

Gênero e carreira profissional na Medicina

Tania Steren dos Santos*

1 - Introdução

Nesta pesquisa, é avaliada a influência do gênero sobre a configuração da carreira de médicos e médicas, comparando as respectivas trajetórias profissionais. Parte-se do pressuposto de que, assim como as práticas sociais são sexualizadas, também a inserção no mercado de trabalho e a modalidade de atuação desses profissionais apresentam aspectos peculiares a cada gênero.

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir dos seguintes objetivos: identificação de características diferenciais e peculiares da trajetória de homens e mulheres na Medicina, avaliação de possíveis manifestações de discriminações ou preconceitos quanto ao trabalho da mulher nessa área e as interfaces entre a vida doméstica e profissional.

A profissão médica foi escolhida como objeto de estudo porque, sendo, desde a sua origem, ocupada primordialmente por homens, atualmente apresenta taxas elevadas de feminização, ou seja, verifica-se uma crescente expansão da mão-de-obra feminina em redutos tradicionalmente ocupados por homens.

De acordo com dados coletados na pesquisa coordenada por Machado (1997) em nível nacional, sobre a situação profissional na Medicina, as mulheres representavam, nos anos 40, somente 1% do contingente, o que indica que o processo de feminização realmente tem apresentado uma taxa de crescimento vertiginosa: quase 35% dos profissionais no País, atualmente, são mulheres, e a tendência, de acordo com o número de matrículas por sexo em cursos universitários, é de ainda maior expansão desse percentual. No grupo dos médicos com menos de 30 anos de idade, as mulheres correspondem a aproximadamente 50% da força de trabalho (Machado, 1997, p. 48).¹

Apesar do aumento da presença das mulheres na Medicina, os cargos mais elevados na hierarquia profissional, nas instituições prestadoras de serviços de saúde e nas entidades representativas da categoria, continuam sendo ocupados, na sua grande maioria, por homens, estando concentradas nestes as principais decisões relativas ao exercício da profissão. A temática da dominação torna-se significativa, na medida em que abre espaço à discussão da igualdade de oportunidades para homens e mulheres na ocupação de cargos de liderança.

O levantamento de dados empíricos foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), local no qual se encontra o perfil de profissionais mais adequado à temática principal deste estudo. Foram utilizadas técnicas quantitativas (questionário padronizado) e técnicas qualitativas (entrevista semi-estruturada). Seguindo uma tendência atual e promissora da metodologia em Ciências Sociais, buscou-se interligar ambos os

* Doutora em Sociologia, Professora do Departamento de Sociologia da UFRGS.

¹ Em 1970, as mulheres representavam 11% da profissão médica, na década de 80, passam a 22%, atingindo, na década de 90, 32,7% — o número aumenta nas grandes cidades (36,8%) (Machado, 1997, p. 47). A feminização da profissão médica é um processo que ocorre também em outros países. É interessante comparar essas estatísticas com as do Uruguai, por exemplo, onde as taxas de feminização são ainda mais elevadas: em 1974, os estudantes do sexo feminino representavam 48% do total, passando a constituir um contingente de 63,6% em 1999 (Filardo, 2000, p. 46).

procedimentos, pois isso possibilita uma compreensão mais aprofundada e abrangente do objeto de pesquisa. Foram selecionadas duas amostras, a qualitativa, com 27 entrevistados (12 homens e 15 mulheres), e a quantitativa, composta de 201 profissionais (99 mulheres e 102 homens). Em ambos os casos, procurou-se a maior diversificação possível da amostra em termos de vínculo com o HCPA (professores, contratados e residentes), especialidade, geração e gênero. A população total de médicos e médicas que atuam no HCPA é de 874. A amostra quantitativa está constituída por quase 25% do total, percentagem que, em termos estatísticos, é muito representativa.

2 - Algumas reflexões teóricas sobre gênero

O feminismo propiciou diversos questionamentos a respeito da condição da mulher na nossa sociedade.² A intensificação de movimentos sociais de mulheres no mundo atual tem aumentado o interesse de inúmeros pesquisadores nessa temática, tornando-a um objeto de estudo científico legitimado no meio acadêmico.

A perspectiva de gênero sempre envolve relações sociais, e, portanto, a análise da problemática das mulheres deve ser realizada conjuntamente com a dos homens, pois uma implica o estudo da outra. Noutras palavras, os gêneros são construídos através de processos de interação social, apresentando, dessa forma, um caráter eminentemente relacional e interdependente.

Scott (1995) enfatizou a importância do poder e da dominação simbólica na dinâmica das relações de gênero. Evidentemente, sua ênfase na importância das estruturas de poder sobre a configuração das relações de gênero tem contribuído muito para o enriquecimento da análise dessa questão, mas o privilegiamento da dimensão cultural na sua abordagem precisa de alguns comentários adicionais.

Criticando um dos postulados principais de Scott, a centralidade da construção cultural do gênero, Araújo (2000) afirma que, nessa perspectiva, existe um certo “imperialismo do conceito”, que tem impregnado inúmeras teorias sobre gênero nos últimos anos. Ela lembra que, anteriormente, existia uma vinculação mais direta dessa problemática com a estrutura material e as práticas coletivas dela decorrentes. Como diz a autora, observa-se uma mudança de enfoque com o crescente “descolamento em direção à dimensão simbólica” e a transformação do conceito de gênero em “código cultural de representação”, o qual aparece como “mero efeito discursivo, desvinculado dos contextos sócio-econômicos concretos” (Araújo, 2000, p. 70).

Castro (2000) também critica a perspectiva culturalista, por considerar que ela não leva em consideração as características do sistema social dominante (globalizado, segundo o modelo neoliberal), centralizando a análise somente no discurso e na dimensão simbólica e cultural. Considera que Scott privilegia os elementos superestruturais, sem considerar a importância das relações materiais e a interação dialética entre ambas as instâncias.

O conceito de gênero, do ponto de vista do feminismo marxista, passa a ser concebido como uma categoria social, na qual confluem, ao mesmo tempo, as determinações materiais e as construções simbólicas, rejeitando toda perspectiva centrada no naturalismo biológico.³ É necessário modificar a perspectiva analítica do corpo e das determinações biológicas, concebidas como algo natural, incorporando os aspectos estruturais e culturais.

² Embora o elo comum do feminismo consista na luta por maior igualdade entre os sexos, existem muitas correntes diferentes e, às vezes, conflitivas: feminismo radical, feminismo marxista, feminismo liberal e feminismo pós-estruturalista ou pós-moderno. Ver os textos de Scott (1995), Chinchilla (1982), Vincent (1995), Castro (2000) e Araújo (2000; 2001).

³ Berman comenta os resultados das pesquisas de Bleier, uma médica especialista em neuroanatomia, que “(...) refuta com especial autoridade os argumentos centrados nas pretensas diferenças de sexo herdadas da estrutura do cérebro e da lateralização cerebral. Ela enfatiza a extraordinária plasticidade e receptividade do cérebro humano a estímulos do meio ambiente”. Bleier salienta que não existem diferenças “claramente delineadas” entre homens e mulheres em termos de habilidades verbais ou visual-espaciais (Berman, 1997, p. 245).

Pode-se concluir, então, que as identidades, subjetividades e comportamentos de homens e mulheres foram sendo estruturados ao longo do processo histórico, em sociedades concretas e específicas, portanto, não existe uma essência feminina ou masculina *a priori*. O paradigma histórico-estrutural, ao procurar elucidar a interação dialética entre o meio e a cultura, entre as determinações socioeconômicas e as dimensões institucionais, simbólicas e ideológicas, possibilita uma melhor aproximação dos fatores essenciais e determinantes das peculiaridades de classe, gênero e raça.

De acordo com Breilh (1996, p. 111), gênero “(...) não é uma variável interessante para estratificação, nem é somente um problema conceitual como categoria teórica, ela é fundamentalmente uma perspectiva humana e política para focalizar a luta pela saúde e defesa da vida”. Não é suficiente abordar a questão das representações de gênero e dos direitos das mulheres de forma isolada mas, sim, na sua relação com o contexto histórico-estrutural mais amplo.

A teoria de Pierre Bourdieu também sinaliza um avanço significativo do conhecimento da problemática de gênero. A dominação masculina, temática ricamente explorada por ele, manifesta-se nas coisas objetivas, por exemplo, nas divisões entre os espaços femininos e masculinos e também na conformação dos corpos e mentes dos sujeitos sociais.

A forma como os sujeitos concebem o mundo e desenvolvem determinadas posturas corporais, hábitos e comportamentos é produto dos valores e práticas instituídos pela sociedade no imaginário das crianças, desde a infância, através da socialização. A adaptação ao sistema dominante realiza-se através da classificação e da criação de estereótipos do que é ou não adequado nas formas de agir e representar o mundo de homens e mulheres. Diversos mecanismos são implementados para garantir determinadas formas de comunicação e de interação, e isso se reflete na própria postura e nos gestos dos indivíduos.

Bourdieu considera que o caminho mais eficaz para produzir mudanças reais na situação da mulher, na nossa sociedade, consiste em integrar as lutas feministas às lutas políticas mais amplas. A mobilização política “(...) abriria às mulheres a possibilidade de uma ação coletiva de resistência, orientada no sentido de reformas jurídicas e políticas” (Bourdieu, 1999, p. 5). De acordo com esse autor, as mulheres são alvo privilegiado da discriminação simbólica, e, portanto, torna-se necessária a sua organização em movimentos sociais capazes de questionar as instituições estatais e jurídicas e de lutar pela superação da sua subordinação de gênero. A sua postura sinaliza, assim, uma saída da situação de dominação à qual têm sido submetidas as mulheres ao longo da história, nas diferentes sociedades.⁴

3 - A atuação profissional de médicos e médicas

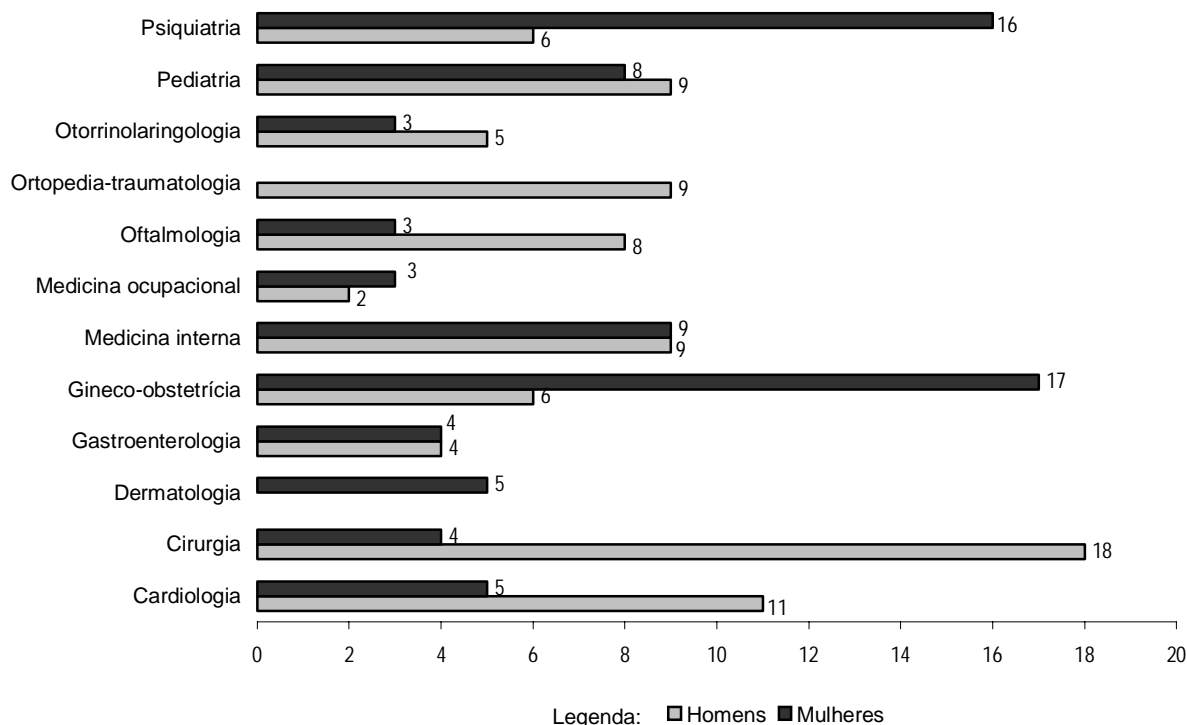
Os dados comprovam a hipótese principal de que o gênero determina a forma como se estrutura a carreira de médicos e médicas. Mesmo numa profissão que apresenta melhores oportunidades de trabalho para as mulheres, foram identificadas trajetórias diferentes para ambos os gêneros. Serão aqui apresentadas algumas das áreas onde ocorrem as disparidades, apontando, ao mesmo tempo, os aspectos nos quais se observa maior similitude.

Em relação às especialidades nas quais estão inseridos os profissionais deste estudo, verificou-se que o gênero é um fator determinante da opção escolhida, pois existem áreas da Medicina que têm um perfil mais feminino, e outras, mais masculino. No Gráfico 1, são apresentadas somente algumas das especialidades mais representativas na amostra.

⁴ As idéias de Bourdieu expostas nos seus últimos escritos comprovam, efetivamente, que seu trabalho teórico e prático foi voltado crescentemente para a superação do rótulo de “teórico da reprodução”.

Gráfico 1

Número de médicos por especialidade, segundo o sexo, no HCPA — 2001



FONTE: Pesquisa de campo **Carreira Profissional e Gênero na Medicina**, realizada para a tese da autora, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2001. Ainda não publicada.

As percentagens de respondentes que compõem algumas das principais especialidades da amostra do HCPA indicam que existe associação entre as variáveis sexo e especialidade. As mulheres são maioria na psiquiatria, na gineco-obstetrícia e na dermatologia; e os homens, na cirurgia, na cardiologia e na ortopedia-traumatologia. Mas, atualmente, é mais comum ver médicas na área cirúrgica ou na cardiologia, por exemplo, e não somente nas áreas consideradas mais “femininas”, como antigamente.

Outro aspecto analisado no total da amostra do HCPA é a distribuição de gênero nas várias áreas de atuação.⁵ É possível observar-se a configuração da divisão sexual do trabalho na qual mulheres e homens parecem se concentrar em espaços predominantemente femininos ou masculinos. Esses resultados podem ser melhor visualizados na Tabela 1.

⁵ Área de atuação são diversas atividades que podem se sobrepor na vida profissional de médicos e médicas: docência, pesquisa, atendimento a pacientes, trabalho administrativo ou burocrático. Número de atividades é trabalho realizado em diversos locais de trabalho, na condição de empregado ou autônomo, ou ambas as situações ao mesmo tempo. A modalidade de inserção delimita o tipo de vínculo do local de trabalho, seja numa instituição pública, seja numa empresa privada, seja no consultório particular, ou seja em várias modalidades ao mesmo tempo.

Tabela 1

Percentual e número de médicos, segundo a área de atuação e o sexo, no HCPA — 2001

ÁREAS DE ATUAÇÃO	MULHERES			HOMENS		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
Docência						
Número	34	63	97	41	61	102
Percentual	35	65	100	40	60	100
Pesquisa						
Número	43	54	97	40	62	102
Percentual	44	56	100	39	61	100
Clínica						
Número	83	14	97	74	28	102
Percentual	86	14	100	72,5	27,5	100
Cirurgia						
Número	26	71	97	41	61	102
Percentual	27	73	100	40	60	100
Administração						
Número	13	84	97	41	61	102
Percentual	13	87	100	18	82	100

FONTE: Pesquisa de campo **Carreira Profissional e Gênero na Medicina**, realizada para a tese da autora, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2001. Ainda não publicada.

Os dados indicam uma tendência a que os homens tenham maior atuação na área do ensino, na cirurgia e na administração, que são as áreas de maior prestígio social, enquanto as mulheres parecem predominar na pesquisa científica e no trabalho clínico junto aos pacientes.⁶ As diferenças de percentagens entre ambos os sexos são maiores na área de clínica e cirurgia.

No início da carreira, o envolvimento com trabalho em plantão é similar em ambos os gêneros, mas, depois do casamento e do nascimento dos primeiros filhos, os homens predominam nesse tipo de trabalho, assim como no atendimento de casos de emergência.

Quanto à modalidade de inserção, as mulheres tendem a instalar consultórios particulares mais tardiamente do que os homens, e, geralmente, a proporção das que alugam e trabalham de forma compartilhada com outros colegas é maior, enquanto os homens tendem a montar consultórios próprios de forma individual.

Foram observadas também outras características diferenciais entre os gêneros: no caso das mulheres, existe uma preferência maior que a dos homens por empregos públicos⁷; os homens apresentam maior tendência ao múltiplo emprego do que as mulheres; e o número de atividades em locais diferentes tende a ser menor entre as mulheres. A distribuição do número de atividades dos profissionais do HCPA pode ser observada na Tabela 2.

⁶ A predominância de mulheres no trabalho clínico indica que elas estão mais presentes nas tarefas cotidianas ambulatoriais. Em alguns casos, as diferenças de percentagens não são muito significativas, como no caso da pesquisa, mas os dados sugerem uma tendência. No caso da cirurgia e do trabalho administrativo, os dados nacionais são semelhantes aos resultados aqui apresentados (Machado, 1997), mas, nas outras áreas, é necessária uma pesquisa mais aprofundada.

⁷ Os fatores que explicam a preferência das mulheres por empregos públicos são: melhores condições de acesso (não se observam discriminações de gênero), maior flexibilidade de horários, salários iguais aos dos homens e estabilidade no emprego.

Tabela 2

Percentual e número de atividades, segundo o sexo dos médicos, no HCPA — 2001

SEXO	NÚMERO DE ATIVIDADES			
	Uma ou Duas	Três	Quatro ou Mais	Total
Mulheres				
Número	66	28	5	99
Percentual	67	28	5	100
Homens				
Número	47	37	18	102
Percentual	46	36	18	100
Total				
Número	113	65	23	201
Percentual	56	32	12	100

FONTE: Pesquisa de campo **Carreira Profissional e Gênero na Medicina**, realizada para a tese da autora, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2001. Ainda não publicada.

NOTA: $\chi^2 = 11,747$; gl 2; p-value = 0,003.

Constata-se que até 88% (56% + 32%) do total de profissionais da amostra exercem de uma a três atividades, sendo pequena a percentagem dos que exercem quatro ou mais de quatro (12%). As estatísticas nacionais indicam resultados semelhantes. Segundo Machado: “(...) o percentual de médicas que exercem até três atividades atinge 80%, enquanto o de médicos é de 73,4%”, sendo, respectivamente, 20% e 26,6% os que exercem mais de três atividades (Machado, 1997, p. 152).

Os dados do HCPA evidenciam que, no grupo dos homens, a proporção dos que exercem “quatro atividades ou mais” (18%) é maior do que no das mulheres (5%); o número de mulheres (67%) que exercem uma ou duas atividades é muito superior ao dos homens (46%). Esses dados coincidem com a tendência nacional de os homens exercerem maior número de atividades do que as mulheres.

O gênero também é uma variável explicativa muito importante para interpretar as disparidades na renda individual. Apesar de, no HCPA, homens e mulheres receberem salários iguais para as mesmas categorias funcionais, encontram-se diferenças de gênero significativas, por estarem aí computadas as remunerações auferidas também em outras fontes.

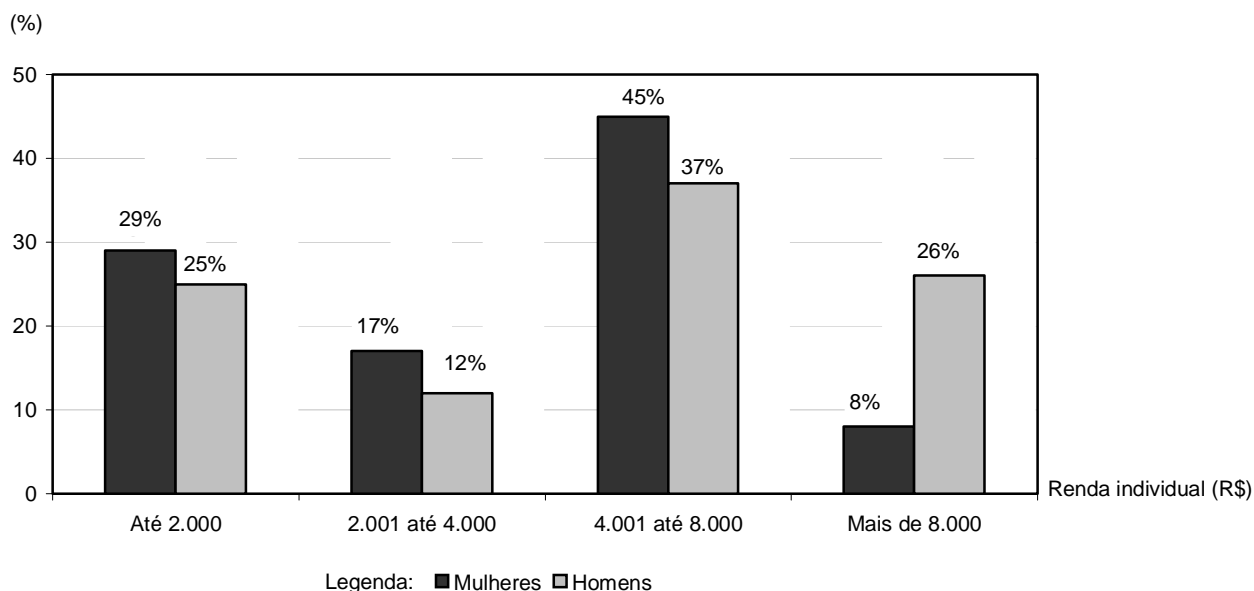
A maior diferença de gênero encontra-se nas rendas superiores, como pode ser observado no Gráfico 2. O teste qui-quadrado indica forte associação entre ambas as variáveis. Verifica-se maior concentração de mulheres nas faixas mais baixas. Entre os que ganham mais de R\$ 8.000, a relação inverte-se, e a predominância é dos homens (nessa faixa, situam-se 8% das mulheres e 26% dos homens). Convém ressaltar que, embora as mulheres trabalhem tanto quanto os homens, enfrentando geralmente a dupla e até a tripla jornada de trabalho; seu salário é considerado, pelo discurso tradicional, como complementar ao do homem. Diversas pesquisas comprovam que, em geral, o trabalho feminino, na nossa sociedade, é menos valorizado e que a remuneração costuma ser menor que a dos homens na mesma função. Os dados sobre renda seguem as características verificadas para as mulheres em todas as pesquisas nacionais.⁸ Foi verificado ademais que,

⁸ Analisando a situação das mulheres em geral, no mercado de trabalho, Oliveira afirma que: “(...) as mulheres estão em diferentes profissões, particularmente nas que exigem destreza manual e que são consideradas guetos femininos de trabalho. Recebem um salário que corresponde, por exemplo, na cidade de São Paulo, a 53% do salário dos homens, embora 27% sejam chefes de família, quebrando o mito de que elas trabalham fora só para ter dinheiro no bolso” (Oliveira, 1999, p. 63).

ainda que as mulheres desenvolvam o mesmo número de atividades que os homens, seus rendimentos são menores, e também foi comprovado que, mesmo trabalhando um número igual de horas, costumam ter menores rendimentos, o que pode ser um indicativo de discriminações e preconceitos no mercado de trabalho.

Gráfico 2

Renda individual, segundo o sexo dos médicos, no HCPA — 2001



FONTE: Pesquisa de campo **Carreira Profissional e Gênero na Medicina**, realizada para a tese da autora, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2001. Ainda não publicada.

No que se refere à participação em eventos científicos, embora as taxas de ambos os gêneros sejam similares, quando se trata de um número menor ou médio de participação, existe uma tendência a que os homens tenham índices mais elevados. Noutras palavras, quanto aos profissionais que participam menos vezes, as percentagens em ambos os gêneros são semelhantes; entretanto, entre aqueles que costumam participar mais freqüentemente existe disparidade de gênero, pois os homens sempre aparecem em maior proporção. Isso pode ser explicado pelo fato de, possivelmente, os homens terem maior disponibilidade para esse tipo de atividade, ao terem maior facilidade de deslocamento e menos encargos domésticos do que as mulheres. É possível que possuam ainda mais condições de se afastar dos compromissos profissionais (as mulheres predominam mais nos empregos assalariados do que os homens, pois estes parecem dar preferência aos consultórios particulares).

Quanto à produção científica, foi observada uma tendência semelhante. Entre os profissionais que apresentam alta taxa de produtividade, a maioria são homens. As mulheres demonstram uma produtividade muito semelhante à dos homens, quando se trata de um nível médio de publicações. Entretanto a desigualdade entre homens e mulheres é muito intensa entre os profissionais de alta produtividade. É interessante analisar o perfil desses profissionais com maior detalhe. Tomando-se o exemplo do número de publicações em revistas da área, indagou-se quais são as características de médicos e médicas de alta produtividade, e elaborou-se um quadro-resumo com o perfil de 40 profissionais (16 mulheres e 24 homens) que publicaram “10 ou mais” artigos nos últimos cinco anos (Quadro 1).

Quadro 1

Perfil dos profissionais médicos de elevada produção científica no HCPA — 2001

VARIÁVEIS	CARACTERÍSTICAS EM AMBOS OS GÊNEROS
Vínculo com o HCPA	Professores(as) da FAMED
Estado civil	Solteiros ou divorciados
Situação de moradia	Moram sozinhos
Filhos	Sem filhos, ou, no máximo, dois
Renda	A maioria tem as rendas mais altas da amostra: mais de R\$ 6.000
Freqüência de empregada doméstica	Todos os dias

FONTE: Pesquisa de campo **Carreira Profissional e Gênero na Medicina**, realizada para a tese da autora, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2001. Ainda não publicada.

Todos os dados comprovam a situação privilegiada dos profissionais de alta produtividade em termos de situação socioeconômica e de acumulação de capital cultural e científico. A maioria deles dispõe de mais tempo e condições financeiras favoráveis para poder dedicar-se a escrever, o que se reverte em melhores índices de produção científica. Apesar de as características desse grupo serem semelhantes em ambos os gêneros, foram identificadas algumas disparidades entre homens e mulheres. Não existe, na amostra, nenhuma mulher que tenha publicado mais de 20 artigos em revistas científicas, mas vários homens indicaram um número muito elevado de publicações: 25, 26, 30 e 40 artigos.⁹ É possível constatar também que a maioria das mulheres se concentra na faixa de 10 publicações.

4 - Interferência da vida doméstica na profissional

A questão da diferença de gênero em relação ao número de atividades, mencionada anteriormente, pode também ser melhor avaliada incluindo-se a variável “número de filhos que moram na mesma residência”, pois apresenta uma disparidade interessante (Gráfico 3).

Tomando-se o caso das mulheres sem filhos, a proporção das que exercem três atividades é de 35%, considerando-se que, nesse grupo, se encontra grande parte das médicas solteiras. A situação muda nas mulheres que têm um filho, pois a percentagem das que exercem três atividades baixa para 18%. Saliente-se

⁹ Neste último caso, buscou-se verificar se é possível que uma pessoa sozinha possa ter um número tão elevado de publicações em cinco anos, e a resposta de diversas fontes é que pode acontecer que o nome de um professor orientador conste como co-autor de trabalhos de alunos ou de outros profissionais.

também que, de toda a amostra de mulheres, nenhuma médica com três ou mais filhos exerce mais de duas atividades, enquanto a percentagem dos homens nessa situação é de 75% (58% mais 17%).

Este último dado é muito importante para comprovar a desigualdade de gênero que se estabelece quando as mulheres têm muitos filhos, pois a maternidade plural parece provocar a redução de suas incumbências profissionais, enquanto a paternidade não parece afetar a vida profissional dos homens, pois eles continuam expandindo seu ritmo de atividades fora do lar. Verifica-se, portanto, que os homens apresentam uma situação mais favorável do que as mulheres em termos profissionais. A paternidade não parece interferir demais no número de atividades, pois se observa que, para os que “não têm filhos” e exercem três atividades, a percentagem é de 27%, e, para os que têm “um filho”, com o mesmo número de atividades, a percentagem passa a ser 45%, o que significa um aumento de 18%, enquanto, no grupo de mulheres, se verificou o contrário, o número de atividades profissionais diminui.

Gráfico 3

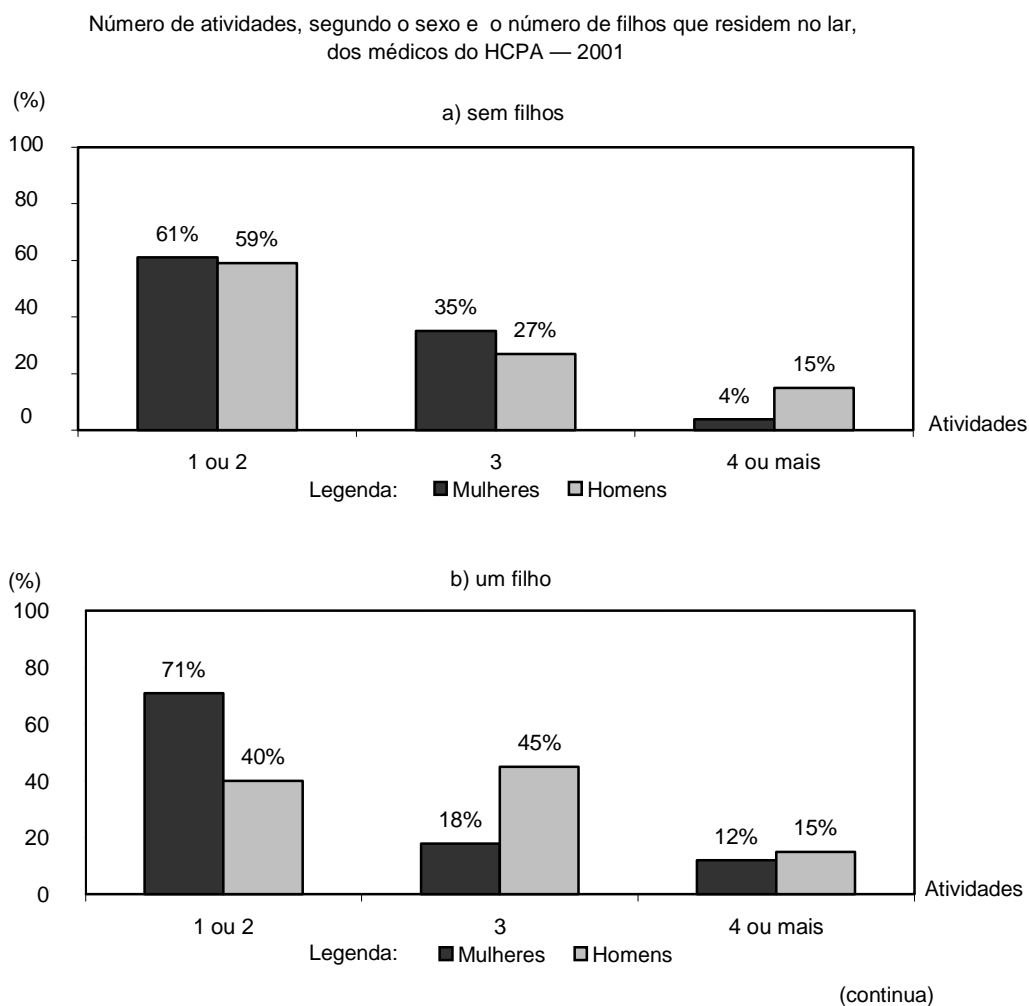
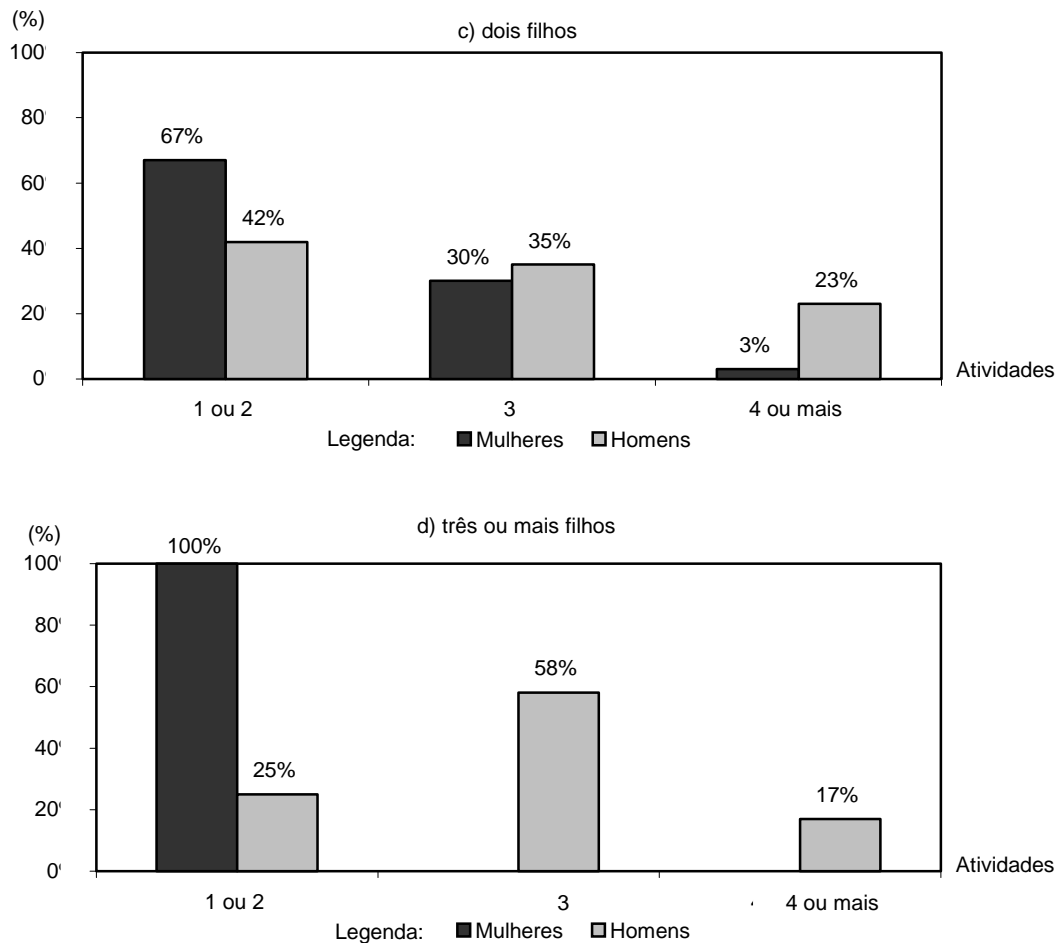


Gráfico 3

Número de atividades, segundo o sexo e o número de filhos que residem no lar, dos médicos do HCPA — 2001



FONTE: Pesquisa de campo **Carreira Profissional e Gênero na Medicina**, realizada para a tese da autora, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2001. Ainda não publicada.

O aumento, no caso dos homens, talvez se explique porque a maioria dos que estão na tabela dos “sem filhos” são médicos residentes, recém-formados e com pouca inserção no mercado de trabalho. Já, no gráfico dos que têm um filho, encontram-se profissionais com um pouco mais de tempo na carreira e, possivelmente, num período de expansão das atividades em várias frentes de trabalho.

Considere-se ademais que, partindo do pressuposto de que um número maior de filhos traz dificuldades adicionais à maior disponibilidade para participar em todos os tipos de eventos científicos, por exemplo, foi possível comprovar que esse tipo de situação interfere de forma mais acentuada na vida profissional das mulheres. À medida que aumenta o número de filhos, a presença das mulheres nos eventos torna-se menor.

O seguinte dado é muito significativo: entre aqueles que freqüentam “cinco ou mais vezes” e que têm “três ou mais filhos” estão 73% dos homens e somente 27% das mulheres.

A maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, a elevação do seu nível educacional e as alterações na estrutura familiar e nos comportamentos sexuais têm modificado as representações relativas ao papel da mulher na sociedade. Entretanto o cuidado dos filhos e os encargos domésticos continuam ainda, majoritariamente, sob sua responsabilidade. As transformações na esfera privada parecem ocorrer de forma mais lenta do que no espaço público.

5 - Poder, hierarquias e discriminações

A dominação masculina institui princípios de diferenciação e distribuição desigual de poder. No campo profissional, isso se manifesta através da construção de diversos mecanismos de valorização do capital acumulado pelos agentes sociais, através dos quais procuram ocupar os lugares privilegiados na hierarquia institucional, aqueles que possibilitam um melhor acesso aos recursos materiais, ao prestígio e ao poder.

Em relação à estrutura de poder, Fonseca (1996a, p. 64) afirma que o gênero determina posições diferenciadas: “(...) as posições dos agentes institucionais na organização hospitalar parecem se estruturar e hierarquizar desde suas posições enquanto sujeitos sexuados, condição que, embora não de forma exclusiva, determina sua inscrição em determinados sistemas de privilégios e hierarquias”.

No que se refere à ocupação de cargos de chefia ou direção no HCPA, é possível observar-se desigualdade entre homens e mulheres, pois o número de mulheres desempenhando esses papéis nos setores das diversas especialidades é muito baixo: de 43 especialidades existentes no hospital, na área médica, somente seis têm mulheres na chefia, ou seja, 14%. As especialidades nas quais estão situadas essas mulheres são as que, tradicionalmente, têm uma maior participação feminina: unidade de gastroenterologia infantil, neurologia pediátrica, psiquiatria infantil e da adolescência, hematologia, anesthesiologia, tratamento da dor e medicina paliativa.

Como se verifica na Tabela 3, os médicos e médicas entrevistados têm percepções diferentes sobre a existência de igualdade de oportunidades para homens e mulheres. Enquanto a maioria dos médicos (76%) acredita haver igualdade de oportunidades na ocupação de cargos entre homens e mulheres, a maioria das médicas (63%) tem opinião contrária. Isso significa, portanto, que as mulheres têm uma percepção muito maior das desigualdades de gênero do que os homens.

É significativo o depoimento de uma médica do HCPA, que afirma ter sido discriminada, ao longo da sua trajetória, pelo fato de ser mulher: “(...) algumas facilidades eu as tive por ter amigos poderosos, e o grande empecilho no impulso da carreira era o sexo, sem dúvida alguma o sexo! Se eu fosse homem, eu teria chegado mais cedo, mais alto, indiscutivelmente!!” (sexo feminino, solteira, 62 anos). Muitas mulheres chegam a posições de destaque, mas com certo “atraso” em relação aos homens.

De alguma forma, a diversidade maior de papéis desempenhados pelas mulheres pode incidir negativamente sobre as condições reais de inserção nas posições mais elevadas da hierarquia médica. Elas, geralmente, demoram mais tempo para ocupar cargos de comando e posições valorizadas pelos pares. Essa questão do “tempo” é analisada também por Heller, a partir da sua pesquisa com mulheres do setor público argentino. Os resultados indicam que a percentagem das que ocupam cargos importantes na hierarquia administrativa é muito baixa, e ela afirma: “(...) comprovamos que as mulheres devem sempre cumprir um requisito a mais que os homens para ascender a cargos superiores”(Heller, 1996, p. XIV).¹⁰ Declara que, mesmo tendo iguais formação educacional e qualificação que os homens, demoram 11 anos ou mais para obter algum cargo de direção.

¹⁰ O estudo foi realizado a partir de dados do Censo de Agentes Públicos (coordenado pelo Instituto Nacional de Administración Pública de Buenos Aires).

Tabela 3

Opinião sobre igualdade de oportunidades na ocupação de cargos, segundo o sexo, dos médicos do HCPA — 2001

SEXO	OPINIÕES					Total
	Concordo Plenamente	Concordo	Sem Opinião	Discordo	Discordo Plenamente	
Mulheres						
Número	12	22	3	57	5	99
Percentual	12	22	3	58	5	100
Homens						
Número	33	43	6	16	2	100
Percentual	33	43	6	16	2	100
Total						
Número	45	65	9	73	7	199
Percentual	23	33	4	37	3	100

FONTE: Pesquisa de campo **Carreira Profissional e Gênero na Medicina**, realizada para a tese da autora, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2001. Ainda não publicada.

NOTA: $\chi^2 = 41,894$; gl 4; p-value = 0,001.

Diante da desconfiança na capacidade feminina de liderança, aparece a idéia de que as mulheres, para conquistar algo, em termos profissionais, na Medicina, precisam comprovar que são mais competentes do que os homens, e isso exige delas uma dedicação muito maior (frise-se que nenhum homem mencionou, durante as entrevistas, esse ponto). Em geral, elas precisam de maiores esforços pessoais e investimento na carreira para ocupar cargos de chefia ou direção:

“Eu acho que as mulheres querem ocupar cargos, mas elas precisam acreditar que podem, mas a gente ainda têm que lutar, porque não é fácil (...) a mulher precisa ser muito melhor que todos os homens para que isso apareça” (sexo feminino, casada, dois filhos, 54 anos).

“Eu fui a única mulher que já chegou a professora titular nesta faculdade de Medicina, eu vi outras mulheres tentarem e nenhuma delas conseguiu!!! Atualmente, têm mulheres esperando concurso e não sai porque têm candidatas fortes mulheres!! Eu fui a única que cheguei lá, digamos assim, tinha que se trabalhar em dobro, tinha que ser muito melhor do que os homens para ocupar o mesmo espaço!!!” (sexo feminino, solteira, 62 anos).

“O número de chefes mulheres é bem menor, e eu acho que elas têm que mostrar muito mais trabalho, elas têm que fazer um trabalho dobrado!! Elas são bem boas!!!” (sexo feminino, casada, dois filhos, 54 anos).

A médica do depoimento a seguir é mais um exemplo de extrema preocupação em ser eficiente e criar uma boa imagem, dedicando-se quase integralmente à profissão: “(...) eu trabalhei 25 anos ali [num pronto-socorro] e eu me sentia com muita obrigação diante das minhas colegas. Eu queria que dissessem que a Doutora X era capaz! A gente sempre deixa um bom rastro para as pessoas que vierem, e talvez até eu tivesse exagerado um pouco!!!” (sexo feminino, viúva, sem filhos, 70 anos).

Num estudo de Puppín (1994, p. 25) com mulheres profissionais, encontra-se também um comentário pertinente relacionado ao conteúdo desse depoimento: “(...) a sensação de estar ‘em exibição’, quando seus menores atos podem ser considerados como sinais-expressão do seu atributo diferencial estigmatizador (no caso, sua própria condição de gênero), se reflete, em inúmeros casos, na preocupação do desempenho exemplar por parte das mulheres”. A autora acrescenta que ocorre então um grande esforço por parte das mulheres para “(...) demonstrar um diferencial de desempenho com relação aos homens” e que essa postura parece ser decorrência das expectativas sociais. Portanto, “(...) a dinâmica da exemplaridade ‘exigida’ socialmente é ‘respondida’ através do comportamento de nossas entrevistadas em termos de um ‘superinvestimento’ na vida profissional”.

Mesmo que ainda hoje muitas mulheres sejam postas à prova para comprovar a sua capacidade, a realidade tem mostrado que elas têm conseguido construir uma imagem de respeito e confiabilidade. As mudanças na profissão médica foram ocorrendo conjuntamente com as transformações histórico-estruturais da nossa sociedade, e as mulheres começaram a emergir como agentes sociais, procurando superar a sua exclusão dos espaços tradicionalmente masculinos. Nesse sentido, elas tendem a adquirir visibilidade e maior valorização das suas aptidões.

As desigualdades de gênero não podem ser explicadas unicamente através da dominação masculina exercida incondicionalmente de forma vertical. É possível questionar a determinação num sentido único, sugerindo que as relações de poder entre homens e mulheres, produzidas pela violência simbólica e incorporadas de forma subliminar na subjetividade, geram, ao mesmo tempo, mecanismos de reação a ela. O poder implica sempre um processo de ação e reação, de interação entre elementos coercitivos e libertários. Na realidade social, sempre existe espaço para a emergência de situações inovadoras capazes de produzir mudanças substanciais nas estruturas de poder (Souza-Lobo, 1991).

Nas relações de gênero, a dominação masculina exerce sua constante ação reprodutora, mas é necessário lembrar que as mulheres têm demonstrado poder de transformação, ao questionarem os vínculos entre homens e mulheres nas várias dimensões da vida social. Ao longo da história, elas têm modificado condutas e valores, através de diversas formas de resistência, e, nesse sentido, elas têm se transformado numa categoria social importante.

6 - Considerações finais

Alguns dos principais achados deste estudo apontam as seguintes conclusões:

- a) o gênero determina as características da trajetória profissional de homens e mulheres na Medicina, existindo variações na forma como se estruturam as respectivas carreiras. Ou seja, as relações diferenciais com o mundo do trabalho e com a vida doméstica produzem a cristalização de trajetórias diferentes, mesmo que paralelas, entre homens e mulheres;
- b) as mulheres médicas, em geral, deparam-se com maiores obstáculos, sentem mais discriminação e desvalorização do seu trabalho do que os homens médicos, precisando investir maiores esforços para comprovar sua competência;
- c) as mulheres parecem enfrentar maior interferência da vida doméstica na vida profissional do que os homens. Para as médicas, o fator **tempo disponível** para as atividades profissionais é menor que para os médicos, e isso prejudica a sua produção científica e a participação em eventos, observando-se também que elas parecem obter títulos em nível de pós-graduação mais tardiamente; e
- d) a distribuição de poder na Medicina segue padrões de discriminação de gênero, de modo que os cargos mais importantes na hierarquia profissional são ocupados, principalmente, por homens, constatando-se maior dificuldade de acesso para as mulheres.

As mulheres parecem enfrentar maiores obstáculos e discriminações no mundo do trabalho do que os homens, precisando demonstrar maior eficiência para serem reconhecidas como profissionais. O capital

cultural acumulado pelas mulheres, para se impor no campo econômico e no mercado de bens simbólicos, requer estratégias adicionais. Ao mesmo tempo, elas precisam de maiores esforços para tentar conciliar os diversos papéis sociais. As mulheres enfrentam maiores dificuldades para se dedicarem à profissão, pelo fato de estarem mais envolvidas com encargos domésticos que os homens e por enfrentarem maiores intercorrências oriundas do seu ciclo vital.

As fronteiras entre a vida profissional e a doméstica parecem ser mais indefinidas no caso das mulheres. Sua prática e seu discurso evidenciam uma necessidade maior de compatibilização entre ambas as esferas, estando mais voltadas para os problemas decorrentes da interferência da vida familiar na profissional. Nos homens, apareceu, ao contrário, a preocupação em evitar que as responsabilidades profissionais possam interferir demais na vida familiar.

Os dados da pesquisa também comprovam que, depois de um período mais lento de evolução na carreira, para se dedicarem ao cuidado dos filhos menores, as mulheres retomam a sua formação acadêmica com mais disposição e buscam concluir seu mestrado ou doutorado quando os filhos já entraram na adolescência. Observa-se também sua maior preocupação com a produção científica e com a participação em eventos nesse período.

Ao analisar-se a questão gênero-poder, viu-se que, para as mulheres, existem maiores obstáculos para ocupar cargos de responsabilidade, pois tradicionalmente estes têm sido reduto quase exclusivo dos homens. A percepção da desigualdade de oportunidades na ocupação desses cargos é muito mais abrangente nas mulheres do que nos homens.

A sociedade patriarcal reforça as disparidades através de uma visão polarizada das relações de gênero: um elemento superior e outro inferior, um dominante e outro subordinado. As mulheres desempenham um papel secundário e inferior nessa visão, e isso se reflete tanto no âmbito público quanto no privado. As relações sociais tornam-se, em suma, sexualmente hierarquizadas, modelando os comportamentos e as representações a partir do referencial masculino.

A luta pela equidade de gênero, em termos de cidadania e no âmbito doméstico, indica um novo padrão de relacionamento entre homens e mulheres na nossa sociedade, algo próximo ao que Anthony Giddens (1993) denominou como “democratização da esfera privada” e “nova intimidade”. Ela representa formas alternativas de organização das relações de trabalho e da vida familiar, nas quais a distribuição de tarefas e responsabilidades passa a ser entendida como um dever de todos. Isso implica que homens e mulheres melhorem a qualidade dos seus relacionamentos interpessoais, evidentemente num contexto onde suas necessidades materiais e espirituais encontrem a necessária satisfação.

As transformações no âmbito doméstico parecem ser mais lentas que no campo profissional, devido a *habitus* de gênero (disposições adquiridas, conforme definição bourdiana) cristalizados nos comportamentos e nas representações de homens e mulheres. Nas relações familiares, continua existindo uma diferenciação entre as responsabilidades consideradas mais femininas ou masculinas. A maior parte dos encargos domésticos permanece sob responsabilidade das mulheres. No entanto, novas relações de gênero são socialmente construídas através de mudanças nos *habitus*, e isso implica a superação de hierarquias e práticas discriminatórias. Muitos homens procuram escapar do papel tradicional para o qual foram designados, buscando redefinir suas atribuições e estabelecer relações mais eqüitativas com as mulheres tanto na vida privada quanto na esfera profissional. Quotidianamente, surgem relações de gênero mais igualitárias, principalmente nas gerações mais jovens.

As diferenças de trajetórias que emergiram dos dados aqui apresentados podem ser o reflexo da maneira como homens e mulheres foram socializados e da reprodução de práticas discriminatórias, mas não se trata de determinações naturais, biologizadas. Isso significa que, à medida que a educação e os padrões comportamentais de homens e mulheres se transformam, a divisão sexual do trabalho e as relações entre os gêneros podem operar uma mudança de rumo, no sentido de uma maior equidade.

Referências

- ARAÚJO, Clara. Marxismo, feminismo e o enfoque de gênero. **Crítica Marxista**, São Paulo, n.11, out. 2000. p. 65-70.
- _____. Marxismo e feminismo, tensões e encontros de utopias atuais. **Presença da Mulher**, São Paulo, ano 13, fev. 2001. p. 1-15.
- BERMAN, R. Do dualismo de Aristoteles à dialética materialista: a transformação feminista da ciência da sociedade. In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1997.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- BREILH, Jaime. **El genero entrefuegos**: inequidad y esperanza. Quito: CEAS, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1996.
- CASTRO, Mary Garcia. Marxismo, feminismos e feminismo marxista — mais que um gênero em tempos neoliberais. **Crítica Marxista**, São Paulo, n. 11, out. 2000. p. 98-108.
- CHINCHILLA, Norma Stoltz. Ideologías del feminismo: liberal, radical y marxista. In: LEON, Magdalena (Org.). **Sociedade, subordinación y feminismo**: debates sobre la mujer en América Latina y el Caribe. Bogotá: Magdalena Leon: ACEP, 1982. p. 215-238.
- FILARDO, Verónica. Género y jubilación: el caso de la profesión médica. **Revista de Ciências Sociais**. Género y desigualdades sociales, Alain Touraine en la Universidad. Montevideo, n. 18, sep. 2000. p. 41-55.
- FONSECA, Tania Mara Galli. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, R. (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996a. p. 63-75.
- GALEAZZI, Irene M. S. Mulheres trabalhadoras: a chefia da família e os condicionantes de gênero. In: GALEAZZI, Irene M. S. (Org.). **Mulher e trabalho**. Porto Alegre: FEE, 2001. p. 61-68. (Publicação especial do convênio da Pesquisa de Emprego-Desemprego na Região Metropolitana de Porto Alegre (PED-RMPA)).
- GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP, 1993.
- HELLER, Lidia. **Por que llegan las que llegan**. Buenos Aires: Feminaria, 1996.
- MACHADO, Maria Helena (Org.). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- _____. (Coord.) **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. **A mulher, a sexualidade e o trabalho**. São Paulo: CUT/HUCITEC, 1999.
- PUPPIN, Andréa. Mulheres em cargos de comando. In: BRUSCHINI, Cristina; SORJ, Bila (Org.). **Novos olhares**: mulheres e relações de gênero no Brasil. São Paulo: Marco Zero: Fundação Carlos Chagas, 1994. p. 13-35.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SOUZA-LOBO, Elisabeth. **A classe operária tem dois sexos**: trabalho, dominação e resistência. São Paulo: Brasiliense, 1991.

VINCENT, Andrew. Feminismo. In: _____. **Ideologias políticas modernas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 175-208.