

2021 Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e Assistência

MULHERES E SAÚDE: AS DIFERENTES FACES DA INSERÇÃO FEMININA NO TRABALHO E NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE



Organização:
Mônica Padilla
Cristiane Gosch
Lisiane Böer Possa
Alcindo Antônio Ferla

OPAS



MULHERES E SAÚDE: AS DIFERENTES FACES DA INSERÇÃO FEMININA NO TRABALHO

Marcia Teixeira (org.), Carolina Aguilar da Costa Nascimento, Isabela Soares Santos, Laís Silveira Costa, Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini, Roberta Gondim de Oliveira, Roseane Maria Corrêa, Simone Santos Oliveira, Sonia Gertner, Vitória Bernades.

Segundo relatório do Fundo de População das Nações Unidas “Covid-19: Um Olhar para Gênero”, 70% dos postos de trabalho da área da saúde no mundo são compostos por mulheres (UNFPA, 2020).

No Brasil, de acordo com dados do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), dos seis milhões de profissionais do setor, 65% são mulheres.

Em áreas como a fonoaudiologia, nutrição e serviço social elas ultrapassam 90% de presença e 80% em enfermagem e psicologia.

Mesmo em profissões historicamente masculinas como na medicina a participação da mulheres tem avançado.

Em 2000 (Censo/IBGE) 64% de Homens 36% de Mulheres

Em 2020 (Scheffer, et al./2020) 53,4% de homens 46,6% Mulheres

Dentre as principais categorias envolvidas no atendimento direto à população (médicos, profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde) 78% são mulheres.

Profissionais de Saúde das Categorias de Medicina, Enfermagem e Atenção Básica em Saúde segundo sexo, no Brasil (2020)

Profissão	Feminino		Masculino		Total Geral	
	N	%	N	%	N	%
Médicos	128.167	47,5	141.743	52,5	269.910	100%
Agentes Comunitários	212.546	77,8	60.808	22,2	273.354	100%
Enfermeiros	294.241	85,2	51.026	14,8	345.267	100%
Técnicos de Enfermagem	613.856	85,3	106.189	14,7	720.045	100%
Auxiliares de Enfermagem	236.985	85,9	38.761	14,1	275.746	100%
Total	1.485.795	78,9	398.527	21,1	1.884.322	100%

Fonte: Hernandes e Vieira (2020), elaborada a partir de IPEA (2020) Atlas do Estado Brasileiro

Ainda persistem...

- ✿ Divisão desigual do trabalho doméstico entre os sexos, que impõem padrões de sono, fragmentados e interrompidos, para a realização das atividades domésticas, em contraposição aos padrões masculinos em geral ininterruptos, o que acaba por repercutir na saúde física e mental. Fenômeno ainda agravado pelo contexto da pandemia.
- ✿ O trabalho produtivo remunerado e o trabalho social realizado pelas mulheres se articulam profundamente e, em geral prejudicam as mulheres, uma vez que o espaço doméstico, não raras vezes, influencia negativamente as oportunidades nas carreiras, as atribuições dos postos de trabalho e seus salários .
- ✿ A situação orçamentária marcada por austeridade no gasto com políticas públicas, mesmo em um contexto pandêmico, tem se traduzido na deterioração dos contratos e das relações de trabalho no campo da saúde. E as repercussões para as trabalhadoras são ainda mais desafiadoras.
- ✿ Até mesmo em relação às categorias profissionais mais bem remuneradas, as mulheres têm menos chances de chegar ao topo salarial e estão nos patamares mais baixos de remuneração no Brasil. Em relação à profissão médica, por exemplo, **80% das profissionais recebem até US\$ 7.175, enquanto 51% dos homens recebem acima desse valor** (SCHEFFER et al., 2020).

A abordagem da Interseccionalidade

- É necessário refletir a partir de novas ferramentas de análise para a compreensão desse contexto e desse modo construir medidas para superar essas assimetrias.
- Um caminho é oferecido pela utilização da abordagem da **interseccionalidade**, que nos permite compreender melhor as desigualdades e a sobreposição de opressões e discriminações existentes em nossa sociedade e que afetam as mulheres no mercado de trabalho.
- Um meio importante para pensarmos sobre as relações sociais de gênero, raça, etnia, diversidade funcional e classe, com o intuito de delinear um quadro, ainda que incompleto, das expressões do trabalho das mulheres na saúde, capaz de contextualizar desafios e construir ações para superá-los.

EXPRESSÕES DA PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES NEGRAS NO TRABALHO EM SAÚDE

- ✿ interseccionalidade é uma sensibilidade analítica que nos permite enxergar discriminações múltiplas que se estruturam nos terrenos sociais, econômicos e políticos. Esses sistemas se sobrepõem, e as mulheres racializadas são posicionadas em um espaço onde o racismo, a classe e o gênero se cruzam.
- ✿ Estudos apontam que a combinação de raça e gênero leva a uma considerável desvantagem desse grupo no que diz respeito à sua forma de inserção no mercado de trabalho e, principalmente, às disparidades de rendimentos.
- ✿ Nesse sentido, o mundo do trabalho está fortemente conectado às estruturas sociais e às percepções de justiça social.
- ✿ Violações de direitos humanos, vistas por uma perspectiva colonial, fazem parte do cotidiano de uma forma naturalizada, como nos alerta Almeida: “O racista é aquele que deixa de contratar alguém mais ou igualmente produtivo por conta de suas preferências irracionais por pessoas que se pareçam física e/ou culturalmente consigo” (2018 p.126).

- ✿ Os aspectos sociodemográficos da equipe de enfermagem apresentam-se com composição majoritariamente feminina e majoritariamente negra, um percentual que atinge 53%, segundo estudos de Machado (2016).
- ✿ Lima (2013) destaca estudos que apontam que a combinação de raça e gênero leva a uma considerável desvantagem desse grupo no que diz respeito à sua forma de inserção no mercado de trabalho e, principalmente, às disparidades de rendimentos. Tal cenário se confirma no caso da enfermagem, que tem a sua formação dentro de um nicho de mercado bem explorado pelas instituições privadas.



A PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES COM DEFICIÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE: da invisibilização a cidadania plena

- ✿ De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 há “17,3 milhões de pessoas com dois anos ou mais de idade que têm deficiência”. Apenas 28,3% das pessoas com deficiência em idade de trabalhar conseguiram vaga no mercado de trabalho, ante à participação de 66,3% daquelas sem deficiência (IBGE, 2020).
- ✿ Os motivos que afastam as pessoas com deficiência do mercado de trabalho são diversos, entre eles as barreiras listadas na Lei Brasileira de Inclusão- LBI (BRASIL, 2015) -
- ✿ Barreira atitudinal, definida na LBI como quaisquer “atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas” que , no mercado de trabalho, se revela a partir da presunção de que as manifestações estigmatizadas da diversidade funcional humana não são compatíveis com a produtividade. Em decorrência, pessoas com deficiência são tradicionalmente tidas como incapazes, frequentemente subestimadas e com sua autonomia cerceada.

- Em 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência dedicou um capítulo ao tema do direito ao trabalho instituindo como “finalidade primordial das políticas públicas de trabalho e emprego promover e garantir condições de acesso e de permanência da pessoa com deficiência no campo de trabalho” (BRASIL, 2015), sendo vedada restrição ou qualquer discriminação por sua condição.
- Há legislações específicas para disciplinar a reserva de mercado para essa população. No setor privado, a lei de Cotas, conforme ficou conhecida a lei nº. 8.213/91. No seu artigo 93, estabelece que empresas com cem ou mais empregados devem preencher de 2% a 5% de seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência.
- No setor público, a lei 8.122 de 1990 institui a reserva de 20% das vagas para essa população, desde que a deficiência seja “compatível” com as atribuições.
- A fiscalização pelo Ministério Público do Trabalho tem significado a única forma de algumas empresas se enquadrarem na legislação. Contudo, incluir é ir além do cumprimento por obrigação, mas de fato oferecer todas as condições para o desenvolvimento do trabalho e da trabalhadora, respeitando a participação das mesmas prevista no lema de luta “nada sobre nós, sem nós”.
- Coletivo Feminista Helen Keller tem a **autonomia econômica** como uma de suas principais pautas.

- Novas barreiras à inclusão dessa população são pontuadas em função da equivocada percepção de que a capacidade diversificada de uma dada pessoa é sinônimo de incapacidade .
- As adaptações necessárias para incluir pessoas (que foram originalmente excluídas das soluções para a vida em sociedade) são entendidas, frequentemente, como um gasto economicamente inviável (BERNARDES et al, 2019).

AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE: MULHERES NA LINHA DE FRENTE DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E PROMOÇÃO DO CUIDADO

- Apesar de inseridas na política nacional de saúde no início da década de 1990, as agentes comunitárias de saúde guardam relação com ocupações e funções que remetem, desde a primeira metade do século 20, a programas de extensão de cobertura que recrutaram trabalhadoras leigas para a área da saúde.
- No final dos anos 1980, foi criado o Programa de Agentes de Saúde do Ceará que se tornou pioneiro no emprego de agentes de saúde em grande escala, com o objetivo de proporcionar condições para que a comunidade cuidasse da própria saúde. A esse objetivo combinou-se a intenção de promover o emprego de mulheres das áreas mais pobres do estado, visando a sua ‘promoção social’.
- A fração da classe trabalhadora que ingressou inicialmente no trabalho de agente comunitário de saúde é determinada por um conjunto de fatores: as poucas exigências formais para a candidatura ao trabalho (saber ler e escrever, ser morador da comunidade em que atua, ter disponibilidade de 40 horas), o contexto de desemprego elevado na década de 1990 e a remuneração base praticada – de um salário mínimo – que representou e representa uma situação diferenciada em contextos de desemprego e aumento de informalidade.

- ✿ Mais recentemente, novas inflexões para a ESF e o trabalho das ACS fortalecem uma perspectiva individualizante do cuidado em saúde e enfraquecem a noção de territorialização da atenção, afastando-se da compreensão da determinação social do processo saúde- doença e da orientação comunitária, balizadoras do trabalho das ACS.

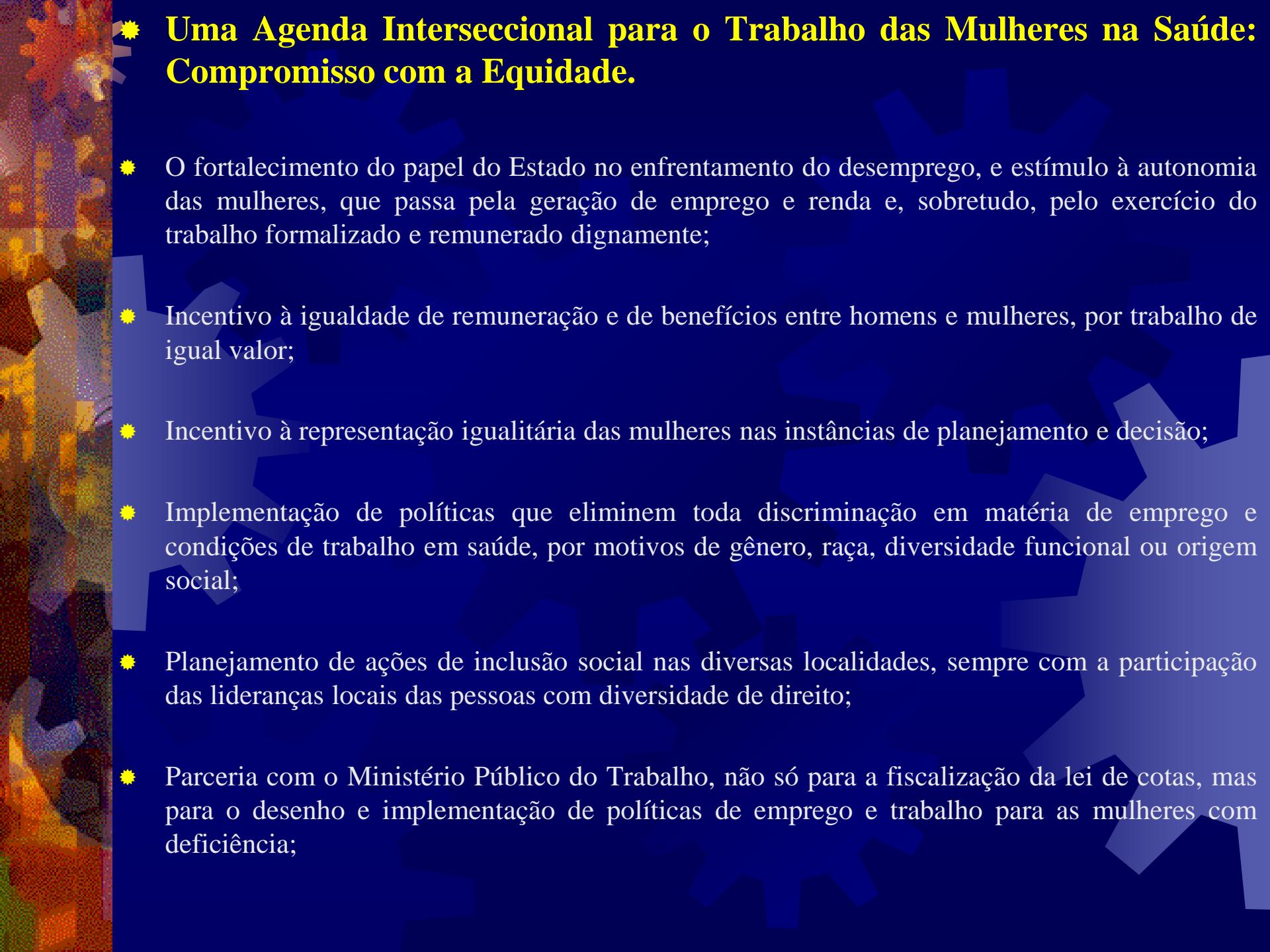
PARTICIPAÇÃO DA MULHER NA PRODUÇÃO DA CIÊNCIA E SAÚDE

De acordo com o Movimento Parente in Science, apoiado em estudo de Machado de 2019, há significativa redução do número de artigos científicos publicados por mulheres nos anos subsequentes ao nascimento de suas crias. Vale ressaltar que informações disponíveis no sítio da Academia Brasileira de Ciências demonstram que apenas 21% dos assentos titulares são ocupados por mulheres, participação essa que declina um pouco quando se consideram todas as afiliações.

Quando analisada a membresia por campo científico, há variações dessa desigualdade que, entretanto, está presente em todas as áreas: nas ciências de saúde as mulheres ocupam 41% dos assentos (e 34% dos titulares); nas biomédicas, 30%; nas biológicas, 36%; e nas ciências sociais ocupam, por sua vez, 38 % dos assentos (ABC sítio da Academia Brasileira de Ciência -2020)

Ainda que as mulheres acessem majoritariamente os programas de pós-graduação de áreas diversas, elas demoram mais para chegar ao topo da carreira

- As evidências da existência de efeitos desiguais sobre a produtividade das cientistas decorrente de gênero, agravadas pelo nascimento de uma criança e pela menor disponibilidade de tempo laboral da profissional caso a criança nasça ou adquira alguma deficiência (reconhecida por lei federal), sugerem que o tema deveria ser contemplado nos critérios de credenciamento, nos editais de pesquisa, na compatibilização das datas da docência com a maternidade em períodos atípicos como o atual, no acesso à orientação de alunas e alunos, na reflexão coletiva e objetiva de como dirimir tais diferenças e injustiças sem ameaçar a produtividade dos programas de pós graduação de saúde.



* **Uma Agenda Interseccional para o Trabalho das Mulheres na Saúde: Compromisso com a Equidade.**

- O fortalecimento do papel do Estado no enfrentamento do desemprego, e estímulo à autonomia das mulheres, que passa pela geração de emprego e renda e, sobretudo, pelo exercício do trabalho formalizado e remunerado dignamente;
- Incentivo à igualdade de remuneração e de benefícios entre homens e mulheres, por trabalho de igual valor;
- Incentivo à representação igualitária das mulheres nas instâncias de planejamento e decisão;
- Implementação de políticas que eliminem toda discriminação em matéria de emprego e condições de trabalho em saúde, por motivos de gênero, raça, diversidade funcional ou origem social;
- Planejamento de ações de inclusão social nas diversas localidades, sempre com a participação das lideranças locais das pessoas com diversidade de direito;
- Parceria com o Ministério Público do Trabalho, não só para a fiscalização da lei de cotas, mas para o desenho e implementação de políticas de emprego e trabalho para as mulheres com deficiência;

- Desenvolvimento de ações para eliminar o uso termos preconceituosos;
- Valorização das contribuições das mulheres na ciência para o SUS;
- Contemplação das questões específicas das mulheres em suas interseccionalidades nos editais de pesquisa, com ampliação do período avaliativo dos currículos;
- ✿ Promoção de campanhas e ciclos de debates sobre a reserva de mercado para trabalhadoras com deficiência, contemplando recorte de raça e classe nos segmentos privados e públicos de saúde visando corrigir distorções;
- ✿ Orientação para que gestores (as) e equipes levem em consideração a sobrecarga das mulheres neste contexto de pandemia e as desigualdades de gênero ao avaliarem sua produção científica.