Simpósio Internacional Práxis Itinerante
Juventudes e Direitos Humanos

(GT Direitos humanos, gênero e sexualidade)

As relações sociais de trabalho x profissional de saúde: um olhar sob a perspectiva de gênero e do poder

Juliana Borges de Souza[1]
Aparecido Francisco dos Reis[2]

RESUMO: A pesquisa tem por objetivo entender as relações sociais de trabalho estabelecidas nas unidades de média complexidade do Sistema Único de Saúde – SUS, especificamente, nas Unidades de Pronto Atendimento – UPAs de Campo Grande-MS, analisando-as sob a perspectiva das relações de gênero e de poder. Será adotada abordagem qualitativa de base etnográfica (pois tem seu campo na Antropologia social do trabalho), complementada por dados quantitativos obtidos por meio de questionários aplicados a diferentes categorias profissionais. Busca-se contribuir para a compreensão das dinâmicas de trabalho no SUS, evidenciando como o gênero e o poder estruturam essas relações e influenciam a qualidade de vida do profissional e do trabalho.
Palavras-chave: Gênero; Relações de poder; Relações sociais de trabalho; Profissionais de saúde.

ABSTRACT: The research aims to understand the social relations of work established in medium-complexity units of the Unified Health System (SUS), specifically in the Emergency Care Units (UPAs) of Campo Grande-MS, analyzing them from the perspective of gender and power relations. A qualitative approach based on ethnography will be adopted (as it is grounded in the field of the social anthropology of work), complemented by quantitative data obtained through questionnaires applied to different professional categories. The study seeks to contribute to the understanding of work dynamics within the SUS, highlighting how gender and power structure these relations and influence the quality of life of both professionals and their work.
Keywords: Gender; Power relations; Social relations of work; Health professionals.

[1] Mestranda em Antropologia social pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Assistente social em Prefeitura Municipal de Campo Grande (PMCG). E-mail: juliasouzams@hotmail.com

[2] Doutor em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), com pós-doutorado em Saúde coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professor titular na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). E-mail: aparecido.reis@ufms.br

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, observamos que os estudos da Antropologia no Brasil tinham como objeto os povos originários e tradicionais, que supostamente, não figurava como uma ameaça para o Estado Brasileiro e sua organização. Dessa forma, pode permanecer inserida e sobreviver no contexto universitário e político da época, considerando o período do regime militar.

Com o tempo, ampliou progressivamente o seu campo de análise, passando a investigar diferentes dimensões da sociedade, inclusive o mundo do trabalho e suas dinâmicas sociais. Intentou buscar compreender os processos de subordinação e proletarização, como também os impactos gerados pelo capitalismo sobre os diversos grupos sociais, estabelendo um novo olhar sobre o trabalho e os trabalhadores.

Dessa forma, de acordo com (LOPES, 2015):

> "[...] Antropologia Social pôde assim contar com mais tranquilidade relativa para voltar-se para problemas gerais da sociedade brasileira pelas suas "portas dos fundos", a partir de grupos sociais aparentemente periféricos. Ela pôde também voltar-se para o estudo dos processos de subordinação e proletarização do campesinato, para os "impactos sociais" do capitalismo sobre diferentes grupos sociais, inclusive de trabalhadores industriais, e assim constituir um novo olhar para o trabalho e os trabalhadores de certa forma diferente do constituído pela Sociologia industrial do trabalho".

A Antropologia Social caminhou no processo de aplicação do método etnográfico de observação e aproximação dos trabalhadores, a fim de ganhar sua confiança para possibilitar "[...] o entendimento de suas representações e concepções do mundo". (LOPES, 2015)

Inicialmente, foram considerados os contextos do trabalho rural e em seguida,

o urbano, já no período da industrialização, que fez com que milhares de pessoas abandonassem o campo e migrassem para as cidades, onde pudessem morar mais

próximos às fábricas, criando como consequência, um diversificado mercado urbano de trabalho.

Este movimento acarretou um impulso relacionado ao fluxo comercial, a dinamização da economia, aumento da inserção do capital privado e internacional, a possibilidade de acesso ao ambiente escolar, avanços tecnológicos, disponibilização de variedades de produtos e maior arrecadação em impostos. Em contrapartida, gerou o inchaço das cidades e o surgimento de diversas expressões da questão social como moradias irregulares, crescente desigualdade social, falta de saneamento básico, alimentação insatisfatória, precarização do trabalho, aumento da violência urbana, doenças e epidemias, escassez de recursos, desordenamento e segregação socioespacial, marginalização cultural, desemprego estrutural dentre outros.

As diversas manifestações das questões sociais oriundas das novas formas de trabalho, assim como os impactos gerados nos trabalhadores em relação a organização pessoal interna e externa em torno do trabalho no que tange a absorção da nova rotina, do tempo disponibilizado para o trabalho, o ritmo de realização das tarefas, a intensificação de desigualdades sociais e a precarização das condições de vida e trabalho, foram produzindo elementos e demandas que necessitavam de ações e soluções a serem desenvolvidas pelo Estado.

Os trabalhadores começaram a identificar a necessidade de resolução dos problemas e passaram a entender que se organizar era a melhor forma de pressionar o Estado a atender suas reivindicações. O Estado por sua vez, na tentativa de sufocar a insurreições, foi traçando estratégias “insuficientes”, mas que supostamente atendiam pontualmente a estas necessidades.

Com a implementação da Constituição de 1988 e a nova ordem social, essas ações pontuais foram transformadas em direitos adquiridos e políticas públicas tiveram que ser elaboradas e implementadas para atender a sociedade em suas principais urgências.

Dentre elas está a política de saúde compreendida como um direito de todos, estabelecido no Artigo 5º da Constituição Federal. Com a Lei nº 8.080/1990,

a política foi implementada através do Sistema Único de Saúde – SUS que tem como princípios fundamentais: a universalização, a integralidade, equidade, descentralização e a participação social.

Com o SUS diversos programas e projetos foram criados e desenvolvidos para que a população possa acessar os serviços de saúde, de acordo com sua necessidade. Diretrizes foram estabelecidas para a organização da Rede Atenção à Saúde e divididos em níveis de complexidade, como Atenção Primária (Unidade Básica de Saúde e Unidade Básica de Saúde da família), Secundária (Unidade de Pronto Atendimento - UPA, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, Centro de Atenção Psicossocial, Policlínicas e Hospitais com serviços ambulatoriais especializados de média complexidade) e Terciária (Hospitais de alta complexidade) para proteger, restaurar e manter a saúde dos cidadãos (BRASIL, 1990).

E é no contexto da Atenção Secundária à Saúde que estabelecemos o foco para o desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que como profissional de Ciências Sociais e Serviço Social, mas atuando como assistente social na política da saúde há nove anos, tem nos chamado atenção alguns aspectos que envolvem as relações sociais de trabalho estabelecidas neste ambiente, especialmente, nas Unidades de Pronto Atendimento – UPAS, onde dediquei o maior tempo deste exercício.

De modo geral, a atuação dessa profissional está voltada para a defesa intransigente e pelo acesso equânime, do paciente, aos seus direitos (preconizado no Código de Ética do Serviço Social - Lei nº 8.662/93), a quem se destina de forma final os serviços oferecidos. Por outro lado, como pesquisadora e pertencente ao contexto, direcionamos a pesquisa na busca pela compreensão dos processos de trabalho; para atuação da gestão da Secretaria de Saúde Municipal; para as condições de trabalho oferecidas e as relação interpessoais (entre colegas ou entre profissionais e pacientes) e de trabalho (secretaria de saúde x servidores) que são
estabelecidas no interior destas instituições e quais os efeitos na vida dos

profissionais de saúde, especialmente a partir das dinâmicas de gênero e poder

que atravessam este contexto, dialogando com o campo dos direitos humanos ao analisar como essas relações produzem desigualdades e impactam a vida dos trabalhadores.

2 RELAÇÕES DE TRABALHO, GÊNERO E PODER

Historicamente, as relações sociais de trabalho foram moldadas por dinâmicas estruturais que envolvem desigualdades, hieraquias e formas de controle. Nas palavras de Dedecca (2004, p. 24), com o capitalismo, através do trabalho, foi imposta uma nova compulsoriedade, “a submissão do trabalho através da violência”, do controle, do poder sobre a força de trabalho. Durante a dinâmica mutável do capitalismo e com a insurgente movimentação dos trabalhadores, mudanças foram redesenhando os espaços, os perfis dos trabalhadores, a divisão sexual do trabalho, o tempo dispensado ao trabalho e tantos outros fatores que ressignificaram e avigoraram novas questões referentes as relações hierárquicas de subordinação.

Percebe-se então, que tanto as relações de poder e quanto as questões de gênero permeiam toda esta estrutura e se constituem em viezes fundamentais à serem considerados na análise das relações sociais construídas na estruturação do trabalho. Segundo Valenzuela (1999, p. 151) as questões de gênero “também estruturam a divisão dentro do trabalho remunerado entre ocupações e posições mais valorizadas, com uma concentração maior de homens, e aquelas de menor prestígio e recompensa, onde se situam majoritariamente as mulheres”.

Outrossim, ponderando fatos como a diversidade das profissões existentes no contexto das UPAS; que revelam disparidades entre si, não apenas econômica, mas também simbólica, considerando aspectos relacionados ao nível de

organização (enquanto classe), representatividade, *status*, visibilidade, poder, *network* e influência; e também por se tratar de equipamento gerenciado por

instituição pública, que carrega históricamente em sua essência a hierarquização de sua estrutura, é incontroverso que despontarão variáveis passíveis de causar implicações nestas interrelações.

Esse contexto, indica, portanto, que profissões com maior prestígio tendem a concentrar maior poder de decisão, por exemplo, enquanto outras permanecem em posições supostamente subordinadas revelando relações assimétricas. Observa-se ainda que, as interações entre gestão, profissionais e usuários do sistema geram e expõem complexidades não apenas no campo técnico, mas no que tange a disputas simbólicas, reconhecimento profissional e construção de subjetividades.

É importante considerar que as relações de poder presentes no ambiente de trabalho em saúde não se manifestam apenas de forma vertical, mas também de maneira difusa e ramificada, perpassando práticas cotidianas, discursos institucionais e modos de organização do trabalho. Essas relações incidem tanto na definição de funções e responsabilidades quanto no reconhecimento dos saberes, estabelecendo hierarquias entre as diferentes categorias profissionais. Sob essa perspectiva, determinados saberes tendem a ser mais reconhecidos e valorizados do que outros, reforçando desigualdades, contribuindo para a manutenção de posições de poder no interior das instituições.

Cabe ainda destacar que, essas dinâmicas impactam diretamente a construção das subjetividades dos profissionais, influenciando percepções sobre reconhecimento, pertencimento e valorização no ambiente de trabalho. A depender da posição ocupada nessa estrutura e das relações estabelecidas, os sujeitos podem

vivenciar situações de sobrecarga, invisibilização, invalidação ou desqualificação de suas práticas, o que repercute em sua saúde física e mental e na qualidade dos serviços prestados. Desta forma, essa pesquisa busca analisar as relações sociais de trabalho nas UPAs sob o enfoque de gênero e poder para, além de compreender

a organização objetiva do trabalho, também elucidar os processos simbólicos e subjetivos que configuram as suas experiências.

Portanto, é nessa conjuntura que está a reflexão: partindo dos pressupostos resultados advindos das relações sociais de trabalho estabelecidas nas UPAs de Campo Grande/MS, questionamos quais são os elementos desencadeadores desses resultados, suas causas e efeitos na vida dos profissionais de saúde e os seus desdobramentos. É possível que estes que profissionais tenham uma relação saudável com o trabalho e também consigam se manter saudáveis?

São lacunas à serem preenchidas, são construções que se iniciaram há anos e continuam mutáveis porque é inerente ao ser humano e às suas interrelações, possibilitando a elaboração de subjetividades individuais e coletivas. As vivências estabelecidas nestes espaços geradores de "saúde" são apenas fragmentos de um contexto maior, que faz parte de uma política que se constitui em um direito de todos os cidadãos, e que por sua vez também estão inseridos como co-participantes na gestão do sistema que gerencia as referidas unidades de saúde, assim como são os sujeitos que irão usufruir dos serviços ofertados, ou seja, esperam receber justamente dessa estrutura complexa, uma saúde de qualidade, acolhedora e humanizada.

2.1 Contexto empírico e metodologia

Em Campo Grande/MS existem 10 Unidades de Urgência e Emergência (06 Unidades de Pronto Atendimento – UPAs e 04 Centros Regionais de Saúde – CRSs) que realizam basicamente o mesmo atendimento de complexidade intermediária, o que os diferencia é a questão do financiamento. Os CRSs executam os mesmos

serviços e foram pensados de forma complementar, mas são financiados e gerenciados exclusivamente pela prefeitura, com intenção de que o Governo Federal possa abarcar esta demanda. Enquanto a UPA (nosso campo empírico) é um dos

componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências e faz parte da rede de serviços pré-hospitalares fixos para o atendimentos às urgências. É gerida pelos governos federal, estadual e municipal de forma compartilhada, sendo gerenciada

pela secretaria de saúde do município.

> Presta atendimento resolutivo e qualificado a pacientes com condições clínicas graves e não graves, além de prestar o primeiro atendimento a casos cirúrgicos e traumáticos, estabilizando os pacientes e conduzindo a avaliação diagnóstica inicial para determinar a conduta adequada, garantindo o encaminhamento dos pacientes que necessitam de tratamento em outras unidades de referência. A UPA 24h opera ininterruptamente, 24 horas por dia, todos os dias da semana, com uma equipe multiprofissional qualificada e adaptada às demandas específicas de cada região, encaminhando os pacientes para internação em hospitais de retaguarda, garantindo a continuidade do cuidado por meio da regulação do acesso assistencial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025)

Dependendo a localização destas unidades, existe discrepância em relação ao número de atendimentos e a quantidade de casos graves e não graves, ou seja, casos que poderiam ser referenciados à atenção primária em saúde. De acordo com a localidade e o número de atendimentos, ocorre a disposição de categorias e de número de profissionais, sendo: gerentes, apoios da gerência, administrativos, auxiliares em saúde bucal, odontólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, técnicos em radiologia e auxiliares em saúde.

Adotaremos como eixo central uma abordagem qualitativa, com utilização de método etnográfico, considerando a inserção da pesquisadora no campo investigado. Essa estratégia permite captar as dinâmicas cotidianas, as interações e os significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências de trabalho. De forma complementar, serão utilizados instrumentos quantitativos por meio da aplicação de formulários/questionários mistos a serem respondidos anonimamente pelos diversos profissionais que atuam nas UPAs, identificando apenas a categoria profissional, em amostragem que contemple e dê representatividade à população pesquisada.

Tabela 1 - Coleta de dados por caategoria profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	NÚMERO DE COLETA POR UPA / SEXO	TOTAL DE PROFISSIONAIS
Gerente	01 (independe o sexo)	06
Apoio da gerência	01 (independe o sexo)	06

Administrativo	01 masculino / 01 feminino	12
Auxiliar em saúde bucal	01 masculino / 01 feminino	12
Odontólogo/a	01 masculino / 01 feminino	12
Técnico/a e auxiliar de enfermagem	02 masculino / 02 feminino	24
Enfermeiro/a	01 masculino / 01 feminino	12
Médico/a	02 masculino / 02 feminino	24
Assistente Social	01 masculino / 01 feminino	12
Farmacêutico/a	01 masculino / 01 feminino	12
Técnico/a em radiologia	01 masculino / 01 feminino	12
Auxiliar em saúde	01 masculino / 01 feminino	12
12 categorias profissionais	-	156
Obs: As categorias técnico/auxiliar de enfermagem e médico/a estão em maior número nas UPAs, sendo assim, o número de coleta também será maior.		

Após este processo, os dados coletados serão tabulados, organizados, analisados, e intrepretados, buscando observar a caracterização de padrões, a ampliação da compreensão das relações sociais analisadas, recorrências, divergências e os sentidos atribuídos às relações de trabalho, gênero e poder no contexto estudado.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa esperamos explorar a observação dos profissionais de saúde quanto a percepção que possuem sobre as relações sociais de trabalho no qual estão inseridos. Se interpretam as nuances de gênero e poder como elementos

significativos e estruturantes nestas relações.

Como contribuição para o campo da Antropologia, o estudo propõe analisar o sistema público de saúde como um espaço de produção de desigualdades, hierarquias e subjetividades, ampliando o debate sobre o mundo do trabalho.

Pretende-se também expor o entendimento deste público em relação as suas

vidas pré e pós inserção nestes espaços, fomentar reflexões sobre as condições de trabalho, a relação com a qualidade dos serviços prestados à população, e sensibilizar quanto a relevância das vivências em ambientes de trabalho mais equitativos e saudáveis.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: 2002: Informação e documentação: Referências: Elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 1990; set 20.

BRASIL. Ministério da Saúde, 20jan. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/upa-24h

DEDECCA, Cláudio S. Tempo, trabalho e gênero. In: Costa, A. A., Oliveira, E. M., Lima, M. E. B. and Soares, V. (eds). **As Relações de gênero no trabalho**. São Paulo, 2004, CUT.

LOPES, José Sérgio L. O trabalho visto pela Antropologia Social. **Revista Ciência do Trabalho**. São Paulo, Vol. 1, nº 1, p. 65-91, 2013.

VALENZUELA, María Elena. Igualdade de oportunidades e discriminação de raça e gênero no mercado de trabalho no Brasil. In: **Abertura e ajuste do mercado de trabalho no Brasil: políticas para conciliar os desafios de emprego e competitividade**. Organização de Anne Caroline Posthuma. — Brasília: OIT e MTE; São Paulo: Ed. 34, 1999.