimento capaz de legitimar as transformações libertadoras.

“Se Eva tivesse escrito Gênesis, como seria a primeira noite de amor do gênero humano? Eva teria começado por esclarecer que não nasceu de nenhuma costela, não conheceu qualquer serpente, não ofereceu maçã a ninguém e tampouco Deus chegou a lhe dizer “parirás com dor e teu marido te dominará”. E que, enfim, todas essas histórias são mentiras descaradas que Adão contou aos jornalistas”.

(Eduardo Galeano)

RESUMO

A temática circunscreve-se na agenda de organismos internacionais das discussões sobre a busca pela igualdade de gênero, onde a gestão em saúde é analisada sob a ótica da construção cultural e social, situada no campo da Saúde Coletiva em sua dimensão científica e política. O objetivo do estudo foi analisar as trajetórias de mulheres que ocupam cargos de gestão nas regiões sanitárias em saúde de um município de grande porte no sul do Brasil a partir de marcas e atravessamentos de gênero. Este é um estudo qualitativo que utilizou como instrumentos para a produção do material empírico a entrevista, o diário de campo, a pesquisa documental e bibliográfica. Foram realizadas nove entrevistas, as quais foram transcritas e organizadas em um *corpus* textual, sendo analisadas a partir da utilização da técnica de Análise de Conteúdo do tipo Temática. Os dados foram agrupados a partir da repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes e relevância implícita. A partir de marcas e atravessamentos de gênero foram identificadas possibilidades e impossibilidades nas trajetórias das entrevistadas, configurando-se em um paradoxo em suas experiências no campo da gestão pública. As trajetórias de gestão das mulheres foram marcadas pelo cumprimento do padrão social das *identidades de gênero*, que valoriza comportamentos tidos como masculinos no âmbito da gestão em saúde, resultando na desvalorização de características comumente atribuídas ao feminino; A *maternidade* representou um fator decisório para atuação como gestora nas regiões sanitárias, acompanhada da culpa pela ausência na vida dos filhos. Além do mais, ser mãe representa um fator potencializador de gestos capazes de auxiliarem no processo da tomada de decisão, apresentado como “dom natural”. A *relação entre gênero e profissão* surgiu nas narrativas relativas à hegemonia da categoria profissional médica – historicamente masculina - no cotidiano da gestão em saúde. Daí resultando na hierarquização da profissão – medicina, a qual possui prestígio social em função das relações de poder exercidas nos serviços de saúde. A naturalização dos mecanismos geradores de desigualdades de gênero contribui significativamente para o fortalecimento das relações de poder-saber hegemônicas no campo da gestão em saúde. Este estudo contribui para afirmarmos que a gestão na saúde está marcada por relações e desigualdades de gênero, expressas por marcas e atravessamentos advindos de experiências de mulheres gestoras de saúde, cuja maximização de atributos historicamente associados aos homens tende a vulnerabilizar a atuação de mulheres no exercício da gestão.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres. Gestão em Saúde. Gênero. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The theme is circumscribed in the agenda of international organizations of the discussions on the search for gender equality, where health management is analyzed from the perspective of cultural and social construction, situated in the field of Collective Health in its scientific and political dimension. The objective of the study was to analyze the trajectories of women occupying management positions in the health regions of a large municipality in the south of Brazil from brands and gender crossings. This is a qualitative study that used as instruments for the production of the empirical material the interview, the field diary, the documentary and bibliographical research. Nine interviews were carried out, which were transcribed and organized into a textual corpus, being analyzed using the Thematic Content Analysis technique. The data were grouped from the repetition of content common to most respondents and implied relevance. From brands and gender crossings, possibilities and impossibilities were identified in the trajectories of the interviewees, becoming a paradox in their experiences in the field of public management. The management trajectories of women were marked by the fulfillment of the social standard of gender identities, which values behaviors considered as masculine in the scope of health management, resulting in the devaluation of characteristics commonly attributed to the feminine; Motherhood was a decisive factor for acting as a manager in the health regions, accompanied by guilt for the absence in the children's lives. In addition, being a mother is a potentiating factor of gestures capable of assisting in the process of decision making, presented as a "natural gift". The relation between gender and profession emerged in the narratives related to the hegemony of the medical professional category - historically male - in the daily life of health management. This results in the hierarchy of the profession - medicine, which has social prestige according to the power relations exercised in the health services. The naturalization of the mechanisms that generate gender inequalities contributes significantly to the strengthening of hegemonic power-knowledge relations in the field of health management. This study contributes to the assertion that health management is marked by gender relations and inequalities, expressed by brands and trajectories derived from the experiences of women health managers, whose maximization of attributes historically associated with men tends to vulnerate the performance of women in the exercise management.

KEYWORDS: Women. Health Management. Gender. Collective Health.

RESUMEN

La temática se circunscribe en la agenda de organismos internacionales de las discusiones sobre la búsqueda de la igualdad de género, donde la gestión en salud es analizada bajo la óptica de la construcción cultural y social, situada en el campo de la Salud Colectiva en su dimensión científica y política. El objetivo del estudio fue analizar las trayectorias de mujeres que ocupan cargos de gestión en las regiones sanitarias en salud de un municipio de gran porte en el sur de Brasil a partir de marcas y atravesamientos de género. Este es un estudio cualitativo que utilizó como instrumentos para la producción del material empírico la entrevista, el diario de campo, la investigación documental y bibliográfica. Se realizaron nueve entrevistas, las cuales fueron transcritas y organizadas en un corpus textual, siendo analizadas a partir de la utilización de la técnica de Análisis de Contenido del tipo Temática. Los datos se agruparon a partir de la repetición de contenidos comunes a la mayoría de los encuestados y la relevancia implícita. A partir de marcas y atravesamientos de género se identificaron posibilidades e imposibilidades en las trayectorias de las entrevistadas, configurándose en una paradoja en sus experiencias en el campo de la gestión pública. Las trayectorias de gestión de las mujeres fueron marcadas por el cumplimiento del patrón social de las identidades de género, que valora comportamientos tenidos como masculinos en el ámbito de la gestión en salud, resultando en la devaluación de características comúnmente atribuidas al femenino; La maternidad representó un factor decisivo para actuación como gestora en las regiones sanitarias, acompañada de la culpa por la ausencia en la vida de los hijos. Además, ser madre representa un factor potencializador de gestos capaces de auxiliar en el proceso de toma de decisión, presentado como "don natural". La relación entre género y profesión surgió en las narrativas relativas a la hegemonía de la categoría profesional médica - históricamente masculina - en el cotidiano de la gestión en salud. De ahí resultando en la jerarquización de la profesión - medicina, la cual posee prestigio social en función de las relaciones de poder ejercidas en los servicios de salud. La naturalización de los mecanismos generadores de desigualdades de género contribuye significativamente al fortalecimiento de las relaciones de poder-saber hegemónicas en el campo de la gestión en salud. Este estudio contribuye a afirmar que la gestión en la salud está marcada por relaciones y desigualdades de género, expresadas por marcas y atravesamientos provenientes de experiencias de mujeres gestoras de salud, cuya maximización de atributos históricamente asociados a los hombres tiende a vulnerabilizar la actuación de mujeres en el ejercicio de la gestión.

PALABRAS CLAVE: Mujeres. Gestión de la Salud. Género. Salud pública.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
DS	Distritos Sanitários
FG	Função Gratificada
GD	Gerência Distrital
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO: IDENTIFICANDO A INTENÇÃO	10
2. MARCAS DO PERCURSO: ENCONTROS E DESENCONTROS DIANTE DAS DESIGUALDADES DE GÊNERO	15
3. OBJETIVOS	17
3.1 Geral.....	17
3.2 Específicos	17
4. CONCEPÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS	17
4.1. A janela por onde se olha como aposta teórica, ética e política de pesquisa: a interface entre Saúde Coletiva, Estudos de Gênero e Estudos Culturais	18
4.2. Gestão em saúde: que desafios batem à porta?	24
5. OS CAMINHOS TRILHADOS NA PESQUISA	29
5.1. Aproximação ao objeto de pesquisa	30
5.2 Local do Estudo	31
5.3 Participantes da pesquisa	31
5.4 Critérios de inclusão.....	31
5.5 Critérios de exclusão	32
5.6 Produção de dados	32
5.7 Organização e Análise de dados	33
5.9 Análise Crítica de Riscos e Benefícios	35
5.10 Socialização dos Resultados	36
8. ARTICULANDO GÊNERO, GESTÃO E SAÚDE: MARCAS E ATRAVESSAMENTOS IDENTIFICADOS	47
8.1. Identidades de gênero na gestão em saúde: por que falar sobre isso neste lugar?	48
8.2. Profissional-pessoal: que marcas a maternidade produz nas trajetórias das mulheres na gestão?	54
8.3. Gênero e profissão na gestão: quais lugares são possíveis?.....	58
8.4. Marcas e Atravessamentos: o paradoxo entre possibilidades e impossibilidades	63
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
Apêndice A – Roteiro Entrevistas.....	76
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
Apêndice C – Declaração de Ciência e Concordância da Instituição	80

1. APRESENTAÇÃO: IDENTIFICANDO A INTENÇÃO

Nesta produção, proponho problematizar as relações de gênero nas trajetórias de mulheres que ocupam cargos de gestão nas regiões sanitárias de um município de grande porte no sul do Brasil. Ao utilizar gênero como ferramenta analítica, a temática investiga possibilidades e impossibilidades que contribuem para que os níveis estratégicos de gestão sejam ocupados majoritariamente por homens, contrapondo-se com a realidade da atuação na área da saúde, a qual é predominantemente feminina.

A fim de reconhecer as experiências produzidas neste cenário, os conceitos de “marcas” e “atravessamentos” foram flexibilizados uma vez que as particularidades encontradas, ao longo das entrevistas, indicaram que estes conceitos não se opunham nem se excluía. Assim, nas análises da pesquisa não foram separadas em categorias distintas, visto que apresentavam convergência ao longo das narrativas.

As marcas - situações e elementos encontrados no material empírico - se reportam ao conceito de Rolnik (1993). Entretanto, irão compor outros elementos, que podem ser concebidos como um conjunto de sinais e impressões que revelam sentimentos e situações vividas no cotidiano. A partir disso esse conjunto se revela uma memória que é feita de fatos e de marcas.

Considerando as especificidades da análise dos dados empíricos, a flexibilização conceitual de atravessamentos também transbordará a abordagem inicial apresentada por Baremblytt (1996). Assim, será interpretado como o efeito de atravessar as diversas dimensões da reprodução social (institucional e organizacional), identificadas como situações causadoras de características marcantes que transpassam essas trajetórias.

A utilização do termo “mulher”, neste estudo, remete à definição de Nicholson (2000), que sugere pensá-lo como capaz de ilustrar o mapa de semelhanças e diferenças que se cruzam. Neste mapa o corpo não desaparece, tornando-se uma variável historicamente específica, onde o sentido e relevância são reconhecidos

como potencialmente diferentes em contextos históricos variáveis. A autora assume que se trata de um projeto político necessariamente coletivo e em constante diálogo (NICHOLSON, 2000).

Ao analisar de que maneira o “ser mulher” afeta a trajetória da gestão em saúde é necessário expandir a visão, utilizar novas e diversas lentes, capazes de investigar as experiências vividas por essas nove mulheres entrevistadas. Diante do fenômeno da feminização das profissões e do aumento da participação das mulheres na gestão em saúde (GUEDES, 2008), investiguei de que maneira o ser mulher reflete em suas trajetórias de vida profissionais ao atuarem em cargos de gestão dos serviços de saúde, utilizando gênero como ferramenta analítica.

A proposta de analisar tais trajetórias sob a ótica da construção cultural e social do gênero baseou-se na potência da Saúde Coletiva enquanto campo, considerando a dimensão política deste espaço científico, transcendendo sua identificação apenas como área de conhecimento (BOSI, 2012).

O desejo de estudar tal temática aliou-se à pauta da agenda internacional da Organização Nacional das Nações Unidas (ONU) apresentada a partir do movimento de ativistas da “Entidade das Nações Unidas para a igualdade de Gênero e Empoderamento das Mulheres”. Este movimento objetiva tornar as questões de gênero e igualdade reais nas vidas de mulheres e meninas, demandando alcance mundial. A iniciativa baseia-se no contexto histórico no qual mulheres foram forçadas a permanecer à margem das questões de liderança política, da segurança em zonas de conflitos, da proteção contra a violência e do acesso aos serviços públicos (ONU, 2017).

Desta forma, o tema escolhido, situado no diálogo entre gênero e gestão em saúde, inscreve-se em pelo menos duas das áreas prioritárias de ações eleitas pelo ONU, sendo elas: o aumento da liderança e a participação das mulheres e a inclusão da igualdade de gênero no centro do planejamento e dos orçamentos de desenvolvimento nacional de diferentes países.

Segundo estudo da Organização Internacional do Trabalho (2009), o aumento da proporção de mulheres no mundo do trabalho é possivelmente o mais importante componente dentro da diversidade na maioria dos países do mundo. No Brasil, a participação da mulher no mercado de trabalho também tem crescido; tendência relacionada ao aumento da escolaridade, controle de natalidade e maior intenção ou necessidade de contribuir para a renda familiar (LUCAS et al., 2010).

Mesmo com o aumento das mulheres no mercado de trabalho, e em posições de liderança, pesquisa do Instituto Ethos¹ (2010) aponta a existência de um afunilamento hierárquico. Ou seja, as mulheres são encontradas em menores proporções conforme aumentam as atribuições de liderança e comando nas organizações.

A intenção teórica e política presente nesta discussão parte da identificação de aspectos sociais e culturais, os quais foram acumulados ao longo de séculos, e no reconhecimento de seus reflexos na incorporação das mulheres em cargos de tomada de decisão. Realidade esta que alimentou o mito do progresso criado em organizações altamente masculinas, porém, em contraposição ao cenário, as mulheres encontram-se em uma fase profissional sem igual na história brasileira (GOMES, 2005).

Partindo do pressuposto que a escolha do tema em estudo é uma aposta epistemológica, política e ética, entendo que utilizar a categoria gênero nas investigações em saúde é um investimento na produção de evidências advindas das desigualdades sociais entre homens e mulheres. Da mesma forma, trata-se de reconhecer que tais desigualdades possuem impacto em diferentes âmbitos da sociedade no que diz respeito à criação de diversas estratégias de redução das mesmas.

Destaco que o feminismo – e o reconhecimento de sua pluralidade contemporânea apresentada como “os feminismos” – não foi abordado enquanto abordagem neste estudo. Entretanto, foram trazidos conceitos e momentos históricos proporcionados pelos movimentos feministas por meio de suas lutas e reivindicações, considerando as contribuições teóricas e práticas neste campo. Como observa Longino (1995) foi depois do desenvolvimento do pensamento e movimento feminista nas áreas da história, antropologia, teoria literária, psicologia e sociologia que se passou a refletir sobre os conceitos através dos quais se operava.

A partir das contribuições teóricas e práticas deste campo, cabe a reflexão acerca do duplo tripé que caracteriza a saúde coletiva, um formado pela articulação de três corpos disciplinares, outro formado pela relação com serviços, com as instituições acadêmicas e com política, revelando a força da área, traduzida nas intervenções, no debate político e na produção acadêmica (VILLELA; MONTEIRO;

¹ Pesquisa realizada sobre Perfil social, racial, e de gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas ações afirmativas.

VARGAS, 2009). No entanto, mais do que tomar esta suposta dicotomia como expressão de algum possível conflito de visões e perspectivas, pode-se perguntar sobre as dinâmicas internas que operam na área, facilitando ou dificultando a transversalização do gênero e sua utilização num conjunto maior de estudos e pesquisas (VILLELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009).

Este estudo justificou-se pela necessidade de investigações sobre as trajetórias de mulheres na ascensão profissional das instituições, a partir de suas percepções sobre as experiências como gestoras na área da saúde. Assim, acredito que analisar o tripé mulheres, gestão e saúde contribui para o reconhecimento da temática no campo da Saúde Coletiva, visto que o conceito de gênero está relacionado à (re)produção de desigualdades no contexto da gestão em saúde. Assim, pretendi identificar aspectos culturais banalizados em torno do gênero, apontando “estratégias sutis e refinadas de naturalização que precisam ser reconhecidas e problematizadas” (MEYER, 2008, p.17).

A partir disso, interessou-me saber como as questões de gênero produzem atravessamentos e marcas e se configuram em possibilidades e impossibilidades para essas mulheres, ao tornarem-se e manterem-se gestoras na área da saúde. As inquietações, nascidas por meio do incômodo do posicionamento do sujeito mulher neste cenário, transformaram-se nos seguintes questionamentos para a investigação: diante das trajetórias destas mulheres - antes e durante a chegada aos cargos de gestão nas regiões sanitárias - o que pode ser problematizado a partir do tema da ocupação dos cargos de gestão na área da saúde?

Como o conceito de gênero, utilizado como ferramenta analítica, contribui para analisarmos as diferentes experiências produzidas por mulheres gestoras na atenção básica na área da saúde? De que maneira as diferentes construções sociais, consideradas em função das diferenças de gênero, colaboram para a produção de experiências, enfrentamentos, possibilidades, impossibilidades, oportunidades e comportamentos diferenciados nas trajetórias destas mulheres? Como analisar o conjunto de normas institucionais que orienta as práticas no campo da gestão em saúde a partir da atuação destas mulheres?

O locus no qual se circunscrevem estas indagações e análises é o Sistema Único de Saúde (SUS) que, segundo Sousa (2014), nasce no processo de luta social, principalmente canalizados pelo movimento da Reforma Sanitária, desde o final dos anos setenta. Instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS possui

linhas organizativas, que embasam a gestão, entrelaçadas com princípios e diretrizes, onde se destacam: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização, a participação da população e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado (SOUSA, 2014).

Este movimento produziu amplo consenso em torno de princípios básicos norteadores e organizadores da saúde pública brasileira, ampliando o conceito de saúde e de seus determinantes sociais, e incluindo a compreensão de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (MATTOS, 2009). Dentre tantos, podemos destacar a participação social e seus mecanismos de gestão coletiva, potencializando o caráter participativo, diverso e dialógico que marcam o planejamento e a gestão do SUS nas esferas municipal, estadual e federal.

A fim de contextualizar o cenário que permitiu tais reflexões, inicio esta escrita apontando o tema da pesquisa e os caminhos que permitiram encontrá-lo, ao desencontrar tantos. No próximo tópico, intitulado “Marcas do percurso: encontros e desencontros diante das desigualdades de gênero”, apresento situações vividas por mim acerca das percepções sobre o “mundo feminino e masculino”, culminando para que a problemática fosse crescendo ao longo da trajetória pessoal e profissional.

Como breves concepções teóricas, proponho reflexões acerca da interface entre saúde coletiva, estudos culturais, estudos de gênero como campos potentes ao tratarmos da temática: mulheres no contexto da gestão em saúde no capítulo “A janela por onde se olha como aposta teórica, ética e política de pesquisa: a interface entre saúde coletiva, estudos de gênero e estudos culturais”. Neste defendo que a janela escolhida para ser aberta na pesquisa é uma aposta teórica, política e ética, portanto, capaz de estabelecer interrogações sobre o objeto e suas ferramentas analíticas neste percurso.

Em “Gestão em saúde: que desafios batem à porta?”, o convite feito trata da exploração do campo da gestão em saúde, onde a problematização ocorre por meio da discussão sobre elementos epistemológicos e históricos constituidores de verdades que operam neste campo de produção do conhecimento no que tange ao lugar ocupado pela mulher gestora.

2. MARCAS DO PERCURSO: ENCONTROS E DESENCONTROS DIANTE DAS DESIGUALDADES DE GÊNERO

O tema proposto neste trabalho não foi uma escolha ao acaso, é uma problemática que causa inquietude pessoal e profissional há algum tempo. Em momento anterior, socializamos algumas das reflexões que vão seguir nos próximos parágrafos, numa publicação que reuniu textos sobre mulheres na gestão e suas carreiras diante dos diferentes desafios contemporâneos (PORTES; MATOS, 2018). Nascida em uma família onde as margens do ser mulher ou homem não tinham traçado forte, não soube, pelo menos não tão claramente, o que eram as diferenciações de gênero na infância. Naquele canto de lá, valia tudo: menino brincar de boneca e menina ser quem e como bem entendesse, a única norma era respeitar a ética da liberdade. Entretanto, as etapas seguintes não se sucederam na mesma perspectiva.

A escola iniciou cedo seus ensinamentos sobre o “mundo feminino e masculino”. Os uniformes, as modalidades esportivas e os comportamentos esperados ressaltavam aos olhos de quem iniciava o convívio social, fortalecendo a lógica binária de mundos opostamente localizados. Na adolescência, de um lado situavam-se os filhos homens que podiam tudo, usufruíam livremente o espaço público, testando constantemente os limites; de outro, as filhas mulheres, que precisavam ser resguardadas, monitoradas e demasiadamente adestradas. Eu estava imbricada no mandato da socialização de gênero.

Percepções, gestos e falas, muitas vezes não claramente explícitas, iam tecendo a colcha: a mulher como sexo frágil e com limites, culminando para que a problemática fosse crescendo internamente. Parafraseando Louro (1999), ao discorrer sobre o processo de escolarização do corpo e da produção de feminilidades e masculinidades, que demonstra-nos como a escola pratica a pedagogia do disciplinamento dos corpos, na maioria das vezes, de maneira sutil, discreta, contínua, mas, quase sempre, eficiente e duradoura. Apesar do meu processo de escolarização ocorrer muitas décadas após o da autora identifico, com muita facilidade, este cenário.

Ao referir-se sobre a organização educacional a qual vivenciou, a autora afirma que as meninas eram ensinadas a serem dóceis, discretas, gentis a obedecer, a pedir licença, a pedir desculpas, “certamente também nos ensinaram as ciências, as letras, que deveríamos manejar para sobreviver socialmente (LOURO, 1999).

Mais tarde, ao escolher a graduação em Saúde Coletiva, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), identifiquei-me com o tema gênero. Iniciei aproximação com ferramentas teóricas na busca por maior compreensão e respostas às inquietações que insistiam em permanecer; além de tornar possível a visualização, por meio de uma lente mais sensível e ideológica, para situações na área da saúde.

Anos depois, no percurso da Residência de Gestão em Saúde, no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), entre 2014 e 2016, as inquietudes ganharam tema e conteúdo. Durante este período, vivenciei de perto suas relações de poder no campo organizacional, resultando no trabalho de conclusão. Nele debati as desigualdades de gênero na ocupação dos cargos de gestão na área da saúde, na diretoria hospitalar, analisando as iniquidades de gênero, raça e profissão. Os resultados revelaram que tais postos de atuação são ocupados majoritariamente por homens, embora sabidamente a área da saúde tenha maior número de profissionais mulheres, que representam a maioria na formação e inserção profissional (COSTA; DURAES; ABREU, 2010).

Ao iniciar o Mestrado em Saúde Coletiva, na UFRGS, em agosto de 2016, dei continuidade, de forma mais adensada, à pesquisa sobre as desigualdades de gênero, temática que se insere na Área de Concentração “Saúde, Educação e Sociedade”, na Linha de Pesquisa “Educação e Cultura da Saúde”.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a trajetória de mulheres que ocupam cargos de gestão da saúde em município no sul do Brasil, por meio de marcas e atravessamentos de gênero.

3.2 Específicos

- Levantar marcas e atravessamentos nas trajetórias da gestão destas mulheres.
- Investigar de que maneira gênero atravessa a atuação dessas mulheres, configurando possibilidades e impossibilidades no cargo de gestão.
- Identificar concepções e ações na área da saúde no que tange ao lugar que se posiciona (ou é posicionada) a mulher gestora.

4. CONCEPÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS

Neste capítulo serão abordadas concepções teórico-conceituais que ajudarão a discutir a problemática deste estudo. Organizamos nosso marco teórico em dois tópicos, o primeiro, intitulado “A janela por onde se olha como aposta teórica, ética e política de pesquisa: a interface entre saúde coletiva, estudos de gênero e estudos culturais”, no qual se propõem problematizar elementos constitutivos da racionalidade que permite a produção de marcas e atravessamentos culturais capazes de posicionar a mulher gestora.

No segundo, “Gestão em saúde: que desafios batem à porta?”, abordarei o percurso histórico da gestão em saúde, seguido dos principais desafios constituidores deste campo por meio de questões paradoxais acerca das trajetórias femininas no cotidiano da gestão em saúde.

4.1 A janela por onde se olha como aposta teórica, ética e política de pesquisa: a interface entre Saúde Coletiva, Estudos de Gênero e Estudos Culturais

A maneira de pesquisar, assim como a forma de identificar o objeto de pesquisa e suas estratégias de operacionalização, assume um lugar teórico, ético e político em que a pesquisa inscreverá seu olhar ao longo do percurso. Isso implica em identificar que o que constitui nossos objetos de pesquisa é a forma como os olhamos, ou seja, o olhar inventa o objeto e possibilita as interrogações sobre ele (COSTA, 2002).

A possibilidade de criar novas abordagens capazes de provocar em nós mesmos potência e criatividade circunscreve-se na intenção de tentar saber de que maneira e até onde é possível pensar diferentemente em vez de legitimar o que já se sabe? (FOUCAULT, 2001). É nesta circunstância que situo esta escrita, ancorada na perspectiva teórica pós-estruturalista, a qual pretende dialogar a partir da interface dos Estudos de Gênero, dos Estudos Culturais e da Saúde Coletiva.

Para Peters (2000), o pós-estruturalismo significa um movimento de pensamento, uma determinada maneira de escrita, a qual possibilita enxergar o mundo e o sujeito como condicionados aos sistemas linguísticos, sendo construídos discursivamente. Ao localizar-se neste contexto, a tentativa de transcender à legitimação do que já é sabido permite-nos construir objetos de investigação capazes de questionar quem, o que e como se pode conhecer, com que efeitos e para quem. De outra forma, a quem essas narrativas se dirigem? Qual é o conjunto de enunciados que compõe tais discursos? (MEYER, 2012).

Assim, ao utilizar a janela da pesquisa como aposta teórica, ética e política, capaz de estabelecer diálogo entre saúde coletiva, estudos de gênero e estudos culturais, é assumida a preocupação com a problematização dos processos por meio dos quais os saberes e significados são produzidos e os sujeitos que são por eles interpelados. Trata-se da tentativa de distanciar-se das certezas absolutas, das constatações infalíveis. Como mulher, curiosa e pesquisadora, minha intenção é insinuar desconstruções, tensionar afirmações e pretensamente desestabilizar verdades. É nesta estrada que sempre quis caminhar.

Por isso, acredito que a interface estabelecida neste estudo seja capaz de potencializar a discussão sobre gestão em saúde na perspectiva de gênero. Assim,

a politização da intervenção técnico-científica, que está na base da ação profissional (SCHRAIBER, 2012), representa uma combinação potente para tornar visíveis as desigualdades de gênero.

Estudos de gênero e Estudos Culturais: que movimentos e articulações são possíveis?

A construção do conceito de gênero é um processo marcado por diferentes fases em épocas distintas, conforme as necessidades políticas e sociais, contextualizadas a partir das possibilidades pré-discursivas de cada tempo. As diferentes etapas na história da conceituação de gênero não são lineares. Mesmo que o conceito de gênero tenha surgido a partir do movimento feminista e de mulheres, este não possui uma compreensão universal, nem mesmo pode ser conceituado a partir de uma única vertente teórica, podendo assumir caráter polifônico (NARVAZ, KOLLER, 2006).

Apesar de existirem evidências de que no século XVII o conceito já tenha sido utilizado, somente no final do século XX surgiu como categoria de investigação analítica a partir dos estudos feministas (SCOTT, 1986). No Brasil, o movimento feminista e os estudos potencializados por ele tiveram início na década de 1970. A resistência das mulheres frente à ditadura ocorreu, dentre outras formas, por meio da luta armada, deslocando o tradicional papel feminino da época. Segundo Blay (2017), no período da Ditadura Militar, o processo de modernização já havia iniciado no país, modificando o cenário para a conquista de alguns avanços das mulheres diante de questionamentos ao modelo patriarcal.

Durante este período, os movimentos de mulheres e os grupos feministas se mantiveram ativos, confrontando e resistindo a ordem imposta. A gênese do movimento feminista entre 1970 e 1980 no Brasil é apresentada como a luta contra o autoritarismo em um cenário de modernização econômica e cultural, elevação do número de mulheres na força de trabalho e no nível educacional (BLAY, 2017).

A partir daí, observa-se a intensa articulação entre o movimento político de luta das mulheres e a academia, com a criação de centros de estudos sobre a mulher, estudos de gênero e feminismos nas universidades (LOURO, 1995). Baseando-se na importância de demonstrar que as desigualdades entre homens e mulheres não estavam ligadas ao sexo biológico, mas sim a uma construção cultural

do feminino e do masculino, “um grupo de estudiosas anglo-saxãs começaria a utilizar, então, o termo gender, traduzido para o português como ‘gênero’, a partir do início da década de setenta do século passado” (MEYER, 2004, p.14).

Neste período, algumas teóricas feministas introduziram temas como a família e o trabalho doméstico na academia, questionando e abalando os pressupostos básicos dos paradigmas hegemônicos da Ciência. Desta forma, a universalidade, a racionalidade, a neutralidade, a objetividade, a prerrogativa de definir a verdade diante de qualquer outra maneira de saber que não partilhasse de tais requisitos, a suposição da essência humana, masculina e branca, centrada na razão, foram colocadas em dúvida (MEYER, 2004).

As questões introduzidas durante esta fase do feminismo revisaram algumas categorias de análise que, apesar de instáveis, são consideradas fundamentais para os estudos de gênero. São elas: o conceito de gênero; a política identitária das mulheres; o conceito de patriarcado e as formas da produção do conhecimento científico. Influenciadas pelos pensamentos pós-estruturalistas de Michel Foucault e Jacques Derrida, predominantes na França, maximizam a questão da singularidade e da subjetividade das experiências, afirmando que estas são construídas pelos discursos, em um campo que é sempre dialógico e intersubjetivo (NARVAZ, KOLLER, 2006).

É nesta perspectiva que se inscreve a concepção de gênero utilizada nesta pesquisa, articulando-se com conceitos pós-estruturalistas, baseando-se na aplicação do conceito de linguagem, de maneira ampliada, identificada como “lócus central de produção dos nexos que a cultura estabelece entre corpo, sujeito, conhecimento e poder” (MEYER, 2004, p.15).

Segundo Scott (1986), gênero é entendido como elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre diferenças percebidas entre os dois sexos e uma maneira de dar significado às relações de poder, sendo considerada uma construção social que envolve poder e dominação. Apesar de algumas abordagens sobre gênero priorizarem os estudos sobre as mulheres, estas abrangem, ao mesmo tempo, análises sobre homens devido ao aspecto relacional presente no conceito (LOURO, 1997).

De acordo com Meyer (2003), o conceito de gênero é uma ferramenta conceitual, política e pedagógica capaz de problematizar as formas de organização social, as hierarquias e as desigualdades entre homens e mulheres na sociedade.

Desta forma, torna-se relevante a necessidade de desconstruir o caráter permanente da oposição binária masculino-feminino, refletindo tanto a oposição entre eles quanto a unidade interna de cada um (LOURO, 1997). Assim, esta assume a posição de que não há uma mulher, única e universalizante, mas mulheres e homens, no plural, ressaltando o caráter da diversidade de identidades (NICHOLSON, 2000).

A identificação de como ser mulher e homem, ou quais aspectos que normatizam o feminino e masculino, traduz-se pelo aprendizado cultural, o qual organiza as relações sociais de maneira desigual. A partir disso, os diferentes símbolos, falas e práticas constituem os sujeitos como femininos e masculinos, seus lugares sociais, suas disposições, suas formas de ser e de estar no mundo, tornando gênero baseado na noção de construção cultural (LOURO, 1997).

Assim, ao utilizar gênero como ferramenta analítica, situada a partir da perspectiva assumida neste trabalho, há que se considerar seu caráter relacional e sua localização em um determinado cenário de relações de poder vigentes na sociedade. Para isso, se faz necessário o afastamento da universalidade presente nas concepções binárias. Neste sentido, minha aposta de enxergar as experiências femininas por meio da utilização da categoria gênero inspira-se na concepção de Linda Nicholson ao afirmar que nossas propostas sobre as "mulheres" não se baseiam numa realidade dada qualquer, elas surgem de nossos lugares na história e na cultura; são atos políticos que refletem os contextos dos quais emergimos e os futuros que gostaríamos de ver (NICHOLSON, 2000).

Mas o que significa utilizar certas lentes para problematizar esses lugares? Que outras possibilidades são ofertadas ao afastarmos-nos das universalidades das concepções binárias? Quais ferramentas analíticas estão disponíveis? É de acordo com esse exercício de problematização que partimos do pressuposto de que teoria e método são indissociáveis e de que nossas apostas metodológicas necessitam fazer sentido diante do referencial teórico no qual se inscrevem (MEYER, 2012). É neste sentido que este estudo localiza-se no campo dos estudos culturais a fim de respaldar a modalidade de investigação, assim como as discussões teórico-conceituais, conjugadas às intenções políticas, éticas e teóricas. Desta forma, ao utilizar gênero como ferramenta analítica, capaz de revelar as verdades construídas histórica e socialmente, é entendido seu movimento em concordância com os

Estudos Culturais, assumindo a noção de que toda construção e conhecimento são culturais, localizados em determinado tempo e espaço.

Ao utilizar como referência este campo de produção, destaca-se que as investigações que compartilham dessas perspectivas teóricas estão menos preocupadas em apresentar respostas do que significam as coisas. Preocupam-se mais em problematizar e descrever processos por meio dos quais significados e saberes específicos são produzidos, contextualizando-os a partir de redes de poder na sociedade. Trata-se de deter-se na investigação do debate sobre certas formas de conhecer e das políticas que estas informam e colocam em funcionamento (PACKER, 2011).

Os Estudos Culturais podem ser definidos como uma movimentação intelectual surgida no contexto político do pós-guerra, na Inglaterra, em meados do século XX. A sua marca principal é a grande reviravolta na teoria cultural inscrita sob um conjunto de formações instáveis e descentradas de ideias e pensamentos. Diante de tantos itinerários de pesquisa e posições teóricas diversas, afirma-se que eles poderiam ser descritos como um tumulto teórico (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2003).

Em seu surgimento, sobressaltam-se as movimentações de grupos sociais em busca de apropriações instrumentais de ferramentas conceituais, capazes de valorizar saberes e interesses do povo. Para Barker e Beezer (1994), o projeto inicial dos Estudos Culturais britânicos tratava-se de pensar as implicações do termo 'cultura' como sendo capaz de incluir significados e atividades das pessoas comuns, sendo estes excluídos da cultura quando é a definição elitista que governa.

A análise do conjunto da produção cultural de uma sociedade diante do entendimento dos padrões de comportamento social representa uma abordagem importante nas diversas perspectivas de problematizações dos estudos culturais. A partir disso, utiliza-se o conceito de cultura não como uma demonstração orgânica de uma população, nem como uma esfera autônoma de formas estéticas, "mas como um contestado e conflituoso conjunto de práticas de representação ligadas ao processo de composição e recomposição dos grupos sociais" (FROW; MORRIS, 1997, p. 345).

Neste sentido, assumir que a abordagem apresentada neste estudo inscreve-se a partir da interface de estudos de gênero e dos estudos culturais, utilizando as teorizações propostas por Foucault (2001), possibilita elaborar questões e objetos de

pesquisa a partir da análise de um conjunto de elementos. Permite ancorar-se, além dos já citados, em aspectos da centralidade da linguagem – a qual não é neutra, nem homogênea - como a significação do mundo, baseada na afirmação da inseparabilidade entre linguagem cultura, verdade e poder.

Sua utilização baseia-se na capacidade de descrever processos de diferenciação e hierarquização social e cultural para problematizar as maneiras pelas quais tais aspectos produzem corpos, posições de identidade e sujeitos – como mulher e homem, heterossexual e homossexual, responsável e negligente, por exemplo – categorizando-os a partir de uma determinada cultura (MEYER, 2012).

Por isso, ao assumir o conceito de gênero articulado com conceitos dos Estudos Culturais, torna-se possível problematizar elementos constitutivos da racionalidade que produz e embasa a produção de certas marcas e atravessamentos capazes de posicionar a mulher gestora. Neste sentido, torna-se relevante o descortinamento viabilizado por meio do investimento intenso nas discussões sobre a cultura e seu significado político no contexto abordado.

O convite para problematizar o contexto da gestão em saúde a partir da utilização do conceito de gênero como ferramenta analítica fundamenta-se no potencial da proposta dos estudos culturais, os quais não possuem seus contornos nitidamente delineados. Representando, assim, como campo de um conjunto de abordagens, problematizações e reflexões (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2003).

Desta maneira, ao questionar-me sobre os marcadores paradoxais que constituem o campo da gestão em saúde, no sistema de saúde brasileiro nos últimos anos, entendo que os elementos apontados neste estudo, além de convites para questionamentos teóricos, representam um compromisso político e ético com as mulheres, diante das discussões contemporâneas sobre gênero no campo da Saúde Coletiva. A aposta na potência da sua utilização concentra-se na possibilidade de revelar novas maneiras de ampliação de autonomia e acesso. Assim, além do exercício ao pensamento interdisciplinar, “gênero é um convite ao engajamento político” (VILLELA et al, 2009, p. 1004).

4.2. Gestão em saúde: que desafios batem à porta?

Com o objetivo de apresentar o âmbito da gestão em saúde, ocupada por mulheres, como cenário de análise do estudo, esta seção apresenta elementos epistemológicos e históricos que permitem problematizar a triangulação mulher, gestão e saúde. Por meio do exercício investigativo, a intenção é problematizar questões estruturais e institucionais constituidoras de verdades, avanços, retrocessos e paradoxos no campo da gestão em saúde.

A construção dos conceitos de gestão ocorre a partir do tempo histórico em que estão situados processos e atores, indicando as diversas mudanças conceituais. O processo da definição do termo mostra dinamicidade diante das compreensões sobre o tema, sendo capaz de afirmar que novas experiências criam formas de conceber a gestão, resultando em definições, aplicações e práticas, por vezes consideradas inovadoras (BEDIN et al, 2014).

De acordo com Campos e Campos (2009), a gestão pode ser entendida como o ato ou efeito de administrar; ação de governar ou gerir empresa ou órgão público; ter poder de decisão, guiar e gerir. Diversas conceituações apresentam gestão e administração como sinônimas, tendo seus significados como o ato de governar pessoas, organizações e instituições. É, portanto, identificada como a capacidade de dirigir.

Como marco histórico do conhecimento na área, destaca-se a publicação do livro “Princípios da Administração Científica” no início do século XX, do engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor. Esse apresenta uma metodologia a partir de uma abordagem de gestão técnica livrando-se das disputas políticas por interesses; defendendo a aplicação de métodos racionais aos problemas administrativos. Essa concepção visa máxima produtividade a partir da racionalização do trabalho e do conhecimento dos trabalhadores sobre suas práticas, incentivando-os a desempenhar o comando e a gerência dos processos de produção. Neste período, instalou-se a seleção rigorosa dos trabalhadores considerados mais aptos para realizar tarefas, resultando na fragmentação, racionalização e hierarquização do trabalho (CHIAVENATO, 1987).

Em 1913, utilizando os mesmos princípios desenvolvidos por Taylor, Henry Ford aplicou a tecnologia da linha de montagem na fabricação de automóveis.

Agregando nesta etapa estratégias de extensa mecanização, como uso de máquinas-ferramentas especializadas e linhas de montagem e de esteira, potencializou a divisão do trabalho. Para Matos e Pires (2006), estes modelos difundiram-se no mundo e impactaram nas formas de produção e gerenciamento dos processos nas instituições. Mais tarde, a complementação das ações de racionalização e controle da hierarquia rígida e gerencial foi complementada pela Teoria Clássica de Fayol, que substituiu a abordagem analítica e concreta de Taylor por uma abordagem global (CHIAVENATO, 1987).

Essa teoria propunha racionalizar a estrutura administrativa, sendo que a empresa passava a ser uma síntese dos diversos órgãos que formavam sua estrutura. Deveu-se a pensar sobre a direção da empresa com ênfase nas funções e processos que nela ocorriam, a partir disso nasceram os princípios da boa administração, com a clássica visão das funções do administrador: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar (LARANJEIRA, 1999).

Por volta de 1909, a racionalidade ganha espaço com as técnicas apresentadas por Max Weber na Teoria Burocrática, defendendo que os meios devem ser analisados de maneira formal e impessoal para que atinjam os fins desejados. Ou seja, identifica-se a necessidade de maximizar as características da organização formal voltada exclusivamente para a eficiência. O modelo burocrático apresenta muitas dimensões essenciais baseadas nas teorias de Taylor e Fayol: hierarquia e autoridade definidas; fragmentação do trabalho baseada na especialização funcional; centralização nos sistemas de regras e regulamentos que descrevem direitos e deveres dos trabalhadores; ênfase no sistema de procedimentos e rotinas; impessoalidade nas relações institucionais, promoção e seleção a partir da competência técnica (MATOS; PIRES, 2006).

Na década de 1930, a escola das Relações Humanas criticou a concepção taylorista, combatendo o formalismo na administração e deslocando o foco para grupos informais e suas relações (LARANJEIRA, 1999). Concentra-se no potencial dos incentivos psicossociais, combatendo a lógica reducionista do indivíduo visto por meio de esquemas simples e mecanicistas.

Entretanto, essa nova percepção, seguida de teorias e métodos posteriormente desenvolvidos, apenas ampliou os recursos técnicos empregados para controlar e, há algumas décadas, vem-se debatendo as consequências negativas da organização das instituições a partir destes aspectos, uma vez que no

atual contexto organizacional é necessário superar a perspectiva restrita das teorias administrativas (CAMPOS; CAMPOS, 2009).

Estas concepções de gerir organizações e processos de trabalho foram responsáveis, ao longo da história, pela constituição da gestão como campo sistemático e estruturado do conhecimento. Com o passar dos anos, a área foi respondendo às necessidades populacionais em saúde diante dos diferentes quadros sociais, distinguindo-se da Administração de Empresas, uma vez que articulava gestão e práticas consideradas eficazes no combate aos problemas coletivos de saúde. Tratava-se, portanto, de uma área que procurava compatibilizar conhecimentos sobre administração pública com procedimentos sanitários considerados eficazes no combate a epidemias (CAMPOS; CAMPOS, 2009).

Assim, a gestão em saúde é considerada um desdobramento contemporâneo da administração sanitária associada às ciências políticas, sociais e à Teoria Geral da Administração, contendo essas áreas em sua base formativa. Durante o século XX, houve a abrangência do campo de análise e intervenção da gestão em saúde, assim como acréscimos das atuais necessidades e critérios importantes para compor o processo de gestão, entre eles a organização dos serviços de saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Atualmente, a partir dos arranjos do sistema de saúde brasileiro, a gestão pode ser definida como o conhecimento aplicado sobre as organizações de saúde, englobando gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abarca três grandes dimensões significativamente complexas: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (LORENZETTI et al, 2014).

Segundo os autores, apesar dos avanços na área, é possível afirmar que a gestão em saúde ainda utiliza métodos e estratégias tradicionais da teoria clássica da administração. Situação que têm demonstrado que a construção de formas inovadoras de gestão, a partir da participação, diálogos interdisciplinares, multiprofissionais e processo formativos, onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos, é um dos desafios atuais da área (LORENZETTI et al, 2014).

O setor saúde vem sendo construído, ao longo da história, de múltiplos modos e composto por diversos atores sociais com interesses políticos, econômicos

e sociais. O campo é formado por organizações que se configuram em instituições complexas, em que se articulam diretrizes e objetivos diferentes, impactando na forma de gestão e organização do cotidiano do trabalho. Nesse sentido, é ressaltada a importância de ampliar e diversificar a análise sobre temas específicos no cenário da gestão em saúde. O desenvolvimento de estudos sobre esta área, embora seja recorrente nos debates políticos e objeto de publicações técnicas, ainda é abordado de forma tímida pelos pesquisadores do campo, considerando as mudanças que vêm ocorrendo nos sistemas de saúde nas últimas décadas (SOUZA; TEIXEIRA, 2012).

Moracho del Rio (2015), destaca as disfuncionalidades como questões complexas na atualidade, identificadas por meio das fortes resistências e tensões entre os profissionais. Devido ao alto conhecimento técnico dos mesmos, geram-se graves crises nas organizações hierarquizadas na área da saúde envolvendo os diferentes núcleos profissionais (médico, enfermagem, administrativo) e especialidades médicas.

Segundo Schraiber et al (1999), ao defrontar-se com cenários e situações de grande complexidade, resultante dos novos desafios da área, o processo de planejamento e gestão em saúde muda e renova suas problemáticas e técnicas de organização e gerenciamento. Neste movimento de redelimitações das situações que passam a ser abordadas nas propostas e estudos da área, redefinindo objetos de pesquisas e intervenções, observa-se a necessidade de aproximação com temas menos estruturais da organização e da administração.

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 (ADAMS; FLYNN, 2005; COLACO et al., 2010; KIRCHMEYER, 2002). Tradicionalmente, segundo Oakley (2000), o estereótipo cultural de gestor pertence ao sexo masculino, enquanto as mulheres são identificadas como menos capazes, uma vez que a liderança feminina, tendencialmente é partilhada de informação e poder, o que funcionaria bem em cargos de gestão intermediária, mas não em altos cargos de gestão.

Diante dos novos desafios, é identificado como aspecto relevante, a feminização das profissões da saúde, a qual vem tornando-se crescente, sendo inclusive, um fator estudado para compreender a expansão no mundo do trabalho, assim como as especificidades desta área que representa mais de 70% das

mulheres (WERMELINGER et al., 2010). Estudo apontou que o processo de feminização das profissões da saúde foi evidenciado no Censo de 2000, mostrando que as mulheres representavam 62% dos profissionais com diploma universitário. Dessas 95% eram nutricionistas, 90% enfermeiras, 51% dentistas e 36% médicas (MATOS et al., 2013).

A identificação da feminização no setor saúde provoca questionamentos para um olhar desse campo direcionado a si mesmo, problematizando contextos históricos em que as mulheres foram forçadas a permanecer à margem nas questões de lideranças políticas e institucionais (ONU, 2017). Com isso, soma-se aos novos desafios deste cenário, a ocupação dos cargos de gestão a partir da problemática das desigualdades de gênero no mundo do trabalho.

As desigualdades de gênero ganham espaço como objeto de análises organizacionais a partir dos anos 1950, como gestão da diversidade e, desde então, é considerada um importante fator na composição da força de trabalho (COOKE, 1999). Por meio de programas e políticas proativas que visam à promoção de uma força de trabalho diversa e heterogênea, o olhar sobre a inserção e ascensão da força feminina no mundo do trabalho é potencializado entre os anos de 1990 e 2000 (MOR BARAK, 2011).

A fim de compreender a maneira de analisar, perceber e gerir a diversidade nos múltiplos âmbitos na força de trabalho, este campo tem sido motivo de estudo de diferentes autores há algum tempo (HOLCK; MUHR; VILLESECHE, 2016). Segundo Bedi, Lakra e Gupta (2014), ao ignorar a importância da gestão da diversidade, as organizações estão pondo em risco questões relevantes da esfera institucional, podendo desencadear uma série de problemas advindos da incapacidade de implementar práticas que garantam as mesmas condições de acesso aos trabalhadores e trabalhadoras (FUJIMOTO; HARTEL; AZMAT, 2013).

Para Petersen (1999), a expansão do emprego feminino nas últimas décadas não representou igualdade de oportunidades entre homens e mulheres, mas decorreu do aumento da demanda em atividades em algumas áreas consideradas femininas. Neste sentido, analisar as oportunidades implica em problematizar o fato do aumento feminino na força de trabalho não refletir no crescimento de posições de liderança.

É a partir destas afirmações que surgem questões paradoxais, as quais convocam debruçarmo-nos sobre as trajetórias das mulheres no cotidiano da gestão

em saúde. É necessário analisar a presença feminina nas posições de tomada de decisão quando comparada ao contingente de mulheres que compõem o quadro funcional das instituições em saúde. Sendo assim, a partir da janela de pesquisa que se optou por olhar neste estudo, é reconhecida a relevância de problematizar quais aspectos operam neste cenário capazes de provocar-nos a pensar sobre avanços ou retrocessos.

Diante da representatividade e diversidade deste campo, demarcado pelo caráter dialógico e participativo de um sistema público e universal de saúde, a investigação deste estudo será a gestão municipal em um município de grande porte no sul do país, cujo foco é a realidade da gestão intermediária das regiões sanitárias. A partir de pressupostos que organizem as práticas e processos de trabalho, a gestão municipal utiliza o conceito de territorialização na distribuição da assistência à saúde da população, a qual consiste na atuação profissional a partir da delimitação espacial determinada.

Partindo do pressuposto de que as regiões sanitárias são espaços importantes da tomada de decisão cotidiana no cuidado em saúde, em nível intermediário, acredito na potência de aproximação com este campo de análise.

Ao encontro dos desafios macros da área, localizar-se neste cenário significa problematizar situações que revelem dificuldades e possíveis barreiras a partir da interface entre gestão em saúde e ocupação por mulheres. Trata-se de questionar-se sobre quais as características e sinais, abordados como marcas e atravessamentos, presentes nas trajetórias das mulheres que ocupam cargo de média gestão. A aposta baseia-se na potência que o exercício investigativo possui de desacomodar situações e desconstruir verdades, capazes de inspirar questionamentos estruturais e institucionais, potencializando os esforços pela garantia de igualdade e democracia no mundo do trabalho.

5. OS CAMINHOS TRILHADOS NA PESQUISA

Este é um estudo qualitativo, do tipo exploratório descritivo, que identificou, utilizando gênero como ferramenta analítica, as marcas e os atravessamentos nas trajetórias de mulheres, que ocupam cargos de gestão - em regiões sanitárias em município de grande porte da região sul do País. Foram utilizados como

instrumentos de produção de dados: entrevista; diário de campo pesquisa documental e pesquisa bibliográfica.

Pesquisas com abordagem qualitativa permitem adensar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas entendidas como construções humanas significativas (MINAYO, 2012).

Os caminhos escolhidos, diante da intenção de conhecer as marcas e os atravessamentos presentes nas trajetórias destas gestoras, basearam-se no argumento de que teoria e método são indissociáveis (MEYER, 2012). Desta forma, ao utilizar a metodologia qualitativa associada aos aspectos culturais, localizado em um determinado tempo e espaço, possibilitou inscrever este estudo em um campo intencional de novos desafios capazes de aprofundar o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento.

A pesquisa não acompanhou o cotidiano do trabalho das participantes, utilizando assim, as entrevistas como ferramenta de coleta dos dados. O contexto da Atenção Básica foi escolhido por tratar-se do nível de atenção mais próximo aos usuários, organizado a partir do vínculo com a população e principal porta de entrada do SUS. Além disso, representa um cenário predominantemente de atuação feminina, sendo todos os postos de coordenação ocupados por mulheres na atualidade.

Acredito que as análises das experiências relatadas pelas gestoras entrevistadas explicitam marcas e atravessamentos que operam nas trajetórias profissionais destas mulheres, contextualizadas a partir de uma conjuntura histórica e sociopolítica produtora das relações sociais.

5.1. Aproximação ao objeto de pesquisa

A fim de aproximar-me do objeto e do cenário da pesquisa, optei por um contato prévio, com uma gestora afastada da gestão, para breve exploração do campo (MINAYO, 2012). Esta etapa ocorreu por meio de conversa sobre o tema da pesquisa com uma gestora da rede atenção municipal na região sul do país, entre 2004 e 2016. No encontro foi apresentado em formato livre perguntas sobre sua experiência na gestão identificando marcas e atravessamentos de gênero.

A implementação desta etapa subsidiou o desenho da estratégia metodológica e a definição do cenário e dos sujeitos desta pesquisa, destacando elementos que aportaram relevância do tema e do campo estudado. Além disso, elenquei dispositivos possíveis para serem investigados nas entrevistas com as gestoras das regiões sanitárias. Foi identificada a subjetividade do tema, permitindo a visualização da necessidade de utilização de abordagem estratégica na elaboração do roteiro de entrevista. Maternidade, vigência de estereótipos, desigualdades de gênero em cargos hierarquicamente mais altos, categorização feminina, foram pistas potentes citadas, as quais se configuraram em marcas e atravessamentos presentes na triangulação: mulheres, gestão e saúde.

5.2 Local do Estudo

O estudo ocorreu em um município de grande porte da região sul do Brasil, cuja população e seu território compõem regiões sanitárias; formadas por unidades sob responsabilidade de gestoras regionais, em formato de estruturas administrativas. Estas representam espaços de discussão e operacionalização de estratégias para a atenção à saúde da população, por meio de Unidades de Saúde, Centros de Especialidades e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos vinculados ao Sistema Único de Saúde.

5.3 Participantes da pesquisa

Nove mulheres que ocupam cargo de gestão nas regiões sanitárias em um município de grande porte do sul do Brasil, em 2017.

5.4 Critérios de inclusão

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: ser mulher, gestora em regiões sanitárias no município e estar no cargo em 2017.

5.5 Critérios de exclusão

O critério de exclusão foi estar afastada do trabalho por algum tipo de licença, no período da produção de dados.

5.6 Produção de dados

A produção dos dados deste estudo foi por meio de entrevista documental e bibliográfica.

Entrevista

A abordagem em campo ocorreu em duas etapas. Na primeira, contatei as gestoras e fiz o convite para participação da pesquisa. Mediante o aceite foram agendadas data, horário e local da entrevista.

A segunda aconteceu no momento da aplicação das entrevistas semiestruturadas, onde ocorreu a contextualização do estudo, citando o objetivo geral e as informações constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Após os esclarecimentos necessários, foram solicitadas as assinaturas dos termos e as autorizações para gravação, iniciando as entrevistas, conforme o Roteiro Entrevistas (APÊNDICE A).

Diário de Campo

Utilizei o diário de campo como um dispositivo de registros e interlocuções da/na pesquisa. Neste estudo, o diário de campo registrou movimentos, observações, percepções da pesquisadora acerca do contexto abordado. O registro dessas situações permitiu-me refletir sobre o sentido produzido para além da fala, presente nos gestos e sutilezas existentes no campo da pesquisa. Além disso, o instrumento permitiu a análise dos movimentos subjetivos ao longo da pesquisa.

Pesquisa documental

A pesquisa documental forneceu subsídios a partir da utilização de documentos oficiais, informativos, site oficial da secretaria, jornais etc. Os procedimentos ocorridos foram: levantamento de documentos sobre a temática; avaliação da sua representatividade, seleção e análise, dos quais foram extraídos os significados temáticos. As categorias de análise foram construídas a fim de estabelecer diálogo do material empírico com as leituras teóricas, sendo elas: 1) Identidades de gênero na gestão em saúde: por que falar sobre isso neste lugar? 2) Profissional-pessoal: que marcas a maternidade produziu nas trajetórias das mulheres na gestão? 3) Gênero e profissão na gestão: quais lugares são possíveis? 4) Marcas e Atravessamentos: o paradoxo entre possibilidades e impossibilidades.

Pesquisa bibliográfica

Foi utilizada pesquisa bibliográfica a partir da aproximação e revisão da produção teórica sobre a temática estudada. A pesquisa bibliográfica ocorreu a partir de artigos e livros mediante a busca, em bases de dados bibliográficos, com as palavras-chave: Mulheres; Gestão em Saúde; Gênero e Saúde Coletiva e descritores: Mulheres; Identidade de gênero; Gestão em Saúde; Saúde Pública.

5.7 Organização e Análise de dados

As entrevistas ocorreram entre 29 de janeiro e 28 de fevereiro de 2018, foram gravadas em áudio e minuciosamente transcritas. O conteúdo compôs um corpus textual, onde foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo do tipo Temática (BARDIN, 2011). O conteúdo das falas foi classificado em categorias de análise que permitiram reconstruir a percepção sobre a realidade presente nas falas das participantes, seus interesses, expectativas e ações (SANTOS, 2009; MINAYO, 2012). Para a análise de dados provenientes das narrativas das gestoras, foram realizadas as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (MINAYO, 2012).

O diário de campo foi utilizado como fonte legítima de informação para compor a análise dos registros de informações e percepções da pesquisadora. Pretendi construir relatos a partir das visões subjetivas encontradas no campo, por meio das anotações realizadas no diário de campo em todos os encontros. O trabalho organizativo referente à pesquisa documental e bibliográfica ocorreu na intenção de articular as informações recebidas por meio das ferramentas de coleta e enriquecê-las teoricamente.

Diante da organização do material empírico, o estudo organizou-se da seguinte forma:

- Etapa da Pré-análise: Foram formuladas e reformuladas hipóteses, a fim de retomar a etapa exploratória por meio da leitura exaustiva do material e o retorno aos questionamentos iniciais, elaborando indicadores para a interpretação final.
- Exploração do Material: Busquei encontrar expressões, palavras e acontecimentos significativos nos conteúdos das falas, indicados como relevantes para pré-análise.
- Tratamento dos resultados obtidos: Realizei a classificação e a agregação dos dados, a partir das categorias empíricas ligadas ao tema do estudo. Foram elaboradas interpretações relacionadas com aspectos teóricos iniciais, assim como, tentei apresentar outras dimensões capazes de demonstrar a potência do tema.

A partir de marcas e atravessamentos de gênero, as categorias apresentadas nesta pesquisa foram constituídas com a tentativa de expressarem significados e elaborações relevantes na análise das trajetórias destas nove mulheres na gestão em saúde. O agrupamento do conteúdo das entrevistas ocorreu por meio da repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes e relevância implícita, onde se ressalta a riqueza e relevância acerca do objeto da pesquisa.

5.8 Ética da pesquisa

O estudo atendeu as exigências da Resolução nº 466/CNS/MS, de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde, sob numeração de parecer: 2.343.222.

Ao participar da pesquisa, as entrevistadas foram esclarecidas e, concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), em duas vias, com cópia para a pesquisadora e para as participantes do estudo. As participantes puderam desistir em qualquer momento da pesquisa. A fim de preservar o anonimato, as mulheres entrevistadas nesta pesquisa não foram identificadas por seus verdadeiros nomes, assumindo as seguintes identificações: G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9.

As gravações realizadas serão guardadas por cinco anos e, após isso, eliminadas. As informações éticas da pesquisa encontram-se no TCLE (APÊNDICE B). A Declaração de Ciência e Concordância da Instituição (APÊNDICE C) foi devidamente assinada pelo representante legal da Secretaria Municipal de Saúde. A fim de preservar a identidade do município e das participantes deste estudo, foi acrescentada uma tarja sob as informações específicas.

5.9 Análise Crítica de Riscos e Benefícios

De acordo com a Resolução nº 466/12/2012 CNS/MS (BRASIL, 2012), priorizou-se o respeito às participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia foi priorizado, reconhecendo suas vulnerabilidades, assegurando assim, suas vontades de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por meio de manifestações livres e esclarecidas. Desta maneira, não foram colocadas em risco as integridades físicas e morais das participantes deste estudo.

Contudo, é entendido que em qualquer pesquisa há riscos e benefícios, desta forma, o risco foi dimensionado como sendo leve, pois poderia haver mobilização de lembranças relativas a algumas dificuldades profissionais enfrentadas pelas gestoras. Como forma de minimizar estes riscos, a entrevista seria interrompida e,

em outro momento, retomada; ou mesmo não realizada, entretanto isso não ocorreu. O benefício direto consistiu em contribuir para produção de conhecimento sobre o tema em pauta.

5.10 Socialização dos Resultados

Será organizado evento, pelas pesquisadoras em 2018, no município onde o estudo foi realizado, para que as participantes possam estar presentes e tenham a devolutiva dos resultados. Os resultados serão transformados em resumo a serem submetidos a eventos científicos e manuscritos a revistas/periódicos qualificados, mantendo-se sigilo dos dados pessoais.

6. ANÁLISE DE DADOS: SEGUINDO PISTAS NA PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

O trabalho de campo traz diversas inquietações. Por vezes sobressaltam aquelas que teimam em afirmar que o objeto de pesquisa não conseguiu traduzir as indagações iniciais do estudo. Por outras, revela que o objeto exige leituras e análises minuciosas de elementos que são trazidos, ou não, na fala livre ou instigada das entrevistadas, o que incentiva ainda mais a elaboração da pesquisa. Trata-se de um percurso capaz de revelar que nem tudo é tão evidente quanto parece. As inquietações que sinto diante do tema estiveram presentes ao longo de toda a etapa de trabalho de campo.

Na medida em que as respostas das entrevistas pareciam não dialogar diretamente com as marcas e atravessamentos, previamente apontados, as escritas desestabilizadoras de Foucault (2006) operaram como verdadeiros calmantes. Lembrou-me que uma leitura crítica não consiste em afirmar que as coisas não estão bem onde estão, mas sim, em analisar que tipos de evidências e de modos de organizações e pensamentos adquiridos, e não problematizados, estão as práticas e verdades que se aceitam. A desconfiança tornou-se uma ferramenta potente ao longo da trajetória em campo e inspiradora para o exercício, desafiador e instigante, de “tornar difíceis os gestos fáceis demais” (FOUCAULT, 2006, p.180).

O trabalho de campo ocorreu conforme cronograma previamente elaborado, as entrevistas duraram em torno de quarenta minutos cada. Considerando que as gestoras tinham reuniões semanais, as entrevistas foram marcadas em uma cafeteria perto do local das reuniões e previamente agendadas. Todas tiveram acesso aos termos que autorizavam a ida a campo, assim como uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). A proposta de pesquisa baseava-se em entrevistar oito gestoras, entretanto, foram realizadas nove entrevistas, uma vez que uma gerência estava em período de troca e ambas as gerentes receberam o convite, aceitando serem entrevistadas. Todas foram gravadas, ouvidas, transcritas e categorizadas pela autora.

Este estudo optou por utilizar a entrevista como ferramenta de coleta do material empírico e neste tipo de pesquisa o centro está nas narrativas verbais das entrevistadas, dando voz às respostas interessantes e propositais, as quais muitas vezes refletem dimensões idealizadas da sociedade. Com isso, foram deixados de lado os conteúdos das falas naturais e espontâneas do cotidiano, reveladoras de situações desafiadoras que envolvem mulheres na gestão em saúde. Não foram abordadas as piadas grosseiras, as interrupções nas falas femininas, as situações que caracterizam assédios de diferentes formatos travestidos de elogios e brincadeiras, entre tantos outros elementos que formam o dia a dia. Foram acessadas apenas partes do percurso em que as gestoras consideraram adequadas de serem relatadas no momento da entrevista.

Estas afirmações revelam determinados valores e verdades presentes nos atos do cotidiano em que ao utilizar a técnica de entrevista se tem dificuldade em alcançar. Como, então, podemos esperar apreender a realidade do campo em questão? Considerando tais atravessamentos e demais relações de poder-saber, é necessário carregar consigo tal questão para que esta dissertação seja fiel com o campo teórico-metodológico que se circunscreve. Para Fonseca (1999), trata-se de um discurso nem falso, nem verdadeiro, mas que representa apenas uma dimensão de uma realidade social multifacetada.

Outra questão que merece destaque ao tratar-se do campo de pesquisa é a singularidade da relação entrevistadora e entrevistada. Nesta perspectiva, a entrevistadora ocupa uma posição protegida porque lhe é permitido fazer perguntas, ao mesmo tempo em que a entrevistada pode subverter os tópicos propostos ou

simplesmente não responder, utilizando assim estratégias de fuga (SILVEIRA, 2007).

Por isso, durante o exercício da pesquisa é necessário constantemente perguntar-nos: o que esta entrevista revela? O que ela diz com o que silencia? Ressaltar esta reafirmação teórica se faz necessária ao utilizar a gestão, a saúde e o gênero como pressupostos teóricos embaixadores no processo de investigação.

Partindo destes pressupostos, é necessário considerar a história e momento atual do cenário da pesquisa para estabelecer relações ao longo do trabalho de campo e, principalmente, o que emerge dele. O contexto da gestão em saúde no município onde se realizou a pesquisa sofreu algumas alterações com a troca de gestão ocorrida em janeiro de 2017, acarretando em modificações organizacionais. Neste sentido, considero como uma marca importante o momento em que as gestoras foram chamadas para entrevista com a nova gestão, conforme mencionado pela maioria delas ao longo da pesquisa. Segundo relatos, neste encontro, elas foram convidadas a falarem sobre suas intenções de permanecer no cargo de gerente e relatar sobre suas (in)disponibilidades. Fato único que não aconteceu em momentos anteriores com as gestões municipais vencedoras de pleitos eleitorais.

Olhar para este fato como uma marca é considerar que tal situação pode ter influenciado nas respostas das gerentes ao participar de uma pesquisa onde se investiga mulheres na gestão em saúde, a partir do gênero como construção social. Trata-se de considerar que o momento da entrevista não estava isento de relações de poder-saber capazes de reafirmar fatos, construir e desconstruir verdades validadas no campo da gestão em saúde, considerando-se, também certa proximidade da entrevistadora com a gestão central.

Ao enxergar os convites de estranhamento que as pistas nos dão, a aproximação com o campo da pesquisa revela-nos também que é preciso identificar os atravessamentos presentes no momento da investigação. Ainda sobre as potencialidades das pistas deixadas no solo fértil da pesquisa, destaco algumas medidas implementadas pela atual gestão como capazes de influenciar no conteúdo do material empírico encontrado.

Em fevereiro de 2018, período que ocorria parte das entrevistas com as gestoras, houve a anulação da eleição da coordenação do Conselho Municipal de Saúde, cuja acusação era de irregularidades no processo eleitoral. Conforme veiculação da imprensa, a atuação foi interpretada por entidades envolvidas como

"intervenção autoritária e ilegal" da prefeitura na eleição de um órgão deliberativo "de controle social", tendo "caráter autônomo e independente em relação às esferas governamentais" (JORNAL DO COMÉRCIO, 2018).

Tal situação precisa ser identificada aos olhos da pesquisadora como fato importante e capaz de influenciar no conteúdo das falas das entrevistas. O processo de pesquisa deve ser capaz de incentivar a desconfiança e a identificação das apostas políticas e disputas que ganham força por meio da linguagem, sobretudo, diante da aposta teórica e metodológica escolhida neste estudo, onde as reflexões necessitam produzir deslocamento, desconfiança e afastamento das verdades.

Assim, investir na descrição dos aspectos acima relatados que faziam parte do contexto da pesquisa é identificar relações de poder e disputas no campo da saúde pública. Situação reveladora de mais ou menos voz, enquanto ferramenta de participação, na medida em que vigoram ações de gestões mais ou menos democráticas do Sistema Único de Saúde.

E foi neste modo de desconfiar e deslocar ao longo da caminhada que as pistas foram revelando a pesquisa e a escrita como potentes atos políticos e sociais no campo da academia. De acordo com a forma e conteúdo que me proponho a desenvolver nesta dissertação, baseada no referencial teórico pós-estruturalista, procuro afastar-me de uma visão binária representada pelo certo/errado, pela teoria/prática. Neste sentido, não serão apresentadas afirmações compreendidas como verdadeiras e certas, mas sim, implica em assumir que as respostas derivadas desta pesquisa devem ser entendidas como provisórias e parciais.

Por isso, ao interpretar a escrita e a pesquisa como relevantes atos sociais e políticos, afirma-se que "o material empírico, gerado por meio da análise dos dados, pode inspirar leituras opostas – ora em termos de 'dinâmicas sociais', ora em termos de 'patologia'", dependendo da lente usada na examinação (FONSECA, 1999, p.69).

Visando identificar aspectos relevantes nas trajetórias destas mulheres no campo da gestão em saúde, utilizando gênero como uma potente ferramenta teórica, as entrevistas iniciavam com um enunciado para que elas contassem livremente sobre suas trajetórias profissionais até a ocupação do cargo de gestão atual. No capítulo dois serão apresentadas características das gestoras entrevistadas e seus percursos profissionais, aspectos relevantes para que possamos estabelecer relações entre marcas e atravessamentos acerca do tripé mulher, gestão e saúde.

7. CONTEXTOS E CAMINHOS: QUEM SÃO ESTAS GESTORAS?

Se por um lado o campo da pesquisa nos desafia ao não apresentar respostas às quais achamos que íamos encontrar previamente, por outro, presenteia-nos com narrativas surpreendentes para o objeto da pesquisa. Este capítulo é, em parte, fruto desta constatação. Em meio às entrevistas surgiu um relato potente ao apresentar macros e micros movimentos contextuais capazes de apresentar caminhos na triangulação: mulher, gestão e saúde. Ao descrever como chegou neste cargo (questão que compunha o roteiro da pesquisa), a entrevistada foi além e relatou questões políticas, sociais, de interesse financeiro, profissional e demais relações de poder, as quais permitiram reflexões acerca do objeto da pesquisa a partir da utilização de gênero como uma ferramenta de investigação.

Os aspectos mencionados na narrativa histórica da entrevistada produzem sentido quando refletimos sobre a realidade da ocupação feminina no cenário da gestão em saúde. Este fato nem sempre foi uma realidade. Portanto, as questões presentes neste estudo são possíveis neste momento, circunscritas apenas no contexto atual localizado neste tempo e espaço, pressupostos relevantes e que serão muito caros ao longo deste estudo.

A partir das entrevistas, revelaram-se movimentos e situações importantes que ocorreram na rede de serviços e que tornaram tal cenário possível, da mesma forma, nos forneceu elementos importantes para estabelecermos relações diante das reflexões e questionamentos (estes mais valorizados nesta abordagem teórico-metodológica), acerca da utilização de gênero como um pressuposto teórico para analisar os cargos de gestão em saúde ocupados por mulheres.

Desta forma, este capítulo aborda o contexto histórico da gestão em saúde a partir da ocupação das mulheres dos cargos abordados como objeto deste estudo, intitulado “Mulheres na gestão em saúde: nem sempre foi assim”. Na sequência, com o objetivo de apresentar quem são as mulheres que tiveram voz nesta pesquisa e contaram-nos sobre suas vidas e caminhos na área da gestão em saúde, apresento o segundo subcapítulo “Quem são estas gestoras”.

Mulheres na gestão em saúde: nem sempre foi assim

O relato histórico apresentando na entrevista de uma das participantes demonstra as principais mudanças no contexto político e institucional, apontando para a chegada de mulheres no cargo de gestão em questão. Com naturalidade ao lembrar-se dos acontecimentos, afirma que em 2005 iniciou-se um processo de modificação nos cargos de gestão, anteriormente ocupado por homens e mulheres de diversas profissões. Neste período, diante da posse do novo prefeito, assume a Secretaria de Saúde um homem, médico, cuja equipe era formada por homens com tarefa explícita de retirar enfermeiras das coordenações das regiões sanitárias. Em alguns meses, todas as unidades de saúde passaram a ter coordenadores médicos, as sedes de coordenações foram ocupadas por médicos e, dos oito cargos de gestão das regiões sanitárias, sete foram ocupados por homens, tendo ficado apenas uma mulher gerente.

Com o objetivo de salientar as principais forças e relações de poder em questão, afirma que entre 1988 e 2005 (período que citou em sua entrevista) não havia nenhum mecanismo de controle de horário dos médicos. O que lhes permitia ter vários tipos de vínculos em diferentes serviços públicos e privados; sendo que no SUS restringiam-se a atender consultas marcadas e encerrarem o seu expediente. Tal situação não apresentava nenhum outro envolvimento com os serviços, tendo apenas um ou dois médicos com vínculo de dedicação exclusiva.

Outro aspecto influenciador no cenário é que a Secretaria de Saúde do Município possui valores muito baixos de Funções Gratificadas (FG's), o que acabava não atraindo outros profissionais para ocupar estes cargos. Diante da restrição de tempo de dedicação dos médicos nos cargos de gestão, outras categorias profissionais passaram a assumir algumas responsabilidades e decisões durante a ausência do titular levando o processo adiante.

Neste mesmo período, a SMS instalou o cartão-ponto, controle de horário, de todos os profissionais, inclusive dos médicos, resultando em greve da categoria, apoiada pelo sindicato respectivo. A repercussão foi tão expressiva que resultou na suspensão da decisão pelo executivo. Com isso, instalou-se um processo de insatisfação muito grande entre os médicos, pois havia um acordo prévio de plataforma eleitoral com estes e a representação da corporação. Foi prometido que

diante da eleição, o prefeito os nomearia para os principais cargos de gestão da saúde com altos valores de FG's, o que acabou não acontecendo.

Com tais modificações, a entrevistada relata o processo de sua realocação da coordenação de um importante serviço de assistência social e à saúde da época até a sua chegada ao cargo de gestão. Sua inserção ocorreu na gerência onde o gestor era um médico-cirurgião que passava maior parte do tempo fora, fazendo outras atividades. Com isso, a entrevistada acabava assumindo grande parte do trabalho. Inclusive, a mesma presenciou a fala do secretário substituto de saúde da época afirmando que o gestor médico tinha muitos compromissos e que, diante disso, ela poderia assumir na sua ausência.

Tais falas eram ditas claramente, reafirmando que os médicos não podiam ficar na gerência o tempo todo, que era necessário “só dar uma passadinha” para tocar algumas coisas nas reuniões. Diante de todo o cenário de insatisfação da categoria profissional ao ocupar estes cargos de gestão, iniciou-se o processo de desistência de ocupação destes postos, resultando em modificações significativas. Em seguida, a entrevistada começa a participar das reuniões de gestão e recebe a notícia do secretário de saúde que seria ela que ocuparia o cargo de gestão.

Neste novo cenário o coordenador da pasta era homem, assim como a maioria dos gestores, além de todos serem médicos, sendo ela a primeira e única mulher no cargo, após o período de modificações relatadas. Ao participar destes espaços de planejamento e deliberação no campo da gestão em saúde, a entrevistada relata que grande parte das pessoas não sabia qual era sua formação, e que ao terem conhecimento que não era médica causou espanto, reafirmando percepção de que outras categorias profissionais não poderiam ocupar aquele espaço.

Ao longo desta narrativa de trajetória profissional, podemos destacar diversos aspectos de gênero que marcam e atravessam o percurso. Entretanto, resalto a cena descrita a seguir como um marcador relevante de diferenciação de gênero na triangulação “mulher, gestão e saúde”. No decorrer da trajetória profissional no cargo, a entrevistada conta-nos que em um congresso importante da área a questionaram quanto sua profissão e que um colega imediatamente respondeu por ela, dizendo que não era médica, mas diferenciava-se das demais profissionais de sua categoria: ela era inteligente.

Por fim, o relato-presente culminou na elaboração deste capítulo da pesquisa traçando uma linha histórica de fatos que emergiram da fala experiente e capaz de associar relações de poder no cenário macro e suas implicações no micro. Revela ainda que identifica que a saúde é um espaço eminentemente feminino, embora os cargos de gestão só sejam ocupados por mulheres mediante o desinteresse de homens em ocupá-los. Ao longo de sua trajetória na gestão em saúde, afirma que colocar mulheres - e de outras categorias profissionais - que não médicas - não é uma aposta da gestão em nível estratégico. O fato de não conseguir preencher tais cargos com homens e médicos, acaba colocando mulheres e profissionais advindas de outras formações, segundo palavras da entrevistada:

Porque sempre que teve homens que aceitaram, que quiseram, foram escolhidos. Só que os homens acabam tendo outras opções, mais interessantes... Nunca teve uma secretária de saúde mulher enfermeira, sempre foram médicos, dentistas no máximo e, num periodinho, uma psicóloga.. o resto tinha que ser médico. É aquilo que eu te disse desde o começo, eu acho que a gente só ocupa os espaços que não tem opções. Pode ver o secretariado na atual prefeitura. Acho que 99% são homens. (G4)

A narrativa apresenta aspectos relevantes para pensarmos quais afirmações e cenários são possíveis acerca das marcas e atravessamentos que emergem do campo da gestão em saúde. Na medida em que ia ouvindo e registrando esta fala, fui dando-me conta de que apesar da profissão não ser aspecto prévio a ser analisado na pesquisa, olhar para ele com outros olhos tornou-se crucial no campo da gestão. Quais narrativas são possíveis quando uma determinada categoria profissional ocupa o cargo de gestão? Por que ocupa este cargo? Quais verdades possuem mais relevâncias na área da saúde? Quais profissionais estão habilitados a falarem sobre isso? Por quais razões? Tais questões, quando associadas com as questões de gênero, ganham significativa relevância no campo da desconstrução e desnaturalização na pesquisa pós-estruturalista.

Além disso, são apresentadas ferramentas potentes para estabelecermos associações com o contexto histórico no Brasil e no mundo, ressaltando as disparidades das relações entre homens e mulheres. Assimetrias estas causadoras de desigualdades e submissão feminina defendida por instituições como Igreja, Estado e família, resultando no cenário de divisão sexual da vida e do trabalho, onde

homens e mulheres desempenhavam (e desempenham) papéis de diferentes prestígios na sociedade (LOURO, 1997).

Desta forma, refletir sobre as afirmações no campo da gestão em saúde, requer desnaturalizar certas produções de verdades que posicionam a gestora mulher e possibilidades de caminhos na saúde. Assume-se que os falas/narrativas não são inocentes, eles apresentam intenções, predisposições, micropoderes e objetivos que formam regimes disciplinares para os sujeitos (FOUCAULT, 2006).

Quem são estas gestoras?

De acordo com os pressupostos que embasam as pesquisas pós-estruturalistas, sobretudo aquelas que utilizam os Estudos Culturais, se faz necessário descrever as características das mulheres, devidamente identificadas em um determinado local e tempo, que foram entrevistadas sobre o fato de serem gestoras das regiões sanitárias. Para que possamos estabelecer algumas possibilidades de relações a partir de leituras, torna-se relevante caracterizar tais mulheres a partir de questões como raça, cor, idade, escolarização, expressão religiosa, filiação político-partidária, envolvimento com movimentos sociais e demais outros aspectos.

Esta pesquisa entrevistou nove mulheres que ocupam o cargo de gestão nas regiões sanitárias em município do sul do Brasil. Todas elas são funcionárias públicas de carreira (estatutárias) que tiveram suas inserções na rede de saúde via concurso público. A média de idade encontrada foi de 45 anos, sendo que a mais nova possui 34 anos e a mais velha 56 anos de idade. As áreas de formações são variadas, sendo quatro na enfermagem, uma na medicina, uma no serviço social, uma nas ciências sociais, uma na farmácia-bioquímica e uma na nutrição.

Todas cursaram pós-graduação (lato sensu/residência e/ou stricto sensu/mestrado) nas áreas de saúde coletiva, saúde pública, saúde da família, educação, gestão em saúde, obstetrícia e enfermagem. O tempo que estão no cargo variou entre três meses e 13 anos, quanto à situação conjugal são predominantemente casadas e mães, apenas uma gestora não é casada e não tem filhos, revelando uma média de 1,7 filhos por mulher.

Quanto à raça/cor, sete das gestoras se autodeclararam brancas e duas autodeclararam-se pardas. Nenhuma das entrevistadas possui atuação em algum tipo de movimento social e apenas uma é filiada a um partido político de esquerda. Seis são católicas, uma é espiritualista, uma é luterana e uma declarou não ter religião. A partir disso, é identificável que as falas destas mulheres se localizam em uma determinada realidade acerca das relações de poder-saber estabelecidas a partir destas características.

Neste sentido, analisar os lugares ocupados por estas mulheres na sociedade baseia-se nas abordagens conceituais que integram, numa unidade indissociável gênero, raça e classe social. O fato de a grande maioria ter se autodeclarado branca, enquanto apenas duas pardas, todas terem pós-graduação, serem funcionárias públicas e estarem em um cargo de gestão, requer o reconhecimento de uma série de características que as distinguem da maior parte da população feminina brasileira.

Conforme destacam Guimarães e Britto (2008), o cenário do Brasil revela que as mulheres brancas e negras apresentam maiores índices de desemprego, quando comparadas aos homens. Elas possuem trajetórias duradouras nas ocupações de menor prestígio e de más condições de trabalho, como o emprego doméstico, atividade em que as mulheres negras representam a maioria (GUIMARÃES; BRITTO, 2008).

Para Kergoat (2010) estas posições não são fixas, o fato de estarem inseridas em relações dinâmicas, faz com que constantemente estejam em evolução e renegociação. Segundo a autora, há três relações sociais fundamentais que se imbricam e são transversais: o gênero, a classe e a raça. As demais podem assumir caráter variável, podendo incluir, outras relações sociais como a de sexualidade, de idade, de religião, entre outras (KERGOAT, 2010).

Assim, é preciso considerar as inúmeras configurações ocorridas neste campo, entendendo que as entrevistadas encontram-se neste contexto de imbricamentos e atravessamentos, portanto, exercem e respondem às relações de poder-saber a partir de um determinado lugar de fala, aquele onde estão inseridas.

Identificar estas relações implica, a partir da utilização dos Estudos Culturais, reconhecer que os processos organizativos vinculam-se de maneira importante às relações sociais, culminando para os seguintes questionamentos diante das posições ocupadas por estas mulheres gestoras: a partir destas relações de poder,

que falas/narrativas são possíveis e de que lugares? Quais relações estão dadas? Quais espaços são possíveis de serem ocupados? Desde quando e por quê? Quais critérios de verdades são aceitáveis?

Neste sentido é importante pensarmos na inexistência da ocupação dos cargos de gestão há anos e que, conforme o relato de uma das entrevistadas, só é possível neste contexto por uma série de processos ocorridos em um período de tempo mais longo. Da mesma maneira, ocorre com as questões que embasaram esta pesquisa, as quais emergem do cenário que reflete os tempos atuais, nos quais encontramos uma maior participação da mulher no mundo do trabalho. Representando assim, a nossa cultura situada neste tempo e espaço, pois não é a mesma nas diferentes sociedades, em diferentes épocas e nas diferentes maneiras de falas/narrativas (FOUCAULT, 2013).

Ao analisar a trajetória destas mulheres na gestão em saúde, verifica-se que possuem similaridades no percurso. As inserções na rede de serviços de saúde ocorreram por meio de concurso público, cujo vínculo empregatício é estatutário, iniciando suas atividades profissionais na assistência direta ao usuário, com exceção de duas gestoras.

Em diferentes momentos e com durações diversas, quase todas foram coordenadoras de unidades básicas ou serviços especializados e assessoras de gestão antes de ocuparem o cargo em questão. Apenas três delas foram Apoiadoras Institucionais, atuação profissional (função) que visa facilitar diálogos e mediar conflitos a cerca do processo de trabalho, apoiando a análise, elaboração e planejamento de tarefas e projetos de intervenção institucionais (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

A narrativa das entrevistas permite-nos identificar a ascensão profissional na trajetória destas mulheres e que ao assumir o atual papel desempenhado possuem familiaridade com os processos técnicos e institucionais nos diferentes níveis da gestão em saúde municipal. Desta forma, a fim de conhecer as particularidades dos percursos das gestoras que ocupam o cargo escolhido nesta pesquisa, o próximo capítulo aborda marcas e atravessamentos relatados por elas como significativos em suas trajetórias na gestão em saúde.

8. ARTICULANDO GÊNERO, GESTÃO E SAÚDE: MARCAS E ATRAVESSAMENTOS IDENTIFICADOS

“Por que se privilegiavam os acontecimentos da esfera pública e não os constitutivos de uma história da vida privada? Por que se desprezava a cozinha, em relação à sala, e a casa em relação à rua? Onde uma história dos segredos, das formas de circulação e comunicação femininas, das fofocas, das redes interativas construídas nas margens, igualmente fundamentais para a construção da vida em sociedade? Quais as possibilidades de uma História no feminino? Não apenas a história das mulheres, mas a história contada no registro feminino” (TÂNIA NAVARRO SWAIN, 1995).

Este capítulo pretende apresentar sinais e impressões – trazidas como as marcas - ao longo dos percursos, assim como o efeito de atravessar as diversas dimensões da reprodução social - caracterizadas como atravessamentos - que emergiram das entrevistas. Como se procurou demonstrar ao longo da escrita, esta abordagem tem como objetivo identificar na narrativa destas nove mulheres aspectos relevantes que contribuam para a análise de trajetórias femininas na gestão em saúde.

Serão apresentadas as categorias que emergiram das falas das gestoras quando convidadas a relatarem suas trajetórias profissionais. Para isso, inicia-se com a questão formulada para as mulheres-gestoras: Estou fazendo um estudo sobre as mulheres na gestão da saúde e gostaria que você falasse sobre a sua experiência, destacando aspectos desafiadores diante do fato de ser mulher e ocupar este cargo, bem como a forma que você enfrenta tais desafios. Na medida em que iam avançando nas narrativas, formulavam-se outras duas questões sobre o tema: Em relação à mulher, gestão e saúde, o que você destacaria como avanços, retrocessos ou paradoxos? Gostaria de salientar alguma outra questão sobre o tema?

Ao deparar-me com as respostas, mais uma vez experimentei os caminhos e descaminhos da pesquisa. Identifiquei a necessidade de deter-me nas minúcias, estar sensível para perceber o que por diversas vezes não é tão claro, explícito e

declarado. A frase: “eu nunca pensei sobre este tema” começou a fazer parte do material empírico. Mas como tornar reconhecível o que a maioria delas afirma não terem refletido anteriormente? De que maneira convidar (por rápidos e limitados quarenta minutos) estas mulheres a analisar aspectos marcadores de gênero em suas trajetórias como gestoras?

Dentre as entrevistadas, apenas três relataram de maneira espontânea alguns desafios acerca das desigualdades de gênero identificadas no cotidiano da gestão em saúde. A maioria afirmou que nunca havia pensado sobre o tema, ou seja, que a reflexão acerca das marcas e atravessamentos de gênero no campo da gestão acabava de surgir no momento da entrevista. Reconheceram, na sequência, que muitos atos são naturalizados, o que pode implicar no esvaziamento e empobrecimento de certas análises. Como um dispositivo para iniciar a conversa, convidei-as a refletir sobre a ocupação dos cargos de gestão nos níveis mais alto da Secretaria Municipal de Saúde, quando comparado com o predomínio quantitativo de mulheres na área da saúde (GUEDES, 2008; HIRATA, 2016).

As categorias apresentadas nesta pesquisa foram constituídas na tentativa de expressarem significados e elaborações relevantes na análise das trajetórias de mulheres na gestão em saúde, a partir de marcas e atravessamentos de gênero. O agrupamento do conteúdo das entrevistas ocorreu por meio da repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes e relevância implícita, onde se ressalta a riqueza e relevância acerca do objeto da pesquisa.

Assim, foram elencadas quatro categorias: 1) Identidades de gênero na gestão em saúde: por que falar sobre isso neste lugar? 2) Profissional-pessoal: que marcas a maternidade produziu nas trajetórias das mulheres na gestão? 3) Gênero e profissão na gestão: quais lugares são possíveis? 4) Marcas e Atravessamentos: o paradoxo entre possibilidades e impossibilidades.

8.1. Identidades de gênero na gestão em saúde: por que falar sobre isso neste lugar?

As verdades construídas e veiculadas por meio da linguagem revelam os processos pelos quais as diferentes culturas são produzidas e apresentadas. Tais construções sustentam modos de sentir e viver os processos, veiculando

determinadas relações entre a esfera privada e atuação profissional, assim como as relações de poder (LOURO, 1997). Neste sentido, este subcapítulo tem como objetivo refletir acerca das identidades de gênero encontradas nas falas das gestoras como capazes de reforçar ou enfraquecer atitudes que explicitam uma determinada maneira (ou identidade) de ser gestora na área da saúde.

Pretendo, assim, situar este debate no campo social, uma vez que é nele que se reproduzem as relações desiguais entre os sujeitos. É entendido que as justificativas para as desigualdades baseiam-se nos arranjos sociais, nas condições de acesso aos recursos sociais, nas formas de representação e não nas diferenças biológicas (TORRÃO FILHO, 2005). Por isso, a pretensão aqui será entender gênero como constituinte da identidade dos sujeitos e utilizá-la para estabelecer algumas relações no campo da gestão em saúde, ocupada por mulheres.

Aproximando-se das formulações dos Estudos Culturais, será utilizada a concepção de identidade de gênero onde os sujeitos possuem identidades plurais e múltiplas, as quais se transformam, pois não são fixas ou permanentes, podendo até mesmo ser contraditórias. Refere-se, portanto, a algo que transcende o mero desempenho de papéis, é necessário admitir o gênero fazendo parte do sujeito, constituindo-o (LOURO, 2003).

Diante da análise deste cenário, é utilizada a concepção de poder apresentada por Foucault (1987), capaz de descolar-se da centralidade e posse do poder. Para que possamos entender as relações de poder que constroem as hierarquias em as posições de sujeito homem e mulher, será necessário enxergá-las como sendo exercidas em muitas e variadas direções. Poder aqui entendido como "uma estratégia", não sendo um privilégio que alguém possui e transmite, menos ainda sendo possível de apropriação. Preocupando-se com os efeitos do poder, o autor ressalta a relevância de percebermos esses efeitos fortemente vinculados "a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos" (FOUCAULT, 1987, p. 29).

A reprodução de falas que insistem posicionar a mulher em determinado lugar no espaço público é comumente encontrada em nosso cotidiano. Além disso, parece ser natural concebermos a ideia de existirem comportamentos considerados mais masculinos, como a objetividade, agressividade e rapidez, enquanto a delicadeza, dedicação, subjetividade e cuidado são relacionados ao feminino. De acordo com Nolasco (1995), alguns comportamentos são definidos pela cultura como sendo

pertencentes a um ou outro sexo, aos quais o homem e a mulher devem respeitar para serem reconhecidos como tais.

No campo da gestão em saúde, tais concepções não foram diferentes. Ao serem questionadas sobre a ocupação dos cargos de gestão por mulheres e homens e quais as implicações ou situações – desafiadoras ou potentes - encontradas neste campo, as gestoras reafirmaram uma série de concepções e ideias ligadas às formas de comportamento aceitáveis e esperados ao tratar-se de homens e mulheres no mundo do trabalho, conforme apresentam os excertos a seguir:

Uma equipe só de mulher.. tem que ter um homem nesta equipe, pelo amor de deus, porque é muito difícil trabalhar com um monte de mulher. A coisa mesmo dos hormônios, tudo que é uma coisa pequena vira uma coisa mega e eu acho que eu não sou assim muito sensível.. acho que pela minha história de vida também não sou muito sensível, eu me acho forte... as vezes precisa num mundo de muitas mulheres é muito difícil. A mulher é muito difícil.. junta um monte de mulher é muito mais difícil. O homem é mais objetivo, não é um mimimi. (G5)

Por eu ter entrado na gestão anterior que não era tão masculina assim.. acho que eles tem um senso de praticidade e objetividade talvez maior que a gente nota nas nossas discussões assim, embora as conversas que eu tive com o atual coordenador, ele sempre foi muito.. entendendo o lado.. quando eu fui conversar com ele sobre as minhas dificuldades, o porque eu queria sair.. então eu acho que mesmo sendo homem ele consegue ter um entendimento da questão da família, do quanto isso é importante. Não quer dizer que um seja melhor ou pior do que outro, mas nós somos diferentes.. e ai isso me fez pensar muito, o quanto que as vezes a gente quer ser igual aos homens, só que não temos que ser igual, mulher tem que ser mulher, não é que ela tenha que ocupar o seu lugar.. não é isso. (G6)

... mas, eu acredito que um homem enxerga diferente da mulher, mas tem mulheres que a gente diz que parece um homem no raciocínio, que ela é mais objetiva, mais direta.. talvez por isso essa configuração que as mulheres ficam mais no operacional, mas não vejo como... porque nós somos diferentes os homens e as mulheres, cada um tem o seu jeito de ser, sua personalidade e eu noto que tem homens... homem é mais objetivo, talvez por isso que eles ocupem um cargo mais alto na gestão, que precisa de uma tomada de decisão mais rápida e tal. (G7)

É visível o reforço de posturas masculinas e femininas quando se trata do mundo do trabalho, alguns baseados em questões biologicistas, outras comportamentais. Homens como mais práticos, objetivos e diretos, enquanto as mulheres como mais prolixas, enroladas e sensíveis foram algumas das falas que fortalecem a reprodução de comportamentos sociais, aqueles que de maneira reducionista são esperados e aceitos. Estas afirmações rebaixam o gênero ao sexo

biológico e remetem às práticas sociais ao destino natural da espécie (HIRATA E KERGOAT, 2007).

Da mesma forma, podemos identificar uma espécie de descolamento destas posturas quando uma das entrevistadas relata “ser mais forte”, aproximando-se de características atribuídas aos homens. Assim como a G6 afirma que, mesmo sendo homem, o atual gestor “entende as questões familiares”, remetendo-nos a pensar que dos homens não se espera compreensão sobre as situações familiares e demais questões da vida privada, reafirmando a naturalização de comportamentos historicamente aceitos como mais ou menos masculinos. Para Nolasco (1995), os símbolos de ascensão social, profissional e de status feminino são associados, por algumas mulheres, “ao seu lado” masculino.

Por mais que os relatos não demonstrem clara e fortemente comportamentos restritos aqueles socialmente esperados como masculinos ou femininos, fornecem elementos capazes de (re)afirmar o caráter social do feminino e do masculino nesta ocupação. Tal entendimento contribui para elaborar e legitimar, mesmo que de maneira sutil, uma determinada forma de operar na gestão em saúde neste tempo e lugar.

Os processos de naturalização das desigualdades, muitas vezes, configuram-se como situações de difíceis percepções, por esta razão apresentam resistência e durabilidade. Os pequenos gestos cotidianos fazem a manutenção destas hierarquias e desigualdades, onde muitas mulheres acabam por internalizar estes valores e procedimentos sociais reproduzindo sem que haja vigilância ou repressão externa à própria consciência dos sujeitos.

Assim, nos é apresentada uma série de elementos para pensarmos quais verdades e forças que se conectam para produzir e definir as posições das mulheres em postos de trabalho com mais ascensão e prestígio social, tais como: que forças estão articuladas neste campo capazes de determinar as regras dos comportamentos femininos na gestão? Quais as características mais ou menos aceitáveis que configuram maneiras e modelos de fazer gestão em saúde? Que características dessas ocupações são reconhecidas como mais ou menos legítimas?

Para tanto, é preciso refletir sobre os mecanismos de poder que vigoram por meio da linguagem, daquilo que é falado e aceito em uma determinada cultura. Entendendo a cultura como um pressuposto teórico desta pesquisa, lembrando que

se trata de campo de contestação em que se produzem sujeitos e sentidos que constituem os diferentes grupos sociais.

Meyer e Soares (2005) ressaltam a relevância de assumir o pressuposto de que a linguagem é constituída do social e da cultura, e funciona como campo de operação do poder. E que sendo assim propõe-se tensionar os sentidos que ela produz, procurando compreender e problematizar formas pelas quais estes produzem posições-de-sujeito - homem e mulher - no interior de uma cultura. Neste sentido, parece-nos relevante refletir sobre descrições feitas acerca dos comportamentos e posturas femininos no campo da gestão em saúde.

Assim, ao trazer a discussão sobre as verdades veiculadas a partir das possíveis identidades de gênero encontradas na ocupação dos cargos de gestão, não se aceita apenas um pólo de poder, algo estável e imutável. Significa considerar que as relações de poder situadas neste campo são exercidas pelos sujeitos e possuem efeitos sobre suas ações e configurações institucionais e sociais. Por isso, cabe estender a análise para as complexas redes de poder que as instituições e seus códigos, práticas e símbolos que constituem hierarquias entre os gêneros.

Neste sentido, Lorenzetti et al (2014) chamam a atenção para os desafios de mudança do campo da gestão em saúde, advindo do conservadorismo característico da área e tendo implicação direta com as relações de poder constituintes deste campo. Constatam que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração. Assim, construir novas formas de gestão na área da saúde, a partir da interdisciplinaridade e multiplicidade de atores permanece como desafio.

Nesse sentido, torna-se evidente a baixa reflexibilidade apresentada nas entrevistas quanto as questões de gênero no cenário da gestão em saúde, naturalizando e reproduzindo gestos e falas que revelam as desigualdades neste campo. Considerando que a tomada de decisão, mais fortemente quando situada na gestão intermediária, exige problematização e reflexão acerca da complexidade do processo de planejamento, organização e gerenciamento, é identificada a necessidade de aproximação com temas capazes de provocar-nos a pensar sobre avanços ou retrocessos. É necessária a produção de reflexão do campo acerca de si próprio.

As concepções apresentadas nos relatos como comportamentos requerem reflexões sobre os processos mediante os quais a sociedade utiliza essas

diferenciações para hierarquizar as atividades. O trabalho continua sendo central na vida de mulheres e homens neste princípio de século e, mesmo diante do desemprego, “é identificado como referência para a ação e princípio organizador da sociedade e das identidades sexuais” (HIRATA, 2015).

Assim, as formas de operar de instrumentos de socialização para conformação de identidade de gênero, capazes de reforçar o sistema de diferenciação e hierarquização no campo da gestão em saúde, mostram-se presentes. Por meio das representações e expectativas de comportamentos, identifica-se que possuir características masculinas é encarado como positivo, benéfico e capaz de explicar ascensões profissionais.

Os investimentos em posicionar a mulher como principal cuidadora, responsável pelo sucesso familiar ou valorizar maneiras e aspectos definidores de identidades de gênero no campo da gestão funcionam como poderosos processos de produção de subjetividades. Neste sentido, as mudanças atuais da divisão sexual do trabalho assumem caráter de plasticidade, onde “as modalidades concretas que variam no tempo e no espaço, não sendo estáveis as situações (que evoluem sempre), mas sim a distância entre os grupos de sexo” (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 600).

Por isso, ao propor a discussão de identidades de gênero no campo da gestão, pode-se afirmar que mesmo as mulheres estando presentes em alguns postos da tomada de decisão, baseiam-se em reflexões alicerçadas em descrições comportamentais - social e historicamente aceitos como femininos e masculinos – as quais podem contribuir para a distância entre ambos nestes cargos. Assim, encara-se como natural, ainda na atualidade, a ideia de atuação feminina como secundária, “de apoio”, de assessoria ou auxílio, muitas vezes ligada à assistência, ao cuidado ou à educação (LOURO, 2003).

A partir das falas das gestoras, é necessário evidenciar que não são as características sexuais que definem modelos de fazer gestão, mas sim a maneira como essas características são representadas e valorizadas socialmente. Portanto, aquilo que se diz e reforça sobre elas que vai constituir o que é feminino ou masculino e suas “diferentes” formas de operar no cotidiano deste cenário. Estas imagens ao longo do tempo assumem um caráter de centralidade e corroboram para o fortalecimento e reprodução de verdades, as quais legitimam formatos de gestão mais ou menos aptos, mais ou menos de acordo.

Neste sentido, ao propor discutir nesta categoria as verdades construídas por meio das relações de poder e veiculadas por meio da linguagem acerca das identidades de gênero no âmbito da gestão em saúde, pretendi situar no campo social – transcendendo ao biológico - as formas de reprodução das relações desiguais entre os sujeitos.

Concebendo assim, a ideia de que os sujeitos, ao longo do tempo e em determinados espaços, constituem-se como masculinos ou femininos, arranjando e desarranjando seus lugares sociais e suas maneiras de ser e de estar no mundo. Estas configurações e arranjos são transitórios e articulam-se com as impossibilidades e possibilidades de uma determinada época histórica, assim como, os porquês e de quais maneiras a linguagem veicula as diferentes possibilidades de identidades de gênero em determinados lugares.

8.2. Profissional-pessoal: que marcas a maternidade produz nas trajetórias das mulheres na gestão?

Esta categoria pode ser considerada neste estudo como um aspecto transversal ao longo das entrevistas. A maternidade esteve constantemente presente nas narrativas das gestoras, salientando suas marcas tanto nas trajetórias profissionais, quanto nas questões pessoais diante do fato de ser mulher.

A problematização da maternidade é desencadeada na segunda onda do feminismo – reconhecido como um movimento teórico, social e político e que gerou um profundo impacto sobre as formas pelas quais o sujeito e suas identidades são interpretadas atualmente (SCAVONE, 2001). Ainda ocupa a centralidade nas discussões acerca da mulher no mundo do trabalho na contemporaneidade, tendo suas implicações nas diversas áreas.

Ao questionar a diferença entre o privado e o público, o feminismo propõe a discussão sobre temas acerca da família, trabalho doméstico, divisão sexual do trabalho e cuidado das crianças como responsabilidade e capacidade natural da mulher. Com a afirmação “o pessoal é político”, iniciaram-se debates os modos sociais e culturais pelos quais somos produzidos e educados como sujeitos de gênero, transcendendo assim, aos pressupostos biologicistas, o que permitiu a

contestação da maternidade, identificada historicamente um instinto e processo natural da mulher.

Apesar destes movimentos e contestações ao longo destes anos, a maternidade surge como uma questão unânime na análise das narrativas das entrevistadas e convida-nos a refletir sobre a relevância social da produção de verdades sobre o feminino quando conjugado com a maternidade e posições profissionais das mulheres no âmbito público na atualidade. Quando convidadas a relatarem quais eram os principais desafios acerca de ser mulher e estar na gestão, a maternidade esteve presente em todas as falas, diferentemente do casamento que não apareceu como um aspecto relevante nas narrativas.

A maternidade aponta para uma marca que posiciona estas mulheres em suas trajetórias na gestão em saúde. Ora aparece como fator decisório para que ocupem estes cargos, ressaltando seu caráter de (in)disponibilidade - fortemente acompanhado pela culpa da ausência familiar - ora como responsável por características – identificada como dons naturais – na tomada de decisão. A relação condicional entre estar neste cargo da gestão com aspectos da maternidade torna-se evidente, entretanto não parece ser tão relevante ao referirem-se ao trabalho na assistência em saúde, o que ressalta o caráter de aumento de prestígio social ao ocupar um cargo de gestão e, conseqüentemente, as verdades construídas em torno das impossibilidades e possibilidades de estar neste lugar.

A possibilidade de ser gestora e mãe parece estar diretamente ligada com momentos específicos das trajetórias destas mulheres. Como se ser mãe e gestora só fosse possível a partir de uma série de combinações fatoriais – definidoras de (in)disponibilidades - as quais parecem ser indiscutíveis ao conjugar maternidade e cargos de gestão. Conforme apresenta-nos os trechos das entrevistas a seguir:

Agora isso foi um dos motivos que fez com que eu sáísse do cargo, foi justamente a questão familiar. É inviável para quem tem um bebê... então eu tive uma licença maternidade no desta função. Não tenho essa condição porque foi muito complicado pra mim, em meio do processo de amamentação. (G1)

... eu tive outras propostas de assumir algumas coisas ao longo destes anos todos dentro da prefeitura e optei por continuar no meu trabalho que era perto de casa, que me permitia almoçar com os meus filhos todos os dias, em um dado momento. Quando isso já foi mudando e as oportunidades foram apresentadas, eu fui conseguido ocupar esses espaços. Hoje eu tenho os meus filhos independentes e posso crescer e investir mais neste sentido. (G2)

Deixar filho com febre em casa e sair para trabalhar, isso é uma coisa que a gente carrega sempre. A gente sempre se lembra desses episódios e o quanto foram estressantes.. eu tinha que ir em frente, não podia voltar. Ai eu tentava organizar uma maneira que alguém dava uma supervisionada e eu tinha que ir, com culpa e tudo eu ia. A culpa continua até hoje, nós mulheres carregamos esta culpa por tudo, sempre. (G4)

Tais relatos das entrevistadas parecem demonstrar que o fato de ser gestora em saúde está condicionado à situação da organização familiar. A G1 entrevistada revela-nos que a desistência do cargo ocorreu por causa da impossibilidade de condições de conciliar a maternidade em sua fase inicial com ocupar o cargo em questão. Neste mesmo sentido, a G2 afirma que só permitiu-se ascender na carreira e compor este espaço mediante o crescimento e independência dos filhos.

Foi verificado que as configurações da vida privada destas mulheres, ou seja, suas organizações familiares – ter mais ou menos condições e possibilidades – impacta diretamente no fato de ocupar ou não este cargo. É neste sentido que se identifica nas trajetórias o desafio feminino do ser ou não possível conciliar maternidade e carreira na gestão em saúde. Ao investigarem os efeitos da maternidade no mundo do trabalho, Heilman e Okimoto (2008) identificaram que o status materno pode impedir o progresso na carreira, afirmando que o sucesso no trabalho valoriza atributos masculinos.

Da mesma maneira, ocorre a identificação da centralidade do papel feminino na responsabilização e organização familiar, ressaltando a super-valorização feminina tanto no âmbito público, como no privado. No cenário atual é comum identificarmos mulheres sobrecarregadas em relação às atividades domésticas e aos cuidados dos filhos², sentindo-se culpadas e acreditando que são as principais responsáveis por estas questões (AMAZONAS; VIEIRA; PINTO, 2011).

A maternidade também surge como um “dom natural” capaz de oferecer ferramentas potentes para a tomada de decisão na gestão em saúde. Segundo as narrativas, o fato de ser mãe contribui no cotidiano das gestoras, na medida em que naturalmente são levadas a enxergar de maneira ampla e capaz de demonstrarem

² O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pretende colocar em campo, entre 2019 e 2020, uma pesquisa inédita sobre o uso do tempo das famílias brasileiras. O instituto quer saber como as pessoas dividem suas horas entre o trabalho, a educação, os deslocamentos e os afazeres domésticos. Disponível em: <https://www.valor.com.br/brasil/5090910/ibge-prepara-pesquisa-sobre-o-uso-do-tempo-das-familias-brasileiras>

as melhores soluções para os desafios encontrados neste campo. Como podemos observar nos excertos abaixo:

eu sempre brinco ali que eu procuro ser como gestora como eu sou como mãe, acho que a gente tem como mãe o compromisso de fazer os filhos serem pessoas do bem, pessoas que possam independentes e seguirem a vida. Então, eu digo não quando acho que tenho que dizer não, sem culpa, sem nenhum problema, se eu acho que aquilo é o melhor pra eles e também, ao mesmo tempo, mesmo que dê algum problema, uma situação com eles. (G2)

Mas a gente consegue assim, às vezes.. é preciso olhar o todo, um olhar de cima.. todo aquele espaço, e eu acho que nós mães temos uma certa habilidade para fazer isso bem, talvez porque temos que olhar sempre várias coisas juntas ao mesmo tempo.. é tudo meio junto e misturado. (G3)

Hoje nessa conversa que a gente teve com aquela pessoa.. ela tem filho com problema importante de saúde e isso me afeta. Depois que eu fui mãe então, isso me toca muito. Então eu comecei a conversa falando do filho porque uma vez ela me abriu a questão do filho. (G5)

Torna-se evidente a aproximação entre estas duas posições, a partir de compromissos sociais e éticos relatados diante do que se espera de uma gestora e mãe. O lugar da gestão em que se encontram estas mulheres é marcado por características dinâmicas e sistêmicas, atravessado por questões complexas, o que se aproxima aos desafios presentes nas vidas das mulheres na atualidade. Assim, a habilidade de olhar o todo, o poder do não, a capacidade de encaminhar bem as diferentes demandas do cotidiano da gestão, saber o que é melhor para a equipe, estar mais sensível para verificar certas questões, entre outros aspectos, são situações relatadas pelas gestoras como naturalmente colocadas em prática por serem resultantes do fato de serem mães.

Scavone (2001) afirma que a maternidade é ainda hoje um elemento cultural muito forte ligado à identidade feminina. Neste sentido, por meio da associação anteriormente descrita entre as identidades esperadas das gestoras e os das mães, sugere-nos refletir sobre o fato de a maternidade estar presente na produção e reprodução de identidades e representações das mulheres na gestão em saúde.

Este conjunto de impossibilidades e suas associações geram a reprodução sempre renovada das relações sociais, entretanto, a permanência de certas identidades e fazeres femininos, mesmo no contexto da reconfiguração das relações sociais de sexo a que se assiste hoje, continua sendo um dos problemas mais

importantes na análise das relações sociais de sexo/gênero (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Diante desse conjunto de associações acerca da maternidade como uma possível marca nas trajetórias femininas no contexto da gestão em saúde, cabe-nos refletir sobre as situações encontradas quando a abordagem é gestores-pais na área da saúde. Como são feitas as associações entre paternidade e gestão em saúde? Quais configurações e associações são possíveis? O fato de ser pai implica de alguma maneira sob o fato de ser gestor? Quais impossibilidades e possibilidades estão presentes ao ter que conjugar paternidade com algum cargo de gestão? Quais responsabilidades sociais estão intrínsecas nas possíveis formas de viver a paternidade e a maternidade em relação à vida profissional em nossa sociedade?

E é exatamente neste sentido que, utilizar o conceito de gênero como uma ferramenta para analisar marcas e atravessamentos torna-se tão potente. Por meio dele é possível ressaltar a centralidade do caráter social na formação da personalidade e do comportamento diante das distinções percebidas entre homens e mulheres (NICHOLSON, 2000). Desta forma, torna-se viável problematizar concepções essencialistas, as quais ditam modos de ser, de sentir e de viver a feminilidade e a maternidade na contemporaneidade. É necessário analisar os mecanismos e as estratégias de poder-saber que atualmente permitem definir e apresentar a maternidade como se esta fosse uma essência feminina (MEYER, 2005).

8.3. Gênero e profissão na gestão: quais lugares são possíveis?

Nesta categoria serão tecidas algumas reflexões acerca da profissão como um possível atravessamento – e seus desdobramentos - nas relações de poder na conjugação: mulher, gestão e saúde. Esta análise surge não a priori no objeto de estudo, e sim como consequência do conteúdo das entrevistas. Emerge no momento em que as gestoras foram questionadas sobre atravessamentos que configuram impossibilidades e possibilidades no âmbito da gestão em saúde, assim como, desafios resultantes das relações de poder que se apresentam (ou apresentaram) nas suas trajetórias profissionais na gestão.

Ao contrário do que se esperava encontrar nas narrativas, as relações de poder foram trazidas por estas mulheres por meio da combinação, quase que inseparável, entre gênero e profissão. Como foi apresentado em capítulos anteriores deste estudo, o cenário da gestão em saúde no serviço em análise não foi sempre assim. Portanto, algumas das entrevistadas acompanharam as movimentações e trocas das coordenações, as quais estão submetidas, e foram, durante as entrevistas, estimuladas a refletirem sobre as estratégias e aspectos desafiadores.

Dentre os aspectos que se mostraram relevantes, destaca-se a profissão dos gestores, os quais ocupam cargos acima, como um fator predominante e capaz de determinar mais ou menor legitimidade nas verdades veiculadas e aceitas na área, assim como capaz de impactar nas relações de poder no campo da gestão em saúde. Observamos tais afirmações nos trechos a seguir:

Acho que vem muito da nossa cultura.. não sei se nessa gestão é por ser médico ou se é por ser homem, mas a gente acaba percebendo nos espaços, roda de conversa com os médicos.. quando é a figura do gestor-homem que vai, tem um peso diferente do que quando era a figura da gestora-mulher. Só que ai é isso.. me gera uma duvida se é pelo gênero ou pela categoria profissional. Não sei!!! Mas tem.. (G6)

O que acontece é em relação à categoria profissional.. isso sim. Tu é gerente.. se é um medico, infelizmente, em relação à uma enfermeira ... tem sim esta relação de poder com o profissional médico... Porque é mais a questão da categoria profissional, eu vejo muito.. talvez tenha muitas enfermeiras que são mulheres (no cargo em questão).. talvez por isso que eu não vejo. (G7)

Eu acho que são duas muito atravessadas ai: ser mulher e ser enfermeira. O ser enfermeira é uma situação que ainda tem toda uma conotação de subalternidade, de menos conhecimento, menos valia... e muitos enfermeiros se colocam nesta posição de menos valia, porque é mais fácil sobreviver nesta posição do que se impor com o seu conhecimento. (G4)

A situação relatada pela G6 expressa sua insegurança em afirmar que “os pesos” das falas assumem caráter diferente por tratarem apenas de desigualdade de gênero, mas afirma que o atravessamento da categoria profissional possui centralidade nesta diferenciação, deixando-a em dúvida. Entretanto, a G4 identifica duas questões que servem como dispositivos marcadores de poder, estabelecendo uma relação direta entre eles: o fato de ser mulher e pertencer à outra categoria profissional. Na outra narrativa a questão de gênero não apresenta relevância, assim, a G7 revela identificar a hierarquização da categoria profissional médica como um atravessamento importante no cotidiano da gestão.

Como já relatado nesta pesquisa, o cargo abordado neste estudo é ocupado por mulheres não-médicas porque não interessa aos homens e médicos que estão inseridos na rede de serviço (devido aos baixos valores monetários das funções gratificadas, obrigatoriedade de dedicação exclusiva, entre outros). A entrevistada elabora esta afirmação a partir de contextualizar-nos o processo histórico e institucional da Secretaria Municipal de Saúde.

Por isso, cabem algumas perguntas capazes de potencializar nossas reflexões: No campo da gestão em saúde quem está habilitado a falar? Quais verdades são aceitáveis? Quais profissões são mais ou menos legítimas nos cargos de gestão? Quais são as estratégias de poder-saber que operam para o fortalecimento de hegemonias profissionais?

A abordagem proposta nesta categoria não pretende concentrar-se nas relações profissionais ou na análise crítica da formação de uma determinada profissão específica. Trata-se de propor um olhar para o campo da gestão em saúde e refletir sobre os atravessamentos produtores de verdades e relações de poder-saber que operam a fim de legitimar certas práticas. Neste sentido, requer que olhemos atentamente para as imbricações entre identidade de gênero e relações interprofissionais com a pretensão e interrogar o que muitas vezes parece não ser visível.

Para Meyer (2002), a partir do campo teórico e metodológico que está inscrito o trabalho, é possível buscar os efeitos da articulação entre conhecimento, cultura e poder, permitindo assim rupturas com concepções lineares nas representações naturalizadas de mulheres (profissões da saúde contra-hegemônicas) e homens (profissões hegemônicas) de suas representações culturais. Torna-se possível examinar como conceitos e regras são criados e nominados, questionando sua naturalidade, acentuando seu caráter social.

As relações entre as profissões tidas como masculinas – consideravelmente valorizadas - e aquelas reconhecidas como femininas na área da saúde mostram-se naturalizadas e pouco questionadas (OLIVEIRA, 2004). Entretanto, constroem regimes de verdades capazes de nivelar as profissões e suas práticas específicas, “as práticas sociais são perpassadas por relações de poder, as quais são produzidas discursivamente e ao mesmo tempo produtoras de saberes” (FISCHER, 2001, p. 201).

Assim, a hegemonia entre os saberes parece estar definida acerca de formações específicas reconhecidas historicamente como mais ou menos capazes de responder a complexidade que envolve as práticas em saúde, tendo sua extensão nos cargos de tomada de decisão. Ao analisar as atuações profissionais na área da saúde, identifica-se que “o gesto técnico do ato de cuidar é acrescido de um domínio de competência e de responsabilidade largamente determinado por outros através das práticas e prescrições médicas, considerando equivocadamente como um saber mais legítimo e mais nobre” (OLIVEIRA; BANDEIRA, 2001, p. 679).

A constituição de subjetividades no contexto da gestão em saúde, assim como em outras áreas, ocorre por meio das construções de verdades, alicerçadas em saberes profissionais conjugados com as relações e práticas sociais ligadas as (re)produções de identidades de gênero. Para Strey (1997), embora na atualidade não se tenha uma clara divisão entre o trabalho masculino e feminino, há resquícios de concepções, atitudes, hábitos e leis de que existem trabalhos de homens e trabalhos de mulher, ainda que isto não seja considerado politicamente correto. Ao homem é atribuída a legitimidade do espaço político e social, reforçado por meio de regime de verdade, de autoridade, do saber e de comandar.

É a partir destas atribuições profissionais masculinas e femininas que serão concedidas posições sociais de maior prestígio e poder aqueles sujeitos que tiverem maior proximidade com a representação moderna que se espera de determinados cargos e ocupações. Portanto, as profissões, assim como cargos da tomada de decisão, representam situações relevantes ao pensarmos as formas de expressão das feminilidades e masculinidades. Para Oliveira (2004), é possível considerá-las expressões do “capital simbólico masculino”, tal como prestígio, reputação e fama, dado que se tem constituído socialmente, a partir das representações de gênero, profissões mais adequadas para mulheres e outras mais adequadas a homens.

Desta forma, podemos sugerir que as profissões das gestoras entrevistadas são identificadas e ainda naturalizadas como sendo femininas na contemporaneidade (nutrição, enfermagem, farmácia, serviço social) (re)produzindo representações culturais feminizadas quanto à formação e lugar que ocupam no contexto da gestão em saúde. Entretanto, ao relatar diferença de forças nos falas/narrativas dos gestores que estão acima delas, reconhecem os atravessamentos resultantes da articulação entre gênero e profissões historicamente hegemônicas da saúde. Para Hirata (2015), a aproximação com atividades

executadas gratuitamente no seio da família contribui para que essas profissões tidas como femininas sejam desvalorizadas, inversamente à forte valorização da profissão tradicionalmente masculina do médico.

Ainda sobre as impossibilidades e possibilidades de ocupações femininas em espaços públicos de tomada de decisão, Blay (2015) aponta-nos a necessidade de estabelecer outras lentes para investigarmos gênero na contemporaneidade. Em seu recente estudo intitulado “As Prefeitas: A participação política da mulher no Brasil”, a autora analisa a representação feminina no espaço político brasileiro, abordando aspectos sociais, econômicos a fim de revelar qual é o real espaço ocupado pela mulher na política brasileira (BLAY, 2015). O resultado encontrado é surpreendente: diante da forte evasão masculina nas disputas e redução do significado político do poder local, “são as regiões de menor desenvolvimento econômico, menos urbanizadas e menos industrializadas, as que mais elevam a mulher à chefia do poder local” (BLAY, 2015, p. 19).

O estudo citado e as reflexões trazidas ao longo das análises desta categoria instigam-nos a refletir sobre não somente se as mulheres estão ocupando certos espaços no mundo do trabalho – sobretudo no campo da gestão em saúde, o qual é objeto desta pesquisa - e sim, onde estão representadas. Considerando os pressupostos apresentados em capítulos anteriores, é necessário admitirmos o caráter de plasticidade da divisão sexual do trabalho, assumindo outras configurações hierarquizadoras na contemporaneidade.

Da mesma maneira, destacam-se demais estudos sobre ocupação em cargos de gestão em diferentes níveis de atenção em saúde, nos quais os médicos assumem a direção e gerência de maior abrangência, poder e prestígio social, quando as demais profissões da área encontram-se em funções de gerenciamento na área operacional, nos espaços dos cuidados diretos e nas portas de acesso (LORENZETTI et al, 2014).

Assim, apesar das transformações sociais estarem rompendo progressivamente alguns obstáculos acerca das diferenças de gênero, as disparidades entre homens e mulheres ainda prevalecem, configurando espaços impossíveis e possíveis de serem ocupados, assim como, as verdades veiculadas, baseando-se na divisão sexual do trabalho a partir da hierarquização do trabalho manual e trabalho intelectual. Para Foucault (2003), o traço distintivo do poder é que alguns homens podem mais ou menos determinar a conduta de outros homens, mas

nunca de maneira exaustiva ou coercitiva, desta forma, o poder é relacional, estando presente nas interações entre os indivíduos.

8.4. Marcas e Atravessamentos: o paradoxo entre possibilidades e impossibilidades

Neste capítulo busquei apresentar uma síntese capaz de esquematizar alguns achados do estudo que configuram paradoxos relatados pelas gestoras. Identificando assim, que um determinado aspecto ressaltado como marca e atravessamento é, ao mesmo tempo, configurado como possibilidade e impossibilidade, dependendo da situação relatada, o que demonstra uma relação paradoxal nas trajetórias destas mulheres na gestão em saúde. Para isto, utilizarei um quadro explicativo que demonstrará o mesmo aspecto e sua respectiva descrição quando configurada por estas mulheres como possibilidades e impossibilidades.

Hirata e Kergoat (2007) apontam relações paradoxais diante de análises comparativas acerca da perspectiva dos estudos de gênero, identificando mudanças e permanências ao longo das últimas décadas. Ressaltam ainda a necessidade de desconstrução destes paradoxos, demonstrando-os com a afirmação “tudo muda, mas nada muda” (HIRATA; KERGOAT, 2007; HIRATA, 2015).

As autoras utilizam o termo diante da análise de aspectos mais específicos, como é o caso da atuação feminina, onde identificam que ao mesmo tempo em que as mulheres estão presentes no mundo do trabalho e compondo, em quantidades consideráveis, os espaços públicos, elas ainda são as responsáveis – em grande parte – pelas atividades domésticas, apresentando sobrecargas na esfera privada, configurando assim, um importante paradoxo.

Expandindo esta análise para os achados deste estudo, pode-se afirmar que apesar de muitos serem os avanços femininos das últimas décadas, é preciso unir esforços e desenvolver políticas coerentes para a igualdade de gênero no mundo do trabalho (OIT, 2016). Diante das narrativas destas mulheres, as marcas de gênero ficam explícitas no que tangem aos lugares que ocupam como gestoras, sobretudo, quais as maneiras possíveis de comportarem-se nestes espaços a partir das expectativas sociais.

Quadro 1 – Possibilidade e Impossibilidades a partir de marcas e atravessamentos

Marcas e Atravessamentos	Possibilidades	Impossibilidades
Maternidade	Superestimação de características socialmente atribuídas à maternidade: olhar atencioso, cuidadoso, múltiplo; Maximização de ações potentes para a tomada de decisão na gestão em saúde	Subestimação em ocupar o cargo de gestora naturalmente, sendo necessárias condições organizativas familiares para conciliar maternidade e gestão; Minimização das possibilidades de ocupação do cargo de gestora a partir da sensação de culpa da ausência familiar por ter necessidade de dedicação máxima ao cargo
Identidades de Gênero	Superestimação de características tidas como femininas que se aproximam a comportamentos atribuídos ao masculino. Maximização da postura de gestoras mulheres fortes “que parecem homens”	Subestimação de comportamentos na atuação profissional de gestoras que apresentam características socialmente identificadas como femininas (subjetividade, prolixidade). Minimização de características interpretadas socialmente como femininas e, opostamente, valorização da objetividade, força e rapidez, atribuídas aos homens na gestão em saúde
Gênero e profissão	Superestimação da ocupação deste cargo de gestão por profissionais não médicas pelo fato de possuírem interesse em ocupá-lo, ao contrário de dos profissionais médicos. Maximização da ideia destas gestoras serem “mais guerreiras”	Subestimação das falas e posições das gestoras, apresentando menos “peso” e relevância em determinados espaços/níveis de gestão. Minimização de profissões historicamente femininas - principalmente da enfermagem - inversamente à forte valorização da medicina-profissão tradicionalmente masculina

*Elaborado pela autora, a partir das entrevistas realizadas.

A sistematização de marcas e atravessamentos em momentos que por algumas vezes configuram possibilidades, e outras impossibilidades revelam-nos a naturalização e a reprodução de concepções que continuam posicionando a mulher nas esferas privadas e públicas da sociedade.

A maternidade é posicionada como uma possibilidade quando estas mulheres ressaltam “características naturais” capazes de valorizarem suas atuações como gestoras, agregando aspectos positivos relacionados com esta condição. Entretanto, a mesma situação apresenta-se como uma impossibilidade por tratar-se de um fator condicionante para ocuparem o cargo mencionado. Estar neste lugar só é possível se houver uma rede de auxílio familiar e, mesmo assim, relatam os sentimentos de culpa e autocobrança no que tange ao que se espera do papel de mãe, ou seja, o que é preconizado pela sociedade.

Da mesma forma, a identidade de gênero cuja supervalorização configura possibilidades ao maximizarem comportamentos de gestoras que mais se aproximam com aqueles social e historicamente aceitos como masculinos. Em contraposição aos comportamentos e identidades que se apresentam como impossibilidades ao serem interpretados como femininos. Segundo Rago (2015), as práticas masculinas são mais valorizadas e hierarquizadas em relação às femininas, atribuindo-se menor importância ao mundo privado frente à esfera pública.

Diante do gênero e profissão, configura-se como possibilidade o fato destas gestoras possuírem mais resiliência e força ao enfrentar o cotidiano do trabalho na gestão em saúde por não serem médicas, assim como, seus interesses em ocuparem e permanecerem nestes cargos. Em contraposição, identificam-se impossibilidades ao reconhecerem maior relevância e impacto nas falas quando a gestão é ocupada por profissional médico e homem, configurando a valorização de uma profissão historicamente hegemônica e masculina. Salienta-se assim um princípio hierárquico: o trabalho masculino sempre com um valor superior ao trabalho feminino (KERGOAT, 2009).

É neste sentido que se destaca a tendência de posicionar as mulheres, por meio de narrativas que apresentam determinadas características de quem – e sob quais circunstâncias - pode estar neste lugar. As noções de objetividade e outras formas de naturalização, as quais induzem ignorar as marcas e atravessamentos de

gênero no cotidiano, denunciam o quanto os padrões de normatividade no campo da gestão em saúde são impregnados por valores masculinos e hegemônicos. Scott (1999) destaca que experiência tem ajudado a legitimar uma crítica à falsa objetividade dos relatos históricos tradicionais, assim como, o desmascaramento de qualquer referência de objetividade como sendo uma capa ideológica para o preconceito masculino.

Assim, ao narrarem as experiências como gestoras em saúde amplia-se consideravelmente a visibilidade de inúmeras práticas sociais, culturais, institucionais, por vezes silenciadas, assim como a inclusão das trajetórias femininas na narrativa histórica. O paradoxo encontrado nos relatos reforça o fato de a experiência histórica e cultural feminina diferenciar-se da masculina, configurando-se como o que várias já classificaram como das margens, da construção miúda, da gestão do detalhe, que se expressa na produção de um contradiscurso, é inegável as mutações que vem processando no amplo campo do conhecimento (RAGO, 1998).

Ao negligenciar falas/narrativas capazes de posicionar as experiências femininas e configurá-las como impossibilidades no campo da gestão em saúde – o que aparentemente não ocorre nas experiências masculinas - fortalecem-se mecanismos de naturalização das forças de poder-saber. Da mesma forma ocorre ao maximizar experiências e características masculinas acerca da atuação, ambas revelam o caráter particular de categorias dominantes, que se apresentam como universais, ignorando sua dimensão sexualizada e, portanto, excludente (RAGO, 1998).

Diante do fato de os movimentos entre possibilidades e impossibilidades configurarem-se em uma relação paradoxal nas marcas e atravessamentos produzidos pela experiência destas gestoras, sugere-se a inclusão de temas que falam especificamente das trajetórias femininas no campo da gestão em saúde. Para Rago (1998), desta forma revela-se crenças, valores e práticas sociais frequentemente opressivas e de inúmeras formas de desclassificação e estigmatização.

Assim, identificar aspectos e situações que formam paradoxos nas narrativas destas mulheres, configura-se uma tentativa de desierarquização de experiências entre homens e mulheres na gestão em saúde. Propõe revelar as inúmeras tentativas de (re)afirmação de falas/narrativas naturalizados capazes de posicionar

– por meio do condicionamento – estas mulheres, traçando características evidenciadas tanto na esfera pública, quanto privada de suas vidas. É necessário colocar em suspensão, provocando o descolamento da padronização da imagem gestor-masculino-médico, tido como sujeito privilegiado por longo tempo neste cenário.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises das trajetórias das mulheres gestoras, investigadas a partir de marcas e atravessamentos de gênero experienciadas ao longo da vida, evidenciou Identidades de gênero como um marcador acerca da valorização de comportamentos aceitos socialmente como masculinos no âmbito da gestão em saúde, resultando na desvalorização de características comumente relacionadas ao feminino; a maternidade como fator decisório para atuação como gestora nas regiões sanitárias (possuir apoio da rede familiar), acompanhada da culpa da ausência na vida dos filhos, assim como, um fator potencializador de gestos capazes de auxiliarem no processo da tomada de decisão; a relação entre gênero e profissão como um atravessamento acerca da categoria profissional médica – historicamente masculina - no cotidiano da gestão em saúde, resultando em maior valorização da profissão ao ocupar um cargo de gestão, a qual possui hegemonia e prestígio social em função das relações de poder.

Quanto às possibilidades e impossibilidades no cargo de gestão destacou-se a relação paradoxal acerca das marcas e atravessamentos. A configuração que ora apresenta o mesmo fato como possibilidade, ora como impossibilidade, é resultado da constante tentativa de (re)afirmar quem pode estar neste lugar, a partir da superestimação e subestimação de atributos mais ou menos próximos de características e comportamentos masculinos. A naturalização dos mecanismos geradores de desigualdades de gênero contribui significativamente para o fortalecimento das relações de poder-saber hegemônicas no campo da gestão em saúde, o que parece ser fruto da neutralidade da produção do conhecimento científico, ao longo da história, no que tange às questões de gênero.

Por meio do exercício investigativo, a intenção foi problematizar, a partir da perspectiva de gênero, questões estruturais e institucionais constituidoras de verdades, avanços e paradoxos no campo da gestão em saúde nas trajetórias de mulheres gestoras. Problematizar verdades que vigoram para a (re)afirmação de um conceito universal, que remete a legitimação da ocupação de lugares de maior prestígio social por homens, é não admitir deixar de lado todas e todos que escapam deste modelo de referência. Portanto, foram apresentados neste estudo aspectos que contribuem para afirmarmos que marcas e atravessamentos, advindos de experiências de mulheres gestoras de saúde, maximizam valores tidos como masculinos, em decorrência dos femininos.

Desta forma, apontar aspectos que posicionam mulheres na gestão em saúde, a partir das marcas e atravessamentos apresentados é reforçar a necessidade da desconstrução de inúmeras formas de naturalização e normatização das questões de gênero, tanto no âmbito da vida pública, quanto na privada.

Ao longo deste estudo emergiram diversas outras questões de pesquisa, entretanto, não se caracterizaram como marcas e atravessamentos, o que impossibilitou abrangê-las no desenvolvimento do conteúdo. Este fato aponta para a necessidade de realização de demais estudos aprofundados acerca da temática mulher, gestão e saúde.

A trajetória realizada nesta pesquisa demonstra que processo de tornar difíceis as coisas fáceis requer problematizações diárias acerca da divisão sexual do trabalho e suas plasticidades. Da mesma forma, convida-nos a descortinar atravessamentos de gênero a partir das relações de poder e saber na sociedade, as quais exigem um olhar cuidadoso e minucioso, sobretudo, constantemente desconfiado.

REFERÊNCIAS

ADAMS, S.; FLYNN, P. Local knowledge advances women's access to corporate boards. **Corporate Governance**, v. 13, n. 6, p. 836-846, 2005.

AMAZONAS, M. C., VIEIRA, L. L.; PINTO, V. C. Modos de Subjetivação Feminismos, Família e Trabalho. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, 31; 2, p. 314-327, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARKER, M.; BEEZER, A. **Introducción a los estudios culturales**. Barcelona: Bosch Casa Editorial. 1994. BEDI, P.; LAKRA, P.; GUPTA, E. Workforce diversity management: biggest challenge or opportunity for 21st century organizations. **Journal of Business and Management**, v. 16, n. 4, p. 102-107, 2014.

BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K.; MARTINEZ, H. A.; MATOS, I. B. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v.23, n.4, p.1397-1407, 2014.

BLAY, E. A. **As Prefeitas: a participação política da mulher no Brasil**. 2. Ed. São Paulo: Humanitas: CERU/FFLCH/USP, 2015.

BLAY, E. A. Como as mulheres se construíram como agentes políticas e democráticas: o caso brasileiro. In: BLAY, E. A.; AVELAR, L. (Orgs.), **50 Anos de Feminismo: Argentina, Brasil e Chile**. São Paulo: Edusp, 2017.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.575-586, mar 2012.

CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O. **Gestão em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html. Acesso em: 10 mar 2017.

CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. v.1. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1987.

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.

COOKE, A. L. Oppression and the workplace: A framework for understanding. **Diversity Factor**, v.8, n.1, p.6-11, 1999.

COSTA, M. V. Uma agenda para novos pesquisadores. In: COSTA, M. V. (Org.), **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

COSTA, M. V.; SILVEIRA, R. M. H.; SOMMER, L. H. Estudos Culturais, educação e pedagogia. **Rev. Bras. de Educ.**, Rio de Janeiro, n.23, p.36-61, 2003.

COSTA, S. M.; DURAES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminization of the odontology course at the State University of Montes Claros, Minas Gerais State. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.1865-1873, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700100>. Acesso em: 10 out 2016.

DEL RIO, M. O. Análise, desenvolvimento e gestão de processos. Madrid: **Escuela Nacional de Sanidad**; Traducción, 2015.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.114, p.197-223, 2001.

FONSECA, C. Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro: ANPEd, n. 10, p.58-78, jan./abr, 1999.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, M. Diálogos sobre o poder. In: Estratégia, poder – saber. **Ditos & Escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, p. 253 – 266.

FOUCAULT, M. **Est-il donc important de penser?** In: FOUCAULT, M. Dits et écrits IV (1980-1988). Paris: Quarto/Gallimard, 2006 .p.178-182.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. V. 1. 14 ed. Rio de Janeiro: Graal. 2001.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 7a ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FROW, J.; MORRIS, M. Australian cultural studies. In: STOREY, J. (ed.). **What is cultural studies? A reader**. 2ª ed. London: Arnold, 1997.

FUJIMOTO, Y.; HARTEL, C. E. J.; AZMT, F. Towards a diversity justice management model: integrating organizational justice and diversity management. **Social Responsibility Journal**, v. 9, n. 1, p.148-166, 2013.

GOMES, A. F. O OUTRO NO TRABALHO: MULHER E GESTÃO. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 1-9, julho/set. 2005.

GUEDES, M. C. A presença feminina nos cursos universitários e nas pós-graduações: desconstruindo a ideia da universidade como espaço masculino.

História, Ciências, Saúde –Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.117-132, 2008.

GUIMARÃES, N. A.; BRITTO, M. M. A. Genre, race et trajectoires professionnelles: une comparaison São Paulo et Paris. In: Oliveira Costa et al. (orgs.). **Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais**. Rio de Janeiro, FGV, 2008. pp. 69-87.

HEILMAN, M. E.; OKIMOTO, T. G. Motherhood: A potential source of bias in employment decisions. **Journal of Applied Psychology**, 93, 2008.

HIRATA, H. Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparativa. **Análise**, n. 7, 2015.

HIRATA, H. A situação da trabalhadora não é e nem será fácil nos próximos anos. MAEDA, P. **Justificando Mentas Inquietas pensam Direito**. 12 out 2016. São Paulo. Disponível em: <http://justificando.cartacapital.com.br/2016/10/12/helena-hirata-situacao-da-trabalhadora-nao-e-nem-sera-facil-nos-proximos-anos/>. Acesso em 15 abr 2018.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. Tempo Social, **Revista de Sociologia da USP**, v. 26, n. 1. p. 61-73, 2014

HIRATA, H.; KERGOAT, D. NOVAS CONFIGURAÇÕES DA DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.

HOLCK, L.; MUHR, S. L.; VILLESECHE, F. Identity, diversity and diversity management: on theoretical connections, assumptions and implications for practice, equality, diversity and inclusion. **An International Journal**, v. 35, n. 1, p.48-64, 2016.

INSTITUTO ETHOS. Perfil social, racial, e de gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas ações afirmativas – Pesquisa 2010. São Paulo: Instituto Ethos, 2010. Disponível em: www1.ethos.org.br/EthosWeb/arquivo/0-A-eb4Perfil_2010.pdf. Acesso em: 20 jan 2017.

JORNAL DO COMÉRCIO. Porto Alegre: Geral – Saúde (2018) – Disponível em: https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/2018/02/geral/612993-prefeitura-de-porto-alegre-anula-eleicao-de-conselho-municipal.html. Acesso em: 07 mai. 2018.

KERGOAT, D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. Novos Estudos. Cebrap, 86: 93-103. In: Dorlin, E. (org.). **Sexe, race, classe: pour une épistémologie de la domination**. Paris, puf, Actuel Marx Confrontations, 2010. p. 111-125.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. **Dicionário Crítico do Feminismo**, SP: EDUNESP, 2009. p. 67-75.

KIRCHMEYER, C. Gender differences in managerial careers: yesterday, today and tomorrow. **Journal of Business Ethics**, v. 37, p. 5-24, 2002.

- LARANGEIRA, S. M. G. Fordismo e pós-fordismo. IN: CATTANI, A.D. (org). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. 2 ed. Petrópolis (RJ): Vozes Ed. UFRGs; 1999. p.292
- LONGINO, H. E. To See Feelingly: Reason, Passion, and Dialogue in Feminist Philosophy. In Donna C. Stanton e A. Stewart (org.) **Feminisms in the academy**, Ann Arbor: The University of Michigan Press, 1995, p.21.
- LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em Saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n 2: 417-25, 2014.
- LOURO, G. L. Currículo, gênero e sexualidade: o “normal”, o “diferente” e o excêntrico”. In: LOURO, G. L.; NCKERL, J. F.; GOELLNER, S.V. **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo** (Orgs). Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 41-52.
- LOURO, G. L. Gênero, história e educação: construção e reconstrução. **Educação e Realidade**, 20(2), 101-132, 1995.
- LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LOURO, G. L. Pedagogias da Sexualidade. In LOURO, Guacira L.(org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- LUCAS, A. C.; PIRES, F. M.; ANDRADE, S. M.; AMORIM, W. A. C.; FISCHER, A. L. Identificação de práticas de gestão voltadas à questão de gênero: um estudo a partir das melhores empresas para você trabalhar. In: **Encontro Anual da ANPAD**, 34. Rio de Janeiro: ANPAD, 2010. p. 25-29.
- MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n 3, p. 508-14, 2006.
- MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, 2013. Disponível em: <http://atheneadigital.net/article/viewFile/v13-n2-matos-ceriotti-deoliveira/11119-pdf-pt>. Acesso em 15/12/2016.
- MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde Interface. **Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 771-780, 2009.
- MEYER, D. E. E. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**. Niterói, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2. sem. 2005.
- MEYER, D. E. E. Abordagens pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In: MEYER, D. E. E.; PARAÍSO, M. A.

(Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação**. 2.ed. Belo Horizonte: Mazza, 2012.

MEYER, D. E. E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n.2, p. 189 - 195, mar./abr. 2002.

MEYER, D. E. E. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G. L; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. N. (org.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.

MEYER, D. E. E. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, Guacira Lopes; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2008.

MEYER, D. E. E. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.1, p.13-18, 2004.

MEYER, D.E. E.; SOARES, R. Modos de ver e de se movimentar pelos “caminhos” da pesquisa pós-estruturalista em educação: o que podemos aprender com – e a partir de – um filme. In: COSTA, M. V.; BUJES, M. I. E. (orgs.). **Caminhos investigativos III**: Riscos e Possibilidades de pesquisar nas fronteiras. Rio de Janeiro: DP&A, 2005, p. 23-44.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2012.

MOR BARAK, M. **Managing diversity**: Toward a globally inclusive workplace. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2011.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Metodologias Feministas e Estudos de Gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, set./dez, 2006.

NICHOLSON, L. Interpretando gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.8,n.2, p.9-42, 2000.

NOLASCO, S. A desconstrução do masculino: uma crítica à análise de gênero. In: **A desconstrução do masculino**. Rio de Janeiro, Rocco, p. 16, 1995.

OAKLEY, J. D. 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.

OLIVEIRA, E. M.; BANDEIRA, L. Representações de gênero e moralidade na prática profissional da enfermagem. In: Anais do 53., **Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Curitiba: ABEn-Pr, 2001, p. 141 – 166.

OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ, 2004.

Organização das Nações Unidas no Brasil (ONU). **ONU Mulheres: Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres**. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia/onumulheres/>. Acesso em 10 junho 2017.

Organização Internacional do Trabalho (OIT). **Key indicators of the labour market**. 6. ed. 2009. Disponível em: <http://www.ilo.org>. Acesso em: 2 set 2016.

Organização Internacional do Trabalho (OIT). **Mulheres no Trabalho: Tendências de 2016**. 2016. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_457096.pdf. Acesso em: 04 mar 2018.

PACKER, M. **The Science of qualitative research**. New York: Cambridge University Press, 2011.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**. V. 40, p. 73-8, 2006.

PEREIRA JÚNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface (Botucatu)**, v. 18, p. 895-908, 2014.

PETERS. M. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença: uma introdução**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PETERSEN, A. T. **Trabalhando no banco: trajetória de mulheres gaúchas desde 1920**. 1999. 384 f. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

PORTES, V. M.; MATOS, I. B. Experiências e Desafios de Mulheres na Gestão: O que diz a Literatura? In: JAESCHKE, J. ; SCHERER, L.; BORGHETTI, R. D. (Org.). **Mulheres: gestão, carreiras e desafios contemporâneos**. 1ed. Cerro Largo: Cerro Largo, 2018, v. 1, p. 148-198.

RAGO, M. Epistemologia Feminista, Gênero e História. In: Pedro, Joana; Grossi, Miriam (orgs.). **Masculino, Feminino, Plural**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v.1 n.2, p. 241-251, 1993.

SANTOS, T. S. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 22, p. 120-156, 2009.

- SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.5, n.8, p.47-60, 2001.
- SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n 10, p. 2635-2644, 2012.
- SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.
- SCOTT, J. W. Experiência. **Falas de Gênero**. Editora Mulheres, Santa Catarina, 1999, p. 21-55.
- SCOTT, J. W. Gender: A useful category of historical analysis. **The American Historical Review**, 91(5), p. 1053-1101, 1986.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Serviços de Saúde**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>. Acesso em: 20 jun 2017.
- SILVEIRA, R. M. H. A entrevista na pesquisa em Educação – uma arena de significados. In: COSTA, M. V. (Org). **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. 2.ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007. p. 117-138.
- SOUSA, A. M. C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **R. Katál., Florianópolis**, v. 17, n. 2, p. 227-234, 2014.
- SOUZA, M. K. B.; TEIXEIRA, C. F. Produção científica sobre gestão de sistemas de saúde: um estudo realizado em espaço Web (1987-2009). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(4), p. 935-944, 2012.
- STREY, M. N. O Gênero e a escolha da profissão. **Psico**, Porto Alegre. v.28, n.1 jan/jun, p.77-96, 1997.
- TORRAO FILHO, A. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. **Cad. Pagu**, Campinas, n.24, p.127-152, 2005.
- VILLELA, W.; MONTEIRO, S.; VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, n.4, p.997-1006, 2009.
- WERMELINGER, M.; MACHADO, M. H.; Maria de Fátima Lobato TAVARES, M. F. L.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSÉS, N. M. N. 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.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro Entrevistas

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Informações sobre a participante:

Identificação numérica:

Idade:

Formação acadêmica:

- | | |
|------------------|-------------------|
| • Graduação: | Ano de conclusão: |
| • Pós-graduação: | Ano de conclusão: |

Tempo no cargo de gerente:

Situação conjugal:

Nº de filhos:

Idade dos filhos:

Raça:

Religião/filiação religiosa:

Filiação político-partidária:

Atuação em organizações/movimentos sociais-sindicais: Qual:

Perguntas:

1. Descreva como foi a sua experiência na gestão em saúde até aqui?
2. Quais as regras que orientam sua atuação na gestão em saúde?
3. Como você enfrenta as dificuldades de impedimentos de origem pessoal-familiar para o exercício da gestão?
4. Quais situações ou aspectos desafiadores/relevantes você salienta diante do fato de ser mulher e ocupar o cargo de gerente distrital?

5. Como acontecem essas situações/manifestações e quem as produz?
6. De que maneira você enfrenta essas situações?
7. Que avanços, retrocessos ou paradoxos você identificaria na triangulação mulher, gestão e saúde?
8. Você quer salientar algo sobre o tema em pauta?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: **Mulheres na Gestão da Saúde: Marcas e Atravessamentos no Contexto de _____**, desenvolvida por Virgínia de Menezes Portes, Mestranda em Saúde Coletiva pela UFRGS, sob orientação da Profª Dra. Izabella Barison Matos. O objetivo é analisar a trajetória de mulheres que ocupam os cargos de gerentes distritais nos serviços de saúde, em um município no Sul do Brasil, a partir de marcas e atravessamentos. Sua participação não é obrigatória e você tem autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e não sofrerá penalização.

O ÔNUS refere-se a certo desconforto no sentido de dispor de tempo (cerca de 30 minutos) para responder perguntas do roteiro da entrevista. Esse material será guardado, durante cinco anos, em *pen drives* pessoais e, depois, serão destruídos. A CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO serão mantidos. Os RISCOS podem ser dimensionados como leves, pois poderá haver mobilização de sentimentos ao resgatar a memória em relação a aspetos de sua trajetória profissional e ou pessoal. Como forma de MINIMIZAR ESTES RISCOS você poderá parar em qualquer momento, podendo retomar em outro momento ou mesmo a não retomar a entrevista.

O BENEFÍCIO DIRETO consiste em contribuir para produção de conhecimento sobre o tema em pauta. Os resultados serão submetidos a eventos científicos e manuscritos a revistas/periódicos qualificados, mantendo-se sigilo dos dados pessoais. Será organizado evento, pelas pesquisadoras em 2018, no município onde a pesquisa será realizada, para que as participantes possam estar presentes e tenham a devolutiva dos resultados.

Em caso de dúvida poderá entrar em contato com as pesquisadoras citadas, pelo telefone (51) 3308-5200, e-mail: virginiaportes@gmail.com e izabmatos@gmail.com, Endereço: Rua São Manoel, 963 (Saúde Coletiva/UFRGS) – Porto Alegre/RS. Em relação à condução ética do estudo, se necessário, contato: Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, Tel: (51) 3308.3738, *E-mail:* etica@propesq.ufrgs.br - Endereço: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317- CEP: 90040-060 – Campus Centro – Porto Alegre/Rio Grande do Sul/Brasil. Da mesma maneira, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, Tel: _____ e cep-

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo da participante: _____

Assinatura: _____

Declaro estar esclarecida sobre os termos e ACEITAÇÃO por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

_____, ____ de _____ de 20____.

Apêndice C – Declaração de Ciência e Concordância da Instituição

Secretaria de Saúde do município _____

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

Com o objetivo de atender exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, eu _____ – representante legal da Secretaria de Saúde do Município de _____ declaro estar ciente e de acordo com o desenvolvimento da pesquisa **“Mulheres na Gestão da Saúde: Marcas e Atravessamentos no Contexto** _____ cujo objetivo é analisar a trajetória de mulheres que ocupam os cargos de gerentes distritais nos serviços de saúde em F _____ a partir de marcas e atravessamentos; que utilizará entrevistas junto às 8 (oito) gestoras _____ como instrumento de produção de dados.

Saliento que os pesquisadores deverão cumprir o que preconiza a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações vigentes.

_____, ____ de _____ de 20____.

Profª Drª Izabella Barison Matos

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura e Carimbo do responsável da Instituição