



PRIORIDADES E A QUESTÃO DO GÊNERO NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

PRIORITIES AND THE QUESTION OF GENDER IN THE TRAINING OF HUMAN RESOURCES IN HEALTH

Por:

Mariomar Teixeira*

Sérgio de Castro Lessa**

Jane Pereira Araujo***

Maria da Graça Luderitz Hoefel****

e-Revista Facitec, v.5, n.2, Art.4, jan-jul 2011.

http://www.facitec.br/erevista/index.php?option=com_content&task=view&id=9&Itemid=2

Todos os direitos, inclusive de tradução, são reservados. É permitido citar parte de artigos sem autorização prévia desde que seja identificada a fonte. A reprodução total de artigos é proibida. Os artigos só devem ser usados para uso pessoal e não comercial.

Em caso de dúvidas, consulte a redação: revistafacitec@facitec.br.

A e-Revista Facitec é a revista eletrônica da FACITEC, totalmente aberta, inaugurada em Janeiro de 2007, com perfil acadêmico, é dedicada a professores, pesquisadores e estudantes. Para mais informações consulte o site www.facitec.br/erevista.

e-Revista Facitec ©2007 Faculdade de Ciências Sociais e Tecnológicas

**Mestre em Extensão Rural e Desenvolvimento Local pela Universidade Federal Rural de Pernambuco*

***Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília*

****Especialista em Gestão de Pessoas pela Universidade de Brasília*

*****Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

PRIORIDADES E A QUESTÃO DO GÊNERO NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Mariomar Teixeira; Sérgio de Castro Lessa; Jane Pereira Araujo; Maria da Graça Luderitz Hoefel



PRIORIDADES E A QUESTÃO DO GÊNERO NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

PRIORITIES AND THE QUESTION OF GENDER IN THE TRAINING OF HUMAN RESOURCES IN HEALTH

RESUMO

A relação de gênero e sua transversalidade em diversos contextos social tornam-se instigante quando envolve a questão da formação de recursos humanos em ciências e saúde, em relação às suas prioridades, discursos e práticas no âmbito da Bioética e da Saúde Pública. O conflito inicia-se na unidade familiar ao considerar a figura feminina como naturalmente vinculada para os cuidados domésticos, com a higiene e o cuidar da saúde dos familiares. Nesse artigo foi feita análise bibliográfica sobre o tema e buscou-se realizar uma correlação com dados atualizados sobre as atividades profissionais em ciências e saúde, e suas relações de gênero, com enfoque para a formação de recursos humanos no Brasil.

PALAVRAS CHAVE: Formação de recursos humanos, Gênero, Saúde,

ABSTRACT

The relationship of gender and its pervasiveness in various social contexts become instigating when it involves the training of human resources in science and health in relation to their priorities, discourses and practices within Bioethics and Public Health. The conflict begins withing the family unit as the female figure is naturally linked to home care is the hygiene and the health care of relatives. An investigative review was done and literature on the subject was consulted for this article, which sought to make a correlation with updated information on professional activities in science, health, and gender relations, with a focus on the training of human resources in Brazil.

KEYWORDS: Training of human resources, Gender, Health



INTRODUÇÃO

O trabalho, nas últimas décadas, passou por transformações que favoreceram o surgimento de novas profissões e a atualização de outras. Os novos modelos de gestão do trabalho requerem novo perfil dos trabalhadores, em que competência e habilidades para o trabalho em grupo e clareza sobre as próprias funções e atribuições são exemplos de novas exigências impostas pelo cenário de mudanças.

Inúmeras mudanças ocorreram também na produção e na organização do trabalho feminino. No entanto, as contradições que perpassam as relações de gênero, marcada pela naturalização dos papéis sociais, se evidenciam diante das mudanças advindas da acentuada participação da mulher no mercado de trabalho, principalmente na segunda metade do século XX e início do século XXI.

O movimento feminista, que começou a levantar algumas suposições para diminuir a exclusão feminina, constatou que o problema não se refere somente às mulheres em si, mas sim às relações de gênero e suas condicionantes sociais (WHITEHEAD, 1984).

O Poder Público, semelhante aos outros setores da sociedade, tende a uma cultura sexista dos estereótipos de gênero, sendo, muitas vezes, tradicionalmente autoritário e hierárquico (COSTA, 1997), fruto da ausência ou invisibilidade da mulher na política. Tal fato deve ser analisado levando-se em consideração que no passado não era permitido e até proibido às mulheres, a participação política, mas a Revolução Francesa em 1789, fez com que as mulheres (mesmo em minoria) defendessem a bandeira da igualdade como parte dos direitos humanos universais na busca de uma participação como cidadã plena (PINSKY; PEDRO, 2003).



Porém, somente quando surgiram as primeiras abolicionistas em pró dos negros, no movimento abolicionistas de 1830, nos Estados Unidos da América, as mulheres perceberam que a liberdade para elas e a liberdade para escravos estavam inextricavelmente ligadas (SINGER,2003).

A luta por visibilidade e pelos direitos de cidadã plena, no percurso da revolução abolicionista até os dias atuais, teve que caminhar de várias formas: avançadas, retrogradadas, progredindo de maneira lenta ou rápida (PINSKY; PEDRO, 2003). Essa luta releva o papel da Bioética de Intervenção na discussão de tal situação persistente na sociedade humana desde a Antiguidade, acentuando-se em países periféricos ou em desenvolvimento, como a discriminação da mulher, a exclusão social, o racismo, a falta de equidade na alocação e distribuição de recursos sanitários, etc. (GARRAFA; PORTO, 2002).

Nessa situação hegemônica, ainda é imposto ao papel feminino os cuidados com a saúde, e da mesma maneira, a requisição delas nessa atividade, ou em outras profissões que são percebidas ou rotuladas tradicionalmente como do gênero feminino, também, são atividades mal pagas, vivenciando constrangimentos, violências e desvalorização profissional.

Ao ser observada a relação de gênero e sua transversalidade, torna-se instigante o envolvimento da questão da formação de recursos humanos em ciências e saúde, em relação às suas prioridades, discursos e práticas no âmbito da Bioética e da Saúde Pública. Diante desse contexto propõe-se, realizar uma correlação de dados sobre as atividades profissionais em ciências e saúde, suas relações de gênero, com enfoque para a formação de recursos humanos no Brasil.



Discussão

A educação ao empoderar aquele que detém o conhecimento, sempre foi considerada como um privilégio das minorias que, com a globalização, tornou-se mais forte como indicador de exclusão, assim como a intolerância das diferenças entre sociedades e seus comportamentos e culturas (ALMEIDA, 2005).

Quanto menor é o acesso de uma determinada população à educação ou ao conhecimento, ou até mesmo, à liberdade de questionar, maior é a exclusão social e menor será a conscientização de cidadania do indivíduo que se submete à democracia (ALMEIDA, 2005).

1. Formação profissional e pesquisa

Schienenbinger (2001) enfatiza que a Revolução Científica dos séculos XVII e XVIII, as instituições modernas, de maneira restrita e limitada, é que permitiram a participação das mulheres na ciência. Anteriormente, essas instituições científicas – universidades, academias e indústrias – restringiam sua participação no papel de esposa, irmã ou filha, porém em alguns casos, eram mantidas (silenciosamente) como assistentes do marido ou irmão, casos como de Margaret Huggins (esposa do astrônomo britânico William Huggin) e de Edith Clements (esposa do ecologista Frederic Clements).

A autora expõe que situações ocasionais ocorriam, tais como o destaque da cristalógrafa de raios-X Kathleen Lonsdale e Marie Curie. A última dividiu um Prêmio Nobel, em 1903, com o marido Pierre Curie, e com a morte prematura do marido, assumiu sua cadeira de professora.

Com o movimento das mulheres das décadas de 1870 e 1880, houve um impulso que as levaram às universidades. Na década de 1920, nos Estados Unidos, as mulheres eram 14% dos doutorados nas ciências físicas e biológicas. Infelizmente reduzido entre 1930 e 1970 (SCHIENBINGER, 2001).



Outro detalhe interessante sobre o papel da mulher na pesquisa nos Estados Unidos é que até 1964 não se admitia indivíduos do sexo feminino como objeto de pesquisa, necessitando de forte movimento das mulheres, locais e nacionais, para mostrar como a assistência de saúde era falha para elas ao não permitir prevenção ou tratamento de doenças específicas para mulheres, como exemplo, o câncer de mama (SCHIENBINGER, 2001).

O movimento feminino, nesse período, buscou assim ocupar muito mais espaço na área de saúde, estimulando as mulheres a conhecerem um pouco mais do seu corpo, como também a estudar e trabalhar em todas as áreas de atividades acadêmicas, tanto quanto obter verbas para suas pesquisas (SCHIENBINGER, 2001).

b) Formação dos profissionais da área de saúde e seu ambiente de trabalho

Para Campos *et al* (2008), atualmente, a formação de profissionais da área de saúde de nível universitário, tanto no Brasil como no exterior, enfrenta problemas que causam impactos diretos e indiretos nos sistemas de saúde.

Para o autor, há defasagem entre **o que se ensina** nos cursos de graduação em saúde e **a realidade observada** no cotidiano dos serviços de saúde, ou no seio das comunidades. Mesmo diante da divergência perante a teoria e a prática, essa fragilidade acerca ao estar diante das necessidades de saúde de um país ou de determinada região que não são homogêneas gera conflito para todos os envolvidos, tanto quanto as instituições de ensino, que poderão ser públicas ou privadas, assim como o seu alvo ser de poderes aquisitivos desiguais e apresentando diferentes interesses (CAMPOS *et al*, 2008).



Para Pierantoni *et al* (2004), a ausência de políticas públicas para recursos humanos da saúde acentua conflitos, e ocorrem em razão de:

1. Abordagens macroeconômicas que focalizam aspectos quantitativos da força de trabalho do setor saúde, em detrimento de uma abordagem contemporânea, em nível micro, que se concentra na motivação e no desempenho;
2. Políticas públicas centralizadas de regulação do emprego, ditadas por setores financeiros dos governos em que as públicas setoriais estão confinadas a um papel de implementação e interpretação de diretrizes nacionais;
3. Não valorização do papel dos profissionais, especialmente os médicos, cuja formação enfatiza valores relacionados com autonomia e regulação profissional próprios, mais do que com metas políticas e operacionais do sistema de saúde (PIERANTONI *et al*, 2004, p. 53).

A autora apresenta os esforços que a agenda internacional para a superação dos desafios relativos às questões de RH na área da saúde, que se resumem em quatro grandes objetivos:

4. Aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e eqüitativa;
5. Garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde;
6. Aumentar o desempenho da equipe de profissionais diante dos objetivos definidos;
7. Fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde (PIERANTONI *et al*, 2004, p. 55).

Aprofundarmos estudo nos recursos humanos em saúde na relação de gênero percebe-se o quanto estará arraigado a essa área características persistentes e deterministas de preconceito dentro desta formação, seja técnica ou acadêmica.

O temor dos profissionais da área médica ao ver o seu campo tornar um índice maior de "feminização" é a redução do valor da sua força de trabalho, que está atingindo mais de 50% em alguns países, embora ciente de que o trabalho será mais humano e melhor cuidado com os pacientes (ASHA, 2007).



Para Lopes e Leal (2005), no Brasil, a Medicina ainda é predominantemente masculina (67,3% para 32,7% de mulheres), mas no Programa de Saúde da Família (PSF), o número de mulheres médicas é proporcionalmente maior (44,05%).

Já a enfermagem, em que prevalece a imagem do cuidar, ser maternal e paciente, é estereotipada para mulher.

Fernandes et al (2002), realizaram estudos com essa categoria profissional e ressaltaram a divisão sexual/social do trabalho, enfatizando ser a atividade de enfermagem exercida predominantemente por mulheres, ao desempenharem uma atividade de cuidado, tipicamente feminina. As enfermeiras, expostas a um contato maior com o sofrimento dos pacientes, tendem a fazer rearranjos e adaptações nas condições de trabalho, para que o tratamento ocorra, ficando, portanto, mais vulneráveis à desestabilização psíquica. Concluíram, ainda, que as mulheres ocupam um lugar diferente dos homens na organização do trabalho.

No que diz respeito à divisão de trabalho, uma equipe de enfermagem constitui-se a principal força de trabalho. Embora seja supervisionada pelos enfermeiros, subordina-se ao gerenciamento dos médicos. Ferraz (1990) afirma que a divisão do trabalho é feita entre os que pensam, administram e concebem e aqueles que executam: os administrados. Dessa forma, competem à enfermeira as ações administrativas e de educação - atividades intelectuais - e aos demais, atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem, competem ações assistenciais.

Essas relações hierárquicas são complexas e com evidentes ambigüidades e características antagônicas. Pode-se inferir que são relações pautadas entre o ser tratado pelo médico, e o ser cuidado pela equipe de enfermagem.



As consequências dessas atividades para a saúde desses profissionais foram estudadas por Alexandre (1998). Na pesquisa o autor ressalta que o cuidar permanentemente de pessoas que se encontram fisicamente doentes ou lesadas, associado a longas jornadas de trabalho, à baixa remuneração, ao compromisso com mais de um emprego, acarreta prejuízos à saúde mental e leva a acidentes de trabalho, bem como pode provocar o encurtamento do tempo de vida.

No PSF, a enfermagem é composta por 90,91% de mulheres. Excluindo os casos que exige força física, como ortopedia e fisioterapia, por exemplo, a mão-de-obra que se sobressai é a masculina.

Porém, após pesquisa nessa abordagem, Lopes e Leal (2005) detectaram um aumento de homens na profissão como:

gradual e estável, o que se deve, sobretudo, à 'segurança, estabilidade e garantias' de postos de trabalho que a área oferece. Esse argumento encontra sua maior expressão entre auxiliares e técnicos de enfermagem, parcela da população de trabalhadores que é advinda de extratos socioeconômicos mais baixos (LOPES e LEAL, 2005, p. 116-117)

O Ministério da Saúde do Brasil¹ ainda não registra separadamente o quantitativo de profissionais envolvidos no Programa Saúde da Família – PSF. Possui uma estatística única, tanto para os que trabalham na equipe básica de saúde, quanto aos que fazem parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Tal informação encontra-se disponível na internet² por municípios para os interessados em fazer uma pesquisa detalhada.

O pesquisador Di Martino (2003) fez uma pesquisa minuciosa na Suécia sobre a questão de gênero, stress e violência no ambiente de trabalho em que

o setor da saúde não é apenas um setor de alto risco, na medida do stress e da violência está em causa, mas também tipicamente um setor com elevados níveis de emprego feminino. A exposição ao risco de violência é especialmente elevado para as mulheres. O

¹ Informação dada pela funcionária S do Ministério da Saúde no dia 15/4/2009, às 11:46.

² <http://cnes.datasus.gov.br>



risco é ainda maior para certos tipos de violência, tais como assédio sexual, onde as vítimas são principalmente mulheres. E isso pode ser extremamente elevado para as mulheres, que são especialmente vulneráveis como aquelas em atividades precárias, mal pagas, de baixo índice de empregos.

De Martino (2003), relata que na União Européia os índices de assédio sexual em mulheres é o dobro da média, sendo mais elevado entre as mulheres jovens e em trabalhadores do setor de serviços. Seus estudos constataram que na Suécia o total da carga horária de trabalho das mulheres que trabalham em tempo integral, é muito mais elevado do que a dos homens que executam suas funções para um mesmo período; e que a quantidade de trabalho executado pelas mulheres em tempo parcial, é semelhante a volume de trabalho executado por um homem em tempo integral.

O mesmo autor abordou em pesquisa o Brasil em 2002, sobre violência no trabalho no setor de saúde, mas não enfatizando a questão de gênero.

c) Violência na área de Recursos humanos em saúde

Na área de Recursos Humanos em saúde, nem homem nem mulher estão isentos da violência no ambiente de trabalho. Di Martino (2002) apresentou uma pesquisa que foi realizada em sete países, incluindo o Brasil, que são: Bulgária, Líbano, Portugal, Sul da África, Tailândia e Austrália.

A pesquisa foi realizada na cidade do Rio de Janeiro, com 1.569 participantes, em 14 instalações privadas (48,4%) e públicas (51,6%), com 70,46% de mulheres, e as profissões abordavam: 19,7% de médicos, 6,5% de enfermeiras e, 23,1% de auxiliares (DI MARTINO, 2002).

Os resultados demonstraram que 46,7% dos **profissionais** sofreram algum tipo de violência física ou psicológica no trabalho nos doze meses anteriores àquele questionário. Sendo 6,4% agressão física; 39,5%



agressividade verbal; e 15,2% passaram por algum tipo de repressão ou intimidação (DI MARTINO, 2002).

A pesquisa também analisou a **situação de pacientes ou seus familiares** dentro desses setores de saúde, e o resultado é apresentado no Quadro 1:

Quadro 1 – Situação de pacientes ou seus familiares

Atos de agressão pelos funcionários ou direção	56,3%
Sofreram agressão verbal	60,4%
Sofreram repressão por parte de funcionários ou direção	45,7%

Fonte: Di Martino, 2002.

Com relação ao desempenho das suas atividades, oito motoristas de ambulâncias foram entrevistados e, apenas dois tinham sofrido agressão verbal.

Na área de enfermagem o índice de quem sofreu algum tipo de agressão foi de 62%. Na área médica – 5,7% já sofreram assalto no seu ambiente de trabalho. 45,6% agressão verbal e 14,9% passaram por repressão

Quanto a parte administrativa dos trabalhadores de hospitais do setor público e privado a situação é exposto no Quadro 2, e demonstra que os trabalhadores do setor público sofrem algum tipo de agressão mais que o setor privado.

Quadro 2 – Situação dos profissionais de saúde

SETOR	QUAT. VÍTIMA	AGRESSÃO VERBAL	REPRESSÃO	PRECONCEITO RACIAL
PRIVADO	44%	43,2%	18,5%	6,5%
PÚBLICO	52%	56,8%	81,5%	93,5%

Fonte: Di Martino, 2002.



A questão do assédio moral ou sexual, tanto por parte dos homens, quanto pelas mulheres, houve recuo durante a pesquisa entrevista; homens com outras opções sexuais informavam que tinha sofrido algum tipo de assédio, mas não queriam abordar o assunto.

As mulheres com funções de chefia, mas não de direção, também não quiseram se posicionar sobre o tema na questão do assédio moral.

A pesquisa de Di Martino (2002) apresentou fatores que abordaram sobre as questões que geram violência na área de saúde, tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos pacientes. Esses dados foram organizados entre os de caráter geral, relativos a políticas públicas, e os relacionados com o processo de trabalho e seu contexto imediato, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Fatores que geram violência na área de saúde

FATORES DE CARÁTER GERAL
1. Falta de educação para a população que aumenta a distância cultural entre aqueles que procuram atendimento médico e os profissionais de saúde, especialmente aqueles que têm formação de nível universitário;
2. O desemprego, devido a que as pessoas já estão estressadas e em necessidade. Além disso, resulta em um grande número pessoas atingidas por doenças;
3. A falta de políticas adequadas em matéria de segurança.
CONTABILIDADE PARA AS AGRESSÕES COMETIDAS PELOS PACIENTES E FAMILIARES
1. Falta de atendimento;
2. Atendimento de má qualidade;
3. Sobrecarga de pacientes;
4. A falta de comunicação entre doentes e profissionais de saúde e uma falta de respeito pela dignidade do paciente;
5. Falta de material básico necessário para atendimento de pacientes;
6. Falta de humanidade no tratamento de doentes;
7. Não-resolução do problema da saúde para os quais foi solicitada atenção;
8. Falta de profissionais de saúde na formação técnica;
9. Falta de limites claros para as áreas de acesso público;
10. Agressividade / estresse dos pacientes.



RELATIVO ÀS AGRESSÕES PRÁTICADAS PELOS FUNCIONÁRIOS E GERENTES

1. Impunidade;
2. Falta dos direitos trabalhistas e acordos coletivos;
3. Falta de consenso para lidar com conflitos na equipe;
4. Falta de formação em liderança;
5. Condições insalubres de trabalho;
6. Baixos salários;
7. Ameaça de desemprego;
8. Estresse;
9. Não reposição das perdas em pessoal;
10. Trabalho sobrecarga;
11. Trabalho intensificação;
12. Um número excessivo de estagiários tomando o lugar dos profissionais graduados;
13. Existência simultânea de vários tipos de contrato de trabalho no setor público, com diferentes salários para desempenhar funções idênticas ou semelhantes.

Fonte: Di Martino (2002)

CONCLUSÃO

A mulher busca romper ou agregar, além da sua identidade para a maternidade, a sua capacidade profissional e uma valoração digna e com equidade no seu ambiente de trabalho. Porém, é no seu ambiente familiar que, na maioria das vezes, ainda persiste o fato de não encontrar no companheiro o apoio para suas atividades domésticas, e em muitas ocasiões, é nesse núcleo que se percebe a competição profissional.

Perante o mercado, cobra-se da mulher estereótipo de imagem para cada período que se diz "moderno, atual e de bom gosto", estimulando e explorando por meio do estímulo ao consumo mercadológico, como tratamento estético, cirurgias plásticas, vestuário, calçados etc.

Essa tensão também atinge suas atividades profissionais, sejam elas quais forem, seja qual for, exigindo também, além da sua capacidade técnica e física, um padrão de beleza conveniente para a instituição, podendo afetar, em muitos casos, o desempenho e o percurso promocional.



Ao focalizar essa relação na área de saúde, alguns autores aqui referenciados enfatizam que os preconceitos sofridos pelas profissionais, tais como dificuldade de acesso ao poder de decisão, assédio sexual e moral, têm seus índices altos por vivenciarem as suas atividades de maneira isoladas com pacientes, colegas de profissão ou trabalho. E o medo de falar ou “se expor” também persiste por vários fatores.

Convém enfatizar o desenvolvimento socioeconômico de um país é influenciado, dentre outros fatores, pelo forte investimento em setores como educação levando em consideração as questões de gênero.

A participação crescente de mulheres no ensino superior aponta para mudanças na inserção desse contingente no mercado de trabalho, mas a baixa proporção delas nas áreas de ciências, assim como em cargos de liderança, é um indício do desperdício de recursos humanos que, se bem qualificados, poderiam contribuir significativamente para um maior desenvolvimento do sistema, dando a ele maior diversidade em valores, condutas e ações.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C. Ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 326(1), 84-90, 1998.

ALMEIDA, M. **Gênero e desenvolvimento sustentável:** estudo junto a assentados e assentadas em Cabo de Santo Agostinho, Mata Sul de Pernambuco. Recife: Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural e Desenvolvimento Local (POSMEX) da Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

ASHA, G. **Human resources for health: a gender analysis.** Disponível em:
(http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf). Acesso em: 18 mar. 2009.

PRIORIDADES E A QUESTÃO DO GÊNERO NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Mariomar Teixeira; Sérgio de Castro Lessa; Jane Pereira Araujo; Maria da Graça Luderitz Hoefel



CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. de; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 1011-1034.

COSTA, D. M. (coord.). **Democratização dos poderes municipais e a questão de gênero**. Rio de Janeiro: IBAM/Fundação Ford, 1997.

DI MARTINO, V. **Workplace violence in the Health Sector: Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an Additional Australian Study**. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002 a.

_____. **Workplace violence in the Health Sector: relationship between work and workplace violence in the health sector**. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003 b. Disponível em: (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf). Acesso em: 16 mar. 2009.

FERNANDES, J. D; FERREIRA S. L; ALBERGANA A. K.; CONCEIÇÃO F. M. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. **Revista Latino.am.Enfermagem** – USP, 10(2), 199-206., 2002.

FERRAZ, C. A. Construindo uma prática administrativa de enfermagem: EERP/USP. Ribeirão Preto, 42, 85-98, 1990.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: **O mundo da saúde**. *Bioética* – uma perspectiva brasileira. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2002; 26 (26), n. 1, jan./mar. p. 6-15.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. *A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira*. In: Cadernos Pagu. n. 24, p. 105-125, Jan/Jun. 2005.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos Humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: RÊGO BARROS,

© e-Revista Facitec - ISSN 1981-3511, v.6, n.1, Art.4, jan-jul 2011

www.facitec.br/erevista

PRIORIDADES E A QUESTÃO DO GÊNERO NA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Mariomar Teixeira; Sérgio de Castro Lessa; Jane Pereira Araujo; Maria da Graça Luderitz Hoefel



André Falcão do Rego Barros; SANTANA, José Paranguá de; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos (orgs.) **Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análise**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v.2. p. 51-70. Disponível em: (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro_inteiro_portugues.pdf). Acesso em: 16 mar. 2009.

PINSKY, C. B.; PEDRO, J. M. Igualdade e especificidade. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi. **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003. p. 265-309.

SCHIENBINGER, L. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru, SP: EDUSC, 2001.

SINGER, P. A cidadania para todos. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi. **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003. p. 191-263.

WHITEHEAD, A. **Women's solidarity and divisions among women**. IDS Bulletin, Brighton, v. 15, n. 1, p. 06 – 11, 1984.