

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA & TECNOLÓGICA
EM SAÚDE - ICTS**

**ABORDAGEM DE GÊNERO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE-
SEMPENHO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO HCR**

SARA WAINBERG

Orientadora: Lisiane Boer Possa

Porto Alegre, setembro de 2005.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	5
2.1 Hospital: origens e trajetória histórica.....	5
2.2 A profissionalização da Enfermagem e o processo de avaliação de desempenho	10
2.3 O gênero e a Enfermagem como espaço feminino	17
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
3.1 Objetivos.....	23
3.2 Modo de investigação	23
3.3 Coleta e análise de dados.....	25
4 CRONOGRAMA	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	31

1 INTRODUÇÃO

O trabalho desempenha uma função essencial na vida dos sujeitos, não só pelo fato de ser fonte de seu sustento, mas também pela possibilidade de proporcionar realização pessoal. Assim, a atividade profissional não deve ser considerada somente como um modo de ganhar a vida. É, também, uma forma de inserção social, onde os aspectos psíquicos estão fortemente implicados. O trabalho pode ser um fator de deterioração, de envelhecimento e de doenças graves; todavia, pode constituir-se, também, em um fator de equilíbrio e de desenvolvimento.

Maria Juracy Siqueira (1997) comenta que a experiência e o conhecimento socialmente produzidos e acumulados ao longo da história, pelas gerações precedentes são apropriados pelos sujeitos através das relações sociais, que lhes fornecem os recursos mediadores das ações humanas. Nesse contexto, a criança apropria-se do saber socialmente produzido através de ações partilhadas com os outros, incorporando as significações a elas atribuídas e modificando-as conforme sua vivência singular. Assim, na evolução das sociedades, os homens foram elaborando projetos, convenções, signos, como forma de registrar e transmitir determinadas informações no processo de trabalho.

No interior do hospital contemporâneo, ocorre uma visível divisão sexual de tarefas. A profissionalização progressiva da Enfermagem culmina na definição social desse espaço como-feminino, no qual se enumera uma força de trabalho que alcança mais de 90% das mulheres (Tânia Mara Fonseca, 1996). Em relação à Enfermagem, de fato, em todo o mundo, as mulheres constituem o contingente mais numeroso de pessoas envolvidas nessa atividade, bem como nas demais atividades de cuidado e atenção à saúde. O fenômeno de ‘feminilização’ da Enfermagem, ou de um encaminhamento seletivo das mulheres para essa atividade, é explicado como resultante do processo de tipificação sexual dos papéis considerados apropriados cultural e socialmente à mulher, transmitido através do processo de socialização. Apesar desse estudo estar dirigido a auxiliares de Enfermagem, a expressão Enfermagem será utilizada como área e profissão, englo-

bando auxiliares, atendentes, técnicos e graduados, ou seja, todos aqueles profissionais responsáveis pelo cuidado e atenção à saúde no interior do hospital.

A maioria dos trabalhos acadêmicos conduzidos dentro de linhas de pesquisa sobre as relações de gênero na área de Enfermagem tem privilegiado apenas o enfoque de trabalhadoras mulheres. Esse trabalho, em contrapartida, tem como objetivo analisar se a questão gênero influencia no processo de avaliação de desempenho do auxiliar de enfermagem em uma profissão socialmente feminilizada. Acredita-se que a importância de construir um estudo centrado na compreensão das experiências e vivências dos trabalhadores é mais uma tentativa de contribuir para os estudos acerca das construções de gênero em espaços socialmente definidos como femininos/masculinos, além de gerar informações pertinentes para a construção de um novo modelo de avaliação de desempenho do Grupo Hospital Conceição, que culmina como um sistema de informações dos trabalhadores e dos processos de trabalho, sendo que se propõe a inserção da categoria gênero a partir do conhecimento científico no âmbito das redes sociais no trabalho hospitalar. Considerando que a avaliação de desempenho culmina num sistema de informação que busca sistematizar os processos de trabalho de cada um dos trabalhadores, suas suficiências e insuficiências, considera-se que as relações de gênero precisam ser explicitadas, para a construção de reflexões críticas a cerca dos poderes/saberes/fazer.

Sendo assim, a construção do objeto de pesquisa teve início com o acompanhamento do trabalho diário do pessoal de Enfermagem do HCR, por meio da experiência profissional como psicóloga na Gerência de Recursos Humanos de um hospital geral, integrante do Complexo Hospitalar GHC . Surgiam, no cotidiano, questões mobilizadoras para o direcionamento deste estudo, devido ao processo de reformulação da avaliação de desempenho atual da instituição. Partindo-se dessas considerações, procurou-se, no levantamento bibliográfico, fundamentar teoricamente as temáticas envolvidas na construção do objeto de pesquisa.

O primeiro capítulo descortina as origens e a trajetória histórica do hospital contemporâneo, onde trata do hospital como instituição de trabalho, seu desenvolvimento ao longo da história, até construir as características que atualmente tem na sociedade. O segundo capítulo fala da

profissionalização da Enfermagem, mostrando a trajetória da constituição dessa profissão, desde seus primórdios até sua oficialização no Brasil e a avaliação de desempenho como sistema de informação que busca avaliar esse processo de trabalho. O terceiro capítulo aborda o gênero como categoria analítica, discutindo as relações que se constroem no interior do hospital, considerando-se a Enfermagem como um espaço socialmente definido como feminino.

No trabalho há divisão social dos seres humanos e por toda a história dos hospitais fica evidente essa separação e que apresentam espaços diferentes de poder. Ao analisar a questão gênero fica visível a distinção masculina e feminina na divisão do trabalho, inclusive na área hospitalar.

Ao refletir sobre o modelo de avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem, que sintetiza as informações referentes ao trabalho de cada um dos indivíduos, aponta-se a necessidade de analisar o quanto à questão gênero é considerado sobre uma perspectiva de construção cultural e resultante das relações estabelecidas ou vista como dado da “natureza” dos indivíduos. Ao transformá-lo em natural, se justifica e se mantêm as relações de poder, de dominação e de diferenciação dos sexos existentes e ignora-se a influencia nos processos de avaliação, e nas informações sistematizadas, não possibilitando a geração de novas formas de pensar e novas consciências de gestão pública.

As organizações estão utilizando novos modelos de gestão de avaliação que privilegiam estruturas orgânicas e flexíveis, bem como culturas participativas e democráticas, para um melhor aproveitamento da tecnologia e do fluxo de informações. Assim sendo, as organizações vêm cada vez mais utilizando a tecnologia da informação, no caso em questão, a avaliação de desempenho, como ferramenta de produção, com impactos importantes e positivos nas suas metas, integrando-se aos princípios que norteiam a organização nos diversos sentidos: institucionais, equipes de saúde e individuais. Esse sistema de informações deve melhorar o desempenho do elemento humano e da própria organização, e nesse sentido pode configurar-se como um dispositivo que explicita as relações de gêneros existentes.

Tendo em vista pesquisa recentemente realizada na área da enfermagem pela autora deste trabalho, percebeu-se que os homens sentem-se mais valorizados em sua inserção na equipe e no hospital, pelo fato de serem do sexo masculino, apresentando atributos próprios que se evidenciam no ambiente de trabalho majoritariamente feminino.

Levando em conta que outros estudos já apontaram que as características consideradas “natas” dadas como naturais para o sexo feminino e masculino, interferem na divisão do trabalho em saúde e em especial para definir o trabalho de enfermagem como tipicamente feminino, e por outro lado, as mesmas características masculinas também foram consideradas como relevantes para a valorização do trabalho dos auxiliares de enfermagem homens, a indagação que se coloca é se a avaliação de desempenho dos trabalhadores de enfermagem e as informações que a sintetizam, influenciam ou consideram a questão gênero e a divisão masculina/feminina na enfermagem?

Adota-se o pressuposto que o gênero é culturalmente produzido na nossa sociedade e que se evidencia uma distinção dos papéis femininos e masculinos nos processos de trabalho. Isso leva a implicações na avaliação das pessoas que trabalham na enfermagem, trazendo a reflexão explícita dessa distinção, busca-se contribuir para superar relações de poder e dominação historicamente existentes entre homens e mulheres e revelar informações implícitas decorrentes dessas distinções.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Hospital: origens e trajetória histórica

As origens do hospital e suas transformações têm sido objeto de estudo de diferentes autores. Já existia na Grécia e Roma antigas, onde os templos criados para homenagear deuses serviam de abrigo aos pobres, velhos e enfermos. Há registros de hospedarias, hospitais e hospícios em países como China, Ceilão e Egito, antes e depois de Cristo, onde pessoas caridosas patrocinavam e cuidavam de quem necessitasse de qualquer tipo de auxílio.

Na Idade Média, o hospital passou a adquirir novas conformações e missões. As crescentes mudanças econômicas e sociais trazidas com o mercantilismo impuseram, gradativamente, alterações nos hospitais ocidentais em resposta às necessidades e exigências geradas pelas novas políticas econômicas e sociais das nações européias. Foram estabelecidas leis e posturas de caráter coletivo, criando hospitais gerais e dispensários para, dentro de limites toleráveis, deter as epidemias, cujos principais financiadores e interessados eram os negociantes, os mercadores e os novos ricos, que se sentiam ameaçados, tanto nos negócios como em suas próprias vidas, na avaliação de Miceli (1992).

De acordo com Foucault (1993b), o personagem típico do hospital, até o século XVIII, não era o doente que era preciso curar, mas o pobre que estava morrendo. O hospital era visto como um local para se morrer, um morredouro onde as pessoas doentes recebiam atendimento físico, material e espiritual e eram separadas da população em geral, por serem perigosas à saúde, da população em geral. O pessoal que cuidava dos pacientes não visava à cura das enfermidades, mas à salvação, tanto dos moribundos quanto a própria, por se tratar de uma obra caritativa, que garantia a salvação de suas almas.

O que mobilizou uma mudança do paradigma do hospital foi, antes de tudo, a necessidade de eliminar os efeitos negativos, as desordens provocadas pela concentração de doentes. Foi constatado que o hospital, ao invés de ser um local de tratamento, era um local de transmissão de doenças, entre as próprias pessoas internadas e para a população das cidades que o circundavam. As mudanças foram iniciadas nos hospitais militares e marítimos, através da introdução de um regime disciplinar, definido por Foucault (1993b) como uma das grandes invenções do século XVIII. O autor entendia o poder disciplinar como uma técnica de gestão do homem para controlar suas multiplicidades e utilizá-las ao máximo no seu trabalho, graças a um regime de poder suscetível de controlá-las. As reformas se fizeram a partir de um reordenamento administrativo e político, com mudanças na sua estrutura e poder: o hospital militar, por exemplo, perante o investimento no adestramento do soldado – e conseqüente valorização do seu corpo –, buscou sua cura e recuperação sempre que doente ou ferido, bem como outras medidas que impedissem sua deserção, quando da hospitalização ou retardo no retorno às suas atividades.

Ao final do século XVIII e início do século XIX, num contexto de transformações sociais, a burguesia definiu-se como classe dominante, especialmente na Inglaterra, verificando-se grandes transformações nas práticas de assistência à saúde da população. Assistiu-se, no hospital disciplinado, medicalizado e tido como um local terapêutico, uma reorganização administrativa em que o topo da hierarquia, até então ocupado pelo pessoal religioso, passou a ser preenchido pelo médico, o novo detentor do saber especializado requerido pela instituição.

Analisando a institucionalização do trabalho médico nos hospitais, Denise Elvira Pires (1989) considera que as transformações das relações de trabalho, com a conseqüente imposição da Medicina, elevou os médicos ao papel de legítimos representantes desta ciência, passando eles a exercerem o poder e o controle no processo de trabalho. Desta forma, aos enfermeiros, quer fossem religiosos ou leigos treinados, assim como aos boticários, ficou a incumbência de desempenhar tarefas de apoio, subordinadas dentro de uma ação de saúde coletiva. Ao médico, designou-se etimologia, a sintomatologia e a evolução das doenças, sendo delegado à Enfermagem a aplicação dos medicamentos e os cuidados básicos ao doente e aos boticários, o controle e a manipulação dos medicamentos.

Somente após a redução sensível da mortalidade por infecções e à medida que alojamentos diferenciados foram instalados é que as pessoas ricas e remediadas passaram a utilizar o hospital como local terapêutico. Porém, somente a partir da metade do século XX, com a produção industrial de equipamentos e quimioterápicos, é que o hospital assumiu novas características e novas missões, próprias do hospital contemporâneo. Assim, mudaram, com o tempo, suas características, sua finalidade, sua administração, seus sujeitos, seus instrumentos e processos de trabalho. Entre as décadas de 30 e 50 do século XX, ocorreu a transferência da morte para o hospital, como uma missão quase exclusiva. Além disso, o hospital contemporâneo, empenhado em fazer viver os ameaçados pela morte, tem outras missões, entre elas a de adiá-la, torná-la indolor e ocultá-la, pois “não se trata de recuperar o doente, mas de interditar a morte, de adiá-la, medicalizando-a (Ribeiro, 1993. p. 28). Desta forma, aos poucos se definiram as muitas missões do hospital contemporâneo: algumas explícitas, de caráter meritório e de grande relevância social; outras, implícitas, reproduzindo as formas e os modos de produzir de cada sociedade.

As instituições¹ funcionam como mediadoras e reguladoras da sociedade como um todo e, deste modo, reproduzem sua lógica e seus interesses. Transformam-se em conjunto com a sociedade e adequam-se constantemente aos interesses do Estado e do poder ideológico, político, econômico vigente em um dado momento histórico. A sociedade e as instituições se influenciam reciprocamente, de forma permanente; cumprem um papel construído na sociedade e funcionam como mediadoras dos processos sociais e como forças organizadoras da sociedade (Antunes, 1991). Segundo Gareth Morgan (1996), as relações que se dão no interior das instituições reproduzem fortemente a relação da sociedade de classes e preparam os indivíduos para sua melhor adequação às necessidades do sistema capitalista, tornando-se, ao mesmo tempo, reproduzoras de valores e símbolos sociais. Assim, através das diversas instituições, nas quais os indivíduos se relacionam durante sua trajetória de vida, constroem-se sujeitos adequados ao sistema.

¹ O termo instituição é definido, no dicionário, como qualquer complexo integrado por idéias, padrões de comportamento, relações inter-humanas e, muitas vezes, um equipamento material, organizado em torno de um interesse socialmente reconhecido (Henriette Michaelis, 2002). Já Georges Lapassade (1983), um dos autores clássicos em Psicologia Institucional, define instituições tanto como grupos sociais oficiais (empresas, escolas, sindicatos, etc.) quanto como o sistema de regras em si, que determinam a vida desses grupos.

Segundo Ribeiro (1993), o hospital, como uma oficina de consertos, num processo contínuo, consome outras coisas que o fazem uma instituição complexa, sendo um local privilegiado, onde essas e outras mercadorias, principalmente as de maior valor de uso e conseqüentemente de troca – entre elas o trabalho – podem ser vendidas. Na perspectiva de Marta Júlia Lopes (1995), o aparecimento, a evidencialização e a possibilidade de tratamento de novas doenças contribuíram para uma complexificação do hospital, gerando uma interdependência dos profissionais nessas instituições. Por isso o hospital é um dos ambientes mais adequados para se observar a segregação das atividades da área de saúde, uma vez que, com o aumento da complexidade das funções há a emergência de novas e múltiplas profissões, bem como de novas atividades para os profissionais. Esses fatores, em conjunto, introduzem novos processos no ambiente hospitalar, que, por sua complexidade, necessitam de ações coletivas, abrindo espaço para manifestações de diversidades e disputas profissionais.

O hospital, em sua estrutura moderna de organização, busca a eficiência e a competência, por meio da divisão racional do trabalho. Ainda, utiliza a hierarquia para viabilizar o exercício da racionalidade no processo administrativo. Portanto, o exercício da autoridade, com base no saber, reveste-se de um caráter racional. Esta característica, comum a todo sistema social administrado segundo critérios racionais e hierárquicos, configura, na perspectiva de Maria Auxiliadora Trevizan (1988), o hospital como uma organização burocrática.

O termo burocracia pode ser utilizado em vários sentidos e o seu emprego no âmbito popular está relacionado às características do modo de gestão burocrático, como a obediência estrita a normas e regulamentos que, por sua vez, podem tornar as tarefas administrativas prolongadas, complicadas e até mesmo ineficientes, ao menos do ponto de vista do usuário do serviço. Assim Jean-François Chanlat (1996) descreve a organização burocrática como aquela instituição que se caracteriza por uma organização do trabalho extremamente rígida e verticalizada, com difícil comunicação entre os níveis hierárquicos, atividades rotineiras e monótonas e falta de motivação entre os trabalhadores, entre outros fatores. Para o autor, além dessas características, o modo de gestão burocrático também se caracteriza por uma regulamentação escrita onipresente, grande importância conferida aos especialistas e técnicos, controles muito sofisticados, centralização do

poder, autonomia relativamente fraca para os patamares inferiores e um direito de expressão muito limitado.

O hospital, ao incorporar significativas mudanças, vem transformando, cada vez mais, suas características de “ofício” em “processo tecnológico de trabalho”. Apesar da decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas, esta é acompanhada de uma integração, por meio de uma hierarquia de profissionais e serviços que se constitui no fundamento da produtividade do setor, mas dependendo substancialmente, ainda, do conhecimento e da destreza do trabalhador (Ana Maria Pitta, 1994).

Enquanto espaço de trabalho, o hospital incorporou as modificações introduzidas nos processos produtivos de modo geral. A organização do trabalho, ou seja, as jornadas prolongadas, os ritmos acelerados, a pressão claramente autoritária e repressora em decorrência de uma hierarquia rígida e verticalizada, a inexistência ou exigüidade de pausas para descanso ao longo das jornadas, a perda do controle sobre a execução do trabalho, a alienação do trabalho e do trabalhador, a fragmentação de tarefas e a desqualificação do trabalho realizado e, conseqüentemente de quem o realiza, são alguns elementos presentes no trabalho hospitalar, fáceis de serem identificados na gênese do sofrimento psíquico.

São várias as categorias profissionais que exercem atividades no interior dos hospitais. A Medicina e suas técnicas preenchem, sistematicamente, os espaços e determinam formas de relação e divisão do trabalho, no interior do hospital. Como resultante de inovações técnico-científicas, a especialização tem se tornado uma forma de divisão do trabalho, gerando a conseqüente dependência entre as especialidades. Por outro lado, apesar da dinâmica incorporação de novas tecnologias à área de assistência à saúde, tal dinamismo não se tem traduzido por economia de força de trabalho, mantendo-se o setor como, essencialmente, de trabalho intensivo.

2.2 A profissionalização da Enfermagem e o processo de avaliação de desempenho

O trabalho possui a capacidade de produzir relações entre os homens. Pelo fato de estar vinculado ao social através de uma atividade produtiva, o indivíduo adquire reconhecimento como sujeito social. Codo (1995, p.56) comenta que “a vida dos homens não deve ser reduzida apenas ao trabalho, mas, por outro lado, não pode ser compreendida em sua ausência”. Nesse sentido, o trabalho aparece como um operador fundamental na própria construção do sujeito, constituindo-se num espaço de construção de sentido, de conquista, de identidade, de continuidade e historicização do sujeito (Christophe Dejours e Elisabeth Abdoucheli, 1994).

O trabalho, como atividade econômica “só apareceu na história do mundo no dia em que os homens se acharam numerosos demais para poderem nutrir-se dos frutos espontâneos da terra” (Michel Foucault, 1993b, p.271), colocando em risco sua subsistência. Para Suzana Albornoz (1995), a palavra trabalho, na linguagem cotidiana, tem muitos significados e, embora pareça compreensível como uma das formas elementares de ação dos homens sobre a natureza e nos dê a idéia da operação humana de transformação da matéria natural em objeto da cultura, o seu conteúdo oscila, também, entre dor, tortura, fadiga, aflição e fardo. Para Maria da Graça Jacques (2002), ao transformar a natureza através do trabalho, o homem transformou suas condições de ser e estar no mundo.

A divisão sexual do trabalho, em que as mulheres plantavam e os homens caçavam, aliada a um desenvolvimento econômico geral da humanidade, oriundo principalmente do domínio da agricultura², fez com que a espécie humana se fixasse e perdesse gradativamente seu caráter nô-

² De acordo com Albornoz (1995, p.17), “há a suposição de que tenham sido as mulheres quem tenham forçado o desenvolvimento inicial da agricultura, colaborando para a superação do nomadismo dos povos caçadores. Supõe-se que em determinado momento, esgotadas a caça e a pesca do lugar, desejando a tribo seguir adiante em busca de melhores recursos naturais para sobreviver, algumas mulheres, grávidas ou com bebê ao colo, tenham-se deixado ficar, negando-se a partir”.

made. No decorrer da história, essa divisão sexual de tarefas adquiriu contornos específicos perpassados por relações de poder e dominação. Segundo Pierre Bourdieu (1996), a dominação masculina, que é uma forma particular de violência simbólica, existe de um lado, nas coisas, por exemplo, nas divisões espaciais entre os espaços femininos e masculinos e, por outro lado, nas mentes, sob forma de princípios de visão e de divisão, classificando os sujeitos por meio de duplas de adjetivos (homem/mulher, masculino/feminino, bom/ruim).

As atividades profissionais da Enfermagem estão, de certa forma, muito próximas daquelas realizadas prioritariamente pela mulher em seu ambiente doméstico, tais como cuidar, organizar e atender às necessidades básicas do ser humano. Sendo assim, esse campo de atuação se constitui um exemplo da concepção de trabalho baseado em “qualidades naturais” do indivíduo – nesse caso, da mulher – ao invés de qualificações que requerem algum tipo de instrução, preparo ou formação prévia. Esse seria um primeiro fator de depreciação da profissão, marcando a base da hierarquização e diferenciação valoral das relações entre esses profissionais e os demais trabalhadores do interior do hospital que, obrigatoriamente, necessitam de algum tipo de formação para exercerem suas atividades.

Através dessa desvalorização do trabalho da Enfermagem, vão se formando os conceitos norteadores das relações de poder e saber, onde o saber médico é claramente mais valorizado do que o saber do enfermeiro, pois, dentre outras coisas, necessita de apurada instrução e preparo dos profissionais para o seu exercício. Nesse sentido, é pertinente fazer um comentário em relação às representações em torno do ato de curar e do ato de cuidar, sendo que este último é explicitamente menos valorizado. A cura é, desde os tempos mais remotos, impregnada de simbolismos, razão pela qual os curandeiros sempre apresentaram uma posição de destaque em seus grupos sociais, sejam eles médicos, feiticeiros ou pajés. É fato que, de alguma forma, esses curandeiros recebiam algum tipo de preparo ou formação para se iniciarem na arte da curar, seja ela de caráter científico ou religioso.

Segundo Maria José Lima (1993), desde a Antiguidade, as mulheres cuidavam dos idosos, das crianças e dos doentes. Os saberes em relação ao cuidar estão vinculados historicamente à

trajetória das mulheres, passando de geração para geração, de mãe para filha. A partir da Idade Média, há registros de pessoas que exerciam ações de saúde organizadas em corporações para o exercício e a formação profissional nas áreas povoadas. A população do campo, que representava a grande maioria, era atendida por membros da comunidade que haviam aprendido a arte de curar com a experiência e com a transmissão verbal.

Esse trabalho era realizado por mulheres, vistas como sábias pela população e como bruxas pelas autoridades, pelos médicos e pela Igreja. Elas se dedicavam à cura das doenças e ao atendimento ao parto e às crianças recém-nascidas. Esse trabalho feminino foi muito perseguido pela corporação médica e pelas Igrejas Católica e Protestante em toda Europa, provocando a sua exclusão da vida pública, assim como de pessoas que se ocupavam da saúde da população (Pires, 1989). Segundo a autora, do século XIV ao XVII, esse processo de exclusão de mulheres continuou e se intensificou, associado às grandes mudanças sociais na Europa, como o desenvolvimento do capitalismo e fortalecimento do Protestantismo. Nesse período, a responsabilidade pelo atendimento aos enfermos recaiu totalmente no médico, tendo seu tratamento cada vez mais um caráter técnico e medicamentoso. As mulheres, que continuavam envolvidas com tarefas de prestação de cuidados, eram de um *status* social inferior e estavam ocupadas com atividades menos valorizadas; com exceção das parteiras, que conseguiram manter seu prestígio dentro das atividades de cuidado e atenção à saúde.

Na Europa, a Enfermagem não surgiu como ofício até o século XIX. Somente 400 anos após a estruturação das atividades de cirurgiões e médicos, a partir de 1860, é que a Enfermagem se configurou como profissão, com a criação da primeira escola para formação de enfermeiros e prestadores de cuidados (Pires, 1989). No Brasil, surgem, no século XVIII, referências a um determinado tipo de trabalho, que pode ser identificado como precursor das atividades de Enfermagem. No nível domiciliar, o cuidado dos doentes era realizado pela mãe ou escravos treinados; no nível das instituições, como nas enfermarias dos jesuítas e posteriormente nas santas casas, essas atividades eram assumidas por congregações religiosas que se encarregavam de organizá-las e administrá-las. Segundo a autora, “as atividades das parteiras, das curiosas e dos entendidos também podem ser consideradas como precursoras das atividades de Enfermagem” (p.54). Essas

atividades localizam esse trabalho como parte das atividades domésticas das mulheres ou como trabalho escravo e, quando realizadas em instituições, como atividades complementares a outras profissões. A exceção era o trabalho das parteiras, considerado como atividade livre e autônoma, reproduzindo o quadro europeu.

Até meados do século XX, uma boa parte da Enfermagem no Brasil era praticada por congregações religiosas vindas da Europa que se preocupavam com a formação de recursos humanos e o atendimento aos doentes, alicerçando suas práticas em valores como o amor, a abnegação e o desprendimento. Já havia, contudo, formação leiga de parteiras, nas Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia (Lei de 3/10/1832), sendo que, pelo Decreto nº 791, de 27/09/1890 criou-se, no Hospício Nacional de Alienados, uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras, visando a preparação de profissionais para manicômios e hospitais (Trevizan, 1988).

Entretanto, somente em 1923, a Enfermagem profissional brasileira passou a ser reconhecida oficialmente pelo Decreto nº 1630/23, de 31/12/1923, com o surgimento da primeira Escola de Enfermagem no Brasil, inspirada nos ensinamentos de Florence Nightingale. Com um enfoque profilático, foi denominada Escola Dona Ana Néri, em homenagem à enfermeira brasileira que se destacou na Guerra do Paraguai. Segundo Pires (1989), sua criação pode ser considerada como marco histórico da estruturação da Enfermagem como profissão no país, organizada sob parâmetros próprios, produzindo e sistematizando os conhecimentos que subsidiam as suas atividades práticas e estabelecendo as normas que regulam o exercício profissional.

Visto que a Enfermagem brasileira foi estruturada a partir de um projeto sanitário, tendo como base o modelo norte-americano de ensino e serviços de saúde, foram trazidas enfermeiras dos Estados Unidos para o Brasil, para iniciar esse trabalho, organizando a escola e o serviço de Enfermagem com enfoque na saúde pública, no Rio de Janeiro. Todavia, frente à necessidade de formar outros profissionais para desenvolver atividades mais complexas e áreas diferentes dentro da Enfermagem, a profissão continuou sendo praticada pelas religiosas na área hospitalar (Trevizan 1988; Pires, 1989).

Somente na década de 40 do século XX, surgiu a primeira escola de auxiliares de enfermagem e, no final da década de 60, foi implantado o primeiro curso de formação de técnicos de enfermagem. Em 1962, ocorreu a inclusão do grupo de enfermeiros no catálogo geral das profissões. Salienta-se a década de 40, pois é nesse período que se inicia no Brasil a Enfermagem Moderna, com a sua profissionalização. A Medicina curativa foi o referencial do sistema de saúde e o centro de referência foi o hospital. Isso não significa afirmar que a Enfermagem não atuava na área curativa, mas não com a ênfase que a partir de então passou a exercer essas atividades. “Na década de 50, surgiu a preocupação em organizar os princípios científicos que devem nortear a prática de Enfermagem. Até então, a Enfermagem era vista como não científica e suas ações baseadas na intuição” (Maria Cecília Almeida, 1986, p.68).

Com a utilização dos princípios científicos fundamentando a prática da Enfermagem, a execução de técnicas deixou de ser uma atividade somente manual e passou a ser uma atividade cientificamente fundamentada. Maria Borges (1981) registra que, a partir da década de 70, a saúde começou a ser privatizada. Nesse período, os profissionais de Enfermagem de nível superior se concentraram em número nos hospitais públicos, enquanto as instituições particulares, para reduzir custos, contrataram mais auxiliares de enfermagem. A partir de 1975, a Enfermagem é exercida por uma equipe formada por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem com formação em terceiro, segundo e primeiro graus, respectivamente. O trabalho na Enfermagem se caracteriza por divisão técnica, isto é, a mesma tarefa pode ser exercida por vários trabalhadores em parcelas; cada categoria desempenha a tarefa de acordo com a complexidade que lhe compete.

Segundo Almeida (1986), a prática da Enfermagem não é exercida em toda a sua extensão pelo enfermeiro, pois cada agente de Enfermagem é um trabalhador parcial e o enfermeiro assume o controle administrativo. A autora relata que o profissional era preparado para cargos de chefia, mas o saber estava no cuidado do paciente; ocupava estes cargos porque este era o mercado de trabalho disponível, distanciando-se da assistência direta ao paciente, que ficava aos cuidados do auxiliar de enfermagem. O fato de o trabalho manual ser desprestigiado poderia ser uma das razões pelas quais o enfermeiro se distanciou das atividades técnicas e passou a executar mais

atividades burocráticas, como afirma Vera Regina Waldow (1995). O enfermeiro passou a delegar ao auxiliar de enfermagem as atividades manuais e se dedicou mais à supervisão e ao gerenciamento da unidade. Entretanto, Rizzoto (1999) considera que a Medicina assumiu a coordenação e o direcionamento da assistência à saúde, tornando-se definidora de modelos a ser seguido pelas demais profissões nesta área

Outros fatores importantes são as características e necessidades dos enfermos sob responsabilidade da Enfermagem. Cada paciente tem necessidades diferentes requerendo do profissional diferentes abordagens. O enfermeiro e o auxiliar de enfermagem trabalha por um período mínimo de seis horas diárias, com o mesmo grupo de pacientes, que variam de acordo com a média de permanência em cada especialidade médica. Nesse período, mantém contato com os enfermos e seus familiares, com profissionais que atendem e com todos os serviços de apoio que de alguma forma interferem nas condições de atendimento. Desses dados, pode-se inferir que a possibilidade do enfermeiro executar atividades previamente planejadas pode se apresentar como um elemento de frustração no trabalho, se não tiver consciência desse pluralismo que caracteriza a prática dessa profissão.

Nessa visão os processos de avaliação de desempenho buscam a qualidade no trabalho, partindo do conceito de avaliação como um processo de descrição, análise e crítica de uma dada realidade visando a sua transformação e dos diversos atores sociais envolvidos. A partir dessa concepção, o compromisso principal de um processo de avaliação é proporcionar “as pessoas direta ou indiretamente envolvidas em um determinado contexto a possibilidade de refletirem sobre o mesmo, sobre o seu momento atual, com o propósito de melhor determinarem as ações e os critérios que permitirão alcançar os objetivos – metas – a que se propõem. Avalia-se, consequentemente com o propósito de identificar os pontos nos quais já se avançou e aqueles nos quais ainda se identificam carências. Ou seja, mais do que identificar desempenho, pretende-se, a partir desse sistema de informações, estabelecer prioridades em termos de capacitações, atividades de desenvolvimento ou outras ações institucionais.

Ao abordar a temática da avaliação, a NOB/RH-SUS apresenta também o título de “Avaliação do Desenvolvimento do Trabalhador do SUS”. Importante ressaltar a expressão “desenvolvimento”, a qual também pode ser entendida como crescimento e/ou progresso. A partir do exposto, concebe-se que o Processo de Avaliação de Desempenho, em qualquer organização, deve ser pensado articulado e coerente com os objetivos e metas estabelecidas para a instituição respeitando o seu momento e suas especificidades. Ou seja, impossível pensar em avaliação de desempenho, sem incluir o planejamento do hospital, seus indicadores e seus instrumentos de sistematização quanto ao ato de avaliar.

No que se referem aos critérios de avaliação, é importante associar a natureza do trabalho desenvolvido por cada trabalhador, visto que a NOB/SUS-RH estabelece que “os Programas Institucionais de Educação Permanente devem prever a realização de avaliação do desenvolvimento do trabalhador do SUS, que deverá contemplar os diferentes níveis de formação, a complexidade da atividade desempenhada e o grau de responsabilidade técnica (...)”.

Para a continuidade de qualquer processo de avaliação, necessário se faz a análise dos objetivos e metas organizacionais, a fim de se contratarem com as equipes responsáveis, configurando-se a necessidade de múltiplos olhares para a análise justa do contexto da instituição, estabelecendo um processo de avaliação democrático e que gere informações pertinentes ao cotidiano de trabalho, potencializando o processo de avaliação como um sistema de informações científicas, tecnológicas, educativas e de transformação.

Para isso é essencial pensar o trabalho hospitalar e o papel dos diferentes profissionais, que também está ligado a uma análise da divisão sexual do trabalho. No hospital, é reproduzida a divisão sexual do trabalho como princípio organizador da produção capitalista, assim como a questão de classe, hierarquizando saberes, qualificações e qualidades profissionais. Nesse aspecto a categoria gênero e as implicações das relações de poder/saber/fazer nas profissões podem configurar-se como uma questão a ser explicitada nos processos de avaliação de desempenho e na sistematização das informações por eles geradas.

2.3 O gênero e a Enfermagem como espaço feminino

A Enfermagem sempre esteve associada ao cuidar. O significado etimológico da palavra vem de "infirmus", que significa cuidar dos enfermos ou não firmes (crianças, velhos e doentes). A Enfermagem, nos dias atuais, embora continue com ênfase no cuidado do doente, na prevenção e orientação para a saúde.

É notável a presença marcante de indivíduos do sexo feminino como uma característica dos trabalhadores hospitalares e, principalmente, com relação à Enfermagem. Segundo Lima (1993), o conhecimento teórico da Enfermagem exige que, nas análises dos diversos aspectos da profissão, seja incorporada a perspectiva do gênero, tornando possível a visualização crítica e a discussão das implicações políticas que afetam esta profissão majoritariamente feminina. As atividades de Enfermagem, no mundo do trabalho, se assemelham às atividades das mulheres no mundo privado, tais como limpar, organizar, alimentar, entre outras, e atendem a necessidades concretas dos seres humanos. Por sua vez, considerando a Enfermagem em termos profissionais, Silva (1993, p.49) destaca a importância de analisar a significação de seu exercício, como profissão majoritariamente feminina: “tanto pela situação objetiva, quanto pela influência subjetiva dos modelos ideológicos difundidos na sociedade, nos quais interferem elementos conservadores de gênero, construtores de relações sociais inadequadas entre varões e mulheres”. Daniele Kergoat (1996) afirma que os papéis sociais de homem e mulher não decorrem de um destino biológico que determinaria as relações de dominação e de submissão, mas são, antes de mais nada, construções sociais.

Segundo Maria Lúcia Andrade (1997), o uso da variável 'sexo' não permite a observação das diferenças entre homens e mulheres – construídas historicamente – enquanto o uso da categoria de gênero pressupõe que essas diferenças de condição levam a uma estrutura social desigual e hierarquizada. Para Eleonora Oliveira (1997), o termo gênero é utilizado muito além do significado puramente gramatical, para tornar-se explicativo dos atributos específicos que cada cultura impõe ao masculino e ao feminino, a partir do lugar social e cultural construído hierarquicamente

como uma relação de poder entre os sexos. O termo 'sexo' reporta a um significado biológico, enquanto gênero é utilizado na perspectiva de relações e representa uma elaboração cultural sobre o sexo.

Gênero, no conceito de Joan Scott (1995), é a primeira maneira de se dar significados às relações de poder, já que é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças entre os sexos. A autora ressalta que não se refere à noção de um poder social unificado, coerente e centralizado, mas a uma perspectiva que esteja próxima do conceito foucaultiano de poder. Para Dagmar Meyer (1996), tais idéias “apontam para uma compreensão e análise deste poder hegemônico como efeito do confronto contínuo e permanente de poderes inerentes às relações sociais mais diversas (econômicas, sexuais, científicas, políticas, étnicas, etc.) que se processam entre todos os indivíduos e/ou grupos nos diferentes contextos históricos, culturais e sociais” (p.46-47).

Foucault (1993c, p.43) afirma que “onde há poder há resistência (...) elas (as relações de poder) não existem senão em função de uma multiplicidade de pontos de resistência (...) elas (as resistências) são o outro termo nas relações de poder”. Para Meyer (1996), é na dinâmica de tais relações de poder que se produzem os saberes e se estruturam os campos possíveis de ação dos sujeitos humanos. Nesse sentido, “o poder como capacidade de agir sobre a ação do outro difere da dominação, caracterizada como conjunto de relações de poder fixas e assimétricas onde a possibilidade da(s) resistência(s), enquanto estratégia concreta de reação, deixa de existir” (p.47).

Segundo Bourdieu (1996), para entender esse sistema de dominação masculina é preciso situar-se dentro de uma filosofia disposicional, na qual o princípio das ações não é a consciência, a intenção, o projeto, mas as disposições; quer dizer, as maneiras de ser permanentes, que podem estar na origem das ações dotadas de todos os sinais de finalidade, sem que os fins atingidos tenham sido colocados enquanto tal por uma intenção da consciência. Segundo o autor,

“se é verdade que a dominação simbólica é uma dominação que se exerce com a cumplicidade do dominado, ou, mais precisamente, com a cumplicidade das estruturas que o dominado adquiriu na confrontação prolongada com as estruturas de dominação e pela incorporação dessas estruturas, é evidente que não é suficiente tomar consciência dessas estruturas. É preciso transformar profundamente as disposições adquiridas através de uma espécie de reeducação e, portanto, mudar a ordem simbólica”
(Bourdieu, 1996. p.37-38).

Bourdieu (1988) aponta, ainda, que as diferenças sexuais estão inseridas e submersas num sistema de oposições antropológicas e cosmológicas que são constitutivas de uma visão e de uma experiência do mundo. Enquanto toda a diferença sexual particular é arbitrária quando tomada isoladamente, a oposição masculino/feminino é dotada de uma necessidade objetiva e subjetiva, pelo fato de estar emaranhada em, ser sustentadora de e sustentada por um inextricável e inexaurível sistema de oposições homólogas, as quais, todas elas, se reforçam mutuamente.

A identidade de gênero pode ser compreendida dentro deste dinamismo como uma das facetas da identidade do sujeito. Em se tratando de gênero como uma categoria relacional e sócio-histórica, há que se considerar, portanto, a constituição da identidade de gênero como um percurso constituinte e constituído na trajetória do sujeito interativo, a partir de inúmeras relações que este traça com os outros significativos que partilham sua experiência.

A dominação masculina sobre a mulher assume contornos específicos em contextos históricos, culturais e sociais definidos, porém, sempre perpassando a visão androcêntrica do mundo que, segundo Bourdieu (1988) é “o sendo comum de nosso mundo porque é imanente ao sistema de categorias de todos os agentes, inclusive as mulheres” (p.23). Meyer (1996) privilegia, na sua análise, as relações econômicas e de produção aí vigentes. A dominação é explicada pelos conceitos de divisão sexual do trabalho, trabalho produtivo e improdutivo, relações de produção e reprodução em que homens possuem e exercem poder sobre as mulheres, principalmente pela sua inserção na esfera de produção. Em Kergoat (1996), toda relação social é sexuada, enquanto que as relações sociais de sexo são perpassadas por outras relações sociais; as relações sociais de sexo não funcionam de forma homogênea em todos os setores, nos diferentes níveis sociais. Na empresa, assiste-se a uma recriação das relações sociais de sexo e não a um simples reflexo do que se passa do lado de fora dela.

A divisão sexual no interior do hospital passa, necessariamente, pela noção de cuidado de saúde enquanto ação concebida como feminina. Devido às suas particularidades, conforme Lopes (1996a), o trabalho da Enfermagem acaba sendo comparado ao trabalho doméstico. De certa forma, ele não é contabilizado e, assim, não tem ressaltado seu valor econômico. Seguindo uma cadeia de desvalorização, não tendo seu valor econômico ressaltado, não tem seus direitos respeitados, acrescentando-se ainda, que o desprestígio, a subordinação e a subalternidade deste trabalho advêm do caráter social e histórico dessas tarefas "femininas". O trabalho feminino é, assim, duplamente subalterno: apesar de igualmente apto, é mais barato, menos reivindicativo e submisso. Reorganizando a divisão sexual do trabalho, o capital e o Estado utilizam, maciçamente, mão-de-obra feminina, em atividades antes do âmbito doméstico. Opera a cisão entre a prática religiosa e a técnico-profissional na área da saúde, porém, mantendo-se inalterado o prestígio social da mulher, que agora é trabalhadora assalariada.

Atentando para o fato de que “as fronteiras da “masculinidade” e da “feminilidade” são relativamente móveis e parecem em certa medida depender das exigências do sistema produtivo a cada período histórico”(p.60) e “os valores simbólicos e vocacionais da Enfermagem constituem um exemplo da concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades (e não qualificações) ditas naturais” (p.57), a autora explica que a divisão sexual do trabalho vai se apoiar sobre uma tipologia de “indivíduo feminino”, em suas características psicológicas. Assim,

“(...) a naturalização do social dá-se, no caso do gênero, pela transfiguração de sentido pela qual passam as questões do que é ser mulher e do que é ser homem, numa determinada conjuntura, pela biologização daquilo que, na verdade, foi culturalmente criado. Nas relações de gênero, a divisão entre os sexos não apenas diferencia, mas subordina e desiguala as mulheres em relação aos homens. Concebidas como entidades negativas e identificadas pelo que não possuem, as mulheres são colocadas em oposição homóloga aos homens” (Fonseca, 1996. p.68).

Segundo a mesma autora, a dicotomização entre tratar e cuidar define os espaços territoriais dos personagens que trabalham no interior do hospital: de um lado, os médicos, aos quais se

atribui a legitimização da qualificação profissional e, de outro, o pessoal da Enfermagem, dos quais se espera uma atitude de “auxiliar” do médico, não importando qual seja o nível de sua qualificação profissional.

Referindo-se às representações em torno do curar e do cuidar, Rosane Pereira (1995) afirma que as representações em torno do curar, afastar a doença, atribuições essas ligadas ao fazer (saber) médico, são simbolicamente mais significativas do que as representações ligadas ao cuidado do corpo, como administrar e ensinar, ligados ao papel feminino. Para ela, "a cura é impregnada de simbolismos, enquanto que o cuidado é visto como um ato banal e repetitivo do cotidiano feminino" (Pereira, 1995, p. 19). Assim, a atribuição de curar corpos doentes é conferida, sobretudo à Medicina, restando muitas vezes à Enfermagem um caráter subsidiário e subalterno ao ato médico de curar, como se cuidar e curar não se conjugassem em um mesmo esforço, sendo ambos necessários e complementares (Lopes, 1996b; Pereira, 1995).

Lopes (1996a) afirma que não se pode falar de rivalidades de sexo no interior do cuidado, como se faz, por exemplo, em relação a enfermeiras e a médicos. No imaginário social, o lugar dos homens não é certamente “cuidando”. Esse universo é por excelência feminino na medida em que ele veicula conotações de debilidade, de doença, de dependência, etc. Um universo, portanto, desvalorizado para a identidade social do homem, e que significa uma afronta a sua identidade sexual, enquanto quer dizer o contrário em relação à identidade feminina.

No entanto, em estudo realizado anteriormente com homens demonstrou que esses são colocados em atividades relacionados à força física enquanto as mulheres atuam no cuidado dos enfermos, muitas vezes é incentivada pelos próprios auxiliares masculinos, visto que, apesar de se constituírem como minoria, eles acreditam usufruir uma condição superior em relação às mulheres, tanto porque se relacionam mais com os médicos, que são socialmente mais valorizados, como porque as atividades a eles relegadas não podem ser exercidas por elas.

Nesse sentido, este estudo pretende compreender a articulação entre gênero³ e trabalho na sistematização das informações do processo de avaliação de desempenho de trabalhadores em espaços profissionais representados socialmente como femininos. Para isso, será necessário analisar se a questão gênero influencia ou é considerada mais especificamente na avaliação do auxiliar de enfermagem e na sistematização das informações desse processo. Assim, também se investigará nas experiências e nas vivências dos trabalhadores se a questão gênero influencia ou é considerada no sistema de informações.

³ Em consonância com os estudos de Scott (1995), Andrade (1997) e Oliveira (1997), na pesquisa a ser realizada para este estudo, será privilegiado o uso do termo 'gênero' ao uso do termo 'sexo', por considerarmos sempre as relações sociais estabelecidas entre os sujeitos, perpassadas pela divisão dos indivíduos nas categorias feminino e masculino.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Objetivos

Objetivo Geral:

Compreender a articulação entre gênero e trabalho na sistematização das informações do processo de avaliação de desempenho do auxiliar de enfermagem em espaços profissionais representados socialmente como femininos.

Objetivos Específicos:

- Identificar se o instrumento de avaliação de desempenho, gerador de Sistemas de Informação, considera ou é influenciado pelos aspectos referentes ao gênero
- Analisar se nas informações geradas pelas avaliações já realizadas dos auxiliares de enfermagem a categoria gênero é considerada ou tem influência.
- Investigar se a questão gênero influencia ou é considerada nas experiências e nas vivências dos trabalhadores durante a sistematização das informações da sua avaliação de desempenho

3.2 Modo de investigação

Maria Cecília Minayo (1996) observa que é através do desenvolvimento de uma proposta de investigação que vai se conhecendo os métodos disponíveis para se cumprirem os objetivos de um trabalho. A autora afirma que “certamente, qualquer pesquisa social que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo” (p. 28).

Devido à natureza desta pesquisa e considerando-se que a relação do trabalhador com o seu trabalho pode ser compreendida mediante uma perspectiva que possibilite apreender seus aspectos dinâmicos, sociais e relacionais, optou-se por uma abordagem qualitativa, na medida em que se deseja captar o significado atribuído pelos sujeitos às suas práticas laborais, e analisar os instrumentos de síntese das informações já existentes.

A escolha pelo levantamento quantitativo concerne à questão da objetividade, à medida que há uma tendência a acreditar-se que os dados relativos à realidade social seriam mais objetivos e produzidos por instrumentos padronizados. Todavia, Minayo (1996) critica “o fato de se restringir a realidade social ao que pode ser observado e quantificado apenas” (p.30), posto que a vida humana diverge essencialmente das demais e que, essa diferença fundamental, em relação às ciências físicas e biológicas, requer um tratamento teórico diferente. Nesse sentido, é importante que se busque “o vivido”, isto é, a vivência captada na experimentação, por meio de atitudes, motivações, valores e significados subjetivos.

“A questão da objetividade é então colocada em outro nível. Dada a especificidade das ciências sociais, a objetividade não é realizável. Mas é possível a objetivação que inclui o rigor no uso de instrumental teórico e técnico adequado, num processo interminável e necessário de atingir a realidade” (Minayo, 1996. p.35).

O estudo na enfermagem do HCR se deu, não somente por esse serviço realizar um Programa de Educação Permanente com seus trabalhadores – mas também no intuito de chamar a atenção dessa área para as questões pertinentes às relações de gênero e informações científicas no ambiente de trabalho hospitalar, principalmente na questão da avaliação de desempenho como sistema de informação dos processos de trabalho. Os respondentes serão devidamente informados do caráter do estudo, quando da assinatura de um Termo de Consentimento (Anexo B). A pesquisa se dará em dois momentos: o primeiro será a análise de conteúdo dos instrumentos que sintetizam a avaliação, bem como das informações já sistematizadas nos processos de avaliação desenvolvidos no período correspondente ao primeiro semestre de 2005 e, o segundo momento com-

preende entrevistas com os trabalhadores, dentre a categoria escolhida na área de Enfermagem, selecionamos o cargo ‘auxiliar de enfermagem’ por caracterizar-se como aquele mais diretamente ligada à prestação de assistência e ao cuidado do paciente, características primordiais da feminilização do trabalho de Enfermagem.

Em relação aos critérios de escolha dos profissionais, esses devem preencher as características previamente definidas na pesquisa: experiência mínima de três anos na função, desvinculação com cargos diretivos no movimento sindical, e realização de atividades com características de prestação de assistência e cuidado ao paciente. Os profissionais a serem entrevistados serão de diferentes turnos e unidades de trabalho, encerrando-se as entrevistas por meio do critério de saturação dos dados, ou seja, quando a pesquisadora constatar que o conteúdo apresenta repetições freqüentes.

3.3 Coleta e análise de dados

A coleta de dados será feita por meio da análise dos instrumentos de avaliação, das avaliações já realizadas e pelas entrevistas feitas pela própria pesquisadora com os auxiliares de enfermagem. Além disso, esses trabalhadores são aqueles numericamente mais expressivos dentre os profissionais da área de Enfermagem do Hospital em questão e são sistematicamente avaliados pela instituição. Definiu-se que os respondentes deveriam ter uma atuação de três anos de profissão, para garantir uma vivência mínima na função, evitando o estudo de sujeitos caracterizados como transitórios na profissão e que já tenham passado pela avaliação.

As entrevistas semi-estruturadas (Anexo A) serão realizadas na Gestão do Trabalho e Desenvolvimento, por ser um local distinto do ambiente de trabalho. Acontecerão em horário outro que não os dos turnos de trabalho, já que se optou em evitar o afastamento dos profissionais de suas tarefas cotidianas.

Essas entrevistas serão gravadas, com a aquiescência dos entrevistados, para serem posteriormente transcritas. A análise de conteúdo, segundo uma adaptação da proposta de Laurence Bardin (1988) ao contexto de pesquisa deste projeto, compreenderá três fases: (1) pré-análise; (2) descrição analítica do conteúdo e (3) interpretação do conteúdo.

4 CRONOGRAMA

	1º e 2º mês	3º e 4º mês	5º e 6º mês	7º e 8º mês	9º e 10º mês	11º e 12º mês
Apresentação da Pesquisa e apreciação das avaliações de desempenho	x					
Seleção dos Sujeitos	x					
Realização das Entrevistas	x	x	x			
Análise de dados e Divulgação			x	x	x	
Produção de artigo				x	x	x

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBORNOZ, S. *O que é trabalho*. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- ALMEIDA, M. C. P. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.
- ANDRADE, M.L.A.G. A saúde no trabalho de homens e mulheres: uma visão de gênero. In: OLIVEIRA, E.M.de (org.). *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiânia: AB, 1997. p. 21-42.
- ANGERAMI, E.L.S. O saber, a saúde e a investigação em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, vol.10, n.1 (jan.), 1989. p.28-33.
- ANTUNES, J.L. *Hospital, instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1988.
- BERNARDES, N. Crianças oprimidas: autonomia e submissão. Porto Alegre, 1989. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- BIO, S.R. *Sistemas de informação: um enfoque gerencial*. São Paulo: Atlas, 1985.
- BORGES, M. V. A enfermagem e os serviços básicos de saúde. In: *Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Manaus: Aben, 1981. p.49-60.
- BOURDIEU, P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.28-40.
- _____. Conferência do Prêmio Goffman: A dominação masculina revisitada. In: LINS, D. *A dominação masculina*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1988. p.11-27.
- BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RS SUS. Brasília, 2001.
- BULHÕES, I. *Riscos do trabalho de enfermagem*. Rio de Janeiro: Júlio Reis Livraria, 1994.
- CHANLAT, J.F. *O indivíduo na organização – dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1996.
- CODO, W. *Sofrimento psíquico nas organizações*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- _____. *O que é alienação?*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

- DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: BETIOL, M. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- FONSECA, T. M. G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-75.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1993a.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993b.
- _____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1993c.
- GUARESCHI, P.; GRISCI, C. *A fala do trabalhador*. Petrópolis: Vozes, 1993.
- JACQUES, M.G. “Doença dos nervos”: uma expressão da relação entre saúde/doença mental. JACQUES, M.G. e CODO, W. (orgs.). *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 98-111.
- KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 19-27.
- LAPASSADE, G. *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- LIMA, M. J. de. *O que é enfermagem*. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- LOPES, M.J. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 153-188.
- _____. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade dos trabalhadores do cuidado de saúde. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996a. p. 55-62.
- _____. O sexo do hospital. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996b. p. 76-105.
- MEYER, D. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D. *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 41-51.
- MICHAELLIS, H. *Minidicionário escolar da língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 2002.
- MICELI, S. In: BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

MINAYO, M.C.de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

OLIVEIRA, E.M.de. Gênero, Saúde e Trabalho: um olhar transversal. In: OLIVEIRA, E.M.de (org.). *Trabalho, saúde e gênero na era da globalização*. Goiânia: AB, 1997. p. 65-89.

PEREIRA, R. C. J. Cuidando, ensinando, pesquisando. In: *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.189-203.

PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

PITTA, A.M. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1994.

RIBEIRO, H. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.

RIZZOTO, M.L.R. História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiânia: Cultura e Qualidade

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica de Joan Scott. In: *Educação e realidade*, Porto Alegre Vol. 20, n. 2 (jul./dez. 1995), p. 71-99.

SILVA, M. A. D. da. *A formação do enfermeiro e a prática profissional: qual a relação?* Porto Alegre, 1993. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

SIQUEIRA, M. J. T. A construção da identidade masculina: alguns pontos para discussão. *Psicologia USP*, São Paulo, v.8, n.1, 1997. p.23-33.

TREVIZAN, M.A. *Enfermagem hospitalar: administração e burocracia*. Brasília: UNB, 1988.

WALDOW, V.R. Cuidar/cuidado: o domínio unificado da enfermagem. In: LOPES, M.J.; WALDOW, V.R.; MEYER, D *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.

ANEXOS

Anexo A – Roteiro de Entrevista

ETAPA 1 – Caracterização do entrevistando

- Idade:
- Estado Civil:
- Escolaridade:
- Tempo de Profissão:
- Descrição de tarefas realizadas:
- Sexo:

ETAPA 2- Gênero e avaliação de desempenho como sistema de informações

- Você conhece o instrumento que sistematiza as informações da sua avaliação?
 - Nesse instrumento há informações/questões que consideram a questão de ser homem ou mulher?
 - Ao ser avaliado no seu desempenho, é considerado o fato de ser homem ou mulher? Isso altera/influencia sua avaliação?
 - Você acha que o instrumento deveria contemplar a categoria gênero?
 - No espaço para o empregado se expressar quanto à avaliação de seu desempenho, você acha que o fato de ser homem ou mulher justifica/influência ou deve ser considerado?

Anexo B – Termo de Consentimento

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
 ESPECIALIZAÇÃO EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE
 Projeto: Abordagem de gênero no Sistema de Informação da avaliação de desempenho dos auxiliares de enfermagem do HCR

TERMO DE CONSENTIMENTO

A trajetória histórica de constituição do espaço hospitalar como organização contemporânea de trabalho revela uma progressiva divisão de tarefas e sua profissionalização. Nesse processo, evidenciou-se uma divisão sexual de tarefas, sendo o espaço da Enfermagem ocupado preferencialmente por mulheres. Estudos mostram que a Enfermagem se constitui como um prolongamento das atividades de cuidado e atenção à saúde que as mulheres têm assumido historicamente, aliado na diferenciação entre o exercício de cuidar e a arte de curar em que se constroem relações de dominação. Esta pesquisa tem como objetivo compreender a articulação entre gênero e trabalho na sistematização das informações do processo de avaliação de desempenho no HCR.

Eu, _____, fui informado dos objetivos da pesquisa e de que ela será realizada através de uma entrevista. Informo que todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Sei também que as informações sobre a minha pessoa serão mantidas em sigilo (caráter confidencial) e só serão divulgados dados gerais de todos os participantes da pesquisa. Fui informado de que, caso desista da participação nessa pesquisa, deverei avisar a pessoa responsável, Sara Wainberg, assim como qualquer situação imprevista que venha ocorrer. Os contatos com a responsável pela pesquisa podem ser feitos através do telefone (51) 9999.7319.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2005.

Participante

Pesquisadora